



CÂMARA MUNICIPAL DE VILA VELHA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
"Deus seja louvado"



Gabinete do Vereador Deva Ferreira

INDICAÇÃO Nº _____/2026

Excelentíssimo Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vila Velha,

O Vereador **DEVA FERREIRA**, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com os **Artigos 200 e 201 do Regimento Interno** desta Casa de Leis, requer que seja encaminhada ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal a seguinte:

INDICAÇÃO

Que o Poder Executivo Municipal, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), estude e adote as medidas administrativas necessárias para garantir às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), residentes em Vila Velha, a possibilidade de realização de **vacinação em domicílio**.

A medida deve ser aplicada prioritariamente nos casos em que houver:

1. Dificuldade significativa de deslocamento; ou
2. Comprovada hipersensibilidade sensorial, comportamental ou emocional que inviabilize o comparecimento às Unidades Básicas de Saúde (UBS).





CÂMARA MUNICIPAL DE VILA VELHA

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

"Deus seja louvado"



JUSTIFICAÇÃO

A presente indicação visa promover a humanização e a equidade no atendimento à saúde pública em nosso município. Indivíduos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente apresentam hipersensibilidade a estímulos sensoriais (ruídos, luzes fortes e aglomerações), características comuns em salas de espera de unidades de saúde. Tais fatores podem desencadear crises severas, tornando o ato da vacinação um evento traumático e, muitas vezes, inviável, o que compromete a cobertura vacinal deste grupo.

A vacinação domiciliar oferece um ambiente controlado e seguro, minimizando o estresse e garantindo o direito fundamental à saúde, conforme preconiza o **Art. 5º da Lei Orgânica do Município de Vila Velha.**

Ademais, esta solicitação encontra respaldo no **Art. 256, inciso IV da Lei Orgânica**, que impõe ao Município o dever de garantir atendimento especializado para portadores de deficiência e a eliminação de barreiras. Ressalte-se que a proposta sugere o atendimento mediante apresentação de laudo médico que ateste o diagnóstico e a necessidade do regime domiciliar, abrangendo tanto o Calendário Nacional quanto campanhas sazonais.

Pela relevância social e pelo impacto direto na qualidade de vida dos autistas e seus familiares, submeto esta Indicação à apreciação desta Casa e ao pronto acolhimento pelo Poder Executivo.

Vila Velha/ES, 11 de fevereiro de 2026.

DEVA FERREIRA

Vereador



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <https://vilavelha.splonline.com.br/autenticidade> utilizando o identificador 3200390031003000390038003A005000

Assinado eletronicamente por **VEREADOR DEVANIR FERREIRA** em 13/02/2026 13:50

Checksum: **0BCF9FE7486561EEF3C3C37BB8914DD5EAD192712DCDAC21D836895465D10A22**



Autenticar documento em <https://vilavelha.splonline.com.br/autenticidade>
com o identificador 3200390031003000390038003A005000, Documento assinado digitalmente
conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.