

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Luiza Maria Plentz

**ESTUDO SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA  
COM DEFICIÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2018

Luiza Maria Plentz

**ESTUDO SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA  
COM DEFICIÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Frederico Viana Machado

Porto Alegre

2018

Luiza Maria Plentz

**ESTUDO SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA  
COM DEFICIÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título  
de Bacharel(a) em Saúde Coletiva.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche - UFRGS

---

Orientador - Prof. Dr. Frederico Viana Machado - UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais amados, Ilse e Cleto, que me deram a vida e a possibilidade de vivê-la intensamente, buscando pelos meus sonhos. Obrigada por sempre me auxiliarem de todas as formas possíveis, me transmitindo forças e inspiração para buscar por transformações pessoais e nos contextos em que eu me insiro.

Aos meus irmãos, Henrique e Felipe que me ensinaram a curtir os bons momentos da vida, a crescer compartilhando espaços e coisas, cuidaram e ainda cuidam de mim, e sempre me estimularam na busca por quem eu sou e quero ser. À Camila e à Daia que são como irmãs para mim e participaram de muitas conquistas até aqui. À Sofia, que ainda não entende muito bem o que eu faço, mas já proporciona a toda a família boas risadas, amor e carinho.

À minha avó Celinda (em memória) e aos meus avós Juca e Leony, que também cuidaram de mim, acompanharam meu crescimento, sendo exemplo de força e carinho. Obrigada por proporcionarem uma infância cheia de descobertas e brincadeiras, certamente tiveram muita influência na construção da minha personalidade sonhadora.

À toda a família Plentz e Gerhardt por constituírem uma rede de apoio e proporcionarem bons momentos.

Às minhas maravilhosas amigas, que são exemplo de força feminina, que me ouvem e ajudam, compartilhando felicidades, aflições, sonhos, muito amor e as melhores comemorações. Aos meus amigos queridos, que compartilham comigo momentos inesquecíveis, que estão sempre dispostos a ouvir minhas opiniões e me trazem alegria para seguir.

Ao meu querido orientador Fred, que fez desse momento de pesquisa e escrita um processo muito mais fluido e prazeroso, dedicou-se a pesquisa com afinco, tornou-se um de meus amigos e me auxiliou com todos os processos da pesquisa. À professora Lisi, que auxiliou com suas considerações valiosas, que também se tornou uma de minhas amigas e é exemplo de sensibilidade e força.

Ao professor Dário, pela aposta na nossa formação, por aulas repletas de aprendizado coletivo e pela disposição em contribuir com os produtos dessa pesquisa.

A todas as pessoas que cruzaram meu caminho nas atividades de estágio, pesquisa e extensão, no Núcleo de Avaliação da Unidade da ESEFID, no CAPS AD da Glória/Cruzeiro/Cristal, na Rede Governo Colaborativo em Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na pesquisa sobre violências de gênero e na Fundação Municipal de Saúde de Canoas.

Um agradecimento especial à Janete, que é uma das inspirações para este estudo, exemplo de líder, de ser humano e de amiga.

Agradeço aos professores, professoras e colegas da Saúde Coletiva, por todas as experiências e conhecimentos compartilhados, pelas amizades, pela militância e resistência respeitosa e pertinente. Ao movimento de ocupações de 2015 e 2016, por proporcionar transformações coletivas e pessoais, unindo pessoas e propósitos, formando vínculos para a vida inteira.

Aos funcionários da UFRGS, principalmente trabalhadores da Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva, por toda a dedicação em nos apoiarem nesse percurso.

## RESUMO

O presente trabalho analisou a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no município de Porto Alegre, tomando como base a literatura sobre análise de políticas públicas. A partir da descrição, dimensionamento e identificação do contexto no qual a política se insere, o estudo traçou um breve histórico sobre o desenvolvimento das ações voltadas à saúde da população em questão, analisando processos decisórios envolvidos na política, influências de legislações, mapeando as instituições, os interesses, os atores e coletivos envolvidos e seus antagonismos. Esse estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, que através de estudo de caso combinou dados primários - entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, observação participante e análise de documentos originais - e dados secundários, para estruturação do referencial teórico e bibliográfico.

**Palavras-chave:** Saúde da Pessoa com Deficiência; Políticas Públicas.

## ABSTRACT

The present term paper analyzed the Public Policy toward People with Disabilities in the city of Porto Alegre, underpinning the available scientific literature about public policies. Based on the description, dimensioning and identification of the context which this policy is set in, this study provided a brief history about the development of actions directed to this population's health care, by mapping and assessing political decision-making processes, legal influences, institutions, interests, social agents and communities involved, as well as their underlying antagonisms. Characterized as an exploratory and qualitative research, it combined primary data – semi-structured interviews with key informants, participant observation and document review – to secondary data through case study, in order to outline its theoretical and bibliographical foundation.

**Keywords:** Health of the Disabled; Public Policies.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Linha do tempo dos marcos institucionais estatais sobre Saúde Pessoa com Deficiência.....	16
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT – Área Técnica

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ASSECOM – Assessoria de Comunicação

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento e Programação

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEREPAL - Centro de Reabilitação de Porto Alegre

CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CMCE – Central de Marcação de Consultas e Exames

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFONO – Conselho Regional de Fonoaudiologia

DANT - Doença e Agravo Não Transmissível

ESF – Equipe de Saúde da Família

GD – Gerência Distrital

GRSS – Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

GS – Gabinete do Secretário

GT – Grupo de Trabalho

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PcD – Pessoa com Deficiência

PMS - Plano Municipal de Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMDH - Secretaria Municipal de Direitos Humanos

SMED – Secretaria Municipal de Educação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSPA - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

US - Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 O que é deficiência? .....</b>	<b>13</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 HISTÓRICO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Descrição do contexto municipal e da rede de serviços para pessoas com deficiência .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Marcos institucionais: situando o município de Porto Alegre em meio ao contexto histórico estadual e nacional.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Traços históricos da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência em Porto Alegre.....</b>	<b>22</b>
<b>4 Construção e Implementação da Política .....</b>	<b>31</b>
<b>5 Análise Crítica .....</b>	<b>43</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A – roteiro de entrevista semi-estruturado .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B – Quadro de análise do desenvolvimento das metas Da Política Nacional e Da Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As construções e desconstruções que vivi enquanto acadêmica de Saúde Coletiva me fizeram enxergar a mim mesma como mulher forte, que é capaz de compreender as loucuras, as deficiências, as barreiras, as faltas, os exageros que a vida em sociedade produz. Mas ainda mais forte do que isso, o que tenho me disposto a viver cada vez mais me cobra pelo anseio de buscar pela beleza da luta e do respeito à diversidade da vida, pelo desenvolvimento social, por ser responsável por produções acadêmicas e profissionais significativas e relevantes, pela construção da dignidade coletiva e das relações de afeto.

O que me propus a registrar neste trabalho é fruto da curiosidade de me enxergar como alguém capaz de produzir respostas para condições da vida, e capaz também de conseguir identificar possibilidades em meio a forças que convergem e divergem. As experiências no cotidiano das aulas, dos projetos de pesquisa e extensão, dos estágios, em especial o realizado junto da Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre, fazem emergir questões sobre como qualificar o cuidado a essa população, que enfrenta diferentes processos durante seu itinerário em busca de cuidado e de condições de vida dignas.

Inúmeras ações e políticas públicas voltadas a Pessoa com Deficiência nascem por pressões de movimentos sociais dos diversos segmentos dessa população. Cada tipo de deficiência tem suas necessidades específicas. Existem associações de surdos que lutam pela legitimação e valorização de questões comunicacionais, pessoas com deficiências intelectuais e deficiências múltiplas e seus familiares mobilizados pela visibilidade e autonomia dos sujeitos frente a decisões políticas e as relacionadas à vida cotidiana, pessoas com deficiência física e visual lutando, principalmente, por questões relacionadas a acessibilidade. Estas, dentre outras, são necessidades e demandas básicas relacionadas ao contexto mais geral da vida em sociedade. Na área da saúde existem inúmeras questões que podem ser de caráter mais genérico e inerentes às necessidades em saúde do ser humano e outras específicas para cada tipo de deficiência. Frente a esse contexto, vislumbramos a indispensável condição de serem elaboradas, implementadas e analisadas as políticas que tratem das condições e demandas das pessoas com deficiência.

Outrossim, segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência, estima-se que aproximadamente 15% da população mundial possui algum tipo de deficiência (OMS, 2012). No Brasil esse índice é ainda mais elevado, de acordo com o Censo Demográfico de 2010, cerca de 23,91% da população vive com algum tipo de deficiência (motora, auditiva, visual ou

intelectual). A saúde como direito de todos, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, conforme o artigo 196 da Constituição Federal coloca o Estado como responsável de prover o acesso a ações e serviços de forma universal e equânime. O processo de busca pela garantia deste direito deve visar a redução das desigualdades sociais, através da construção de uma sociedade livre, justa e solidária. A Carta Magna, no artigo 23, inciso II, expressa que é de competência da União, Estados e Municípios zelar pela saúde, assistência pública, proteção e garantia das pessoas com deficiência.

A partir da década de 1990, surgiram políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas com deficiência, com o Decreto nº 3.298/99 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (PcD), incorporada à legislação brasileira em 2009, reafirma a necessidade de que essa população tenha a garantia de poder usufruir de seus direitos, sem discriminação, estando eles pautados na universalidade, na interdependência, na indivisibilidade e na inter-relação dos direitos humanos. A convenção está pautada na busca pela equiparação de oportunidades e pela solução de problemas como a falta de acesso a bens e serviços, reforçando que esse processo deve se dar de forma coletiva e com políticas públicas estruturantes. No entanto, ainda antes da Convenção, já haviam sido aprovadas portarias e decretos referentes a questões de saúde da PcD no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída em 2002, através da Portaria nº 1060/02, orienta as ações em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) a este segmento populacional, favorecendo a sua inclusão em todas as esferas da vida social, bem como a prevenção de agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Esta política, que foi revisada e modificada ao longo do tempo, surge como uma resposta às diversas iniquidades que essa população enfrenta ao procurar por cuidados no SUS. Os movimentos acerca dessa política também surgem como defesa do caráter universal do sistema, almejando o acesso qualificado à saúde para todos; a vida como produção social na alteridade; a equidade como estratégia para acolher diferenças e enfrentar desigualdades no acesso e na assistência (SOUZA, 2014).

Atualmente, as políticas públicas voltadas a esse tema são balizadas por dois importantes documentos: o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano *Viver Sem Limite*, instituído em 2011 e o Estatuto da Pessoa com Deficiência, criado em 2015. Tendo em vista a complexidade e o aumento do número de pessoas com deficiência, é fundamental o investimento em ações de saúde alicerçadas no trabalho interdisciplinar, no cuidado integral, humanizado e resolutivo (PFLUCK, 2017).

Impulsionado pelo *Viver Sem Limite*, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n° 793, de 24 de abril de 2012 e a Portaria n° 835, de 25 de abril de 2012, instituindo assim a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Rede de Cuidados objetiva ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, assegurando a designação de formas de investimento e planejamento integrado aos componentes da atenção básica, especializada, hospitalar e de urgência e emergência (MENDES, 2014).

Orientando nosso olhar ao contexto em estudo, ganha destaque o Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre, aprovado e implantado em 2016. O documento segue as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, assim como se insere no Plano de Ação Estadual e Regional da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Compondo-se como principal instrumento orientador da política em âmbito municipal e com vigência até 2021, nele são apresentados objetivos da política, os indicadores da pessoa com deficiência, a capacidade de oferta instalada e as proposições para instituir ações e serviços em saúde para Pessoa com Deficiência de forma integral e equânime.

Nesta monografia descrevi e analisei a implementação da Política na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, traçando um breve histórico sobre o processo de implementação, compreendendo as influências dos atores, das legislações e dos grupos políticos envolvidos. Além disso, analisei os processos decisórios envolvidos na política, mapeando as instituições e interesses envolvidos e seus antagonismos, identificando e analisando as metas e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência que foram priorizadas na construção do plano municipal, descrevendo e analisando a estrutura organizacional, as estratégias políticas e a técnica para o estabelecimento das ações e organização dos serviços identificando os atores envolvidos nesses processos.

O próximo tópico trata da Metodologia utilizada para a obtenção e análise dos dados e informações. Em seguida trataremos do histórico - antecedentes e estruturação da política, uma breve contextualização do atual cenário de Porto Alegre, marcos institucionais estatais de âmbito nacional, estadual e municipal e constituição do setor responsável pela política na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

O quarto tópico aborda a construção e implementação das diretrizes e ações de forma mais detalhada, demonstrando avanços e entraves relacionados à efetivação das ações da política. Então, apresentamos um tópico de análise crítica dos resultados e dos processos

apresentados. Por fim, há um tópico com as considerações finais, tratando sobre as limitações da pesquisa e perspectivas a partir do que foi encontrado.

### **1.1 O que é deficiência?**

Antes de iniciarmos a discussão metodológica, é importante contextualizarmos, brevemente, o conceito de “deficiência” para compreendermos a complexidade envolvida na elaboração de políticas abrangentes às singularidades desse segmento da população. Os desdobramentos do conceito de deficiência influenciaram diretamente a escrita da política que aqui analisamos, tendo sido motivo de disputa entre os atores envolvidos, que carregam bagagens diferentes de conhecimento sobre o assunto e se posicionam frente às decisões tomadas de acordo com demandas e necessidades distintas.

Para fins desta pesquisa utilizaremos a definição de pessoa com deficiência colocada no Artigo 1 da Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2011, p.26)

O texto de apresentação da referida convenção ainda reitera que:

Pessoas com deficiência são, antes de mais nada, PESSOAS. Pessoas como quaisquer outras, com protagonismos, peculiaridades, contradições e singularidades. Pessoas que lutam por seus direitos, que valorizam o respeito pela dignidade, pela autonomia individual, pela plena e efetiva participação e inclusão na sociedade e pela igualdade de oportunidades, evidenciando, portanto, que a deficiência é apenas mais uma característica da condição humana (CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2011).

Teixeira (2010) considera que a complexidade e abrangente definição do conceito de deficiência, não beneficiam igualmente todos os tipos e graus de comprometimento ao serem desenvolvidas as políticas sociais de inclusão. Ainda é preciso considerar que existe uma carência de informações relacionadas ao cuidado dessas pessoas no SUS, pois contamos com

um baixo volume de publicações científicas que tratem do tema associado a políticas públicas de saúde se comparado a outros temas ou políticas (PFLUCK, 2017).

## 2 METODOLOGIA

Esse estudo se caracterizou como uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, através de estudo de caso que, segundo Yin (2001), é adequado para acompanhar processos de tomadas de decisões, os atores e comportamentos envolvidos, e tem sido utilizada em pesquisas sobre administração pública e políticas públicas. O projeto combinou dados primários (entrevistas e documentos originais) e dados secundários (artigos acadêmicos e de divulgação) para a composição da análise proposta dentro do escopo do presente trabalho.

O estudo exploratório permite ao pesquisador definir o seu problema de pesquisa de forma mais completa, proporcionando um conhecimento mais adequado da realidade. Além do mais, permite escolher as técnicas mais adequadas para a pesquisa e decidir sobre as questões que necessitam maior atenção e investigação detalhada (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995)

Inicialmente foi feito um levantamento bibliográfico com a finalidade de definir um referencial teórico para o embasamento das questões levantadas. Essa pesquisa primeiramente foi realizada em artigos que abordavam assuntos como diversidade, exclusão social, acessibilidade, políticas públicas, políticas de saúde e para pessoas com deficiência, etc. Em função da participação da pesquisadora na execução da política municipal, desde o início do estágio, em agosto de 2015, o contato com documentos, cartilhas e publicações sobre o assunto já acontecia. Porém, foi a partir de novembro de 2017 que o levantamento e a análises dos materiais e demais procedimentos da pesquisa assumiu um caráter sistemático.

Foi feito um levantamento de documentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre a fim de identificar quais ações governamentais estão sendo feitas em prol da saúde da pessoa com deficiência. Dentre os documentos analisados estão: a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência; o Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre; os Relatórios Anuais de Gestão dos anos de 2013 a 2016 e os relatórios quadrimestrais de gestão de 2013 a 2017; os dois últimos Planos Municipais de Saúde; e pareceres da SETEC<sup>1</sup> cujo assunto envolvia questões da Política em questão.

---

<sup>1</sup> SETEC - Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde que tem por finalidade subsidiar e qualificar as deliberações do Plenário, além de ter função assessora. Avalia e investiga dados e informações pertinentes aos temas e assuntos de documentações técnicas, relatórios e de todas as propostas de ações em saúde que chegam ao CMS/POA (Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php>).

Por meio desse levantamento e de observações realizadas em campo, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado que foi adaptado para cada segmento. As questões foram adaptadas e novas questões surgiram no decorrer das entrevistas, conforme percepção da necessidade de aprofundar a análise em determinados tópicos. Foram realizadas cinco entrevistas em profundidade com os seguintes informantes: gestor envolvido com a Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência/SMSPA; representante da Gerência de Regulação de Serviços de Saúde/SMSPA; representante do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre; representante da Central de Marcação de Consultas e Exames SMSPA; e gestor da Secretaria Municipal de Saúde ligado ao Gabinete do Secretário.

A escolha das entrevistadas e do entrevistado foi feita com base na trajetória dos sujeitos em questão e seus envolvimento com a política em análise, priorizando entrevistas com atores que tiveram diferentes formas de influência no desenvolvimento da política, a fim de captar a visão da gestão da secretaria sobre o tema. As entrevistas ocorreram durante os meses outubro e novembro de 2017.

A participação como estagiária no setor responsável pela Política permitiu um envolvimento importante com o campo. Estive nessa condição entre o período de agosto de 2015 a agosto de 2017, o que permitiu que, enquanto pesquisadora, também pudesse ser tomada como objeto de análise da própria pesquisa, ao realizar comparações acerca das mudanças de percepções sobre o campo ao longo do tempo. Durante o período, as atividades do setor foram registradas em diário de campo com anotações das impressões da pesquisadora.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas com gestores podem causar algum constrangimento ao colocá-los em uma situação de avaliação na qual possam ser identificados, por esta questão, nossa pesquisa foi rigorosa em garantir o anonimato de todos os informantes. Alteramos os TCLE para garantir este aspecto aos informantes. Buscamos garantir aos respondentes o total sigilo e anonimato, bem como a garantia de que a participação na pesquisa não acarreta nenhum prejuízo para sua posição institucional, evitando expor os entrevistados a constrangimentos. Os convites foram feitos abertamente a todos os envolvidos, apresentando coletivamente os

objetivos da pesquisa de forma oral, no momento em que solicitamos aos participantes a oportunidade de realizar a pesquisa, mas também por escrito.

Todas as entrevistas foram transcritas e passaram pela análise de conteúdo, por meio da qual foram localizados os elementos relacionados à análise da política. Foi construída uma linha do tempo que mapeou legislações e marcos institucionais estaduais, em âmbito municipal, estadual e nacional, no período de 2007 a 2017. Além disso, estruturou-se um quadro de análise do desenvolvimento das metas elencadas no Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência que toma como base a Política Nacional.

A estrutura do texto reuniu as informações e análises obtidas em três grandes tópicos: a Introdução, com descrição dos objetivos, demonstração da relevância da pesquisa, definição do conceito de deficiência utilizado na pesquisa e descrição da estrutura dos tópicos subsequentes; Histórico e Implementação da Política, dividido em três sub-tópicos, com descrição da rede de serviços, dos marcos institucionais estaduais e da cronologia de desenvolvimento da política no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde; e o tópico que conta sobre a Construção e Implementação da Política através do desenvolvimento das ações previstas no Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Esta organização do material coletado e contribui para a compreensão do leitor em relação ao contexto no qual a política está inserida.

O trabalho de campo e a coleta de dados contribuíram com a compreensão das relações entre “intenções”, construídas e expressas na formulação da política, e “ações”, que são expressão da vida real e estão presentes na fase de implementação (VIANA, 1996).

### **3 HISTÓRICO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA**

Este tópico contém elementos importantes para a compreensão da análise da política em questão. Iniciamos com uma breve contextualização do município de Porto Alegre, dos componentes da rede de serviços e da oferta existente para atenção à saúde das pessoas com deficiência. Em seguida é feito um resgate dos marcos institucionais que influenciaram na constituição da Política, legislações, eventos, dentre outros acontecimentos importantes em âmbito municipal, estadual e nacional. E por fim é traçado um histórico da Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, descrevendo a constituição do setor responsável pela política e a cronologia dos processos de planejamento e desenvolvimento das ações.

#### **3.1 Descrição do contexto municipal e da rede de serviços para pessoas com deficiência**

Segundo o Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre, a estimativa de habitantes no município em 2012, conforme dados do IBGE, era de 1.416.714 pessoas, em um território de 496,682km<sup>2</sup>, formado por oito gerências distritais de saúde (GD) com população entre 95 e 200 mil habitantes – GD Centro, GD Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas, GD Norte/ Eixo Baltazar, GD Leste/ Nordeste, GD Partenon /Lomba do Pinheiro, GD Glória/Cruzeiro/ Cristal, GD Restinga/ Extremo Sul e GD Sul/Centro Sul. O Censo Demográfico de 2010 revelou que Porto Alegre tem mais de 336 mil pessoas com pelo menos uma das deficiências (visual, motora, mental ou intelectual), representando quase um quarto da população residente (23,87%). Em 2000, o percentual de deficientes era de 14,30% dos residentes na capital. Na década, houve uma elevação de cerca de 67% de pessoas com pelo menos uma das deficiências estudadas (PORTO ALEGRE, 2016).

Conforme informação do site da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o Programa de Saúde da Família iniciou em 1996, atualmente o município conta com uma cobertura populacional estimada pela Atenção Primária no município de 71,2%, porém apenas 50,44% da população está adequadamente coberta por equipes de Saúde da Família completas, apenas 31,4% da população está coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e apenas 37% tem cobertura de saúde bucal adequada (PORTO ALEGRE, 2017). Compondo

a atenção básica/primária<sup>2</sup> existem também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), segundo o Plano Municipal de Atenção à Saúde da PcD o município contava com sete NASF habilitados no MS em 2016. Porto Alegre conta com duas emergências em saúde mental, e doze Centros de Atenção Psicossocial, número inadequado para as necessidades e abrangência populacional de Porto Alegre. Na cidade existem ainda 33 hospitais, sendo que dois deles, Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), ofertam serviço de reabilitação auditiva. Existem outros serviços importantes para o cuidado das pessoas com deficiência, que trataremos no decorrer do trabalho, conforme a descrição e análise da política.

De acordo com a Portaria Nº 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica é constituída pelos pontos de Unidades Básicas de Saúde, por NASF (quando houver) e pela atenção odontológica e deve priorizar as seguintes ações estratégicas: detecção precoce de deficiências, acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até dois anos, projetos de educação em saúde para prevenção de deficiências, criação de protocolos clínicos e de apoio aos profissionais, articulação com recursos da comunidade para inclusão social, cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar, entre outros (BRASIL, 2012). A proposta da Rede de Cuidados vem no sentido de superar a fragmentação do cuidado, apostando na lógica da humanização e cuidado interdisciplinar.

A Atenção Especializada em Reabilitação, segundo a portaria, conta com estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências), Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Oficina Ortopédica. A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência deverá, por sua vez, compor equipes de reabilitação para prevenção de deficiências e assistência especializada para os leitos de reabilitação (BRASIL, 2012).

Observa-se que anterior a instituição da Rede de Cuidados, as ações específicas a esse público eram muito incipientes e desarticuladas. Principalmente nos últimos cinco anos, houve marcos importantes, a institucionalização de documentos orientadores e de espaços de participação, descritos nos subtópicos seguintes. A partir disso, a política passa a ganhar

---

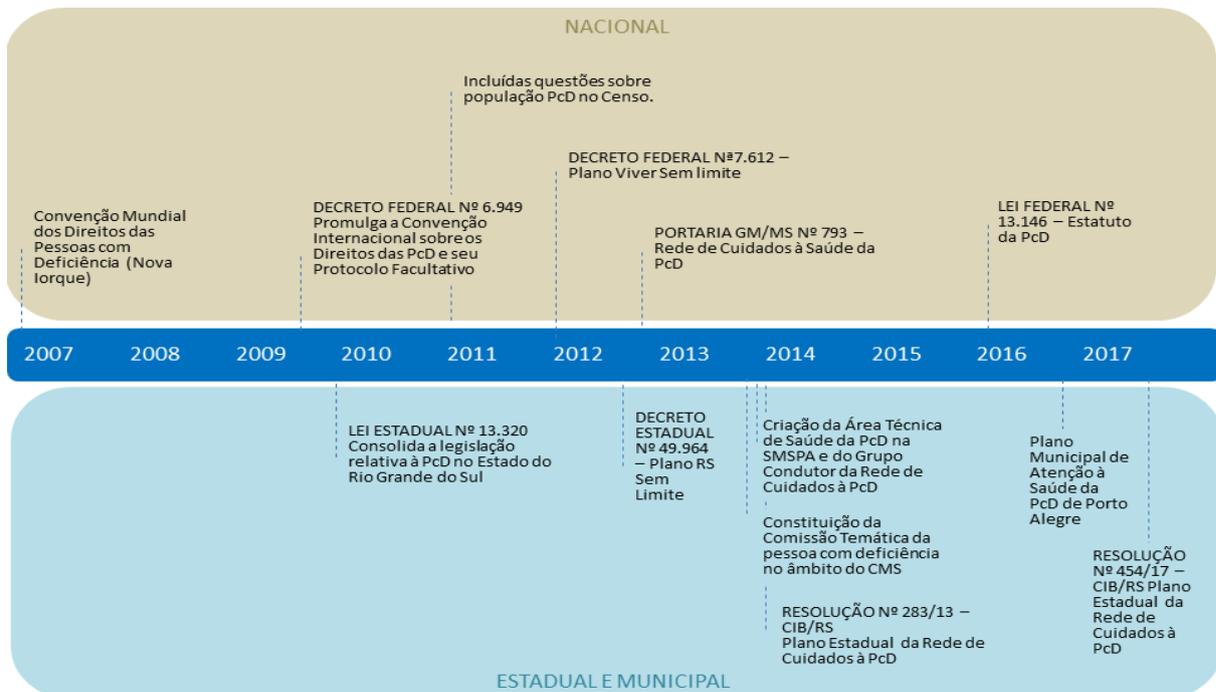
<sup>2</sup> Neste trabalho utilizaremos os conceitos de Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde conforme a referência citada, porém em trechos de escrita autoral será utilizado, preferencialmente, o termo Atenção Básica em Saúde.

maior visibilidade, a ter espaços de pressão social, a ampliar e organizar a rede de serviços e a compor os documentos oficiais da SMSPA.

### 3.2 Marcos institucionais: situando o município de Porto Alegre em meio ao contexto histórico estadual e nacional

Os marcos institucionais estatais referente a proteção e garantia dos direitos da Pessoa com Deficiência são recentes, conforme ilustrado da Figura 1, principalmente em relação ao município de Porto Alegre.

**Figura 1 – Linha do tempo dos marcos institucionais estatais sobre Saúde da Pessoa com Deficiência.**



Fonte: linha do tempo criada pela autora.

A Convenção Mundial de 2007, já citada anteriormente, provocou mudanças acerca dos conceitos sobre deficiência e influenciou no direcionamento das políticas voltadas às pessoas com deficiência, no Brasil e no mundo (ONU, 2017). Mas somente em 2015 o país promulgou a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), um marco na garantia da cidadania e da inclusão social das pessoas com deficiência (BRASIL, 2015). O Grupo de Trabalho para análise e redação do estatuto foi composto por membros do poder legislativo brasileiro, representantes da Secretaria Nacional

de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), entre outros. O Estatuto da Pessoa com Deficiência é um instrumento que alicerça a formulação de políticas públicas.

O Brasil conta com legislações específicas sobre a saúde da PcD, anteriores à Convenção. Conforme citado na parte introdutória deste trabalho, desde 2002, está em vigor pela Portaria MS/GM nº 1.060 a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, porém para que ela passasse a ser efetivada no município de Porto Alegre, foram necessários muitos outros movimentos, de diversas esferas, mas antes de relatá-los, vamos descrever um pouco mais o que foi instituído a nível estadual e municipal.

A Lei Estadual Nº 13.320/2009, que consolida a legislação relativa à pessoa com deficiência no Estado do Rio Grande do Sul, recapitula as legislações vigentes para esse segmento da população no âmbito estadual, legislando também sobre a proteção dos direitos e o atendimento da pessoa com deficiência. Destaca-se aqui que a lei serviu de base para metas do Plano Municipal de Atenção à Saúde da PcD que envolvem a questão do atendimento prioritário e da acessibilidade nos serviços de saúde do SUS.

Em 2011, também como um dos efeitos da Convenção, foi instituído o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite (BRASIL, 2010b). O plano dispõe sobre ações relacionadas aos eixos: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade. Estão envolvidos 15 Ministérios com metas para os anos de 2011 a 2014. Entre as metas de saúde estipuladas pelo Viver sem Limites estão: identificação e intervenção precoce de deficiências, diretrizes terapêuticas, centros especializados de habilitação e reabilitação, transporte para acesso à saúde, oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e atenção odontológica às pessoas com deficiência (BRASIL, 2011). A partir do Viver sem Limite, foi instituída, no ano de 2012, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, já descrita no tópico anterior.

A Resolução Nº 283/13 – CIB/RS, de 08 de julho de 2013, aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do RS e dispõe sobre a necessidade de atualização do mesmo. Em 2017, é aprovada a Resolução Nº 454/17, com as atualizações do plano, e através de movimentos da gestão da SMSPA, nele já estão inseridos os proponentes a Centros Especializados em Reabilitação. Como prioridade de número três na lista estadual de proposições está a criação do CER II, habilitando o Cerepal nas modalidades de reabilitação Física e Intelectual. Atualmente, o serviço está habilitado como modalidade única em Reabilitação Física e não há nenhum serviço habilitado em Porto Alegre na Reabilitação

Intelectual, o que tem entrado como pauta prioritária em diversos espaços de gestão da SMSPA. Apontada com posição seis na lista de prioridades, está a habilitação da AACD na modalidade de CER II, com as reabilitações Física e Auditiva, tendo em vista a grande demanda reprimida na região metropolitana nestas áreas de reabilitação. Também aparece na lista de proponentes, como prioridade de número 15 para a SES/RS, a habilitação de um CER IV, de modalidade Intersetorial, considerando-se a inexistência de serviço com viés de reabilitação profissional. E em 16º lugar na lista, está a habilitação do Hospital Santa Ana como CER II, nas modalidades Intelectual e Auditiva.

Elencar metas como as descritas acima no Plano Estadual da Rede de Cuidados à PcD não é garantia de que essa oferta será concretizada. Para que isso aconteça existem diversos fatores econômicos e políticos envolvidos. Porém, apontar essas pautas na agenda do governo é um processo primordial para a ampliação da rede de serviços e desenvolvimento da política. Podemos considerar a aprovação do Plano Municipal de Atenção à saúde da PcD de Porto Alegre um dos condicionantes para tais propostas aparecerem no Plano Estadual da Rede de Cuidados. Isto porque o plano demonstra oficialmente alguns vazios assistenciais da rede de serviços de saúde do município, além de ter como meta a ampliação dos serviços para implantação das linhas de cuidado para cada tipo de deficiência.

O processo de elaboração do plano será descrito no próximo subtópico juntamente com a descrição da criação do setor responsável pela política. Além disso, no tópico número quatro deste trabalho, será feita uma análise do desenvolvimento das metas e ações que compõem o plano e acabam por dar “corpo” a esta política pública.

### **3.3 Traços históricos da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência em Porto Alegre**

As primeiras ações voltadas especificamente para este público em Porto Alegre surgem na década de 1960, porém com oferta e possibilidades de acesso limitadas, tendo em vista que os serviços específicos a este segmento da população não eram de natureza estatal. As instituições que prestam atendimento a essa população há mais tempo são as associações de pais, organizações não governamentais e outras de cunho privado e filantrópico. Dentre elas podemos citar APAE, Kinder, AACD, e Cerepal<sup>3</sup>, sendo que as duas primeiras mantêm

---

<sup>3</sup> Não faremos a descrição detalhada de todas as organizações que compõem o histórico da assistência a pessoa com deficiência de Porto Alegre tendo em vista o aprofundamento em outras questões relacionadas aos objetivos

oferta de serviços conveniados com a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC)<sup>4</sup> e a AACD e o CEREPAL prestam serviços contratados pela SMS.

A APAE de Porto Alegre teve seu movimento iniciado em 1962, sendo filiada à Federação Nacional das APAES, porém têm jurisdição municipal. São objetivos da Apae Porto Alegre: promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, preferencialmente intelectual e múltipla, e transtornos globais do desenvolvimento; prestar serviço de habilitação e reabilitação; prestar serviços de educação especial às pessoas com deficiência; e oferecer serviços na área da saúde, desde a prevenção, visando assegurar uma melhor qualidade de vida para as pessoas com deficiência, preferencialmente intelectual e múltipla.

A primeira escola foi fundada em 10 de março de 1966, hoje chamada Escola de Educação Especial Nazareth. A Apae possui também uma unidade de atendimento das pessoas com Deficiência Intelectual e Múltipla e seus acompanhantes, que proporciona o credenciamento de passagens com passe livre para o município de Porto Alegre e Grande POA, através de uma parceria com a EPTC. Através do movimento Apaiano e reivindicações de outras lideranças, é criada, em 23 de outubro de 1973, através Lei Estadual nº. 6.616, a FAERS Fundação Rio-Grandense de Atendimento ao Excepcional, que tinha como objetivo a pesquisa, profilaxia e o atendimento ao excepcional nas áreas de saúde, educação, trabalho e previdência social. Após 19 anos de existência e diversas transformações, é aprovada a Lei Estadual nº. 8.535 em janeiro de 1988 que altera o nome para Fundação de Atendimento ao Deficiente e ao Superdotado do Rio Grande do Sul – FADERS<sup>5</sup>. Atualmente a FADERS, de acordo com o artigo 1º da lei:

Fica criada a Fundação de Atendimento ao Deficiente e ao Superdotado no Rio Grande do Sul – FADERS, a qual se define como uma Fundação, com personalidade jurídica de direito privado, autonomia administrativa, financeira e na gestão de seus bens, destinada a dar atendimento no campo da educação, do trabalho, da saúde, da reabilitação, da previdência e da assistência social às pessoas com deficiência, a saber: física e/ou mental, inclusive no campo da profilaxia, e às pessoas superdotadas ou talentosas (PORTO ALEGRE, 1988).

---

da pesquisa. Além disso, a caracterização das entidades citadas cumpre o objetivo de apresentar um panorama de como foram estruturadas as primeiras instituições de caráter assistencial para a população em questão.

<sup>4</sup> A Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC, instituída pela Prefeitura em 13 de julho de 1977, é o órgão gestor da Política de Assistência Social no Município de Porto Alegre, responsável pela oferta de serviços, programas e benefícios que promovam a inclusão de cidadãos, famílias e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social. Por meio de sua rede socioassistencial própria e também conveniada, trabalha balizada pelas diretrizes e princípios da Política Nacional de Assistência Social, a qual define a assistência como direito à proteção social e objetiva a consolidação dos direitos sociais a todos que dela necessitam.

<sup>5</sup> Informações obtidas no site da FADERS: <http://www.portaldeacessibilidade.rs.gov.br/>.

A Kinder<sup>6</sup> - Centro de Integração da Criança Especial é uma Organização da Sociedade Civil, de caráter Assistencial, fundada em 1988, que educa, reabilita e habilita, por ano, cerca de 300 bebês, crianças e adolescentes com deficiências múltiplas com severidade moderada e grave, em situação de vulnerabilidade social.

A AACD<sup>7</sup> foi inaugurada em agosto de 2000, viabilizada com os recursos do Teleton<sup>8</sup> 1999. Além da reabilitação física com equipe multidisciplinar, a AACD também conta com uma oficina ortopédica para concessão e manutenção de Órteses, Prótese e Materiais Especiais (OPME). O Centro de Reabilitação de Porto Alegre – CEREPAL<sup>9</sup> é uma associação de pais, que nasceu frente a necessidade de um local para atendimento especializado de crianças com lesão cerebral. A associação de direito privado, de caráter assistencial e beneficente, foi fundada em 1964, por 15 famílias. A nível estadual é referência no tratamento de Reabilitação Física, onde os pacientes recebem atendimentos da equipe multidisciplinar composta por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, profissionais do serviço social e de nutrição. O centro realiza concessão de OPMs – Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (cadeiras de rodas, bengalas, andadores, etc.). Além de ofertar atendimentos de fisioterapia através do SUS, para pacientes de Porto Alegre, encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde dos bairros da capital, e também de forma particular.

Neste estudo focaremos na análise das ações que foram desenvolvidas a partir de 2013, ano de criação da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Além desse marco institucional, é a partir deste ano que encontramos registros em relatório de gestão da SMSPA sobre ações específicas dessa política. As instituições do terceiro setor (APAE e Kinder) citadas aqui não aparecem nos relatos a seguir, pois não participam oficialmente de processos decisórios dentro da SMSPA, salvo em situações específicas em que podem ser chamadas. Elas mantêm vínculo com a FASC, que participa do Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à PcD.

Recapitulando a cronologia de acontecimentos relacionados ao setor, foi construída a seguinte listagem, conforme anotações, participação ativa, conversas com a equipe, análise de documentos e entrevistas:

---

<sup>6</sup> Demais informações sobre a instituições estão disponíveis no site: <http://www.kinder.org.br/sobre>.

<sup>7</sup> Site da instituição <https://aacd.org.br/>.

<sup>8</sup> Criado em 1966 nos Estados Unidos pelo ator Jerry Lewis, que teve um filho com deficiência física, o Teleton é realizado em mais de 20 países da Europa, América do Norte e América do Sul, anualmente. O Teleton é uma maratona televisiva que busca gerar mobilização social acerca do tema e arrecadar fundos por meio de doações.

<sup>9</sup> Site da instituição <http://www.cerepal.org.br/>.

1. Criação da Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, em outubro de 2013, resultado da pressão social, de trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde e de gestores da SMS, para orientar a implementação da Política;

A partir de 2012 foi lançada a PT Nº 793, de 24 de Abril de 2012, que regula a rede de cuidados a pessoas com deficiência. Em 2013 houve a efetivação da Área Técnica de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiências e do Grupo Condutor Municipal de Cuidados a PCD, a descentralização das autorizações de fisioterapia pelas unidades de APS e também a abertura e encaminhamento do processo de chamamento público nesta área (PORTO ALEGRE, RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2013, p. 75).

Como relatado por uma de nossas informantes, esta foi a primeira vez que esta população era incluída no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, isto denota que os movimentos institucionais estatais, principalmente do MS, de indução das políticas de saúde específicas para a PcD caracterizam-se como precursores para reorganizações nas esferas de governo.

Eu recebi um convite em 2013 para assumir a Política da Pessoa com Deficiência. Então, na verdade, é a primeira vez na vida que haveria, no organograma da secretaria, uma assessoria para a Política da Pessoa com Deficiência, que até então não existia e até porque no Plano (PMS), acho que ele é de 2014 à 2017, o último Plano Municipal, constava pela primeira vez a Política da Pessoa com Deficiência, então já era um movimento de se constituir a Área Técnica da Pessoa com Deficiência, até para tocar as metas que o Plano já vinha pontuando (ENTREVISTADO 1 - GESTÃO).

Além das legislações lançadas pelo Ministério e pela esfera estadual, trabalhos e discussões dentro da própria SMS tiveram influência na criação da Área Técnica.

Eu pude acompanhar desde o momento da concepção lá em 2011, quando foi estruturado a Coordenação Geral de Atenção Básica e especializada, do município, onde estavam todas as políticas. Onde estava a Saúde Bucal, a saúde da população negra, saúde da mulher, saúde da criança, e no início não tinha uma pessoa responsável respondendo para questões específicas de pessoas com alguma deficiência. Eu me lembro que eu participei de diversas discussões, como área técnica de saúde bucal, como é que nós íamos dar uma atenção especial a essas pessoas, e também o município de Porto Alegre (ENTREVISTADO 5 - GESTÃO).

Outro grupo importante para o surgimento do setor encarregado especificamente por essa Política foi o Conselho Municipal de Saúde.

Naquele momento não tinha responsável na área especificamente da pessoa com deficiência, não tinha política, não tinha plano dentro da cidade. Então com a nossa pressão junto ao gestor, então foi, a NOME DE REPRESENTANTE DA GESTÃO

assumiu enquanto responsável pela área técnica, então o Conselho Municipal de Saúde tem um papel fundamental na constituição de uma pessoa com um olhar específico para a pessoa com deficiência dentro da secretaria, e para a construção da política, o acompanhamento da construção e deliberação da política (ENTREVISTADO 2 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL).

2. Criação, através da Resolução Nº 33/2013, da Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que passa a atuar no ano de 2014, espaço de discussão de questões ligadas à Política e participação social.

Espaços como o da Comissão são importantes para a caracterização da política, tendo em vista que influenciam em tomadas de decisão através do tensionamento para a inclusão de pautas na agenda pública.

Eu acho que a comissão da pessoa com deficiência fez uma pressão muito grande para sair então um plano, então eu acho que se não tivesse constituído a comissão, não sairia plano, eu enxergo dessa forma assim, o Conselho Municipal de Saúde foi fundamental na construção do plano e da política da pessoa com deficiência (ENTREVISTADO 2 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL).

3. Alteração da meta da Programação Anual de Saúde de 2015 para: Elaborar o Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, tendo em vista que os acúmulos e discussões até então realizadas necessitavam ser compiladas em um documento oficial e melhor estruturado a fim de buscar pela implementação de ações específicas para a área da Saúde da Pessoa com Deficiência;

Como podemos observar no trecho abaixo, extraído do Relatório Anual de Gestão de 2013, um importante problema a ser superado com a reestruturação da meta para a política, era o fato de o Plano Municipal de Atenção à Saúde da PcD existente na época restringir-se a apontar o quantitativo de CER necessários, sem considerar o princípio da integralidade no cuidado à PcD. Diante disso, era necessário elaborar um novo plano mais abrangente e que identificasse ações prioritárias para então organizar sua implementação.

Foi constatado que o plano anterior indicava apenas o quantitativo CER (Centro Especializado em Reabilitação) que o município precisava, sendo assim, foi feita a revisão do plano de atenção regional da PcD. A partir dessa análise houve alteração da meta na PAS 2015- “Elaborar o Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência” - com o intuito de efetivar a meta do PMS 2014-2017. (PORTO ALEGRE, RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2014, p. 276).

No trecho a seguir, proveniente de uma de nossas entrevistas, vemos que nos primórdios da criação da área técnica, as ações centraram-se em organizar um novo plano. A

partir da articulação dos atores, foi possível reestabelecer metas em função das reais necessidades dos territórios do município, além de realizar um diagnóstico da oferta de serviços existentes, o que embasou o planejamento da Política.

A primeira coisa foi rever o Plano, porque havia um Plano e esse plano estava feito antes dessa Política ser criada, então, de uma certa maneira, ela foi apontada e tinha uma meta dentro desse plano que foi feita pela ASSEPLA, e a meta não condizia com a realidade. Então a primeira coisa foi a gente rever aquela meta, que a meta dizia que a gente tinha que implantar um Plano, mas aquele Plano que estava lá não era um Plano Municipal, na verdade aquele era um plano regional que foi feito uma estudo para o estado. O estado, para entender o mapa do Rio Grande do Sul, tinha que dizer o que Porto Alegre precisava, e Porto Alegre listou algumas coisas que precisava, mas aquilo não era o Plano de Porto Alegre, aquilo era um mapeamento do Rio Grande do Sul, e foi entendido dentro do Plano Municipal como a meta para a gente atingir, então a gente pediu para rever essa meta e realmente sim, a gente elaborar o Plano Municipal de Saúde, acho que essa foi uma das primeiras coisas que a gente organizou (ENTREVISTADO 1 - GESTÃO).

4. Elaboração do Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência em 2015, construído a várias mãos, que passou pelo processo de estruturação teórica e epidemiológica, além da construção de Eixos, Diretrizes, Metas e Ações;

A influência das esferas de governo, já citada anteriormente, ganha destaque ao analisarmos essa política. Observa-se, a partir da construção da linha do tempo dos marcos acerca da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e de relatos como o descrito a seguir, que a publicação de legislações, como a que institui a Rede de Cuidados, gera movimentações importantes das demais esferas.

O Plano diz, bom a gente tem uma política, se a gente tem uma política a gente tem que ter alguém que possa olhar para toda essa política e verificar todos os níveis de atenção e fazer isso virar uma rede. Então o Plano foi o “start”, foi o Plano Municipal, com certeza sim. E claro, aí junto com o Plano, o Plano já é um pouco do reflexo do que estava acontecendo no Ministério da Saúde, porque o MS lança a portaria 793 em 2012, e ela estava regulando como é que deveria ser a Rede de Cuidados, então ela impulsiona os estados e os municípios a pensarem na política, então isso refletiu aqui também (ENTREVISTADO 1 - GESTÃO).

Um grupo de atores essencial para a elaboração do Plano e desenvolvimento da Política é o Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. As reuniões desse grupo iniciaram em 2013, a partir da criação da Área Técnica. Neste espaço foram elaboradas e discutidas diretrizes clínicas, protocolos e linhas de cuidado, além de discussões sobre o Plano.

A 793 diz que o estado tem que ter o Grupo Condutor Estadual, e Porto Alegre tinha que ter o grupo condutor Municipal, porque Porto Alegre está na gestão plena, então

a gente tem assento no grupo condutor do estado e a gente cria o nosso Grupo Condutor da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, e aí outras secretarias estão juntas, então a secretaria de educação, a FASC, o conselho CREFITO e CREFONO, o conselho municipal e partes da gestão, da gestão da assessoria da política, tinha assento a gerência de regulação também, e assento a ASSEPLA, então essas outras secretarias também fizeram parte da construção desse Plano (ENTREVISTADO 1 - GESTÃO).

5. Apresentação do Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência para o Gabinete do Secretário em 23 de dezembro de 2015;

Enquanto estagiária, foi possível participar deste momento, que ocorreu no Gabinete do Secretário. A apresentação do Plano foi realizada após um longo período de debate e contribuição de diversos setores da secretaria, do Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à PcD e de apontamentos da Comissão Temática do Conselho Municipal de Saúde, sendo assim houve poucas sugestões de modificação por parte do secretário. Dentre os poucos apontamentos, houve a inclusão do seguinte trecho nas considerações finais do documento:

Os eixos, diretrizes e metas serão os norteadores do planejamento da PAS - Programação Anual de Saúde. A cada ano, construiremos a PAS mediante ações e indicadores que possam gradualmente possibilitar a totalidade dos eixos apontados neste Plano (PORTO ALEGRE, 2016).

Isso demonstra o desejo da gestão da época em garantir que as metas do Plano de Saúde da PcD, passassem a compor o planejamento oficial e anual da secretaria. Além disso, demonstra uma consciência acerca de fatores que influenciam no tempo necessário para o processo de implementação das ações, por isso a utilização do termo “gradualmente”.

6. Retorno do Plano para discussão e apontamentos no Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à PcD e na Comissão Temática de Saúde da Pessoa com Deficiência/CMS no primeiro semestre de 2016;

Como relatado anteriormente, o Grupo Condutor realizou discussões e participou da construção do Plano, assim como a Comissão Temática do CMS. Uma das disputas identificadas nesse momento relaciona-se ao fato de o grupo condutor buscar a agilização do processo de aprovação do plano em plenária do Conselho, enquanto a Comissão sugeria que ainda fossem realizadas reuniões ampliadas com outras comissões e setores, como a Comissão Temática de Saúde Mental e a Área Técnica de Saúde Mental.

Quando eu venho para a gestão, e que acaba tendo a área técnica da pessoa com deficiência, o Conselho Municipal, cria a comissão da pessoa com deficiência, e aí a gente como gestor tem assento dentro dessa comissão. O que a gente percebe é que, bom, a gente ficou feliz porque criou a comissão, porque a gente entende sim que vai ter o controle social pra ajudar, porque a pressão do controle social é importante

na construção toda desse Plano e mesmo de toda política. O que a gente vê é que na hora que as coisas se estabelecem a gente retorna de novo ao mesmo ponto, a gente de novo discute a mesma situação mais de uma vez, parece que a gente não anda nas situações e a gente tem sempre o mesmo grupo de pessoas, então a gente não oxigena (ENTREVISTADO 1 - GESTÃO).

Em relação à questão do tempo levado para aprovação do plano as opiniões são divergentes. No relato anterior coloca-se uma crítica ao democratismo da política de saúde, processo que gerou repetições de discussões sobre algumas pautas. Além disso, identificamos através do relato e da participação em reuniões do Conselho, a não renovação da participação nesses espaços, o que pode ser consequência de processos participativos pouco inclusivos. De acordo com Abers e Keck (2008), os espaços de participação devem ser expressões da diversidade, característica essencial para gerar inovações.

A seguir um dos informantes da pesquisa posiciona-se frente ao processo de participação pontuando que a partir disso existe o problema do alongamento temporal do processo de tomada de decisão, mas, ao mesmo tempo, isso contribui com a implantação das metas após sua aprovação.

O conselho sempre foi muito atuante, pelo menos no município de Porto Alegre, sempre foi muito característico, e eles cobraram muito isso, participaram desse processo de discussão, nós tivemos várias reuniões de apresentação de propostas, de alterações... Eu acho que o conselho municipal de saúde é fundamental porque ele envolve os gestores, os trabalhadores, os prestadores de serviço, a população, e aí a gente vai ouvindo isso naquela ideia de todos serem atores. Que às vezes ele tem um lado ruim porque ele demora mais tempo quando tu envolve todos esses atores, mas quando a gente consegue fechar ela é muito mais fácil de implantar, então o tempo que a gente investe em trazer todos esses atores, especialmente o conselho municipal de saúde, nós ganhamos com tempo de implantação (ENTREVISTADO 5 - GESTÃO).

7. Apresentação do Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência para a plenária do CMS em 18 de agosto de 2016, com aprovação do mesmo;

A partir da aprovação do Plano, iniciou-se um processo de escolha das metas que comporiam a PAS. Algumas metas que já estavam definidas antes da aprovação oficial do Plano já haviam sido apontadas na PAS de 2015 e foram escolhidas pela própria Área Técnica a partir de decisões internas do setor, considerando a possibilidade de execução das ações e algumas prioridades já identificadas.

8. Criação da Gerência de Políticas Públicas em Saúde de Igualdade e Inclusão, em agosto de 2016;

De acordo com as anotações enquanto estagiária, a mudança do setor Coordenação Geral das Áreas Técnicas para Coordenadoria Geral de Políticas Públicas gerou algumas

disputas internas no setor. Isso ocorreu, pois o processo faria a reunião de Áreas Técnicas, conforme temáticas, em Gerências de Políticas, o que provocou mudanças na organização estrutural do setor, na composição das equipes de trabalho, gerando também um processo de “desacomodação” dos trabalhadores da gestão. Porém, com a mudança de governo em 2017, iniciou novamente um processo de transição, a fim de adequar os setores ao novo organograma da SMS. Todos esses processos influenciam no desenvolvimento da política em questão, pois focalizam a atenção dos gestores em ações de organização interna da instituição, provocam quebras nos acordos estabelecidos em grupo - ao ser proposta uma nova disposição juntamente com a mudança de organograma e de gestão - entre outras questões.

9. Migração da equipe ao quarto andar do prédio sede da Secretaria, junto a Coordenação Geral de Atenção Especializada em Saúde, em maio de 2017;

Não houve possibilidade de analisar com profundidade esse processo, por ser um evento muito recente, além do fato de algumas mudanças terem ocorrido através de orientações do Gabinete do Secretário, sem participação ampliada aos demais trabalhadores da SMS para a tomada de decisões.

A partir da cronologia apresentada, foi possível enxergar o desdobramento do desenvolvimento da política em estudo, pontuando alguns atores envolvidos, circunstâncias que influenciaram na implementação das ações e os cenários dos processos decisórios. A inclusão da temática da saúde da pessoa com deficiência no organograma da Secretaria tem como principal consequência a organização e o desenvolvimento de processos de planejamento para a Política. É possível identificar, neste histórico, momentos participativos que envolveram outros setores da SMS, outras secretarias do município, o conselho municipal de saúde, dentre outros atores. Assim como houveram decisões que foram tomadas exclusivamente pela gestão.

Todos os fatos aqui descritos dão um delineamento do pano de fundo e alicerces da política, porém não são os únicos, tendo em vista que o objetivo da presente pesquisa não é abordar todas as questões acerca do tema, mas promover uma compreensão do contexto geral da política e analisar seu desenvolvimento.

O próximo tópico analisa com mais detalhes as propostas da política e seus processos de implementação, contribuindo para a análise de achados ainda não relatados e para o detalhamento de processos já citados até aqui.

#### 4 CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

Para compreendermos a construção e implementação da Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre, podemos tomar como base os eixos, diretrizes e metas elencados no Plano Municipal de Atenção à Saúde da PcD. Nesse sentido, buscamos descrever o desenvolvimento das ações a partir dos relatórios de gestão e, no caso desta pesquisa, analisa-las de acordo com informações obtidas em entrevistas com informantes-chave e anotações formuladas a partir do contato com o campo.

Para fazer esta análise, foi elaborado o quadro (Apêndice B) que compara as diretrizes da Política Nacional com as diretrizes e metas do Plano Municipal e faz observações acerca das ações realizadas em âmbito municipal. Através do quadro, é realizada uma discussão acerca das diretrizes e metas, pois nele estão indicados os registros (em PAS e/ou RAG) das ações realizadas pela SMS. A Política Nacional é composta por seis eixos e suas respectivas diretrizes, enquanto o Plano de Porto Alegre contempla oito eixos, cada um deles com uma diretriz e apresenta um total de 45 metas. O Plano Municipal, ao ser construído, levou em consideração a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e por isso aborda temáticas muito semelhantes em seus eixos.

Em relação à busca pela acessibilidade, foi elaborado o Eixo “QUALIDADE DE VIDA”, com a diretriz “Possibilitar Ambientes de Saúde com Acessibilidade Física, Comunicacional e Atitudinal na Rede de Atenção à Saúde”. No documento da política nacional este eixo aparece como “PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA”, com uma diretriz que abrange mais setores (educação, transporte, lazer, etc.) enquanto a diretriz municipal focaliza ações relacionadas à acessibilidade aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Analisando as metas apontadas e o desenvolvimento das ações relacionadas a esse eixo, observamos movimentos em busca da qualificação das condições de acessibilidade dos serviços de saúde. A meta de “Mapear o quantitativo de unidades de saúde acessíveis”, já compôs a Programação Anual de Saúde dos anos de 2016 e 2017, sendo uma ação conjunta com os profissionais engenheiros e arquitetos do setor de Assessoria de Projetos. De acordo com o Relatório de Gestão do segundo quadrimestre de 2017, até o momento foram mapeadas 89 Unidades de Saúde da Atenção Básica (63,12% do total). De acordo com um de nossos informantes, que participou da gestão da SMS, o movimento de melhorar estruturalmente o acesso aos serviços já vem ocorrendo desde 2011, através de intersecções entre SMS e

Secretaria de Acessibilidade, porém as melhorias foram acontecendo de forma gradual e não abrangem toda a rede de serviços.

Eu me lembro que eu participei de diversas discussões, como Área Técnica de Saúde Bucal, como é que nós íamos dar uma atenção especial a essas pessoas. E também, o município de Porto Alegre, eu pude acompanhar o início da Secretaria de Acessibilidade, com quem a gente tinha uma intersecção bastante interessante, porque nós víamos uma dificuldade imensa, e continua, eu acho que melhorou, e eu sempre repito que fazer gestão é tu alargar e encompridar estradas, tu não vai resolver todos os problemas... O foco foi a gente tentar melhorar o deslocamento das pessoas da acessibilidade delas dentro das unidades de saúde, fizemos alguns levantamentos de quais unidades que não tinham acessibilidade e fomos desde rebaixamento de cordão, a gente passou por, rampas de acesso foram construídas (ENTREVISTADO 5 - GESTÃO)

Já a meta “Promover rodas de conversa referente à acessibilidade Atitudinal na RAS”, passou a compor a PAS 2017. Por enquanto, referente a essa meta, a única ação realizada foi a discussão sobre a temática com a nova coordenação da Educação Permanente do Gabinete do Secretário (GS).

As demais metas relacionadas a esse eixo ainda não foram contempladas em PAS. É necessário considerar que este eixo, ao trabalhar com o conceito de acessibilidade, tem um importante desafio de buscar garantir ao usuário do sistema que ele consiga obter cuidados de saúde quando necessitar, de maneira facilitada e conveniente. Considerando a relação da acessibilidade com os aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. Além de identificar aspectos que podem se tornar obstáculos, assim como os que facilitam a busca pelo atendimento à saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004 apud OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Isto significa que, para a realização das metas, serão necessárias articulações entre diversos atores, além da mobilização de recursos que contemplem todas as melhorias necessárias para a garantia de acessibilidade arquitetônica, comunicacional e atitudinal.

O segundo eixo elencado no plano é o de “PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS”. A diretriz que compõe esse eixo é “Implementar estratégias de prevenção, tendo em vista que cerca de 70% das ocorrências são evitáveis ou atenuáveis, com adoção de medidas apropriadas e oportunas”. O maior desafio relacionado a essa diretriz em especial, pois também é observado em relação às outras diretrizes, é o de realizar ações junto a outras áreas como: educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, dentre outras. Esse eixo é composto por oito metas conforme o Quadro do Apêndice A.

Destaca-se nesse eixo, o processo de elaboração da meta “Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio de qualificação do pré-natal e da atenção à infância. (HTLV, hereditárias, metabolismo, ZIKA vírus, etc.)” que foi amplamente discutida com o Conselho Municipal de Saúde, tendo em vista os déficits identificados nas ações pré-deficiência. Também houve um pressionamento da Comissão de Saúde da PcD (CMS) para o destaque à identificação do HTLV, isso está relacionado ao fato de a comissão ser composta, também, por uma pessoa que teve sequelas decorrentes do vírus. Durante o ano de 2016, a Área Técnica acompanhou as mobilizações frente aos casos de Microcefalia que vinham aumentando e com suspeita de relação ao vírus Zika. Foram realizadas videoconferências com outros estados e com o MS, realizados mutirões de identificação e encaminhamento de casos, e acompanhamento de documentos e diretrizes advindos do “Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia”, lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2015.

Em 2017, de acordo com o RAG, foi acordado junto a Política de Atenção à Saúde da Criança/Adolescente a inclusão das Escolas Municipais Especiais de Ensino Fundamental Professor Elyseu Paglioli e Tristão Sucupira Viana, no Programa de Saúde na Escola (PSE), visando ampliar os espaços de cuidados a PcD e também ampliar o escopo dos profissionais envolvidos no programa.

Além disso, foi acrescentada na Programação Anual de Saúde de 2017 a meta “Elaborar a Linha de Cuidado para Atenção em Saúde Auditiva”, que já vinha sendo mapeada em 2016. De acordo com o último relatório de gestão, durante o ano de 2017 foi feita a conclusão e a revisão desta linha de cuidado. Participaram do processo de organização da linha, o Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, prestadores de serviços de reabilitação e de diagnóstico e alguns profissionais da rede de serviços de Porto Alegre.

Na PAS de 2016, foi contemplada a meta “Realização de eventos de promoção da saúde e prevenção de acidentes e quedas” a partir disso, foram realizados projetos de prevenção de acidentes e quedas em parceria com as Políticas de Saúde do Idoso e de Saúde da Criança e Adolescente. Essa parceria formou-se através da proximidade entre as políticas que compunham à época o mesmo setor, através de trocas de informações sobre o número de casos de fratura de fêmur em idosos, a partir da aproximação com a Saúde da Criança por questões ligadas ao Programa Saúde na Escola, entre outros fatores que ao estabelecer essa relação, acabaram por demonstrar que existe a necessidade de trabalhar a prevenção de deficiências nos diferentes ciclos de vida.

O terceiro eixo apresentado no Plano é “ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE”, cuja diretriz é “Implantar a Linha do Cuidado Integral de Atenção à Pessoa com Deficiência a fim de efetivar a integralidade na assistência à saúde, em todos os pontos da RAS (Rede de Atenção à Saúde)”. Em resumo, as metas para esse eixo são, elaborar e implantar as linhas de cuidado para cada tipo de deficiência e fazer um alinhamento dos processos de trabalho e fluxos para a atenção à saúde dessa população.

No ano de 2015, foi elaborado um fluxograma dos serviços do município que atendem pessoas com deficiência intelectual. Uma das metas da Programação Anual de 2016 é “Elaborar a linha de cuidado da PcD Intelectual e concluir o fluxograma da Atenção à Saúde Auditiva”. Atualmente, o maior entrave para a construção de uma linha de cuidados é dispor dos serviços necessários, para a atenção integral dessa população. O que pode contribuir para o enfrentamento desse desafio, conforme uma de nossas informantes, é o credenciamento de mais serviços à RAS.

Colocar o chamamento público na rua eu acho que foi outro avanço, são os CER, porque se tu vai falar de linha de cuidado, tu vai falar de serviços, e na linha de cuidado da deficiência intelectual a gente não tinha nenhum serviço de reabilitação na cidade, então esse edital ele sai para todas as reabilitações, mas a gente pontuava dentro do edital a necessidade de conseguir um serviço especializado de reabilitação na deficiência intelectual (ENTREVISTADO 1 – GESTÃO).

Desde 2015 a coordenação municipal da política vem pleiteando, via Chamada Pública a habilitação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER) para o atendimento de pessoas com deficiência intelectual e autismo, que é a área com maior vazio assistencial do município. Em 2017, houve um avanço no processo que já passou por todos os setores responsáveis, obteve serviços concorrentes, sendo encaminhado para a SES e agora estão sendo realizadas as análises das propostas do CEREPAL e da APAE, que foram os selecionados para possível credenciamento.

Para o alinhamento dos serviços, a área técnica da política, durante o ano de 2015, divulgou os fluxos oficiais para as reabilitações física, auditiva e visual, que passaram a ser reguladas pelo município, e anteriormente eram reguladas pela SES. A partir da mudança do sistema de marcação de consultas, AGHOS para GERCON, em 2016, os fluxos foram atualizados. Durante a divulgação, ocorreram formações para os profissionais da Atenção Básica, a fim de que as solicitações e encaminhamentos para tais reabilitações ocorram de forma adequada. Além disso, em novembro de 2015, a Área Técnica de Atenção à Saúde da

PcD, realizou Educação Permanente transversal à Área Técnica de Atenção à Saúde Bucal abordando a Política Nacional de Atenção à Saúde da PcD, num total de 06 encontros.

O eixo quatro é “INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO” tem como diretriz “Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência”. Em 2016, iniciou-se a elaboração do blog da Área Técnica de Saúde da PcD, porém foi suspensa a criação por pedido da assessoria de comunicação da SMS (ASSECOM/SMS) que solicitou que todas as informações fossem centralizadas no site da secretaria. A partir de então as informações foram sendo atualizadas diretamente na página. Porém o desejo da área técnica era de criar um blog em formato mais acessível e com mais informações do que é possível fazer na página da SMS, que tem recursos limitados em relação a áudio descrição, mudança de contraste, etc. A percepção, enquanto estagiária, foi de que a ASSECOM, apesar dos esforços para atender ao planejamento de todos os setores da SMS, era muito demandada, o que dificulta a atualização das informações específicas acerca das políticas no site, além de retardar a evolução de outros processos, como a criação de materiais informativos. Contudo, foram elaborados diversos materiais informativos sobre a Política nos últimos três anos: Fluxos, Cartilhas, a revista do Plano Municipal, informações para o site da SMS e campanhas. Poucos avanços em relação à acessibilidade dos materiais, as únicas ações nesse sentido foram disponibilizar o Plano Municipal em Word e alimentar o site que pode ser lido a partir de conversão em voz. Além disso, neste mesmo ano, a Secretaria Municipal da Saúde passou a integrar a Semana Estadual da Pessoa com Deficiência, que permitiu uma maior visibilidade da Política Municipal e a criação de vínculo com outras instituições.

O quinto eixo trata do tema “EDUCAÇÃO PERMANENTE” e tem como diretriz “Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral da Pessoa com Deficiência”. A partir das metas que compõem o eixo foram desenvolvidas ações como as descritas a seguir.

Durante a divulgação dos fluxos de encaminhamento para as reabilitações, em 2015, os NASFs participaram das atividades educativas, sendo que o material apresentado a esse serviço enfocou as orientações sobre as “Ações das equipes NASF na reabilitação” do material *Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Em 2016, foi realizado o 1º Seminário da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência que contou com aproximadamente 200 participantes. O evento ocorreu através de financiamento pela Chamada Pública de Apoio a Eventos Científicos do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde, o que permitiu

também a impressão da revista do Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Além disso a SMSPA realizou/integrou as seguintes ações: Dia Mundial da Saúde, com entrega de materiais informativos, conversas e atividades no Centro Histórico de Porto Alegre; Semana Estadual da Pessoa com Deficiência, em parceria com a Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul (FADERS) e a Secretaria Estadual de Saúde; roda de conversa sobre prevenção de quedas e acidentes com crianças e adolescentes para mães sociais do projeto Aldeias Infantis SOS; processos de formação para equipes e serviços de saúde sobre os fluxos de Reabilitação Física, Auditiva e Visual que foram formulados em 2015, entre outras atividades.

Outra ação desenvolvida a partir do plano foi elaboração do projeto para formação de cuidadores informais à Pessoa com Deficiência conjuntamente com a Área Técnica da Saúde do Idoso que iniciou em meados de 2016. Após captação de recursos e organização das profissionais que promoveram as atividades de capacitação, ofertou-se o curso durante os meses de agosto a dezembro de 2017 com 22 participantes. As ações que foram desenvolvidas em relação a esse eixo configuram-se em iniciativas pioneiras, tendo em vista que pela primeira vez a SMS promoveu um seminário com essa temática, além de ter ofertado o curso de cuidadores, muito importante para auxiliar familiares e acompanhantes de pessoas com deficiência em atividades cotidianas relacionadas ao cuidado da PcD. Porém, tais metas não configuram ações de Educação Permanente (EP) para trabalhadores do SUS. De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as ações de EP devem incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, ampliando os espaços de formação de forma a reconhecer o potencial educativo da situação de trabalho.

As demais metas do eixo cinco ainda não foram contempladas em Programação Anual de Saúde. A meta de fomentar projetos de pesquisa em parceria com a Universidade e incrementar os currículos dos cursos da área da saúde com temáticas ligadas a PcD, que envolve ações intersetoriais e que não dependem somente da gestão municipal, na medida em que para atingi-la é preciso fortalecer os espaços de interlocução com a academia. Ademais, não foi contemplada a meta de “Capacitar os gestores de serviços em saúde, para que haja incremento no planejamento de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência”, que é uma problemática importante, destacada por uma de nossas informantes.

Eu acho que tem um linguajar na gestão, porque assim, quando tu chega na gestão primeira coisa tu tem que entender qual é o processo de gestão, então assim, tu tem que entender o que é o plano municipal, tu tem que entender o que é uma programação anual de saúde, uma LOA, tem várias programações que tu tem que entender, como é que funciona esses programas, e que lógica tem isto, para se fazer, da onde vem os recursos, para que tu possa linkar isso. E quando tu chega, como tu não tem isso, pelo menos na minha formação, eu tive muito pouco de gestão, a gente viu, na verdade eu tive uma disciplina sobre Sistema Único de Saúde, mas não de gestão. E a gestão era muito mais voltada para a gestão da sua clínica, como fazer uma gestão administrativa, e a gente está falando de uma gestão aqui de política, então a gente tem que saber onde captar recursos, como a gente acha os editais, então essas coisas, a gente chega e a gente aprende sozinho, porque a gente viu um colega do lado que pode ter uma informação, tu busca com ele, tu busca com outro, eu acho que deveria ter formações (ENTREVISTADO 1 – GESTÃO).

O eixo de número seis trata das ações relacionadas à “ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS”, composto pela diretriz “Instituir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de acordo com a Portaria 793, de 24 de abril de 2012 do Ministério da Saúde” e por nove metas. A maioria das metas deste eixo (seis) ainda não desencadearam em ações previstas em PAS, e um dos fatores para isso é a limitação dos recursos de investimento e financiamento da rede de serviços, conforme indicado no trecho a seguir por um dos entrevistados.

Tem uma coisa prática, e eu não sou uma pessoa “dineirista”, mas é uma coisa prática, precisa do dinheiro para fazer as coisas. Para pagar RH, no caso da saúde 85% do custo das instituições e dos hospitais de saúde é RH, é o pessoal especializado, e quanto mais especializado o pessoal for, mais caro vai ser então se a gente não repensar isso vai continuar fechando serviço, vai continuar reduzindo cada vez mais. A gente não tem conseguido, eu não consegui aumentar nenhum contrato, eu fiquei de gerente aqui desde 2013 até agora início do ano, quando trocou a gestão, a gente não conseguiu fazer aumento de valores dos contratos, os únicos aumentos que foram feitos foram em relação ao estado, que fez uma compensação de valores, mas em compensação tirou o incentivo que ele estava dando, então fica na mesma. E os hospitais tão fechando leitos, reduzindo serviços, porque tu tem inflação, de serviços médicos, de materiais, então não consegue sustentar (ENTREVISTADO 4 – GESTÃO).

Dentre as metas que foram desenvolvidas está a de “Garantir atenção odontológica à Pessoa com Deficiência”. Desde a implantação do Plano, e em momentos anteriores, conforme relato de nossos informantes, as ações referentes a essa meta foram as de divulgação dos serviços existentes e dos fluxos de acesso, e as relacionadas a Educação Permanente (já relatadas na descrição do eixo “Educação Permanente”). Outra meta que podemos perceber alguns avanços é a de “Aprimorar a interlocução dos Serviços de Reabilitação (Física, Auditiva, Visual e Intelectual e Múltiplas Deficiências) com demais pontos de atenção da RAS”. Não existem ações específicas previstas em PAS para esta meta,

porém, ela está relacionada a implementação das linhas de cuidado que estão apontadas em outro eixo e que estão em desenvolvimento.

Ainda para este eixo, é elencada a meta de viabilização de Chamamento Público para CER, que foi viabilizado em 2016. Conforme apontado anteriormente, concorreram para credenciamento a AACD (CER II - Física e Auditiva), CEREPAL e APAE (CER II Física e Intelectual).

O sétimo eixo do plano não consta na política nacional e aborda “REGULAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO”, com a diretriz “Aperfeiçoar os sistemas de informação, regulação e à construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área da Saúde da Pessoa com Deficiência e ampliar informações e comunicações”. A primeira meta deste eixo diz respeito ao levantamento epidemiológico através de dados do e-SUS AB<sup>10</sup>. Em 2016, em parceria com a Coordenação Geral de Atenção Básica em Saúde (CGAB), foram obtidos os seguintes dados: total usuários cadastrados (233.335), pessoas com deficiência cadastradas (11.246), pessoas com deficiência auditiva (1.219), pessoas com deficiência física (3.194), pessoas com deficiência intelectual/cognitiva (2.329), pessoas com deficiência visual (3.617) e outras deficiências (887). Para o cumprimento dessa meta é importante a qualificação da coleta dos dados, através do registro correto das informações e com um número mais expressivo de cadastros. Também sugerimos que sejam construídos indicadores capazes de constituir informações sobre essa população e a partir disso poder fazer intervenções baseadas nas características das pessoas com deficiência de Porto Alegre.

A segunda meta desse eixo trata sobre a regulação e organização das demandas e dos fluxos assistenciais da RAS-PcD. Em relação a isto, ações anteriores ao plano já foram realizada como a regulação das Reabilitações Física e Auditiva pela CMCE/SMS, a partir de agosto de 2015 e, durante o ano de 2017, foram reguladas audiometrias do Centro de Saúde Santa Marta pela Central de Marcação de Consultas e Exames, organizadas as normativas e fluxos da fisioterapia, elaboração do protocolo de regulação do transporte sanitário e elaboração dos critérios de classificação de risco para a Reabilitação Física e Reabilitação Auditiva no GERCON. As demais metas do eixo não apresentaram ações propostas em PAS.

---

<sup>10</sup> O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica, alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. O investimento no sistema busca reestruturar as informações da AB em nível nacional. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>).

Em relação ao aperfeiçoamento dos sistemas de regulação, Porto Alegre passou a utilizar o Gercon, o e-SUS e o SISREG<sup>11</sup> (para as consultas de fisioterapia, pois era utilizado apenas para marcação de exames). Conforme o relato de representantes da gestão, essas mudanças foram muito importantes para qualificar a regulação da oferta de serviços.

Acho que a grande conquista da política foi a elaboração do plano, acho que essa foi uma das primeiras, porque a gente realmente conseguiu enxergar como um todo o que é a necessidade dessa política. E aí depois a gente foi fazendo pequenos avanços então que é, dentro do plano a gente tem oito eixos que a gente precisa dar conta. Foi a gente trabalhar principalmente no eixo da regulação, eu acho que regular os serviços é algo fundamental e a gente não tinha nada regulado. Então a gente pode regular as fisioterapias, a gente teve um avanço de enxergar que a gente tinha fila de espera quando sobrava cotas nas gerências antes da regulação, e aí a medida que a gente regula a gente enxerga que não há falta de cotas de fisioterapia na cidade, todo mundo está sendo contemplado, então era realmente uma questão de organização que quando tu não está com os sistemas de regulação, de informatização, isso fica muito difícil de enxergar. As reabilitações terem ido para o Gercon também porque a gente pode passar a regular e hoje é transparência, a gente consegue verificar há quanto tempo a pessoa está na fila de espera, se ela tem grau de prioridade ou não, isso foi um avanço também (ENTREVISTADO 1 – GESTÃO)

Além de possibilitar o acompanhamento da fila de espera para acessar os serviços, os sistemas de regulação contribuem para otimizar a utilização de serviços, identificando serviços com maior demanda e serviços com agendas ociosas.

A partir da regulação das consultas de fisioterapia, que elas não eram reguladas pela Central, ou seja, era um agendamento por cotas nas próprias unidades de saúde, elas tinham uma cota x por mês, e assim que terminava aquela cota o paciente esperava até o próximo mês para conseguir nova marcação. Essa regulação permitiu, a gente observou assim que a fila começasse a desaparecer, porque teve uma redistribuição. A gente começou a trabalhar com uma fila de espera única de todo o município, e isso permitiu que hoje a gente não tenha mais fila de espera para fisioterapia (ENTREVISTADO 3 - GESTÃO).

O Gercon, utilizado para a marcação de consultas especializadas e regulação da oferta de média e alta complexidade, vem contribuindo para a verificação e acompanhamento das agendas das reabilitações, o que permite otimizar a oferta de serviços e buscar soluções para problemas como o aumento das taxas de absenteísmo. O e-SUS ainda apresenta um baixo número de cadastramentos, porém permite o registro adequado de ações da Atenção Básica voltadas a essa população, além de, a longo prazo, possibilitar o acesso a informações mais fidedignas sobre pessoas com deficiência em cada território e quais as deficiências. O SISREG passou a regular a agenda da Fisioterapia, o que otimizou o uso das cotas oferecidas

---

<sup>11</sup> SISREG é o Sistema de Centrais de Regulação que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados.

pelas clínicas conveniadas e praticamente acabou com a fila de espera. Antes de 2016 as cotas eram reguladas via planilha Excel por cada unidade de saúde, o que impossibilitava uma visão abrangente de onde haviam cotas sobrando e onde havia fila de espera.

Ainda é necessário qualificar a regulação das demandas e os fluxos de atendimento, pois em muitos casos, conforme descrito no trecho abaixo, não abrangem as diversidades das pessoas com deficiência.

A gente vai pensando fluxos e processos e vai melhorando a implantação da política. Porque a gente tem um fluxo que eu digo assim que é um fluxo “reto”, a Unidade pediu, marcou consulta, aí foi lá consultou, aí veio aqui pedindo, aí realizou e forneceu... Mas que é um fluxo que vai ser comum para todos, mas não vão ser todos iguais, tem necessidades diferentes e aí a gente, claro, quando vem reclamar via ouvidoria que a gente consegue ter um olhar diferenciado (ENTREVISTADO 4 – GESTÃO).

Além disso, o processo de informatização do SUS é muito incipiente, o que dificulta a gestão do cuidado dos usuários.

E outro desafio grande é como a gente vai se comunicar, então assim, não dá mais pra alguém que recebe o paciente não abrir o prontuário e saber o itinerário dele na rede, a gente só vai melhorar se a gente conseguir ver o itinerário dele na rede. Já sim esteve hospitalizado por tantos dias, saiu com tais medicações senão também a gente não se comunica, a gente não sabe o que ele já fez, o que ele não fez, aí a gente acaba pedindo exames de novo, a gente acaba não sabendo se ele já fez alguma técnica de tratamento, então outra coisa é a informatização também, é um grande desafio, não só para a área da pessoa com deficiência, mas para todas as áreas (ENTREVISTADO 1 – GESTÃO)

O oitavo e último eixo do Plano é o de “PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL” que tem como diretriz “Promover a articulação interinstitucional e intersetorial, como promotor de novas formas de pensar e agir” e também não aparece no documento da política nacional. Em relação a meta de potencializar o Grupo Condutor Municipal, observa-se que em 2016 o grupo foi potencializado com a presença de aluna do programa de pós-graduação em antropologia da UFRGS e com a representação da Secretaria Municipal de Direitos Humanos (SMDH). Porém, de acordo com as entrevistas e conversas com a equipe, em 2017 o Grupo Condutor teve poucos encontros, por dificuldades relacionadas às organizações da nova gestão, troca de lotações, etc. Foi constatada a relevância de proteger este espaço de gestão, que conforme trecho a seguir, extraído de uma de nossas entrevistas, tem importante relevância enquanto espaço de construção da rede de cuidados.

Eu acho que o forte do grupo condutor foi que a gente conhece muito pouco o que acontece em outras secretarias, a gente tinha que mapear o que tem dentro da SMED voltado a pessoa com deficiência, o que tem dentro da FASC voltado, o que os

conselhos trazem voltado a logística da pessoa com deficiência, então a primeira coisa que a gente fez foi ver o mapa, o mapa do que tinha em cada lugar, e a partir desse mapa a gente começou a elencar que tipos de linha de cuidado precisariam ter. E aí muitas vezes a saúde não abarcava algumas questões, mas as outras secretarias abarcavam essas questões que nós hoje não damos conta, então a primeira coisa foi fazer esse mapa bem da rede de cuidados, o que se tem em cada secretaria, acho que foi a coisa mais importante que a gente fez. E depois sim, aí depois a gente começa a costurar o que era importante aparecer na linha de cuidado, o que deveria ter, onde estavam as falhas da secretaria de saúde também, que não tinha algum serviço, ou alguma forma de atenção naquele nível (ENTREVISTADO 1 – GESTÃO).

No que diz respeito a meta de fortalecer a atuação da Comissão de Saúde da PcD do CMS, de acordo com entrevistas realizadas, em 2017 a gestão da SMS participou de poucas reuniões com a Comissão. Dentre as contribuições da Comissão está a construção do plano, mas, além disso, existem outras ações realizadas, como acompanhamento do desenvolvimento das ações do RAG, acompanhamento dos contratos firmados com os prestadores de serviços e dos chamamentos públicos e espaços de debates acerca de temáticas ligadas à pessoa com deficiência, relatada no trecho abaixo, extraído de uma de nossas entrevistas.

O próprio plano, o plano foi debatido aqui no Conselho Municipal de Saúde, por um período bem extenso, mais do que eu desejava, mas ele tem que respeitar o tempo da comissão, a gente faz um acompanhamento do relatório de gestão específico da pessoa com deficiência, no que diz as metas e a avaliação das metas. Eu, enquanto membro da comissão, coordenadora, acompanho a CAC da AACD, que é o contrato então, reunião dos contratos, de acompanhamento dos contratos da AACD. Acompanhamos o edital, que foi do Centro de Reabilitação, então a gente acompanhou o processo do edital. Fizemos então conferências livres referente à temática da Pessoa com Deficiência, tanto da saúde da mulher, como da vigilância. Acho que é isso. E a constituição da reunião quinzenal da comissão da pessoa com deficiência, que é quinzenal a periodicidade (ENTREVISTADO 2 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL).

Algumas ações relatadas aqui e apontadas como metas no Plano já estavam em desenvolvimento antes da aprovação oficial do documento, pois a coordenação da política enquanto o elaborava, já articulava alguns movimentos para sua concretização, tendo em vista que não existiam documentos norteadores anteriores ao plano. O diagnóstico situacional que compõe o Plano Municipal, realizado para identificação e mapeamento da rede de serviços já instituída e para a caracterização dos contextos das pessoas com deficiência do município, foi construído através de informações dos diversos setores da Secretaria. Ainda são necessários muitos movimentos para concretizar os avanços necessários para este setor, ações primordiais para a garantia dos direitos da Pessoa com Deficiência necessitam de investimentos condizentes com a realidade dos cenários e territórios de Porto Alegre e do país, que devem provir das diferentes esferas de governo.

Aos espaços de participação social cabe a reinvenção de espaços inclusivos e inovadores, para reconhecer formas de qualificar a construção coletiva de propostas e de resistência frente aos retrocessos. À gestão, cabe manter a temática das pessoas com deficiência no panorama social e estatal, para análise, junto de outras questões de relevância individuais e sociais.

## 5 ANÁLISE CRÍTICA

Ao analisarmos a política de saúde da pessoa com deficiência de Porto Alegre identificamos diversos movimentos sociais e institucionais envolvidos, ações relativamente recentes, entraves, atores que convergem e divergem, mas, principalmente, identificamos desafios que ainda precisam ser enfrentados.

Primeiramente, um dos entraves que assombra o cenário atual do Sistema Único de Saúde está ligado ao desmonte das políticas sociais e o subfinanciamento das políticas públicas, refletindo em todas as esferas de governo, nacional, estadual e municipal. Neste trabalho, focamos principalmente no que tange o contexto municipal.

Os movimentos acerca da Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, que compõe o organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre desde 2013, atualmente precisam mais uma vez estar lutando por visibilidade. O Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021 nos permite inferir sobre isto, pois o documento não aponta ações específicas para esse segmento da população. Uma de nossas informantes posiciona-se sobre a questão, colocando sobre a não priorização da política por parte da gestão atual da SMS.

Então eu vejo assim, que teve avanços e agora a gente está num momento assim, apesar de que está demonstrando no relatório de gestão que está sendo cumpridas as metas, a gente não tem sentido assim uma gestão, secretário, vestir a camiseta da pessoa com deficiência, que antes a gente enxergava mais, eu acho que são esforços de quem ainda está responsável pela área, mas não algo que, dentro da secretaria municipal seja prioritário (ENTREVISTADO 2 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL).

A rede de serviços é incompleta e não contempla todos os tipos de deficiências, nem toda a demanda dos usuários. A instituição de legislação sobre a Política não repercute necessariamente na garantia concreta dos direitos das pessoas com deficiência. Documentos como, por exemplo, o Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Política Nacional de Atenção à Saúde da PcD legislam sobre questões como a acessibilidade aos serviços de saúde, porém fatores econômicos e práticos limitam a efetivação. Em relação à priorização de algumas pautas, como a necessidade de serviço de reabilitação para pessoas com deficiência intelectual, que apesar de ser levada à CIB, aguarda, sem prazo determinado, o incentivo ministerial para execução dos projetos.

Dentre os desafios está a qualificação dos atores que fazem a gestão da política. Celina Souza (2006) citando Simon (1957) traz elementos sobre a racionalidade limitada dos

decisores públicos (policy makers). De acordo com os autores, essa limitação é causada “por problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores, etc.”, e pode ser minimizada através da criação de um conjunto de estruturas (prerrogativas e regras) que direcionem o comportamento dos atores para a produção de resultados almejados, com diminuição da influência dos interesses próprios.

As principais mudanças relacionadas à política surgiram a partir de um movimento do governo federal, com políticas vindas do Ministério da Saúde para os estados e municípios. Mesmo que a pressão social causada pelo Conselho Municipal de Saúde foi importante para a organização da política em Porto Alegre, nem sempre as ações desse grupo emergiram em concretudes de real impacto para a saúde da população em questão, causando uma sensação de frustração nos atores envolvidos.

A gente não teve muitos avanços dentro da assistência da saúde, isso tá muito claro, teve o edital que efetivamente não está atendendo ainda, foi feito, foi tramitado, já teve duas instituições que conseguiram contemplar tudo o que dizia o edital, mas na prática também não está sendo ainda efetivado. Então está muito aquém, eu acho que nesse período todo que eu estou no Conselho Municipal de Saúde, é frustrante o que a gente enxerga para a pessoa com deficiência, ainda falta muito (ENTREVISTADO 2 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL).

Podemos observar também que algumas falas dos atores informantes dessa pesquisa são contraditórias. Ao mesmo tempo em que reconhecem os avanços, esboçam um sentimento de insatisfação com os resultados reais obtidos até o momento. Consideramos que essa avaliação da política, realizada pelos próprios atores que “dão corpo a ela”, possa ser resultado de um processo de implementação que exige muitas movimentações e que traz resultados com pouco impacto no cotidiano das ações em saúde. Para realizar essa análise, sugerimos que pesquisas futuras ampliem a pesquisa para usuários do sistema, o que não foi possível neste estudo por questões de tempo e complexidade metodológica.

Alguns investimentos para a efetivação de ações de prevenção das deficiências são: a integração concreta com outras áreas (segurança, trânsito, educação, etc.); investimentos na atenção básica para a manutenção da qualificação do pré-natal e identificação precoce de fatores de risco e determinantes sociais; e investimentos na área de diagnóstico e reabilitação. Além disso, a prevenção de deficiências trabalha com fatores subjetivos – culturas, crenças, questões emocionais, entre outros – o que pode exigir uma maior compreensão e sensibilidade dos profissionais de saúde no encontro com os usuários, tendo em vista que a deficiência é uma condição humana de vida.

Entre esses muitos desafios, a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência pede, com sua estruturação e organização formal, técnico-científica e de financiamento, uma atenta e intensa disposição ao diálogo conceitual e metodológico, para que seja possível e contínua a reflexão crítica, da qual depende a consistência das estratégias e ações, bem como a capacidade de manter aberto o diálogo e a problematização dos movimentos e rumos das práticas de saúde na nova Rede, para que se mantenha pulsando e evitando as frequentes armadilhas da calcificação. Armadilhas que têm muitos rostos, por exemplo: excessos da burocracia ou da tecnocracia e especialismos pseudocientíficos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.8).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa investigou os processos que constituíram a criação, construção e efetivação da Política Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre, considerando o contexto histórico no qual ela está inserida, o cenário atual de efetivação das ações e mapeou os atores envolvidos e suas influências na política pública em questão.

Dentre as limitações para o desenvolvimento analítico do estudo está a inserção da pesquisadora como participante da execução da política e que acaba reproduzindo uma visão de alguém que está dentro e faz parte do contexto analisado. Porém, o contato mais direto com o campo estudado produz fatores positivos para a descrição das ações da política e mapeamento dos atores, levando em consideração o acompanhamento cotidiano dos espaços que a política se insere e das decisões tomadas e seus impactos.

Considerando o caráter transversal da política, que já vinha sendo desenvolvida em outras questões, no âmbito nacional, não foi possível abarcar tudo o que o poder público fez para este tema. Sendo assim, focamos em descrever o contexto nacional e estadual de forma breve, para detalharmos os processos de implementação da política municipal.

Não foi possível avaliar a perspectiva dos usuários, pois isso envolveria uma maior complexidade em relação à metodologia do estudo. Sugerimos que pesquisas futuras considerem a análise da política pública nesta perspectiva.

O CMS pode ser considerado como um ator essencial para a constituição e efetivação da Política, sendo um espaço importante de debate e de reivindicações que pode e deve ser ampliado e fortalecido. Não foi possível investigar, com mais atenção, a perspectiva do controle social para além do conselho municipal, das ONGs que historicamente estão envolvidas com a constituição desse tema, sugere-se que pesquisas futuras busquem mapear estes atores e grupos.

Esperamos que esse trabalho auxilie na análise da política aqui descrita por parte de gestores e trabalhadores da saúde, a fim de qualificar sua implementação e desenvolvimento, assim como de outras políticas públicas da saúde. Além disso, desejamos pautar cada vez mais essa temática, na busca pela diminuição das iniquidades em saúde, por um SUS mais acessível e inclusivo.

## REFERÊNCIAS

ABERS, R. N.; KECK, M. Representando a diversidade: estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, abr. 2008.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BRASIL. Decreto 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Presidência da República. 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, 2011.

BRASIL. Presidência da República. 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, 2015.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. 4. ed., rev. e atual. – Brasília, 2011. 100 p.

IBGE – “Questionário Censo 2000”. [http://www.ibge.gov.br/censo/quest\\_amostra.pdf](http://www.ibge.gov.br/censo/quest_amostra.pdf).

MENDES, V. L. F. M. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: construindo a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 150p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre a deficiência. [S.l: s.n.], 2012.

PFLUCK, N. C. D. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado da pessoa com deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial**. 2017. 79 f. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR- RS, 2017.

PIOVESAN, A., TEMPORINI, E. R. “Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública”. **Rev. Saúde Pública** vol.29, nº4. São Paulo, agosto, 1995.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, 2016-2021. Porto Alegre, 2016. 45p. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=936](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=936). Acesso em: 28/12/2017.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Porto Alegre, 2017. 291p. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=927](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=927). Acesso em: 30/12/2017.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual 8.535, de 21 de janeiro de 1988. Cria a Fundação de Atendimento ao Deficiente e ao Superdotado no Rio Grande do Sul e dá outras providências.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 13.320, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2009. (atualizada até a Lei n.º 14.859, de 20 de abril de 2016) Consolida a legislação relativa à pessoa com deficiência no Estado do Rio Grande do Sul. 2009. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repLegisComp/Lei%20n%C2%BA%2013.320.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Resolução no 283/13 - CIB/RS. Aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Porto Alegre, 2013.

SDH. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS. Observatório do Viver sem Limite. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia/observatorio/acoes>. Acesso em: 2 jan. 2018.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (SDH/PR); Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Viver sem limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: 2013. 92 p.

SOUZA, A. M.; PIMENTEL, F. R. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 20, n. 2, p. 229– 237, 2012.

SOUZA, C. “Políticas Públicas: uma revisão da literatura”. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul-dez 2006.

SOUZA, L. A. P. S. O outro do outro: biopotência da diferença na saúde das pessoas com deficiência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 150p.

TEIXEIRA, M. C. A. **Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil**. 2010. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 apud OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção

Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Dez. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

## **APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO**

1. Apresentação.
2. Qual a sua atuação junto a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do município de Porto Alegre?
3. Quais ações que você acha que contribuem para a construção e implementação da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência?
4. Quais atores e grupos você acha que foram/são participantes desse processo?
5. Como você enxerga a atuação do Conselho Municipal de Saúde acerca dessa Política?
6. Quais pontos e objetivos da Política você acha que já foram alcançados?
7. Quais desafios ainda precisam ser enfrentados?

**APÊNDICE B – QUADRO DE ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS METAS DA POLÍTICA NACIONAL E DA POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.**

<b>DIRETRIZES NACIONAIS</b>	<b>DIRETRIZES E METAS PORTO ALEGRE</b>	<b>OBSERVAÇÕES/ANÁLISE DAS METAS DO PLANO MUNICIPAL</b>
<p>1. <b>PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA</b> – é uma diretriz que deve ser compreendida como responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. As cidades, as escolas, os ambientes públicos, coletivos e de lazer, os serviços de saúde, os meios de transporte, as formas de comunicação e informação devem ser pensadas de modo a facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos os cidadãos em iguais condições de direitos, nos vários aspectos da vida diária das comunidades. Especificamente na área da Saúde, buscar-se-á tornar acessíveis as unidades de saúde, por meio do cumprimento da normatização arquitetônica (de acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT, como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde), e assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, viabilizando sua participação na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito nas esferas municipal, estadual e federal.</p>	<p><b>QUALIDADE DE VIDA</b> - Possibilitar Ambientes de Saúde com Acessibilidade Física, Comunicacional e Atitudinal na Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mapear o quantitativo de unidades de saúde acessíveis.</li> <li>2. Tornar acessíveis as unidades de saúde, por meio do cumprimento da normatização arquitetônica (de acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT, como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde).</li> <li>3. Compor um GT para elaborar um projeto de acessibilidade comunicacional (formação em libras e Comunicação Alternativa) a fim de possibilitar núcleos de profissionais de referência por Gerência Distrital e na Rede de Urgência e Emergência.</li> <li>4. Promover rodas de conversa referente à acessibilidade Atitudinal na RAS.</li> <li>5. Estimular o acesso da PcD às Práticas Integrativas em Saúde na RAS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A meta de “Mapear o quantitativo de unidades de saúde acessíveis”, já compôs a Programação Anual de Saúde dos anos de 2016 e 2017, sendo uma ação conjunta com os profissionais engenheiros e arquitetos do setor de Assessoria de Projetos. De acordo com o Relatório de Gestão do segundo quadrimestre de 2017, até o momento foram mapeadas 89 US (63,12% do total).</li> <li>2. Meta sem ações previstas em PAS.</li> <li>3. Meta sem ações previstas em PAS.</li> <li>4. Já a meta “Promover rodas de conversa referente à acessibilidade Atitudinal na RAS”, passou a compor a PAS 2017. Por enquanto, referente à essa meta, a única ação realizada foi discussão com a nova coordenação da Educação Permanente do GS.</li> <li>5. Meta sem ações previstas em PAS.</li> </ol>
<p>2. <b>PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS</b> – uma diretriz com alto grau de sensibilidade à ação intersetorial, devendo a Saúde unir esforços a outras áreas como: educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, dentre outras, para atuação potencializada. Especificamente na área da Saúde devem ser implementadas estratégias de prevenção, tendo em vista que cerca de 70% das ocorrências são evitáveis ou</p>	<p><b>PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS</b> - Implementar estratégias de prevenção, tendo em vista que cerca de 70% das ocorrências são evitáveis ou atenuáveis, com adoção de medidas apropriadas e oportunas.</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio de qualificação do pré-natal e da atenção à infância. (HTLV, hereditárias, metabolismo, ZIKA</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A primeira meta foi amplamente discutida com o CMS, tendo em vista os déficits identificados nas ações pré-deficiência. Também houve um pressionamento da Comissão de Saúde da PcD para o destaque à identificação do HTLV.</li> <li>2. Essa meta não foi elencada em PAS, porém durante o ano de 2016, a Área Técnica acompanhou as mobilizações frente aos casos de Microcefalia que vinham aumentando e com suspeita de relação ao vírus Zika. Foram realizadas videoconferências com</li> </ol>

<p>atenuáveis, com adoção de medidas apropriadas e oportunas. Ações em imunização; acompanhamento às gestantes (em especial as de risco); exames para os recém-nascidos; acompanhamento do crescimento infantil; acompanhamento aos diabéticos; hipertensos e pessoas com hanseníase, prevenção de acidentes (domésticos, no trânsito e no trabalho) e de violências (álcool/drogas). Medidas preventivas deverão envolver, também, ações de natureza informativa e educacional, voltadas à população, aos profissionais de saúde e aos gestores de serviços, em todo território nacional.</p>	<p>vírus, etc.).</p> <p>2. Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades.</p> <p>3. Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, às especificidades das pessoas com deficiência.</p> <p>4. Elaborar Protocolo de Busca Ativa dos bebês que não concluíram a triagem ou diagnóstico auditivo.</p> <p>5. Promoção e identificação precoce de comorbidades, atendimento no tempo adequado com continuidade no tratamento, em conformidade com a Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e a Lei Nº 10.819, de 13 de janeiro de 2010 que 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.</p> <p>6. Fomentar a Promoção e o acompanhamento aos diabéticos e hipertensos em parceria com Área Técnica das Doenças e Agravos Não-transmissíveis (DANT's).</p> <p>7. Educação em Saúde, com foco na prevenção acidentes e quedas em parceria com a Área Técnica das Doenças e Agravos Não-transmissíveis (DANT's), Área Técnica da Saúde do Idoso, A.T. da Saúde da Criança e Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS).</p> <p>8. Estimular a prevenção e notificação de violência a Pessoa com Deficiência em conjunto com A. T. DANT's eixo Violência.</p>	<p>outros estados e com o MS, realizados mutirões de identificação e acompanhamento de documentos e diretrizes advindos do “Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2015”.</p> <p>3. Em 2017, de acordo com o RAG foi acordado junto ao PSE/Política de Atenção à Saúde da Criança/Adolescente a inclusão das E.M. Especial de Ensino Fundamental Prof. Elyseu Paglioli e E.M. Especial de Ensino Fundamental Tristão Sucupira Viana.</p> <p>4. Relacionado a essa meta, foi acrescentado na Programação Anual de Saúde de 2017 a meta Elaborar a Linha de Cuidado para Atenção em Saúde Auditiva, que de acordo com o último relatório de gestão, foi feita a revisão da linha de cuidado. Atores: Grupo condutor, prestadores de serviços, profissionais da rede.</p> <p>5. Passou a compor a PAS 2017, e de acordo com o relatório de gestão do 2º quadrimestre deste ano, foi solicitado a ASSECOM a confecção de material informativo sobre o acesso de PcD e idosos aos serviços de saúde.</p> <p>6. Meta sem ações previstas em PAS.</p> <p>7. Em 2016, foi elencada a meta “Realização de eventos de promoção da saúde e prevenção de acidentes e quedas”, na PAS, a partir disso, foram realizados projetos de prevenção de acidentes e quedas em parceria com as Políticas de Saúde do Idoso e de Saúde da Criança e Adolescente.</p> <p>8. Meta sem ações previstas em PAS.</p>
<p>3. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – diretriz de responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando</p>	<p>ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - Implantar a Linha do Cuidado Integral de Atenção à Pessoa com Deficiência a fim de efetivar a integralidade na assistência à saúde, em todos os pontos da RAS (Rede de Atenção à</p>	<p>1. - Em 2015, foi elaborado um fluxograma dos serviços do município que atendem pessoas com deficiência intelectual. Uma das metas da Programação Anual de 2016 é “Elaborar a linha de</p>

<p>acesso às ações básicas e de maior complexidade; à reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários, e ao recebimento de tecnologias assistivas. Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família até os Serviços de Reabilitação e Hospitais. Tem direito à consulta médica, ao tratamento odontológico, aos procedimentos de enfermagem, à visita dos Agentes Comunitários de Saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS. Não se pode esquecer que há homens e mulheres com deficiência em todas as faixas etárias, devendo bebês, crianças, jovens e adultos serem acolhidos em todas as Unidades de Saúde e terem respondidas suas necessidades, sejam elas vinculadas ou não à deficiência que apresentam. São consideradas parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência as ações voltadas para sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas. Para o desenvolvimento desta Política, a Atenção Básica tem fundamental importância, com a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde que, trabalhando com áreas territorializadas de abrangência, capilarizam o cuidado à saúde e ao adoecimento, aproximando os serviços das comunidades, famílias e indivíduos. O Ministério da Saúde propôs a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf – Portaria MS/GM nº 154, de 24/1/08) com equipe multiprofissional, que pode incluir fisioterapeuta, médico, acupunturista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e profissional da educação física. Os processos de trabalho devem incorporar, ao reconhecer seus territórios de responsabilidade sanitária, um olhar especialmente voltado às pessoas com deficiência</p>	<p>Saúde)</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar e Implantar as linhas de cuidado de atenção à pessoa com deficiência Intelectual e TEA, Auditiva, Visual, Física, Ostomias e Múltiplas Deficiências;</li> <li>2. Alinhamento dos Serviços e Profissionais nos processos de trabalho, ao reconhecer em seus territórios de responsabilidade sanitária, um olhar especialmente voltado às pessoas com deficiência que habitam as comunidades.</li> </ol>	<p>cuidado da PcD Intelectual e concluir o fluxograma da Atenção à Saúde Auditiva’. Atualmente, o maior entrave para a construção de uma linha de cuidados é dispor dos serviços necessários, para a atenção integral dessa população.</p> <p>- Desde 2015 a coordenação municipal da política vem pleiteando, via Chamada Pública a habilitação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER) para o atendimento de pessoas com deficiência intelectual e autismo, que é a área com maior vazio assistencial do município. Em 2017, houve um avanço no processo que já passou por todos os setores responsáveis, obteve serviços concorrentes, sendo encaminhado para a SES e agora estão sendo realizadas as análises das propostas do CEREPAL e da APAE, que foram os selecionados para possível credenciamento.</p> <p>2.</p> <p>- A área técnica da política, durante o ano de 2015, divulgou os fluxos oficiais para as reabilitações física, auditiva e visual, que passaram a ser reguladas pelo município e que anteriormente eram reguladas pela SES. A partir da mudança do sistema de marcação de consultas em, AGHOS para GERCON, em 2016, os fluxos foram atualizados. Durante a divulgação, ocorreram formações para os profissionais da Atenção Básica, a fim de que as solicitações e encaminhamentos para tais reabilitações ocorra de forma adequada.</p> <p>- Em novembro de 2015, a Área Técnica de Atenção à Saúde da PcD, realizou Educação Permanente transversal à Área Técnica de Atenção à Saúde Bucal abordando a Política Nacional de Atenção à Saúde da PcD, num total de 06 encontros.</p>
---	---	--

<p>que habitam as comunidades. Daí a importância do tema ser incluído nas capacitações, manuais, cartilhas, protocolos técnicos e clínicos, sensibilizando gestores, profissionais e comunidades. Há que se trabalhar os processos de Acolhimento, Atenção, Referência e Contrarreferência, voltados às especificidades das pessoas com deficiência para que elas possam ter acesso às Unidades de Saúde, em todo o País, sem barreiras (arquitetônicas ou atitudinais), como todos os demais cidadãos brasileiros. De acordo com suas características, as pessoas com deficiência têm direito ao encaminhamento para serviços mais complexos; a receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; como também às ajudas técnicas, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias. As equipes das unidades de reabilitação devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades básicas de saúde e as comunidades, buscando recursos locais que facilitem o desenvolvimento integrado de processos de inclusão da pessoa com deficiência.</p>		
<p>4. MELHORIA DOS MECANISMOS DE INFORMAÇÃO – esta diretriz deve ser pensada e desenvolvida em vários pontos interdependentes. Um deles refere-se à necessária melhoria dos mecanismos de registro e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no País. Outro ponto importante está voltado ao aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS e à construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com estímulo às pesquisas em saúde e deficiência. A melhoria da quantidade e qualidade das informações produzidas será</p>	<p>INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar site da Área Técnica para informações sobre Saúde da Pessoa com Deficiência</li> <li>2. Integrar a Secretaria Municipal da Saúde à Semana de Promoção da Saúde da Pessoa com Deficiência - campanha na mídia.</li> <li>3. Distribuir material informativo sobre promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e fluxos de atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência</li> <li>4. Estimular à criação, à produção e</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Em 2016, iniciou-se a elaboração do blog da A.T. de Saúde da PcD, porém foi suspensa a criação por pedido da assessoria de comunicação da SMS que solicitou que todas as informações fossem centralizadas no site da secretaria. A partir de então as informações foram sendo atualizadas diretamente na página.</li> <li>2. A partir de 2016, a Secretaria Municipal da Saúde passou a integrar a Semana Estadual da Pessoa com Deficiência, que permitiu uma maior visibilidade da Política Municipal e a criação de vínculo com outras instituições.</li> <li>3. Foram elaborados diversos materiais informativos nos últimos três anos sobre a Política. Fluxos, Cartilhas, o Plano Municipal,</li> </ol>

<p>essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. Outro aspecto a se considerar para esta diretriz diz respeito ao estímulo à criação, à produção e à distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis, isto é, em Braille, em Libras, em CD, em programa TXT para conversão em voz, em caracteres ampliados, etc.</p>	<p>à distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis, isto é, em Braille, em Libras, em CD, em programa TXT para conversão em voz, em caracteres ampliados, etc.</p> <p>5. Desenvolver estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com estímulo às pesquisas da saúde Pessoa com Deficiência, em parceria com a Universidade.</p>	<p>informações para o site da SMS, etc.</p> <p>4. Poucos avanços em relação à acessibilidade dos materiais, as únicas ações nesse sentido, foram disponibilizar o Plano Municipal em Word e alimentar o site que pode ser lido a partir de conversão em voz.</p> <p>5. Apesar de existir uma aproximação com a universidade através do Grupo Condutor, até o momento não foram construídos estudos como os propostos nas metas para a Política.</p>
<p>5. CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS – esta diretriz mostra-se de suma importância, tendo em vista que as relações em saúde são baseadas essencialmente na relação entre pessoas. Profissionais permanentemente atualizados, capacitados e qualificados, tanto na rede básica (incluindo as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde) quanto nos serviços de reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual), potencializam os cuidados às pessoas com deficiência usuárias do SUS. Com a criação dos Nasf espera-se grande reforço à atuação das equipes, em todos os municípios. Busca-se, com o Ministério da Educação, a inclusão de disciplinas e conteúdos de prevenção, atenção e reabilitação às pessoas com deficiência, nos currículos de graduação das profissões na área da saúde, bem como o fomento de projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber. Outro foco de desenvolvimento e capacitação são os gestores de serviços em saúde, para que haja incremento no planejamento de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência no País. Por fim, nesta diretriz de capacitação, é importante registrar a programação dos cursos de formação de profissionais ortesistas e protesistas no País, com início em 2009.</p>	<p>EDUCAÇÃO PERMANENTE - Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral da Pessoa com Deficiência</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atualizar e qualificar os profissionais da Atenção Básica, NASF (Núcleo de Apoio Saúde da Família), serviços de especializados e serviços reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual), rede hospitalar e Rede de Urgência e Emergência que potencializam os cuidados à Pessoa com Deficiência.</li> <li>2. Promover Seminários de Integração da Rede de Cuidados à PcD da SMS/PMPA</li> <li>3. Realizar projeto para formação de cuidadores à Pessoa com Deficiência conjuntamente com a Área Técnica da Saúde do Idoso.</li> <li>4. Fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber/fazer na parceria Ensino Saúde instituídas nos Distritos Assistenciais bem como o fomento da inclusão de disciplinas e conteúdos de prevenção, atenção e reabilitação às pessoas com deficiência, nos currículos de graduação das profissões na área da saúde.</li> <li>5. Capacitar os gestores de serviços em saúde, para que haja incremento no planejamento de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Durante a divulgação dos fluxos de encaminhamento para as reabilitações, em 2015, os NASFs participaram das atividades educativas, sendo que o material apresentado a esse serviço enfocou as orientações sobre as “Ações das equipes NASF na reabilitação” do material <i>Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família</i>.</li> <li>2. Em 2016, foi realizado o 1º Seminário da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência que contou com aproximadamente 200 participantes. O evento ocorreu através de financiamento da Chamada Pública de Apoio a Eventos Científicos do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde, o que permitiu também a impressão da revista do Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Além disso a SMSPA realizou/integrou as seguintes ações: Dia Mundial da Saúde, com entrega de materiais informativos, conversas e atividades no Centro Histórico de Porto Alegre; Semana Estadual da Pessoa com Deficiência, em parceria com a Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul (FADERS) e a Secretaria Estadual de Saúde; roda de conversa sobre prevenção de quedas e acidentes com crianças e adolescentes para mães sociais do projeto Aldeias Infantis SOS; processos de formação para equipes e serviços</li> </ol>

		<p>de saúde sobre os fluxos de Reabilitação Física, Auditiva e Visual que foram formulados em 2015, entre outras atividades.</p> <p>3. A elaboração do projeto iniciou em meados de 2016 e o início do curso de formação para cuidadores informais ocorreu de agosto a dezembro de 2017 com 22 participantes.</p> <p>4. Meta sem ações previstas em PAS.</p> <p>5. Meta sem ações previstas em PAS.</p>
<p>6. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS – pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência. O Nasf tem como objetivo ampliar a resolutividade das ações da Atenção Básica. A equipe do Nasf/1 será formada por no mínimo cinco profissionais dentre os seguintes: médico (pediatra, ginecologista, homeopata, acupunturista, psiquiatra), assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. O Nasf/2 poderá ter equipe de no mínimo três profissionais dos listados acima, menos a categoria dos médicos. A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado e eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado em situações de internamento (hospitalar/domiciliar). Nas unidades especializadas, de abrangência regional, qualificadas para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, a atenção será multiprofissional e interdisciplinar, com a presença de alguns dos seguintes profissionais: médico, fisioterapeuta, terapeuta</p>	<p>ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS - Instituir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de acordo com a Portaria 793, de 24 de abril de 2012 do Ministério da Saúde.</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivar o vínculo nas unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.</li> <li>2. Garantir atenção odontológica à Pessoa com Deficiência.</li> <li>3. Ampliar as equipes de NASF e Incluir de no mínimo 1 profissional de reabilitação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (Fonoaudiólogos, Fisioterapeuta, Terapeutas Ocupacional)</li> <li>4. Ampliar serviços e equipes do Programa Melhor em Casa.</li> <li>5. Aprimorar a qualidade das Unidades e serviços especializadas (atendimento, infraestrutura, tecnologias), já qualificadas para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência de forma descentralizada.</li> <li>6. Aprimorar a interlocução dos Serviços de Reabilitação (Física, Auditiva, Visual e Intelectual e Múltiplas Deficiências) com demais pontos de atenção da RAS.</li> <li>7. Qualificar/Ampliar a composição da equipe do CEO com profissionais destinados à atendimento à PcD.</li> <li>8. Viabilizar chamamento público para constituição de CER (Centro Especializado em Reabilitação) para ampliar o atendimento</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meta sem ações previstas em PAS.</li> <li>2. Desde a implantação do Plano, as ações referentes a essa meta foram relacionadas a Educação Permanente (já descrita) e divulgação dos serviços existentes e dos fluxos de acesso.</li> <li>3. Meta sem ações previstas em PAS.</li> <li>4. Meta sem ações previstas em PAS.</li> <li>5. Meta sem ações previstas em PAS.</li> <li>6. Meta sem ações previstas em PAS. Porém, essa meta está relacionada a implementação das linhas de cuidado que estão apontadas em outro eixo.</li> <li>7. Meta sem ações previstas em PAS.</li> <li>8. Chamamento Público viabilizado em 2016. Concorreram para credenciamento AACD (CER II - Física e Auditiva), CEREPAL e APAE (CER II Física e Intelectual), em análise documental pelo Núcleo de Licitações Contratos. Propostas já constam no plano estadual.</li> <li>9. Meta sem ações previstas em PAS.</li> </ol>

<p>ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, conforme o perfil do serviço. Neste nível será possível a avaliação de cada caso para a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, bem como o acompanhamento dos processos de adaptação aos equipamentos. Para as unidades de alta densidade tecnológica, ambulatorial ou hospitalar, reservam-se os casos que justificam intervenção intensa e mais frequente, recomendando-se que estejam vinculadas, se possível, a centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nestas unidades, provavelmente estarão as pessoas que sofreram traumas recentes, caracterizando uma via de entrada para a atenção no SUS. Para o seguimento destes casos há que se criar um fluxo entre os serviços e pontos de atenção, para que as pessoas tenham acesso, após a alta hospitalar, às unidades básicas de saúde mais próximas de seus locais de moradia. Em todo o país, prestando atendimento de média e alta complexidade, conta-se com serviços de Reabilitação Física, serviços de Atenção à Saúde Auditiva, serviços para Deficiência Intelectual e Autismo e serviços para Reabilitação Visual. As Redes de atenção para as pessoas com deficiência instituídas são: Rede de Atenção à Saúde Auditiva (Portarias MS/SAS nº 587/04 e nº 589/04); Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física (MS/GM nº 818/01 e MS/SAS nº 185/01) e ainda Serviços de Atenção à Ostomia (MS/SAS nº 400/09), Assistência Ventilatória a doenças Neuromusculares (MS/GM nº 1.370/08 e MS/SAS nº 370/08), Osteogenesis Imperfecta (MS/GM nº 2.305/01), Deficiência Mental/Autismo (MS/GM nº 1.635/02), e Serviços de Reabilitação Visual (MS/GM nº 3.128/08, MS/GM nº 3.129/08). É fundamental que haja uma interlocução entre as redes de Reabilitação, os NASF (considerando suas ações em reabilitação) e o atendimento em reabilitação nos serviços especializados (ambulatorial e</p>	<p>específico em reabilitação da pessoa com deficiência nos moldes do Centro Especializado de Reabilitação – CER</p> <p>9. Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; leitos de reabilitação e 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.</p>	
--	--	--

<p>hospitalar), sendo fundamental a comunicação com as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos/deficiências e reabilitação das UBS, integrando todos eles em uma rede de assistência. Para localizar as unidades especializadas e outras informações, acessar: <a href="http://www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia">www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia</a></p>		
<p>7 - (eixo não existente no documento da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência)</p>	<p><b>REGULAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b> - Aperfeiçoar os sistemas de informação, regulação e à construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área da Saúde da Pessoa com Deficiência e ampliar informações e comunicações.</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar levantamento epidemiológico com enfoque no recorte da pessoa com deficiência em 100% das Gerências Distritais a partir da implantação Esus.</li> <li>2. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAS-PcD, incluindo as modalidades ligadas aos serviços de terapia isolada (audiometria, fisioterapia e fonoaudiologia, etc.).</li> <li>3. Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e o quantitativo de atendimentos nos serviços.</li> <li>4. Criar, atualizar e reeditar protocolos técnicos para gestores e profissionais conforme implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A partir dos relatórios gerados com auxílio da CGAB, o setor responsável pela política de saúde da PcD obteve os seguintes dados: total usuários cadastrados (233.335), PcD (11.246), pessoas com deficiência Auditiva (1.219), def. Física (3.194), def. Intelectual/Cognitiva (2.329), def. Visual (3.617), Outras Deficiências (887).</li> <li>2. Em relação a essa meta, ações anteriores ao plano já foram realizadas como a regulação das Reabilitações Física e Auditiva pela CMCE/SMS, a partir de agosto de 2015. Além disso em 2017 foram realizadas as seguintes ações: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Audiometrias do CSSM Regulada pela CMCE ( Central de Marcação de Consultas).</li> <li>- Continuidade na Organização das Normativas do Fluxo de Fisioterapia e Elaboração da Nota Técnica- Overbooking das consultas dos serviços de Fisioterapia do CSI-API e CEVC.</li> <li>- Nova Chamada Pública 03/2015. Processo Administrativo nº. 001.018399.15.0 em análise documental pelo Núcleo de Licitações e Contratos.</li> <li>- Elaboração do protocolo de regulação de transporte sanitário da Fisioterapia e Reabilitação Física.</li> <li>- Elaboração de critérios de classificação de Risco para a Reabilitação Física e Reabilitação Auditiva no GERCON.</li> </ul> </li> <li>3. Meta sem ações previstas em PAS.</li> <li>4. Meta sem ações previstas em PAS.</li> </ol>
<p>8 - (eixo não existente no documento da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência)</p>	<p><b>PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b> - Promover a articulação interinstitucional e intersetorial, como promotor de novas formas de pensar e agir.</p> <p>Metas:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Em 2016 o grupo foi potencializado com a presença de aluna do programa de pós-graduação em antropologia da UFRGS e com a Secretaria Municipal de Direitos Humanos (SMDH). Porém, de acordo com as</li> </ol>

	<p>1. Potencializar o Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com deficiência mediante participação de outras secretárias, como: SME, Cultura, Direitos Humanos, Trabalho/Emprego, EPTC efetivando a intersetorialidade na construção de um conceito ampliado de Atenção à Saúde à Pessoa com Deficiência.</p> <p>2. Divulgar o Estatuto da pessoa com Deficiência (Lei brasileira de Inclusão N° 13.146, de 6 de julho de 2015) nos Conselhos de Saúde, viabilizando à participação na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito na esfera municipal.</p> <p>3. Fortalecer atuação da Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência/CMS.</p>	<p>entrevistas e conversas com a equipe, em 2017 o Grupo Condutor teve poucos encontros, por dificuldades relacionadas às organizações da nova gestão, troca de lotações, etc.</p> <p>2. Meta sem ações previstas em PAS.</p> <p>3. De acordo com entrevistas realizadas, em 2017 a gestão da SMS participou de poucas reuniões com a Comissão.</p>
--	--	---