



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ANDRE EDUARDO MEI

OS PROCESSOS DE DISPENSAÇÃO DE CADEIRAS DE RODAS E A
INTEGRALIDADE: UM ESTUDO DE CASO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM
REABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS (SP)

CAMPINAS

2016

ANDRE EDUARDO MEI

**OS PROCESSOS DE DISPENSAÇÃO DE CADEIRAS DE RODAS E A
INTEGRALIDADE: UM ESTUDO DE CASO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA
EM REABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS (SP)**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde,
Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de concentração
Interdisciplinaridade e Reabilitação

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA ELISABETE RODRIGUES FREIRE
GASPARETTO**

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO ANDRE EDUARDO MEI, E ORIENTADO PELA
PROFA. DRA. MARIA ELISABETE RODRIGUES FREIRE
GASPARETTO.

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M475p Mei, Andre Eduardo, 1986-
Os processos de dispensação de cadeiras de rodas e a integralidade:
um estudo de caso do Centro de Referência em Reabilitação do município
de Campinas (SP) / Andre Eduardo Mei. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Gestão em saúde. 2. Cadeiras de rodas. 3. Integralidade em saúde.
4. Equipamentos de autoajuda. I. Gasparetto, Maria Elisabete Rodrigues
Freire, 1949-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The wheelchair delivery process and integrality in health: a case study of the municipal rehabilitation reference center of Campinas (SP)

Palavras-chave em inglês:

Health managment

Wheelchairs

Integrality in health Self-
help devices

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação **Titulação:**

Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação **Banca**

examinadora:

Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto [Orientador] Eliana
Chaves Ferretti

Helenice Yemi Nakamura

Data de defesa: 30-08-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ANDRE EDUARDO MEI

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA ELISABETE RODRIGUES FREIRE GASPARETTO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA ELISABETE RODRIGUES FREIRE GASPARETTO

2. PROF(A). DR(A). HELENICE YEMI NAKAMURA

3. PROF(A). DR(A). ELIANA CHAVES FERRETTI

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 30 de agosto de 2016

Dedico a todos que estudam, pesquisam, e
trabalham em defesa do SUS e dos direitos
humanos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto, pelo aceite e por todo o trabalho realizado; as orientações, ensinamentos e muita sensibilidade e disponibilidade para acolher as dificuldades, explorar novos horizontes e enfrentar os desafios.

Às docentes que apostaram na pesquisa e muito me auxiliaram no projeto e no processo, em especial Profa. Dra. Eliana Chaves Ferretti, Profa. Dra. Helenice Yemi Nakamura, Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver, Profa. Dra. Lúcia Helena Reily.

Às colegas do Centro de Referência em Reabilitação, por toda a parceria, paciência e disponibilidade para dividir comigo seu cotidiano e suas histórias.

À todas as pessoas que buscam assistência no SUS de Campinas, por serem minha motivação e inspiração para ser um ser humano e um profissional melhor a cada dia.

Aos colegas de trabalho e de mestrado, por toda a parceria e aprendizado na jornada diária em defesa do SUS.

À minha companheira, Mariana, por todo o afeto, carinho, companheirismo e suporte incondicional, com muito amor.

À Deus e minha família, em especial meus pais, Paulo e Lúcia, meus irmãos Paulo e Cleyton e minha avó Alayde, por todo o afeto, suporte e bons momentos desde meus primeiros passos.

Aos meus amigos, por toda a camaradagem, diversão, risadas e companheirismo.

Muito Obrigado!

RESUMO

A evolução do conceito de deficiência contribuiu para evidenciar uma gama de necessidades a serem assistidas pelo sistema único de saúde (SUS). Para responder a esta demanda com excelência, o SUS se pauta principalmente no princípio da integralidade, que supõe visão global do indivíduo, bem como organização e integração de serviços que compõe a rede de saúde. O objetivo deste estudo foi contribuir para a discussão da integralidade nos processos de dispensação de cadeiras de rodas, a partir da experiência do Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty”, situado no município de Campinas, São Paulo. A pesquisa se caracteriza como de abordagem qualitativa, transversal e exploratória, definida como um estudo de caso holístico cuja unidade única de análise foi a dispensação de cadeiras de roda no serviço em questão. Para isso, os dados foram coletados por meio da construção de fluxograma descritor a analisador e da realização de grupo focal junto às profissionais diretamente envolvidas no processo, bem como através dos diários de campo do pesquisador enquanto servidor da rede municipal de saúde. Os resultados apontam que a dispensação de cadeiras de rodas é uma construção coletiva e norteadada pela integralidade, que supera o modelo assistencialista de entrega se consolidando como conduta técnica. A dispensação no serviço estudado assume alta responsabilidade na rede, dado o grande volume de unidades dispensadas (aproximadamente 1.500 unidades por licitação), fundamentando-se nas etapas de inscrição, montagem, entrega e orientações. As participantes percebem enquanto potência e ônus, referindo como pontos fracos lacunas nas ofertas assistenciais e sistema logístico, e como ponto forte a apropriação do processo licitatório. Considera-se que a clínica realizada é mais estratégica que programática, e carece de aperfeiçoamento enquanto ponto da rede, evidenciando neste processo a dimensão da integralidade relativa à organização de serviços e práticas. Sugere-se, portanto, além de respaldo estrutural, a utilização de estratégias de saúde coletiva e gestão para manutenção da não fragmentação de práticas e saberes.

Palavras chave: Gestão em Saúde; Cadeiras de Rodas; Integralidade em Saúde; Tecnologia Assistiva.

ABSTRACT

The evolution of the concept of disability contributed to highlight a range of needs to be assisted by the Unified Health System (UHS). To answer this demand with excellence, the system is founded primarily on the principle of comprehensiveness, which assumes a global view of the individual as well as organization and integration of the health units that constitute the health system. The aim of this study was to contribute to the discussion of health integration in wheelchairs delivery process, upon the experience of the Rehabilitation Reference Center "Jorge Rafful Kanawaty", located in Campinas (SP). The research characterizes as a qualitative, cross-sectional, prospective and exploratory approach, defined as a holistic case study, which the single unit of analysis was the wheelchairs delivery in the referred facility. The data were collected through the construction of a descriptor and analyzer flowchart and through focus groups, both with employees of that rehabilitation center directly involved in the process, as well as through the researcher's field diaries as a worker of a health care facility of the municipal health network. The results show that the wheelchair delivery is a collective construction and guided by integrality, overcoming the paternalistic model of delivery by consolidating itself as a technical conduct. The delivery process assumes high responsibility in the network, given the large volume of dispensed units (approximately 1,500 units per bid), and it is based upon the delivery steps of assessment, prescription, delivery and user's instructions. The professionals perceive it as a success and a burden at the same time, referring as its weaknesses the gaps in the delivery steps and logistics system, and as its strengths the acknowledgment of the bidding process. It is considered that their practice is more strategic than programmatic, and shows need of improvement in its network roles, highlighting the organizational side of integrality. The study suggests, therefore, in addition to structural support, the use of public health and management strategies to maintain the non-fragmentation of practices and knowledge.

Key Words: Health Management; Wheelchair; Integrality in health; Assistive Technology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Interações entre os Componentes da CIF.....	19
Figura 2: Cadeira de rodas motorizada e controlada por Joystick.....	29
Figura 3: Cadeira de rodas elétrica modelo Scooter.....	30
Figura 4: Cadeira de Rodas manual e seus componentes básicos.....	31
Figura 5: Cadeira de rodas para hemiplégico, com controle no lado esquerdo.....	31
Figura 6: Cadeira de rodas recreativa, adaptadas para uso em praia e cadeira de rodas esportiva, adaptada para modalidades de atletismo.....	32
Figura 7: Cadeira de rodas com função <i>recline</i>	33
Figura 8: Cadeira de rodas padrão e de banho com função <i>Tilt</i>	33
Figura 9: Exemplo de Fluxograma Descritor e Analisador.....	45
Figura 10: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em 2014.....	53
Figura 11: Distritos de Saúde do Município de Campinas.....	54
Figura 12: I Seminário de Reabilitação no SUS do município de Campinas.....	57
Figura 13: I Seminário de Reabilitação no SUS do município de Campinas.....	58
Figura 14: Fachada do edifício do Centro de Reabilitação Física.....	58
Figura 15: Início das atividades do Conselho Local de Saúde.....	60
Figura 16: Membros do Conselho Local de Saúde.....	60
Figura 17: Início das obras do edifício que atualmente abriga o CRR.....	61
Figura 18: Obras do edifício que atualmente abriga o CRR.....	61
Figura 19: Lígia Rafful com Antonio da Costa Santos.....	62
Figura 20: Membros da família Rafful reunidos com representantes da PMC.....	62
Figura 21: Continuação das obras do edifício do Centro de Referência em Reabilitação.....	64
Figura 22: Continuação das obras do edifício do Centro de Referência em Reabilitação.....	64
Figura 23: Cerimônia de Inauguração do Centro de Referência em Reabilitação.....	65
Figura 24: Coordenadora do serviço com usuários na cerimônia de inauguração do Centro de Referência em Reabilitação.....	65

Figura 25: Membros da família Rafful na inauguração do Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty.....	66
Figura 26: Fachada atual do Centro de Referência em Reabilitação.....	66
Figura 27: Oficina de dança.....	71
Figura 28: Oficina de artesanato.....	72
Figura 29: Atividade Externa.....	72
Figura 30: Fluxograma simplificado da dispensação de cadeiras de rodas no município de Campinas em Janeiro de 2015.....	75
Figura 31: Representação Gráfica do Fluxograma Descritor e Analisador da dispensação de cadeiras de rodas em Campinas em janeiro de 2015 construído pelo pesquisador e trabalhadoras do Programa de Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção do CRR.....	76
Figura 32: instrumento para realização de medidas dos modelos sob medida individualizada, utilizado a partir de 2016.....	78
Figura 33: Exemplo de lista de espera de modelo de cadeira de rodas.....	80
Figura 34: Ficha de inscrição de cadeira de rodas (via do usuário) utilizada no ano de 2016.....	81
Figura 35: Ficha de inscrição de cadeira de rodas (via do Centro de Referência em Reabilitação) utilizada em 2016.....	82
Figura 36: Organograma das secretarias e departamentos envolvidas na licitação de cadeiras de rodas (2016)	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Linha do tempo da reabilitação física em Campinas na história recente.....	68
Quadro 2: Funcionários do CRR em junho de 2016.....	70
Quadro 3: Itens contemplados em licitação de cadeira de rodas em maio de 2016.....	85
Quadro 4: itens de adequação postural contemplados na licitação órteses e próteses de 2015.....	86

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual

AVE - Acidente Vascular Encefálico

BPAI - Boletim de Produção Ambulatorial Individual

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CENDOR - Centro de Doenças Reumatológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEPRE - Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel Porto”

CETS – Centro de Educação e Trabalho da Saúde

CFF – Conselho Federal de Fonoaudiologia

CHOV – Complexo Hospitalar Ouro Verde

CIDID - Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens

CIF – Classificação Internacional da funcionalidade

CMADENE - Conselho Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência e com Necessidades Especiais

COFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CRF - Centro de Reabilitação Física

CRR - Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty”

CS – Centro de Saúde

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

FDA – Fluxograma Descritor e Analisador

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMMG – Hospital Municipal Mário Gatti

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPM - Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção

PMC – Prefeitura Municipal de Campinas

PUCCAMP – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SSCF – Serviço de Saúde Cândido Ferreira

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Tecnologia Assistiva

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Terapeuta Ocupacional/Terapia Ocupacional

TRM - Traumatismo Raqui Medular

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Contextualizando deficiência e integralidade em saúde.....	17
1.2. A cadeira de rodas como uma necessidade e sua provisão.....	26
2. OBJETIVOS.....	38
2.1 Objetivo Geral	38
2.2 Objetivos Específicos	38
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
3.1 Delineamento Metodológico	39
3.2. Aproximação do pesquisador com o cenário e com os sujeitos do estudo.....	41
3.3. População estudada.....	42
3.4. Procedimentos de coleta de dados.....	42
3.5. Procedimentos de tratamento e análise dos dados.....	49
4. RESULTADOS.....	51
4.1 Situando o Centro de Reabilitação na rede e na trajetória da reabilitação em Campinas na história recente.....	52
4.2 Situando a dispensação de cadeiras de rodas no Centro de Reabilitação, sua trajetória e seu processo licitatório.....	73
4.3 Com a palavra, as profissionais.....	91
5. DISCUSSÃO.....	113
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
APÊNDICES	
Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	132
Apêndice 2: Roteiro norteador dos grupos focais.....	134
ANEXOS	
Anexo 1: Parecer de aprovação do CEP da Unicamp.....	135

APRESENTAÇÃO

Ainda na graduação de Terapia Ocupacional tomei conhecimento da temática da Tecnologia Assistiva (TA), e desde aquele momento, chamou a minha atenção a potência dessas ferramentas no aprimoramento da qualidade de vida de pessoas em processo de reabilitação. Entretanto, também percebi que o acesso à estas tecnologias não era trivial: tratava-se, com poucas exceções, de equipamentos difíceis de serem encontrados e dispendiosos. Me trazia um incômodo especial essa ocorrência no âmbito do SUS, dado o princípio da integralidade e o fato de saber que muitos usuários ali, ainda que buscassem o equipamento por conta e o encontrassem, não teriam condições financeiras para adquiri-lo.

Após a graduação atuei como residente em saúde coletiva, e a questão para mim tomou novos contornos. Fui aprimorando minha clínica e também minha visão macroscópica sobre os sistemas de saúde, redes de atenção e processos de trabalho. Ainda, presenciei no município de Santos algo que muito me saltou aos olhos: a facilidade em encontrar usuários com cadeiras de rodas inadequadas; quando os questionava onde haviam adquirido, diziam frequentemente recorrer à solidariedade e à filantropia.

Mesmo já entendendo um pouco mais sobre o SUS, a dispensação de Tecnologia Assistiva, sobretudo das cadeiras de rodas, foi se constituindo como um grande mistério para mim. Eu queria conhecer toda a complexidade dos processos - seu funcionamento, sua história, as potencialidades e os principais nós e gargalos (e como lidar com eles) – e compartilhar esse conhecimento, de forma a alimentar fomentar novos projetos e novas possibilidades, mais favoráveis aos usuários.

A isso somou-se a uma outra percepção minha, acerca da carência de estudos que focassem a temática da Tecnologia Assistiva e das cadeiras de rodas sob a ótica sanitária e não apenas clínica. Dessa forma, a vontade de me aprofundar academicamente nessa questão foi aumentando, e resolvi me inserir em um programa de mestrado.

Agora, aproximando-me do final deste ciclo, rico em vivências, aprendizado e crescimento, novas dúvidas e inquietações emergem, ao passo que as certezas continuam poucas. Espero que estas inquietações continuem a me mover no sentido de buscar novos conhecimentos e ajudar o próximo, e que este estudo de caso realizado possa promover frutíferos debates sobre a integralidade enquanto norte

ideológico, assistencial e organizativo. Ainda, espero que traga luz aos processos de dispensação de Tecnologia Assistiva e cadeiras de rodas, consequentemente promovendo maior qualidade de vida à população.

1. INTRODUÇÃO

1.1. *Contextualizando deficiência e integralidade em saúde*

A abordagem sobre a concessão de cadeiras de rodas é complexa não apenas em seu âmbito intrínseco, também permeia a complexidade em seu contexto conceitual, histórico e da organização dos serviços de uma determinada rede de saúde.

Um dos conceitos essenciais para o aprofundamento desta temática é o próprio conceito de pessoa com deficiência, atualmente promulgado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência da seguinte forma:

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

Para Rocha ², este conceito deve ser colocado em perspectiva uma vez que é resultado de construções sociais e históricas há pelo menos dois séculos. A deficiência enquanto categoria científica surge apenas no século XIX. Até então, predominava a concepção de que as pessoas com deficiência pertenciam ao campo do sobrenatural, juntamente com pessoas acometidas por doenças contagiosas, transtornos mentais e ainda pessoas consideradas “delinquentes”.

Norden ³ reafirma o exposto acima, complementando que dada esta concepção, desde a antiguidade era observável um movimento de isolamento de pessoas com deficiência. O autor relata que este isolamento se fazia presente porque frequentemente, a deficiência era compreendida como um castigo ou punição divina, sendo à pessoa atribuído um caráter falho, defeituoso ou desviante. Como consequência, esse imaginário se materializava nas artes visuais – e posteriormente no cinema – na medida em que caracterizava personagens com deficiências através de estereótipos: malignos, perversos, cruéis, traiçoeiros e rancorosos, e, na melhor das hipóteses, bufões e angelicais.

No século XIX, a centralidade do conceito de patológico na prática médica começou a enquadrar a deficiência na qualidade de anomalia da natureza; Rocha² entende que esta transição não está plenamente completa mesmo nos dias de hoje, já que perduram visões exclusivamente religiosas e/ou morais a respeito das deficiências.

Nesta ótica, a racionalidade científica da época permitiu que a deficiência fosse passível, para fins de estudo, de isolamento e categorização, bem como sujeita a intervenções normatizadoras previstas pelas instituições de conhecimento. Tal processo inclusive segmentou-a em diferentes classificações, para que modelos específicos de intervenção fossem operacionalizados para cada tipo, em instituições igualmente especializadas; preconizava-se principalmente os procedimentos cirúrgicos e exercícios aos deficientes físicos, ao passo que aos deficientes mentais e sensoriais sugeria-se os treinamentos psicopedagógicos².

A passagem para o século XX possibilitou o refinamento dos conceitos de deficiência, dos modelos de intervenção e inclusive das próprias doenças e respectivas etiologias, ainda no bojo da lógica médica. Não obstante, este século assistiu também um novo processo de mudança no conceito de deficiência, especialmente com os estudos do campo da saúde pública e da saúde coletiva, associados a epidemiologia e a um maior protagonismo do território enquanto parte dos condicionantes e das intervenções em saúde. Nessa perspectiva, o foco transita do corpo deficiente individual para o corpo deficiente no social².

Um exercício significativo neste novo prisma foi desempenhado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1980, ao lançar o documento intitulado “Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID)”, que consiste num manual apresentando e classificando estes respectivos conceitos, a fim de reafirmar a vivência da deficiência como uma experiência complexa, para além da qualidade de consequência de algumas patologias⁴.

Por meio da CIDID, a Organização Mundial da Saúde posicionou-se, afirmando que as deficiências incluem restrições ou perdas em habilidades (incapacidades), e também consequências sociais e ambientais que afetam o indivíduo em seu contexto sociocultural (desvantagens). Redefine-se assim a negatividade de deficiência em si, relativizando-a de acordo com as possibilidades de participar na vida social e exercer a cidadania, estas reguladas pelos movimentos da sociedade de promover inclusão ou exclusão de seus membros.

Na aurora do século XXI, mais precisamente no ano de 2001, a manutenção da temática nas agendas sociais e institucionais estimulou a aprovação de uma nova publicação da OMS, a “Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF)”⁴. Com o objetivo de promover uma linguagem unificada e padronizada concomitante a uma estrutura que descrevesse a saúde e seus estados relacionados, o documento propõe novo foco de estudo e intervenção, da patologia para a saúde.

A classificação organiza-se em duas partes, cada uma contemplando dois componentes; a primeira parte diz respeito a funcionalidade e a incapacidade, e possui como componentes as funções e estruturas do corpo e as atividades e participação, enquanto a segunda parte consiste nos fatores contextuais e possui como componentes os fatores ambientais e os fatores pessoais⁴. Estes componentes, por sua vez, pressupõem estado de constante interação entre si, como ilustrado na figura 1 abaixo.

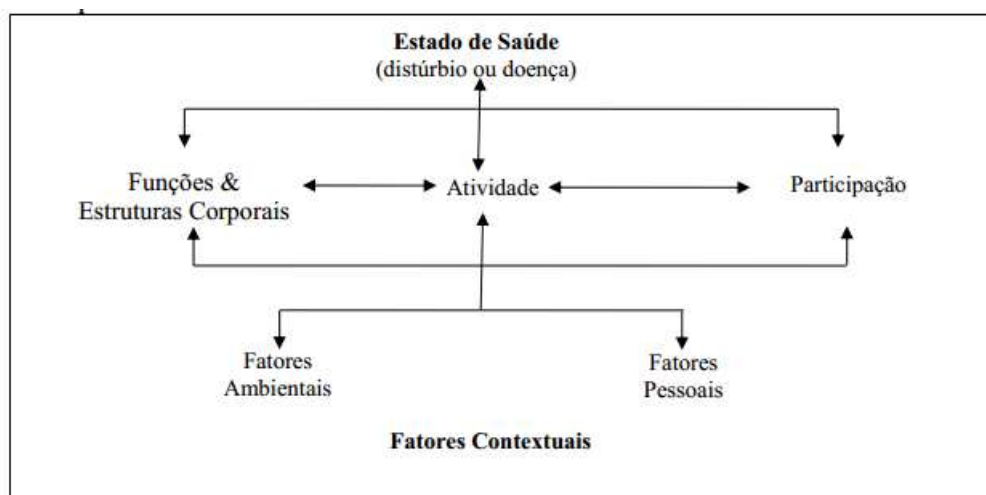


Fig. 1 Interações entre os Componentes da CIF⁴

Assim sendo, a deficiência e a incapacidade não assumem destaque, mas estão relacionadas aos possíveis estados de saúde. Avança-se na interação entre a perspectiva histórica (mais alinhada ao conhecimento nuclear da medicina) e a perspectiva sob viés mais social, ao ampliar conceitos como o de incapacidade – visto como interação entre disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades, a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras; e o de deficiência - vista como sendo também produto de diferentes percepções culturais e atitudes, disponibilidade de serviços e de legislação⁵.

Como marco mais recente desta trajetória, foi firmado em 2007 – e promulgado no Brasil em 2009 – a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência⁶. O documento, que tem por missão promover e assegurar o exercício pleno dos direitos humanos por parte das pessoas com deficiência, traz a seguinte definição:

“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.”⁶

Isto posto, temos que a evolução do conceito de deficiência contribuiu, entre outros fatores, para que os seus impactos na participação social e na funcionalidade dos indivíduos fossem estudados e melhor compreendidos. Este movimento acaba por facilitar uma ampliação da compreensão desta vivência, o que inclui o desenvolvimento de um olhar para as necessidades da pessoa com deficiência. Para o propósito deste estudo, enfocaremos as necessidades das pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida no âmbito da saúde e sob o prisma da saúde pública.

A saúde pública brasileira conta para a sua efetivação com um sistema universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), garantido na Constituição de 1988 e regulamentado por intermédio da Lei 8.080/90, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde. Como princípios doutrinários do sistema constam a universalidade, a integralidade e a equidade; não obstante, são princípios organizativos a descentralização, regionalização, hierarquização, controle social e integração⁷.

Os princípios doutrinários prezarão pela garantia da saúde como direito e um sistema que a promova pautado na justiça. Por meio do conceito de universalidade a saúde será garantida como um bem de todos; pela integralidade busca-se a mesma através do atendimento às necessidades biopsicossociais do ser humano; a equidade, por sua vez, traz a singularização do cuidado de acordo com as diferentes necessidades⁷.

Outrossim, em termos das diretrizes organizacionais temos que a descentralização preconiza a co-responsabilização pelo cuidado das três esferas governamentais (municípios, estados e união); a regionalização auxilia a formulação da distribuição racional dos recursos nos diferentes territórios; a hierarquização pressupõe que diferentes necessidades contemplam diferentes complexidades e assim sendo serão atendidas em serviços organizados pela complexidade do cuidado; o controle social legitima a participação da sociedade em espaços de gestão; e a integração pressupõe uma interlocução harmônica entre os diversos componentes do sistema ⁷.

Destacamos, a partir desta explanação, o conceito de integralidade. Mattos⁸ o coloca como uma bandeira de luta, como uma imagem-objetivo – noção que pode ser compreendida como um enunciado de certas características do sistema de saúde, instituições e de práticas que são consideradas desejáveis na arena política por alguns atores. Enquanto imagem-objetivo, polissêmica e simbólica será, bem como propositadamente desprovida de grandes detalhamentos acerca de como deve ser a realidade, sendo assim possível que diferentes atores, diante de singulares indignações, se vejam sempre diante de um amplo leque de possibilidades. Não obstante, apesar de seu caráter simbólico, é diferenciada de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido.

Dessa forma, o autor não busca uma definição última do termo, apenas o relaciona com três grandes conjuntos de sentidos com os quais vem sendo associado. O primeiro configura-se como a dimensão das práticas, e surge ainda na primeira metade do século XX, no âmbito do ensino médico americano. Nessa época, em especial no período após a segunda guerra, fortalece-se o movimento da medicina integral, que critica a fragmentação expressa nos currículos dos cursos de medicina, que eram pautados substancialmente na especialização e no hospital como locus privilegiado de ensino ⁸. Um termo já existente nos serviços e que ganha corpo nessa época é “comprehensive care”, que alude ao cuidado não fragmentado ⁹.

A crítica se voltava principalmente ao reducionismo que as práticas fragmentárias facilitavam, e às conseqüentes limitações deste modelo de atenção para o cuidado da totalidade do paciente. A ênfase dada por este movimento foi o estímulo à reformulação curricular dos cursos de medicina, para que entre as disciplinas básicas fossem contemplados conhecimentos acerca de outras dimensões

do homem para além do seu corpo biológico, bem como à adoção de outros espaços clínicos que promovessem melhor apreensão do contexto de vida do paciente, como os ambulatórios e serviços comunitários⁸.

No Brasil, por sua vez, o movimento da medicina integral não se constituiu como movimento individual, mas associou-se à medicina preventiva e à Saúde Coletiva, emergida nos anos 1970. Isso fez com que o movimento não focasse apenas os currículos dos cursos de medicina, entendendo integralidade como atitude médica que não se constrói apenas na formação, mas no bojo de outros movimentos econômicos e políticos⁸.

Assim, integralidade configura-se como um norteador de boas práticas, uma bússola para o cuidado não fragmentado, não reducionista, humanizado e atento para as dimensões biopsicossociais do ser humano. Trata-se de uma postura, que para Mattos⁸, deve orientar toda e qualquer prática de saúde, seja no SUS ou em serviços privados. No entanto, pode ou não se materializar na provisão de cuidados, uma vez que será balizada por noções de equipe e processos de trabalho.

Compreendendo que a discussão acerca da integralidade enquanto bússola de boas práticas passa necessariamente pela discussão acerca de necessidades em saúde, como mencionado anteriormente, Cecílio¹⁰ aprofunda o debate lançando uma luz sobre estas, as quais julga serem estruturantes na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde.

O autor defende que a integralidade vai além do simples consumo de determinados equipamentos de saúde, inspirando a organização de processos de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes no interior dos serviços. Elemento central às práticas integrais, por sua vez, as necessidades de saúde podem ser percebidas de diversas formas. Segundo Cecílio¹⁰:

“As necessidades de saúde, como vimos, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado e traduzido, pela equipe.”¹⁰

Ainda, diz que a máxima integralidade possível será pautada pelo melhor atendimento possível às necessidades de saúde portadas pela pessoa, assim como pela articulação do serviço em questão com a rede de cuidados e outras instituições, não necessariamente da pasta da saúde. Defende, portanto, que os serviços sejam organizados com orientação às necessidades da população em detrimento à oferta existente.

Sancho ¹¹, por sua vez, contribui para o debate atentando para as nuances da subjetividade que envolve a temática, apontando que as demandas da população aos serviços de saúde emergem da percepção das necessidades de um indivíduo somadas ao desejo de receber atenção. No entanto, a percepção das necessidades se configura como processo complexo, que pode inclusive ser espontâneo - o indivíduo percebe um dado desconforto e busca o serviço - ou induzido - por um profissional de saúde, que em sua posição de “autoridade” lhe diz qual é a sua necessidade.

Outro conjunto de sentidos ao qual Matos ⁸ associa o termo integralidade é relativo à organização de serviços. Historicamente no Brasil e em outras nações do mundo houve uma diferenciação entre as ações preventivas e de assistência médica. O movimento americano da medicina integral, como já mencionado, foi um dos pioneiros também em questionar essa dicotomia, defendendo a integração de serviços preventivos e curativos sob o conceito de “integration” ⁹.

No Brasil, as ações de saúde pública até os anos 1970 compreendiam apenas as intervenções de caráter preventivo, como as imunizações e certos programas verticais (como os relativos à tuberculose e hanseníase) realizados em Centros de Saúde (CS), e estavam sob a alçada do Ministério da Saúde. As ações assistenciais, por sua vez, estavam sob a alçada da Previdência Social, e constituíam-se principalmente da oferta de consultas médicas, centradas nas instituições hospitalares ⁸.

Dessa forma, a partir dos anos 1970, foi levantada a bandeira da unificação das ações, de modo que fosse garantida uma política única de saúde em detrimento de políticas separadas para a saúde pública e para a assistência médica, bem como para que a oferta do cuidado não fosse mais fragmentada em diversos serviços desarticulados, obrigando o paciente a circular por distintos espaços conforme sua necessidade fosse de saúde pública ou de assistência médica ⁸.

Essa unificação foi prevista no bojo da integralidade, que se configurava enquanto eixo transversal aos distintos serviços e ações de saúde, garantindo a continuidade do cuidado às mais amplas e heterogêneas necessidades percebidas pela população.

Outra contribuição para se pensar a integralidade enquanto organização de serviços está nos estudos acerca dos processos de trabalho em saúde, por elucidarem como essa operacionalização da integralidade pode se dar no cotidiano das práticas. Brito et. al.¹², nesse sentido, fazem suas contribuições ao pensar o trabalho em saúde através da leitura da diversidade de balizas encontradas pelos trabalhadores.

Estes autores aprofundam a questão trazendo o conceito de normas antecedentes e renormatizações. Compreendem que as normas antecedentes dizem respeito a todo e qualquer elemento que possui como função antecipar e predefinir as atividades – das normas e regulamentos propriamente ditos ao conjunto de valores e crenças que move um coletivo de trabalho (por exemplo, a defesa da integralidade e da vida). Entretanto, apontam também que o trabalho em saúde é rico em variabilidade técnica e humana, e assim sendo o mesmo está sujeito à constantes renormatizações, produções de novas normas, ou transformação das normas antecedentes.

Seguindo o raciocínio apresentado, Brito et. al.¹² apresentam quatro grandes conjuntos de normas que balizam o trabalho em saúde nos serviços públicos:

1. Normas ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais, onde se circunscrevem diferentes concepções de assistência, modelos de saúde e mesmo os códigos de ética das diferentes profissões;

2. Normas ligadas ao planejamento e à organização prescrita do trabalho, que engloba tecnologias disponíveis, alocação de recursos, atribuições e protocolos, etc.;

3. Normas ligadas ao trabalhador e aos coletivos de trabalho, o que inclui acordos, regras e saberes compartilhados;

4. Normas ligadas aos usuários, contemplando as demandas e expectativas dos indivíduos e da sociedade.

Ainda, dizem que no caldeirão de normas que os trabalhadores se encontram, alguns fenômenos principais podem ser observados. Entre eles está a inflação de normas, situação onde o excesso de normas deixa os processos de trabalho enrijecidos e o trabalhador ‘de mãos atadas’; a ausência de normas, situação

onde o trabalhador sente a necessidade de alguma norma que respalde o seu trabalho e não a encontra, sofrendo um sentimento de desamparo; e o vazio de normas, situação onde a inexistência da norma não é sentida como desamparo, mas sim como liberdade, como brecha para criação de outras formas de atuar e de se relacionar.

Brito et. al.¹² afirmam ainda que uma situação bastante comum que o trabalhador dos serviços públicos de saúde enfrenta é o paradoxo de sentir-se constantemente entre a inflação e a ausência de normas, o que é percebido com frequência como fator de ônus no ambiente de trabalho.

O terceiro e último conjunto de sentidos dados ao termo integralidade por Mattos⁸ é relativo ao plano macropolítico. Na escolha prioridades de investimentos, dentro de um escopo de atividades direcionadas a um dado problema de saúde de um coletivo, o autor apresenta a integralidade como norteadora das decisões. Estas, que devem contemplar necessidades coletivas e especificidades individuais simultaneamente, quando pautadas na integralidade equacionarão preferencialmente a eficiência/efetividade de um conjunto articulado de ações, em detrimento de ações isoladas.

Cecílio¹⁰ também se posiciona em relação a esta vertente da integralidade, afirmando não ser possível separar a busca pela integralidade do combate às iniquidades, apontando inclusive que alguns mecanismos administrativos, como certos pacotes de financiamento da esfera federal aos estados e municípios, podem induzir a organização de práticas mais orientadas à integralidade da atenção e à equidade.

Ayres¹³ faz sua contribuição para a discussão sobre integralidade a colocando como norteadora de modelos de atenção. Dada a multidimensionalidade e complexidade do conceito, o autor descreve eixos que acredita pertencerem à integralidade: o eixo das necessidades – envolve uma leitura acurada sobre o que o município precisa; o eixo das finalidades – contempla a integração das intenções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde; o eixo das articulações – que trata da sustentação de uma rede interdisciplinar, interprofissional e intersetorial para as ambições da integralidade; e o eixo das interações – que diz respeito à intersubjetividade presente entre indivíduos que prestam e recebem cuidados.

Felizmente, a compreensão atenta e empática das necessidades dos usuários, bem como a tentativa de organização de práticas, serviços e modelos de atenção com vistas à promoção de atenção integral à saúde, foi legitimada nas últimas

décadas no Brasil, na esfera política e jurídica do SUS. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência¹⁴ - Portaria 1.060/2002 - que prevê diretrizes e responsabilidades institucionais para promover a qualidade de vida da pessoa com deficiência, já enuncia como diretriz realizar assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência.

A promulgação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência no Brasil em 2009, como já mencionado, embora não traga o termo exato da integralidade, assegura o direito ao gozo de um estado de saúde o mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência e com garantia de cuidados pautados na qualidade, acesso e promoção da autonomia e participação em todos os aspectos da vida.

Recentemente, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência¹ (Estatuto da Pessoa com Deficiência), instituída pela lei 13. 146, de 6 de julho de 2015, assegura a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade do sistema (atenção primária, secundária e terciária), por intermédio do SUS, sendo garantido o acesso universal e igualitário.

1.2. ***A Cadeira de rodas como uma necessidade e a sua provisão***

Para aprofundar o debate sobre as necessidades das pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida no âmbito da saúde e sob o prisma da saúde pública, tomaremos como base as definições do decreto 5.296/04¹⁵ (que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida). Em relação à deficiência física, o decreto postula:

“Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparisia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.”¹⁵

Como já mencionado anteriormente, o conceito de deficiência sozinho não contempla toda a dimensão da funcionalidade e das necessidades destas pessoas. Embora o comprometimento da função física mencionado na definição possa ser traduzido ou não em comprometimento da mobilidade, este último não é exclusividade das pessoas com deficiência física, podendo também ser vivenciado em outras situações, como idosos e/ou indivíduos com lesões temporárias. Para contemplar também estes indivíduos, apresentamos a definição de pessoa com mobilidade reduzida segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência ¹:

“Pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso.” ¹

Cavalcanti, Galvão e Miranda ¹⁶, trazendo a discussão para o campo das ocupações, discriminam a mobilidade funcional da mobilidade na comunidade. Para estas autoras, a mobilidade funcional se relaciona com a mudança de decúbitos e posturas, bem como a movimentação necessária para realizar tarefas rotineiras – se transferir da cama para uma cadeira, atender o telefone ou abrir uma porta, por exemplo; por sua vez, a mobilidade na comunidade engloba a movimentação em áreas públicas e a utilização de meios de transporte coletivos e individuais.

Para as autoras, frequentemente indivíduos com deficiência física ou mesmo com mobilidade reduzida, ainda que mediante necessidades singulares, inclusive de mobilidade, necessitam de equipamentos auxiliares para o desempenho da tarefa de mover-se. Estes equipamentos fazem parte de um grande conjunto de tecnologias denominado de ajudas técnicas ou tecnologia assistiva (TA), podendo ser compreendidos como itens, equipamentos ou sistemas projetados comercialmente ou sob medida para aumentar, manter ou resgatar a capacidade funcional de indivíduos.

A Associação para o Avanço da Tecnologia Assistiva na Europa (Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe – AAATE) e a Rede Europeia de Informação em Tecnologia Assistiva (European Assistive Technology Information Network - EASTIN) reforçam a importância dos recursos de

Tecnologia Assistiva na (re)conquista da autonomia de sujeitos, conferindo às mesmas o caráter de componente básico do conceito de solução assistiva ¹⁷.

Para as organizações supracitadas, a solução assistiva consiste na interação de três componentes básicos, que são as Tecnologias Assistivas, as adaptações ambientais personalizadas e a assistência personalizada. As adaptações ambientais se encarregarão de tornar o ambiente mais seguro para o desempenho de atividades de vida diária por indivíduos com prejuízo funcional, sendo exemplos de adaptações ambientais barras de apoio em banheiros, otimização da iluminação e ampliação do espaço de circulação em cozinhas e escritórios para a mobilidade de uma cadeira de rodas, a construção de rampas em calçadas e vias públicas, dentre outros. A assistência personalizada, por sua vez, corresponde à ajuda profissional para o aprendizado do uso e convivência com as possíveis Tecnologias Assistivas e adaptações ambientais.

Não obstante, apontam que cada um dos três elementos pode se configurar como barreiras ou facilitadores da solução assistiva, dependendo do resultado de sua implementação e da interação com os demais componentes. Ainda, indicam que a efetividade da solução assistiva será evidenciada se a mesma é promotora de autonomia para o sujeito assistido.

Entre os itens de tecnologia assistiva específicos para a mobilidade temos as bengalas, andadores, muletas e cadeiras de rodas, que respectivamente possuem uma variedade de tipos e classificações ¹⁶. Quando a deambulação fica impossibilitada ou ainda desempenhada com significativa ineficiência e insegurança, a indicação para auxiliar a mobilidade será o uso da cadeira de rodas.

Assim, temos que a cadeira de rodas, enquanto equipamento de tecnologia assistiva, permite a mobilidade e maximiza a funcionalidade do indivíduo através de estabilidade, alinhamento e conforto na postura sentada. Dados os avanços técnicos e científicos na área da deficiência física e adequação postural em cadeiras de rodas, sobretudo nas últimas décadas ¹⁸, existem hoje uma multiplicidade de tipos e modelos de cadeiras de rodas disponível. Para a compreensão didática dos tipos de cadeiras de rodas, alguns autores tomam como tipo a divisão entre cadeiras de rodas elétricas e manuais ou padrão ^{19, 20}. Cavalcanti, Galvão e Campos ¹⁸, por sua vez, incluem além dos dois tipos anteriores, as cadeiras de rodas especializadas e as esportivas/recreacionais. Detalharemos a seguir estes quatro tipos principais.

1. **Cadeira de Rodas elétrica ou motorizada:** surgidas e aperfeiçoadas desde a década de 1950, envolve propulsão através de sistema elétrico, bateria ou motor, e controle através de botões ou joystick (figura 2). Este tipo é indicado principalmente para indivíduos com limitações de grau moderado ou grave na funcionalidade de seus membros superiores, de modo a apresentarem impossibilidade ou significativa ineficiência na impulsão da cadeira. Alguns modelos são também indicados para o percurso por longas distâncias de indivíduos obesos, idosos e pacientes cardíacos com contraindicação de caminhar por longas distâncias (como os Scooters, ilustrados na figura 3). É preciso para seu uso com segurança um nível de compreensão e coordenação motora compatível com a complexidade do manuseio^{18,19, 20}.



Figura 2: Cadeira de rodas motorizada e controlada por Joystick²⁰



Figura 3: Cadeira de rodas elétrica modelo Scooter ¹⁸

2. Cadeira de Rodas manual: são as cadeiras impulsionadas manualmente, pelo próprio usuário ou cuidador. Devido à grande variedade de modelos, que irão variar conforme habilidade e intenção de uso do cliente, podem ser classificadas em subtipos: padrão, infantil, hemiplégicas, higiênicas ¹⁷.

a. *Cadeira de rodas padrão* (figura 4): é destituída de acessórios, porém possui variações quanto a peso, estrutura e material de fabricação;

b. *Cadeira de rodas infantil*: se caracteriza por ter dimensões reduzidas e ser comercializado na forma de carrinhos ou cadeiras de rodas, bem como possuir variações além daquelas encontradas na cadeira padrão, como assento e encosto reto ou contornado;

c. *Cadeira para hemiplégico* (figura 5): possui sistema que permite a propulsão com o uso de apenas um dos membros superiores;

d. *Cadeira higiênica*: se caracteriza pelo projeto higienizável e compatível com o acesso ao sanitário e ao desempenho do banho.

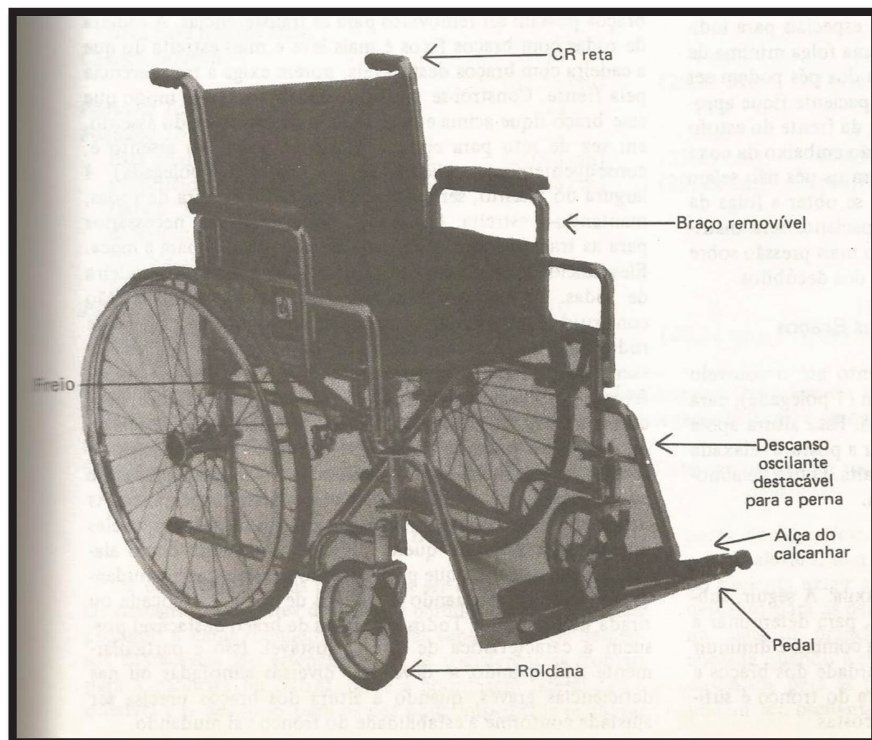


Figura 4: Cadeira de Rodas manual e seus componentes básicos ²⁰



Figura 5: cadeira de rodas para hemiplégico, com controle no lado esquerdo ¹⁸

3. Cadeiras de Rodas Esportivas/Recreacionais: as cadeiras de rodas esportivas são de propulsão manual e visam potencializar as habilidades do atleta (figura 6). São selecionadas em conjunto com o atleta e técnico responsável, havendo modelos variados para cada modalidade esportiva. As recreacionais, por sua vez, permitem uso em ambientes externos variados, deslocando-se em gramados e terrenos com areia, permitindo mobilidade em parques e praias ¹⁸.



Figura 6: cadeira de rodas recreativa, adaptadas para uso em praia (imagem A) e cadeira de rodas esportiva, adaptada para modalidades de atletismo (imagem B) ¹⁸

4. Cadeiras de Rodas Especializadas: são modelos manuais ou elétricos, que possuem tecnologias para algumas funções específicas que visam aumentar a estabilidade postural e o conforto através do reposicionamento e da distribuição dos pontos de pressão, sendo elas: *tilt*, *recline*, *stand-up* e *stair climbing*. Enquanto o *recline* se configura como a reclinagem posterior do encosto (figura 7), o *tilt* se remete à inclinação de todo o módulo “assento-encosto” (figura 8). O modelo *stand-up*

apresenta sistema que propicia variação entre a postura sentada e em pé, ao passo que a *stair climbing* permite acionamento de dispositivos transpõem obstáculos como escadas ou batentes ¹⁸.

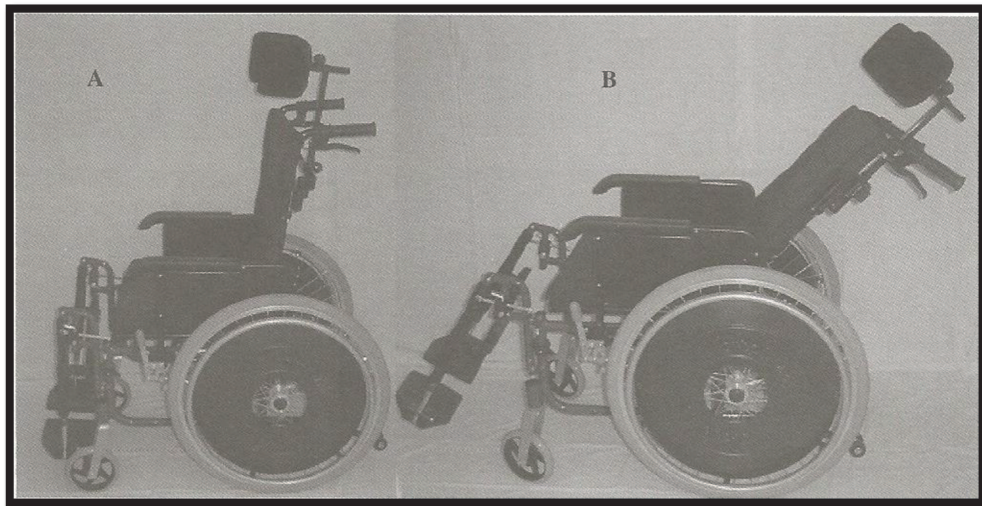


Figura 7: Cadeira de rodas com função *recline* ¹⁸



Figura 8: Cadeira de rodas manual padrão (imagem A) e de banho (imagem B) com função *Tilt* ¹⁸

Além dos tipos e modelos, a cadeira de rodas pode ser personalizada mediante a escolha de sua estrutura (material utilizado na fabricação) e dimensionamento dos seus componentes essenciais – largura, profundidade e altura do assento, altura dos descansos para braços e altura do encosto ²⁰.

Ainda, há a personalização do dispositivo através da incorporação de alguns acessórios ou mesmo da fabricação sob medida de alguns de seus componentes. Podem fazer parte deste processo a confecção de assentos e encostos individualizados, a modelagem de laterais de tronco, adição de cunhas para abduzir os membros inferiores, cintos e faixas acolchoadas e apoios de cabeça ¹⁸.

Diante da multiplicidade de agravos e acometimentos que limitam a mobilidade e a autonomia dos indivíduos, as necessidades destes emergem de modo singular e as tecnologias que surgem para buscar atendê-las assumem uma maior complexidade conforme o tempo e os novos avanços. Nesse contexto, emerge a importância do acesso ao dispositivo que promova a maior integralidade possível, mediante processo de dispensação responsável e sensível às necessidades do indivíduo.

Eggers et al ²¹ atentam para o fato que o processo de dispensação de cadeiras de rodas é de natureza multidimensional, e os resultados esperados da dispensação (resumidos didaticamente pelos autores como saúde e segurança, satisfação pessoal e participação) incluem fatores ligados ao sistema de saúde – tais como políticas para os serviços de reabilitação e regulação de vagas; fatores ligados aos trabalhadores – por exemplo a formação, familiaridade com as tecnologias disponíveis e habilidades de se relacionar com o paciente; fatores ligados aos usuários – como habilidade de decisão e influências sociais/culturais; e fatores ligados ao próprio processo de dispensação – como o processo de avaliação das necessidades, seleção do dispositivo, adequação e acompanhamento/suporte após a entrega.

Visando auxiliar os serviços e profissionais envolvidos, a OMS ²² traz algumas recomendações para a organização de um modelo de dispensação: ter uma abordagem centrada no usuário, ser acessível, contar com profissionais adequados e atualizados, exercer uma boa gestão do serviço, este com boa articulação com sua rede intersetorial, ofertar diversos modelos (para dar conta das diferentes necessidades) e exercer controle de qualidade.

Ainda, preconiza algumas etapas fundamentais para um processo integral de dispensação de rodas, descritos abaixo:

1. **Referência:** contempla a articulação com os serviços e profissionais que encaminham, bem como a gestão da fila de espera e a chegada do paciente no serviço;
2. **Prescrição:** contempla a qualidade da avaliação e do momento da escolha do dispositivo, bem como a ambiência e a possibilidade de decisão em cima de teste dos diferentes dispositivos;
3. **Fornecimento:** contempla a entrega em si, incluindo a gestão do tempo de espera para o recebimento;
4. **Ajustes:** contempla, quando necessário, a possibilidades de adequações, ajustes e personalização dos dispositivos;
5. **Treino:** contempla um treino de uso do dispositivo recebido, incluindo treino de tarefas cotidianas e montagem/desmontagem;
6. **Suporte/reparos:** contempla orientações e apoio quanto ao suporte do dispositivo, incluindo trocas e reparos na ocasião de danos à cadeira.
7. **Referência/contra-referência:** inclui a articulação com a rede e os serviços que continuarão o seguimento do usuário, incluindo serviços de atenção primária a saúde.

A Associação para o Avanço da Tecnologia Assistiva na Europa (Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe – AAATE) e a Rede Europeia de Informação em Tecnologia Assistiva (European Assistive Technology Information Network - EASTIN) ampliam a discussão acima abordando a dispensação de Tecnologias Assistivas como um todo. Segundo estas organizações, o potencial que as Tecnologias Assistivas apresentam para dar suporte às necessidades cotidianas de idosos e pessoas com deficiência tem sido pouco explorado nos sistemas públicos de saúde até o momento.¹⁷

Defendem que as Tecnologias Assistivas devem ser dispensadas por sistemas de dispensação devidamente estruturados e não tratadas como uma mercadoria qualquer. Entre os argumentos utilizados para sustentar essa afirmação, um deles se reporta ao ponto de vista ético, afirmando que as Tecnologias Assistivas devem ser universais, permitidas a todos, para que possam promover igualdade de oportunidades no modo de caminhar a vida.¹⁷

Postulam também que além de serem permitidas a todos, as Tecnologias Assistivas devem ser financeiramente acessíveis a todos, para que a condição econômica não se configure como uma barreira na vida do sujeito. Outro argumento utilizado remete ao conhecimento técnico, apontando que a presença de um profissional capacitado é mister para a dispensação de Tecnologias Assistivas, evitando uma seleção errônea e ineficaz das mesmas, podendo provocar abandono do equipamento, desperdício de recursos públicos, frustração do sujeito e distanciamento do atendimento pleno das suas necessidades.¹⁷

As organizações mencionadas anteriormente aludem também às dimensões da qualidade dos sistemas de dispensação de Tecnologias Assistivas que não devem ser olvidadas na construção de indicadores de gestão dos mesmos. Entre as dimensões contempladas temos: o acesso, que deve ser universal e facilitado; a competência dos profissionais envolvidos, permanentemente investida através de capacitações e atualizações; a coordenação de distintas ações e processos que cooperam para o mesmo fim; a eficiência, eficácia e efetividade dos resultados; a integralidade, de modo que a dispensação de Tecnologias Assistivas integre uma solução assistiva capaz de atender à diferentes necessidades do sujeito; e a centralidade do sujeito, que deve ter poder e liberdade para participar das decisões acerca de sua solução assistiva.¹⁷

Dialogando com o exposto acima com a realidade brasileira, temos nas últimas décadas a construção de um arcabouço jurídico que procura respaldar os serviços de reabilitação e seus respectivos modelos de dispensação. Destaca-se primeiramente a portaria MS/SAS 116, de 9 de setembro de 1993, que inclui a concessão de órteses e próteses – e alguns modelos de cadeiras de rodas – no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), ficando sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a definição de critérios e fluxos para a dispensação. Ainda, define que a concessão, adaptação e treinamento serão realizados pelas unidades públicas de saúde designadas pelas Comissões Intergestores Bipartite (órgão colegiado de decisões composto pela gestão estadual e gestores municipais)²³.

Em 2001 a sanção da Portaria MS/GM 818, de 5 de junho de 2001, criou mecanismos para organizar e implantar as *Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física*²⁴. Nesta portaria instituiu-se que a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação (termo que

substituiu “concessão”) de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção ficassem a cargo dos serviços de reabilitação Física.

Por meio das Portarias GM/MS 321, de 8 de fevereiro de 2007 ²⁵, e GM/MS 2.848, de 6 de novembro de 2007 ²⁶, em 2007 foi instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, que contemplam a dispensação de cadeiras de rodas. Com essas publicações fica extinta a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

Na presente década, a Portaria 1.272, de 25 de junho de 2013 ²⁷, inclui na tabela supracitada a adaptação postural em cadeira de rodas, bem como adiciona novos modelos de cadeiras de rodas à mesma, como a cadeira de rodas monobloco, a cadeira de rodas para usuários acima de 90kg e a cadeira de rodas motorizada (adulto e infantil), dentre outros.

Mais recentemente, em 2015, o Estatuto da Pessoa com Deficiência ¹, reitera a garantia do acesso aos meios auxiliares de locomoção, com apoio técnico e profissional e de acordo com as especificidades de cada pessoa com deficiência.

Dessa forma, mediante o panorama conceitual e jurídico que envolve a temática da dispensação de cadeiras de rodas, o presente estudo, mediante aprofundamento na realidade campineira, visa contribuir para o fomento do debate acerca da integralidade no processo de concessão de cadeiras de rodas e consequentemente para o afinamento das políticas públicas de assistência em saúde para que estas sejam efetivamente universais e integrais, delineando para este fim os materiais e métodos a serem explicitados a seguir.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

Contribuir para a discussão da integralidade em saúde nos processos de concessão de cadeiras de rodas, a partir da experiência do Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty” (CRR), situado no município de Campinas (SP).

2.2. Objetivos específicos:

- Apresentar como constituiu-se historicamente a reabilitação física no âmbito do serviço público municipal, e o lugar do Centro de Referência em Reabilitação nesta trajetória;
- Apresentar como constituiu-se historicamente o processo de concessão de cadeiras de rodas no serviço estudado;
- Apresentar como constitui-se atualmente o processo de concessão de cadeiras de rodas no serviço estudado;
- Descrever a percepção de profissionais do serviço acerca do processo de dispensação de cadeiras de rodas construído.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa se apresenta sob a metodologia de estudo de caso, caracterizando-se como sendo de abordagem qualitativa, transversal e exploratória. A unidade de análise consistiu no atual processo de dispensação de cadeiras de rodas no Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty” (CRR), de modo que os dados foram coletados na própria instituição através de estratégias como a construção conjunta de um fluxograma descritor e analisador, grupos focais com profissionais envolvidos com a concessão e observação assistemática de campo, e em seguida foram analisados pela metodologia de Yin.²⁸

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Foi aprovada pelo CEP da UNICAMP através da Plataforma Brasil, em parecer nº 808.269 (anexo 1).

3.1. Delineamento Metodológico:

Para Gil²⁹, a pesquisa exploratória possibilita aproximação e familiaridade dos pesquisadores com o fenômeno ou processo estudado, facilitando a explicitação do mesmo e elaboração de hipóteses.

Yin²⁸ pontua que o estudo de caso é compatível com uma variedade de campos de conhecimento, tais como a sociologia, a ciência política, a psicologia comunitária e a administração. Auxilia a compreensão de fenômenos individuais, sociais e organizacionais, buscando esclarecer inquietações do tipo “como” e “porque” acerca de um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre os quais o pesquisador tem pouco controle. Mostra-se adequado para aproximar-se de processos onde os eventos devem ser observados ao longo do tempo e não enquanto repetições ou incidência.

Ainda, destaca como elemento diferenciador do estudo sua capacidade de lidar com múltiplas fontes de conhecimento, incluindo documentos, artefatos, entrevistas e observações.

Segundo Minayo³⁰, os estudos de caso podem gerar conhecimento sobre características relevantes de vivências, como intervenções e processos de mudança. Para tanto, utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e

analisar o fenômeno ou situação em si, bem como seu contexto, seus atravessamentos e diferentes percepções sobre o mesmo.

Yin ²⁸ aponta a existência de quatro tipos de estudos de caso, baseados em uma matriz 2 x 2. Segundo o autor, há estudos de caso único que apresentam uma única unidade de análise (holísticos) e os que apresentam mais de uma unidade de análise (incorporados). Seguindo o mesmo raciocínio, há estudos de casos múltiplos, por sua vez, holísticos e incorporados.

Para este autor, a escolha pelo estudo de caso único ao invés do estudo de casos múltiplos se dá mediante algumas situações, tais como: quando o caso representa um teste decisivo da teoria existente, quando se trata de um caso raro ou exclusivo, ou ainda quando serve a um propósito revelador, referente a uma situação previamente inacessível a observação científica. Não obstante, a escolha por um estudo holístico se dará mediante a necessidade do pesquisador em abordar seu objeto de maneira mais global, ao passo que os estudos incorporados partem de objetivos de estudar também as subunidades lógicas do todo.

Isto posto, e em consonância com os objetivos declarados, optou-se pelo estudo de caso único holístico, cuja unidade de análise contempla o atual processo de concessão de cadeiras de rodas no Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawayt” (CRR), situado no município de Campinas, estado de São Paulo.

Para o desenvolvimento de estudos de caso com qualidade, Yin ²⁸ preconiza a utilização de alguns testes lógicos, apresentando para cada um deles distintas estratégias. No caso dos estudos de caso único, são apontados os testes da *validade de constructo*, que diz respeito a condução do estudo dentro de percepções reais dos acontecimentos, e não meramente de acordo com a impressão pessoal do pesquisador; a *validade externa*, que se preocupa com o potencial dos resultados de serem analiticamente generalizáveis, ou seja, generalizáveis a uma teoria; e a *confiabilidade*, que avalia o potencial de reprodutibilidade de estudo.

Para lidar com a validade de constructo, o autor menciona estratégias a serem adotadas ainda na fase de coleta de dados, dentre as quais constam a utilização de diversas fontes de evidências e o estabelecimento de encadeamento das mesmas. A confiabilidade também comporta esforços ainda na fase da coleta, como a utilização de protocolo para estudo de caso e o desenvolvimento de um banco de dados para estudo de caso. Já a validade externa, por sua vez, é contemplada através da utilização da lógica de replicação, onde busca-se, na eventualidade de uma

replicação, a produção de resultados semelhantes ou contrastantes apenas por razões previsíveis.

Com a intenção de respeitar os testes preconizados e as estratégias sugeridas, apresentaremos a seguir o percurso da pesquisa e seus respectivos procedimentos.

3.2. Aproximação do pesquisador com o cenário e com os sujeitos do estudo:

Visto que no ponto de partida a inserção dos pesquisadores no cenário do estudo não estava dada, a primeira medida tomada pelos pesquisadores foi uma aproximação com a instituição.

A aproximação com o campo teve início em janeiro de 2014, via contato telefônico com a coordenadora do serviço e posterior reunião presencial com a mesma para apresentação dos pesquisadores e do projeto. Houve ainda dois encontros presenciais com alguns dos trabalhadores envolvidos com a concessão de cadeiras de rodas, em março e maio de 2014. Os mesmos tiveram, respectivamente, a finalidade de apresentação do projeto inicial com canal de escuta para afiná-lo à realidade da instituição, e de apresentação da versão final e metodologia e pactuação da operacionalização da coleta de dados. Durante o segundo encontro com os participantes, foi também oferecido e acordado como contrapartida da Universidade ao serviço, a concessão de um pôster contendo uma representação gráfica do atual fluxo de concessão de cadeiras de rodas.

Não obstante, a aproximação do pesquisador com o serviço e os profissionais tomou novos contornos quando se tornou servidor público da mesma prefeitura, atuando como terapeuta ocupacional em três centros de saúde cuja referência em reabilitação é o próprio CRR, em junho de 2014. Esse papel promoveu maior aproximação uma vez que pelo cotidiano do trabalho, compartilhou com os trabalhadores do centro de reabilitação estudado vivências comuns e discussões (por telefone e mesmo presenciais) sobre casos e sobre a própria rede de cuidados.

3.3. População estudada:

O presente estudo contou com três profissionais do Centro de Referência em Reabilitação envolvidas diretamente com a assistência do processo de dispensação de cadeiras de rodas. Chegou-se a nesta escolha pois durante as reuniões de aproximação com o campo e os trabalhadores, foi percebido: a coesão e a potência das trabalhadoras deste setor em analisar acuradamente sua atuação; a operacionalização do serviço em programas com distinta independência e autonomia, o que leva os funcionários a terem maior clareza e propriedade do programa em que estão inseridos; o entendimento de que a dispensação de cadeiras de rodas era atravessada por questões relativas ao processo de trabalho, e assim sendo, a inclusão de trabalhadores de outros programas ou mesmo da gestão poderia inibir possíveis colocações dos participantes.

Dessa forma, temos que as participantes eram todas do sexo feminino, sendo: duas terapeutas ocupacionais e uma fisioterapeuta.

Foram incluídas na pesquisa as profissionais que concordaram em participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – apêndice 1). Foram automaticamente excluídas as profissionais que não concordaram em participar.

3.4. Procedimentos de coleta de dados:

De acordo com a pactuação feita durante a aproximação dos pesquisadores com o serviço, a coleta de dados foi inicialmente elaborada em duas etapas:

- 1) Construção conjunta de um fluxograma descritor e analisador com as profissionais atuais e diretamente envolvidas com o fluxo;

- 2) realização de dois grupos focais com as mesmas participantes.

Entretanto, por meio da análise processual do material coletado, bem como da devolutiva dos participantes, foi acordado uma extensão do escopo da pesquisa, através da inclusão de dados coletados nos diários de campo do pesquisador. A operacionalização da coleta nestas diversas fontes de evidências será aprofundada a seguir.

Fluxograma Descritor e Analisador (FDA)

Visando acumular evidências que contemplassem o objetivo de apresentar o atual processo de dispensação de cadeiras de rodas, a primeira etapa da coleta de dados consistiu na construção conjunta, entre pesquisador e profissionais do CRR, de um fluxograma descritor e analisador deste processo na instituição estudada.

A ferramenta do fluxograma descritor e analisador é apresentada por Merhy³¹, que destaca a importância da organização, estrutura e gerência dos processos de trabalho estarem comprometidos com a defesa da vida no âmbito individual e coletivo. O autor aponta para a abordagem de temática tão complexa a necessidade de se interrogar o cotidiano, instigando reflexão sobre o que está sendo produzido, como se trabalha e para que se trabalha.

Nessa lógica, lança o olhar para o fluxograma, instrumento já instituído em diversos campos do conhecimento. Trata-se de um diagrama que representa graficamente um conjunto de processos vinculados entre si, assim organizados para compor uma cadeia de produção. A padronização universal desta representação inclui: a figura elíptica para designar o começo ou fim da cadeia produtiva; o losango para ilustrar uma etapa decisória do processo; e o quadrado/retângulo para representar uma etapa de consumo de recursos e/ou produtos bem delineados (por exemplo, a realização de um exame ou uma consulta médica).

Franco ³² complementa o exposto afirmando que a ferramenta:

“(...) permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. É como se ao aplicá-lo, lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrada no usuário.” ³²

Segundo este autor, a sustentação de uma mudança de modelo técnico-assistencial da ênfase aos processos rigidamente instituídos à ênfase na centralidade do usuário pode repousar em análises e planejamentos que captem os reais processos e movimentos em curso. Ainda, destaca neste contexto o papel do fluxograma descritor na composição de tais análises, ilustrando sua utilização em um contexto real (figura 9).

Para utilizar-se desta fonte de evidências, foi pactuado inicialmente um encontro com noventa minutos de duração exclusivamente para a elaboração da primeira versão da representação gráfica. Foram convidadas as profissionais da instituição envolvidas diretamente com a operacionalização assistencial do fluxo de concessão, por estarem mais próximas do processo e assim podendo contribuir com uma visão real e atualizada do mesmo. Esta opção levou a um universo de três profissionais, as quais todas participaram do encontro proposto.

Ao se reunirem, as profissionais relataram o fluxo atual para o pesquisador, que procurou traduzir as falas na simbologia do instrumento, chegando ao final deste a uma versão preliminar do Fluxograma Descritor e Analisador. Entretanto, a construção do Fluxograma Descritor e Analisador não se circunscreveu ao primeiro encontro, dada a complexidade do fluxo existente, necessitando ser revisado em outros dois encontros. Dessa forma, após a construção do rascunho inicial no primeiro encontro, o pesquisador elaborou uma primeira versão do mesmo e apresentou no encontro seguinte aos participantes para aval e sugestões de revisão. O mesmo procedimento foi adotado outras vez, de modo que a versão final do FDA foi concluída no terceiro e último encontro da primeira etapa.

Nas revisões do Fluxograma Descritor e Analisador participaram uma terapeuta ocupacional e a fisioterapeuta, uma vez que a outra profissional TO não compareceu aos encontros que contemplaram as revisões.

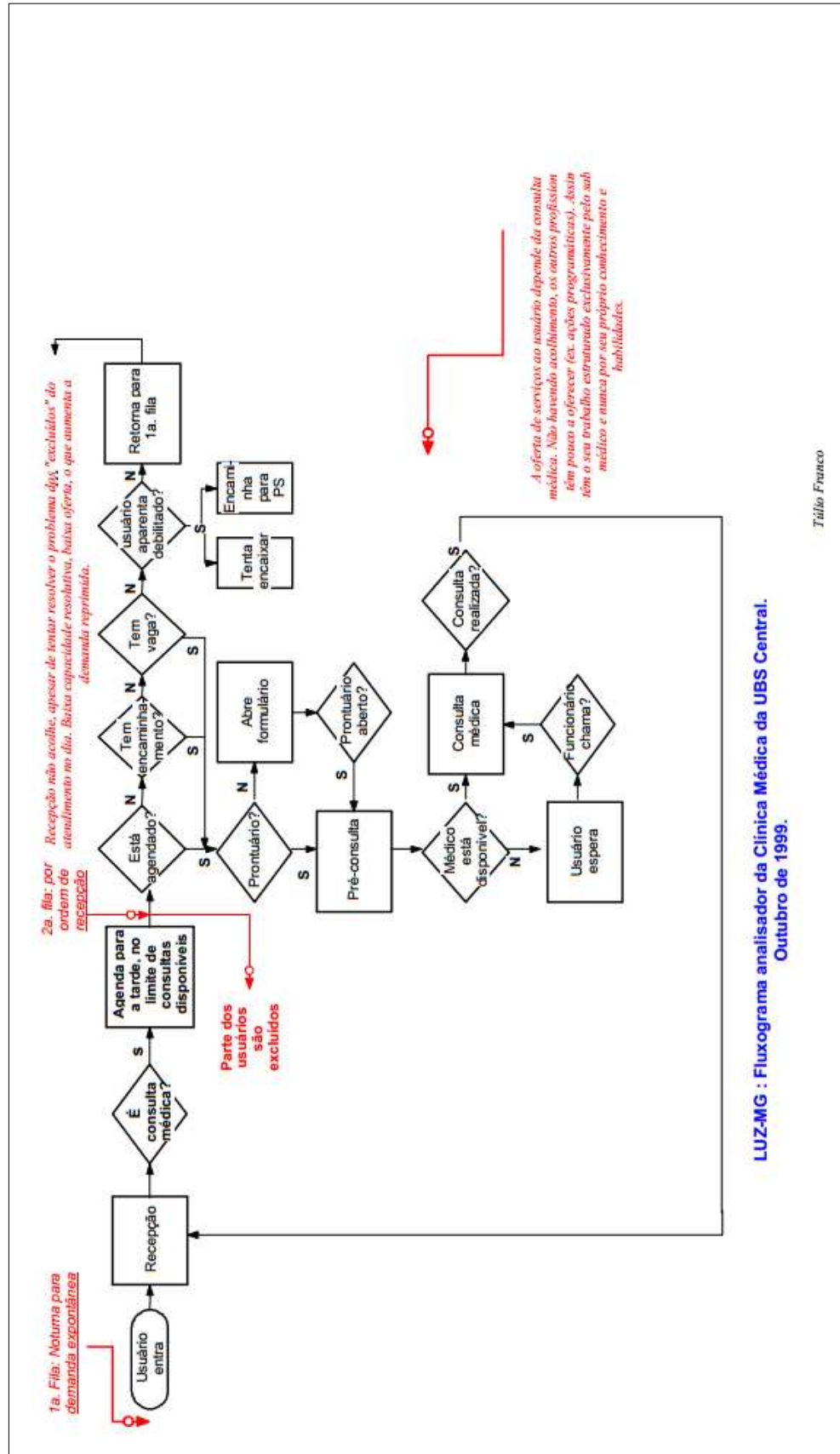


Figura 9: Exemplo de Fluxograma Descritor e Analisador ³²

Grupo focal:

Visando contemplar o objetivo de descrever a percepção dos profissionais do equipamento estudado acerca do processo de concessão de cadeiras de rodas, outra fonte de evidências consistiu na realização de dois grupos focais com estes participantes.

Para Minayo ³⁰, o grupo focal apresenta-se como uma espécie de entrevista ou discussão em grupos pequenos e homogêneos. Trata-se de uma técnica que pode ser utilizada de maneira associada a outras fontes de evidências ou de forma exclusiva, e fundamenta-se na habilidade humana em formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

Barbour ³³, por sua vez, aponta que pela sua inerente flexibilidade e potencial para ser trabalhado em diversos contextos, o grupo focal apresenta-se como uma técnica sem definição consensuada. Entretanto, adota da versão de Ketzinger e Barbour, *apud* Barbour ³³, que postula que “qualquer discussão de grupo pode ser chamada de um grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando as interações do grupo”.

Esta interação que a autora propõe, deve ser compreendida enquanto relação entre os participantes, e não enquanto trocas individualizadas com o pesquisador. Sugere, assim, para a promoção da interação desejada uma escolha cuidadosa dos participantes para que tenham o suficiente em comum entre si e com o tema e concomitantemente apresentem variedade de experiências e perspectivas para a riqueza do debate. A preparação também pode incluir o desenvolvimento de um roteiro de perguntas e outros materiais selecionados para disparar e estimular a discussão. Ainda, preconiza que o pesquisador se constitua de habilidade para moderar a discussão, atento às diferentes versões e contornos adotados por cada participante, auxiliando na elaboração e exploração de cada perspectiva.

Minayo ³⁰ complementa o exposto ao considerar que o roteiro tem duas condições imprescindíveis, que são: permitir um debate entusiasmado e participativo, e promover condições para o aprofundamento da discussão do tema em pauta. Sugere que o mesmo inclua um elemento disparador ou que estimule o tema rumo à focalização – uma pergunta central, um vídeo temático, um texto elaborado pelo próprio pesquisador, etc.

Experiências sobre a utilização da ferramenta mostram que os grupos focais têm sido amplamente utilizados na área da saúde, pelos mais distintos motivos. Entre eles podemos citar o fornecimento de insights sobre experiências e pontos de vista estratégicos ao planejamento de ações, bem como o acesso a processos ocultos e visões de indivíduos “emudecidos”, relutantes (por eventualmente sentirem que não podem contribuir ativamente para um projeto de pesquisa) ou mesmo marginalizados. Tais processos são favorecidos pelas características da ferramenta, que permite promoção de uma discussão compartilhada em um ambiente mais natural, protegido e próximo do entrevistado, o da interação e relação cotidiana com seus pares.^{33, 34}

Enquanto estratégia exclusivamente complementar a outras fontes de evidências, pode contribuir no sentido de focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas, bem como complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções e ainda desenvolver hipóteses para outros estudos.³⁰

Para operacionalizar a coleta destas evidências, foram convidadas a participar as três profissionais da instituição que participaram da construção do fluxograma, constituindo o mesmo universo da pesquisa. Entretanto, a amostra contou com apenas duas das profissionais mencionadas, sendo uma terapeuta ocupacional e uma fisioterapeuta. Foram realizados dois encontros, disparados pela revisão do FDA (conforme descrição do procedimento anterior) e norteados por um roteiro de perguntas (apêndice 2), cujo conteúdo contemplou perguntas relativas à visão dos profissionais acerca das barreiras e facilitadores percebidos, bem como de possibilidades de melhorias na gestão deste processo.

Os encontros foram presenciais, com duração de 60 e 40 minutos respectivamente, ambos situados no CRR em horários acordados entre pesquisadores, participantes e coordenação do serviço. Os encontros foram audiogravados e as falas dos participantes foram transcritas integralmente para a análise dos dados.

Visando respeitar o sigilo das participantes, suas colegas e dos usuários do serviço, todos os nomes que apareceram nas falas foram substituídos por nomes fictícios.

Observação assistemática direta

Visando complementar os dados oriundos do fluxograma descritor e analisador, bem como acumular evidências de outras fontes que contemplassem o objetivo de apresentar o atual processo de dispensação de cadeiras de rodas, foram utilizados neste estudo dados coletados pela observação assistemática direta.

Marconi e Lakatos ³⁵ definem a observação assistemática como aquela isenta de meios técnicos especiais ou de perguntas diretas do pesquisador. O conhecimento é obtido de forma casual, sem estrito planejamento dos exatos aspectos a serem observados e nem dos meios para a observação, o que leva essa estratégia a ser muito utilizada em estudos exploratórios.

Yin ²⁸, assumindo que os fenômenos de interesse podem ter aspectos multidimensionais, não captados apenas em documentos e relatos, o trabalho de campo tem frequentemente a oportunidade de ser enriquecido com informações adicionais do tópico estudado por meio de provas observacionais. Dessa forma, apresenta como possibilidade de coleta de dados a observação direta, modalidade que pode assumir caráter mais informal. Segundo o autor:

“Incluem-se aqui observações de reuniões, atividades de passeio, trabalho de fábrica, salas de aula e outras atividades semelhantes. De uma maneira mais informal, podem-se realizar observações diretas ao longo da visita de campo, incluindo aquelas ocasiões durante as quais estão sendo coletadas outras evidências, como as evidências provenientes de entrevistas. Por exemplo, as condições físicas de um edifício ou de espaços de trabalho poderão revelar alguma coisa sobre o clima ou o empobrecimento de uma organização; da mesma forma, a localização ou os móveis do escritório de um respondente pode ser um bom indicador da posição do respondente dentro da organização.”

28

Minayo ³⁰ pondera sobre a importância de se estabelecer a forma desta atividade, sugerindo a construção de registros pautada no instrumento do diário de campo. Nesse caderno, o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais, tais como: conversas informais, como os processos estudados se organizam na prática e como funcionam, eventuais

divergências entre o que é dito nas entrevistas e o que é feito, as relações hierárquicas e entre pares, etc.

Desta forma, compôs o banco de evidências deste estudo de caso o material escrito nos diários de campo do pesquisador produzidos nos dias dos encontros presenciais para coleta de outros dados na instituição estudada, bem como, produzidos em seu cotidiano de trabalho, de junho de 2014 a junho de 2016, ao lidar com a compreensão da constituição da rede municipal de saúde e as situações de produção do cuidado para pessoas com mobilidade reduzida para além dos serviços que atuava – o que o levou a conhecer melhor a rede e o Centro de Referência em Reabilitação, com sua história, suas atividades, seus fluxos e sistemas de suporte. Estes registros são evidências construídas no período pós expediente, onde o profissional fazia anotações para organizar sua rotina e elaborar as experiências de trabalho vivenciadas.

3.5. Procedimentos de tratamento e análise dos Dados:

Os dados coletados foram analisados segundo proposição de análise de estudos de caso de Yin²⁸. Para o autor, duas estratégias gerais orientam a análise, a *base em proposições teóricas* e o *desenvolvimento de uma descrição do caso*. A primeira refere-se a direcionar o foco nos dados que respondem as perguntas sobre o “como” e “por que” das proposições teóricas que conduziram os pesquisadores ao estudo do caso. A segunda relaciona-se a construção de uma estrutura descritiva que organiza o relato de modo a valorizar o encadeamento e a inter-relação das diversas evidências.

Essas estratégias gerais, por sua vez, orientam algumas estratégias específicas de análise. Em consonância com o delineamento metodológico e os objetivos adotados, a análise deste estudo utilizou-se das *análises de séries temporais* e os *modelos lógicos de programas*. A primeira consiste na disposição dos eventos em linha cronológica, seguida de comparação com outras cronologias previstas por teorias explanatórias; a segunda consiste no encadeamento complexo dos eventos cronologicamente, em vistas de buscar padrões chaves de possíveis causas e efeitos – ou, se tratando de um estudo exploratório como o presente, de hipóteses (acerca do “como” e “por que” da unidade de análise).

Para apoiar e operacionalizar as estratégias gerais e específicas, foram utilizadas as técnicas de *comparação constante* ³⁶ e *triangulação* ^{28, 33, 36}. A comparação constante, enquanto técnica de codificação (processo de identificar, descrever e categorizar num dado texto um conjunto de ideias temáticas), busca comparar os dados obtidos com formulações contrastantes, hipotetizando situações alternativas e possíveis desdobramentos alternativos, analisando semelhanças e diferenças.

A triangulação, por sua vez, empresta seu nome da agrimensura e da navegação. Nestes campos ocupacionais, constrói-se um triângulo com base de linha reta, e a partir das extremidades desta linha e dos respectivos ângulos formados entre estas e o objeto observado, calcula-se a verdadeira distância entre o observador e o objeto de estudo/intervenção. De modo análogo, pode ser utilizado no campo das pesquisas para aproximar-se da situação real por meio de diversos olhares/fontes de evidências.

Assim sendo, a trajetória analítica se pautará na triangulação e comparação dos dados obtidos nas diferentes fontes de evidências supracitadas, entre si e com as preposições que orientaram este estudo, de modo a compor uma estrutura organizativa que encadeie as evidências cronologicamente e em harmonia com os objetivos traçados.

4. RESULTADOS

Para fins didáticos, a apresentação dos resultados da presente pesquisa foi organizada em três capítulos distintos, que se encontram alinhados aos objetivos específicos delineados anteriormente.

O primeiro capítulo, “Situando o Centro de Reabilitação na rede e na trajetória da reabilitação em Campinas na história recente”, está alinhado ao objetivo específico de apresentar como constituiu-se historicamente a reabilitação física no âmbito do serviço público municipal, e o lugar do Centro de Referência em Reabilitação nesta trajetória.

O segundo capítulo, “Situando a dispensação de cadeiras de rodas no Centro de Reabilitação, sua trajetória e seu processo licitatório”, está alinhado aos objetivos específicos de apresentar como constituiu-se historicamente o processo de concessão de cadeiras de rodas no serviço estudado e de apresentar como constitui-se atualmente o processo de concessão de cadeiras de rodas no serviço estudado.

O terceiro e último capítulo, “Com a palavra, as profissionais”, está alinhado ao objetivo específico de descrever a percepção de profissionais do serviço acerca do processo de dispensação de cadeiras de rodas construído.

4.1. Situando o Centro de Reabilitação na rede e na trajetória da reabilitação em Campinas na história recente

A fonte de evidências utilizada para a composição deste capítulo de resultados constituiu-se dos documentos produzidos pelo pesquisador em seus diários de campo e de pesquisa. Dessa forma, o aprendizado sobre a rede municipal de saúde, bem como sobre o Centro de referência em Reabilitação e sua respectiva trajetória, redigidos nestes diários, foi contemplado neste capítulo.

Ao tratarmos da dispensação de cadeiras de rodas no município de Campinas, sede do presente estudo, se faz mister contextualizar sua rede assistencial em saúde e a trajetória dos cuidados em reabilitação física, ambos de reconhecida intencionalidade de interdisciplinaridade e busca pela integralidade.

Atualmente o município conta com uma população de 1.134.546 habitantes³⁷, e sua rede de saúde é composta por mais de 100 equipamentos próprios e 7.500 trabalhadores. Em processo de reestruturação administrativa no período do presente estudo, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) esteve organizada no ano de 2014 sob o seguinte organograma ³⁸, conforme explicitado na figura 10.

Dessa forma, temos que os equipamentos assistenciais podem estar ligados ao departamento de saúde ou aos distritos de saúde. O Departamento de Saúde contempla as áreas técnicas e os Centros de referência. As áreas técnicas consistem em colegiados técnicos responsáveis pela execução, controle e avaliação das ações de acordo com linhas de cuidado específicas – Atenção Primária, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde Bucal, Atenção Especializada, Práticas Integrativas, Programa de Tabagismo, Assistência Farmacêutica e Urgência/Emergência.

Os Centros de referência configuram-se como equipamentos assistenciais, sendo eles: os Centros de Especialidades Odontológicas, o Centro de Referência do Idoso, o Centro de Lactação, a Unidade de Vigilância de Zoonoses, o Centro de Referência do Programa Municipal de DST/AIDS, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, e o Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty” (CRR).

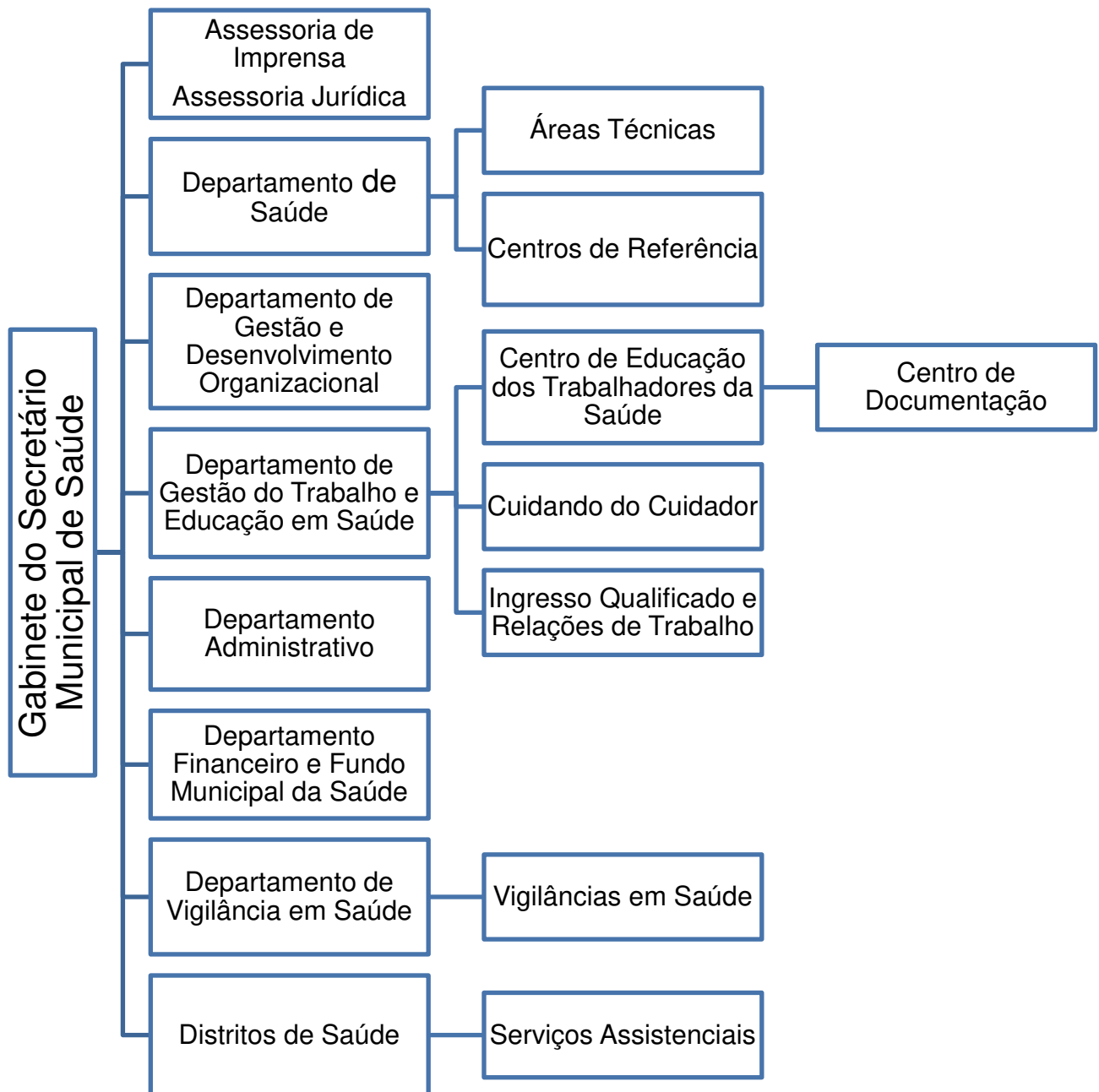


Figura 10: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em 2014 ³⁸

Estão também ligados ao departamento de saúde os serviços hospitalares do município, que oferecem assistência em nível secundário e terciário, sendo eles o Hospital Municipal Mário Gatti (HMMG) e o Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV).

Os distritos de saúde (figura 11), por sua vez, são fruto de um processo de desconcentração administrativa dado no ano de 1998, realizado em razão da complexidade do sistema municipal. Desse modo, existem atualmente cinco distritos de saúde: Norte, Leste, Sul, Sudoeste e Noroeste. São territórios delimitados que contém serviços de atenção primária, secundária e terciária (sendo os dois últimos não exclusivos dos distritos em que se localizam), e são responsáveis por operar o modelo de atenção no seu espaço de atuação e coordenar o plano regional de saúde, contando para isso com o apoio dos Conselhos Regionais de Saúde.

Ligados aos distritos de saúde encontram-se alguns equipamentos assistenciais, tais como os Centros de Saúde (serviços de atenção primária), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS – equipamentos de saúde mental), as policlínicas (responsáveis pelo atendimento ambulatorial em diversas especialidades médicas), as farmácias populares, entre outros serviços.

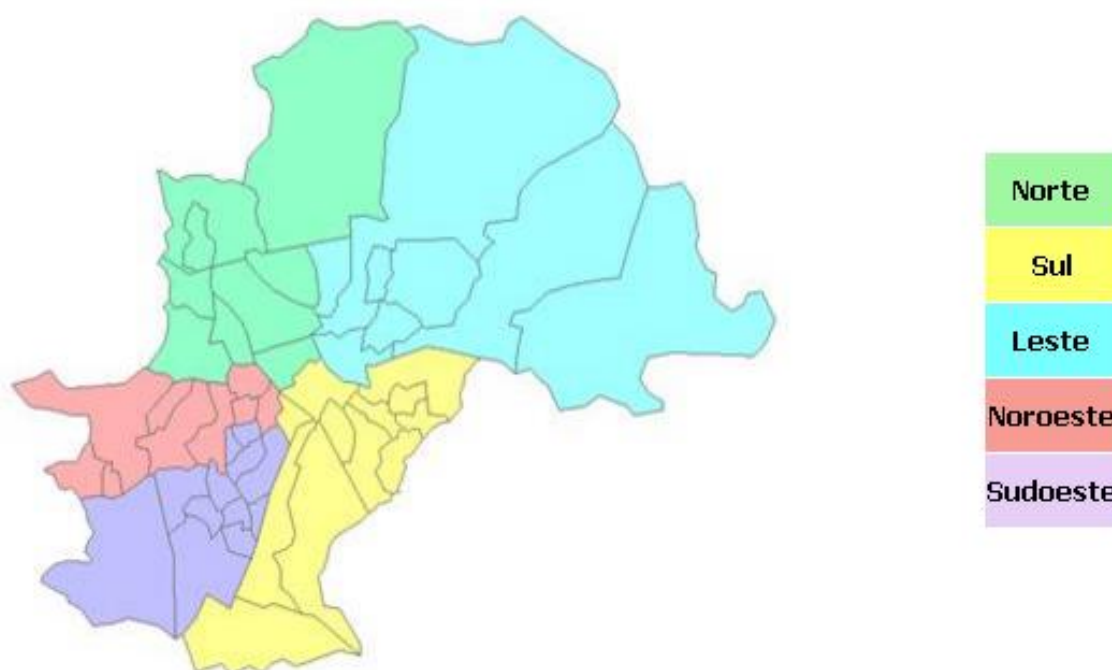


Figura 11: Distritos de Saúde do Município de Campinas

(Fonte: página da Secretaria Municipal de Saúde)

Não obstante, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas conta com a parceria de serviços especializados das duas universidades situadas no município, a

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Entre os serviços parceiros podemos citar o Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro (PUC-Campinas), o Hospital das Clínicas da Unicamp, a Universidade Paulista (UNIP) e a Faculdade São Leopoldo Mandic.

Dentre a ampla rede apresentada, alguns serviços são articulados para prestar assistência em saúde às pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida. No âmbito da atenção primária, os Centros de saúde terão a missão de, além de ser a porta de entrada prioritária no sistema, coordenar o seguimento longitudinal dos munícipes, seja atendendo suas demandas clínicas gerais ou detectando necessidades e articulando-se com os serviços especializados para a continuidade dos cuidados que fogem à sua governabilidade.

Na esfera da atenção especializada – secundária e terciária - as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) se configuram como ponto de atenção às demandas agudas que podem comprometer a mobilidade de um munícipe. Não obstante, a rede especializada ambulatorial, composta pelas Policlínicas municipais, o Ambulatório do Hospital das Clínicas da Unicamp, o Ambulatório do Complexo Hospitalar Ouro Verde os Centros de Referência, participarão desta articulação também auxiliando a identificação das necessidades de mobilidade dos munícipes sob seus cuidados, havendo destaque aos serviços que prestam ações contínuas e/ou ligadas à reabilitação física.

Nesta teia de ações e serviços, emerge como protagonista na temática da mobilidade o Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty” (CRR). Um dos pontos chaves da reabilitação física em Campinas desde 2003, na época do presente estudo se configurou como único ponto da rede pública municipal de saúde a realizar dispensação de cadeiras de rodas.

Cabe ressaltar, contudo, que o acesso às cadeiras de rodas pode ser feito em outros equipamentos de saúde que complementam a rede do município, de outras naturezas que não municipais. Entre os serviços que disponibilizam este acesso temos o setor de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) do Hospital das Clínicas da UNICAMP, e uma unidade da Rede de Reabilitação Lucy Montoro (dispensam exclusivamente para munícipes inseridos no programa de reabilitação da instituição). Ainda, existem no município entidades assistenciais que emprestam a cadeira ao munícipe, entre elas o ‘Instituto Popular Humberto de Campos’ e a ‘Casa de Jesus – Os Seareiros’.

Dessa forma, está posta a importância do equipamento estudado, por atuar como dispositivo de concentração de informações e procedimentos essenciais da reabilitação física – caso da dispensação de meios auxiliares de locomoção – na esfera pública municipal da cidade de Campinas.

Cabe lembrar, para situar a construção deste papel de centralidade no contexto municipal, a trajetória da reabilitação física na história recente do município. Cesar ³⁹ aponta que na década de 1980 a assistência em reabilitação física era prestada pelo chamado Serviço de Fisioterapia, de natureza federal, ligado ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e situado na Rua Barão de Jaguara (região central de cidade). Além deste equipamento, a reabilitação física desvinculada da especificidade do retorno ao trabalho também era realizada pelo programa de estágio em fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCC.

Após a municipalização do equipamento supracitado em 1989, e o aumento de recursos humanos na saúde com um concurso público em 1990, o serviço de fisioterapia do Centro de Reabilitação Profissional foi transformado no Centro de Reabilitação Física (CRF). Ainda, houve alocação de fisioterapeutas no Hospital Municipal Mário Gatti (HMMG), de modo que a reabilitação física pudesse contar com um componente secundário e um componente hospitalar. ³⁹

Cesar ³⁹ relata que os anos de 1991 e 1992 assistiram a uma ampliação do quadro técnico da instituição, e também ao deslocamento das equipes responsáveis pela reabilitação infantil e adulto em instalações distintas. A equipe da reabilitação infantil mudou-se para o prédio da Policlínica Municipal II, e da equipe responsável pela reabilitação de adultos, a qual ficou alojada no edifício da Santa Casa de Misericórdia de Campinas – ambos os endereços na região central do município.

Ardinghi Brollo ⁴⁰ aponta que em 1996, por falta de uma política nacional orientada à temática da reabilitação, foi criada a Comissão Interinstitucional de Reabilitação para buscar soluções às demandas de maior resolutividade na área de deficiência física. Essa comissão foi formada por representantes Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCC), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas e Centro de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Entre outras ações, a comissão promoveu no mesmo ano, o 1º Seminário de Reabilitação no SUS do Município de Campinas (figuras 12 e 13), sendo um dos encaminhamentos do mesmo a definição do acompanhamento e avaliação da implantação de um Centro de

Referência em Reabilitação na cidade como atribuição da Comissão Interinstitucional de Reabilitação.



Figura 12: I Seminário de Reabilitação no SUS do município de Campinas
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)

Outros marcos significativos da linha do tempo da reabilitação física em Campinas incluem, no ano de 1997 a 1ª Conferência Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência, promovida pela Secretaria Municipal de Assistência. Naquele ano, o Centro de Reabilitação Física, então coordenado por reumatologistas, teve ampliação de seu quadro de funcionários e de suas ofertas assistenciais no campo das patologias ortopédico-reumatológicas, e passou a denominar-se Centro de Doenças Reumatológicas (CENDOR). ³⁹



Figura 13: I Seminário de Reabilitação no SUS do município de Campinas
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 14: fachada do edifício do Centro de Reabilitação Física
(Avenida Orozimbo Maia)
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)

Em 1998, ano da desconcentração administrativa da saúde em distritos, o equipamento passou por nova mudança de endereço, situando sua sede e suas ações assistenciais da reabilitação de adultos em edifício na Avenida Orozimbo Maia (figura 14), em uma região bastante próxima do centro de Campinas³⁹. Nesta época iniciou-se o processo de concessão de cadeiras de roda, órteses e próteses musculoesqueléticas por meio de licitações públicas.³⁹

No início da década seguinte, no ano de 2000, as equipes responsáveis pela reabilitação física infantil e de adultos voltaram a trabalhar juntas, e houve a criação do Conselho Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência e com Necessidades Especiais (CMADENE).^{39, 40}

Em 2001, sob coordenação da psicóloga Osmarina Ruiz, e novamente com o nome de Centro de Reabilitação Física (CRF), o serviço investe na implantação de seu próprio Conselho Local de Saúde (figuras 15 e 16), órgão colegiado de gestão com a participação da gestão, trabalhadores e usuários.³⁹

Há neste período uma reorientação clínica na instituição, motivada pela carência de ações providas pelos equipamentos municipais aos casos agudos de deficiências adquiridas (por exemplo, os traumatismos raqui-medulares), de tal forma que a ênfase do serviço passou da atenção aos acometimentos crônicos à atenção aos acometimentos agudos e recém adquiridos. A implicação desta decisão foi que o edifício, fora dos padrões de acessibilidade, se tornasse um ambiente de ainda maior risco para a nova clientela que o acessava para tratamento, o que incentivou a coordenadora e o secretário de saúde a buscarem alternativas de edificações para abrigar o serviço.

Após um tempo de procura, tiveram permissão da Prefeitura Municipal de Campinas para a utilização do espaço atual, à época apenas uma obra inacabada. Esta obra fora iniciada pela família Rafful, especialmente sr. Jorge Rafful Kanawaty, para abrigar uma entidade assistencial (figuras 17 e 18). No decorrer da construção, contudo, sr. Jorge, adoecido e tendo adquirido uma limitação física, expressou à esposa, sra. Lígia Rafful, o desejo de que o espaço em construção fosse então destinado à reabilitação de pessoas com deficiência física. Dessa forma, após seu falecimento, sua esposa doou o espaço e a obra à prefeitura (figuras 19 e 20), com essa premissa de que fosse um local destinado ao cuidado de pessoas com deficiência física.



Figura 15: Início das atividades do Conselho Local de Saúde (2001). Em pé, a coordenadora do serviço na época, sra. Osmarina Ruiz; Abraçado com ela, o secretário de saúde na época, dr. Gastão Campos.

(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 16: Membros do Conselho Local de saúde (2009). Em pé, a primeira à direita, a coordenadora do serviço na época, sra. Maria Naves.

(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 17: Início das obras do edifício que atualmente abriga o CRR.
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 18: Obras do edifício que atualmente abriga o CRR
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 19: Lígia Rafful com (o prefeito de Campinas na época) Antonio da Costa Santos
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 20: Membros da família Rafful reunidos com representantes da PMC.
Sra. Osmarina Ruiz, ao centro, Antonio da Costa Santos, primeiro da direita, e dr. Gastão Campos, segundo da direita, à época, respectivamente coordenadora do serviço, prefeito de Campinas e secretário de Saúde.
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)

Sabendo da possibilidade da permissão para finalizar a obra e a utilizarem para abrigar o Centro de Reabilitação Física, a coordenadora e o secretário se viram então com o desafio de instalar um Centro de Referência distante da região central (o serviço é situado no distrito administrativo de Sousas, a aproximadamente 10km do centro da cidade; geograficamente no nordeste do município), e ao mesmo tempo de manter o compromisso com a segurança e a acessibilidade.

Assim, ambos pleitearam recursos municipais e federais e assumiram a conclusão da obra (figuras 21 e 22) segundo as normas brasileiras de acessibilidade, e ainda pactuaram com a Secretaria Municipal de Transportes o fornecimento de transporte aos usuários com maiores dificuldades de mobilidade e alteração de um ponto de ônibus, para que este ficasse em frente ao serviço e favorecesse também o acesso aos demais usuários e familiares.

O planejamento arquitetônico da finalização da obra foi realizado por meio de uma oficina, operacionalizada nas dependências do Serviço de Saúde Cândido Ferreira (SSCF), serviço que historicamente mantém convênio com a Prefeitura Municipal de Campinas para a execução de ações assistenciais em saúde mental), com a presença da arquiteta responsável, a gestão e os trabalhadores do serviço e os usuários. Ainda, grande parte do mobiliário do Centro de Reabilitação Física foi composta por móveis restaurados nas oficinas do núcleo de oficinas de trabalho do SSCF, pelas mãos de munícipes com sofrimento mental assistidos naquele serviço.

No ano de 2003, o Centro de Reabilitação Física foi habilitado em Centro de Referência em Reabilitação (CRR) e mudou-se para a atual sede (figura 26), batizada com o nome de Jorge Rafful Kanawaty em homenagem ao mesmo. Neste ano, houve a elaboração do primeiro programa municipal de reabilitação, que continha pactuações acerca das principais diretrizes e protocolos relativos à reabilitação física. Este trabalho foi realizado através de uma parceria de gestão local, os coordenadores dos cinco distritos municipais de saúde, o conselho de saúde do Centro de Referência em Reabilitação e o Conselho Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência e com Necessidades Especiais (CMADENE).



Figura 21: Continuação das obras do edifício do Centro de Referência em Reabilitação
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 22: Continuação das obras do edifício do Centro de Referência em Reabilitação
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 23: Cerimônia de Inauguração do Centro de Referência em Reabilitação
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 24: Coordenadora do serviço (ao centro) com usuários na cerimônia de inauguração
do Centro de Referência em Reabilitação
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 25: Membros da família Rafful na inauguração do Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty”
(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 26: Fachada atual do Centro de Referência em Reabilitação (2016)
(Fonte: arquivo pessoal do pesquisador)

Na história recente da reabilitação física em Campinas temos a instituição da Área de Reabilitação no nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e criação da Câmara Técnica em Reabilitação, que funcionou de 2006 a 2012. A câmara, que promovia seus encontros dentro do próprio Centro de Referência em Reabilitação, foi um marco na luta pela dispensação técnica e não de cunho benemérito (que marcara o início dos anos 1990 com mutirões de dispensação aos finais de semana). Esta comissão é referida na memória de trabalhadores pelo estabelecimento uma rede de pessoas e bons encontros, estímulo ao conselho local de saúde e aos usuários do serviço a se envolverem com a dispensação – fazendo descritivo, sugerindo a dispensação individualizada, aumento de modelos (por exemplo, cadeiras de esporte) – e pela transparência orçamentária.

Ainda, a presente década trouxe algumas mudanças que dizem respeito à incorporação do campo da saúde coletiva nos equipamentos de saúde da rede. No ano de 2010, foram instituídos no Centro de Referência em Reabilitação o núcleo de saúde coletiva e o apoio clínico matricial. O núcleo de saúde coletiva corresponde a um arranjo que propõe a reunião periódica dos trabalhadores de um mesmo serviço para estudar a demanda e as práticas sob a ótica deste campo. Entre as atividades propostas, portanto, são contempladas as análises epidemiológicas dos principais acometimentos e agravos que incidem sob os munícipes assistidos pela instituição, bem como estudo de possíveis soluções em rede para os agravos mais frequentes/significativos.

O apoio clínico matricial, por sua vez, está fundamentado nos trabalhos de Campos ⁴¹, e se trata de apoio pedagógico e assistencial de equipes especializadas – compostas por profissionais de diversas profissões (incluindo médicos especialistas), locados na própria atenção primária ou em serviços secundários de saúde - à equipes generalistas, compreendidas aqui como as equipes locadas na atenção primária, compostas por médicos e enfermeiros generalistas, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Este trabalho consiste no auxílio provido para a equipe generalista no que se refere à solução de problemas em seu nível de atenção e articulação do que foge à sua governabilidade com os demais pontos de atenção da rede. Para tanto se usam frequentemente de encontros presenciais para a discussão de casos, elaboração de um plano de cuidados (comumente chamado de Projeto Terapêutico Singular) e até de atendimentos pontuais dos especialistas, em conjunto ou não com membros da equipe generalista.⁴²

Quadro 1: Linha do tempo da reabilitação física em Campinas na história recente

1989: Municipalização do Serviço de Fisioterapia, de natureza federal e ligado ao INSS.

1990: O Serviço de Fisioterapia é transformado no Centro de Reabilitação Física (CRF); alocação de fisioterapeutas no Hospital Municipal Mário Gatti (HMMG), contemplando componente hospitalar da reabilitação.

1991: Ampliação do quadro técnico do CRF e deslocamento das equipes de reabilitação infantil e adulto em instalações distintas.

1996: Criação da Comissão Interinstitucional de Reabilitação; 1º Seminário de Reabilitação no SUS do município de Campinas.

1997: 1ª Conferência Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência em Campinas; CRF amplia ofertas assistenciais no campo das patologias ortopédico-reumatológicas e passa a denominar-se Centro de Doenças Reumatológicas (CENDOR).

1998: Mudança de endereço da sede e equipe de reabilitação de adultos; início da dispensação de cadeiras de rodas por licitações públicas.

2000: Alocação das equipes de reabilitação infantil e adulto na mesma instalação; criação do Conselho Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência e com Necessidades Especiais (CMADENE).

2001: CENDOR volta a denominar-se CRF. Início de transição de enfoque, com investimento maior em casos agudos. Implantação de Conselho Local de Saúde próprio.

2003: CRF é habilitado em Centro de Referência em Reabilitação (CRR); muda-se para a atual sede. Elaboração do primeiro programa municipal de reabilitação.

2006: Instituição da Área de Reabilitação na Secretaria Municipal de Saúde e criação da Câmara Técnica em Reabilitação.

2010: Investimento no campo da saúde coletiva, com a implantação de estratégias como o núcleo de saúde coletiva e apoio clínico matricial.

2012: Encerramento das atividades da Câmara Técnica em Reabilitação.

2016: Manutenção das atividades do CRR na mesma localidade e com as mesmas diretrizes e orientação clínica.

Atualmente, o Centro de Referência em Reabilitação funciona concomitantemente enquanto Centro de Referência, ofertando assistência multiprofissional e interdisciplinar, organizada em programas de reabilitação; e ambulatório de especialidades médicas, uma vez que concentra também ofertas de atendimento pela rede municipal das clínicas médicas de ortopedia, neurologia, neuropediatria e reumatologia.

Em junho de 2016, o espaço da instituição se configurou sob esta organização: Seis consultórios para atendimentos individuais, uma sala de procedimentos de enfermagem, um ginásio da fisioterapia adulto (com quatro box para atendimentos individuais), uma sala para o programa de Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção (OPM - conta com dois compartimentos, onde um deles, onde ocorre a dispensação, é eventualmente usado atendimentos de fisioterapia em grupo e consultas da fisiatra), duas salas para os atendimentos de terapia ocupacional (sendo uma delas com um box onde acontece o atendimento de nutrição), 3 consultórios destinados ao atendimento em reabilitação infantil e uma área externa utilizada para a realização de oficinas e atividades lúdicas com as crianças.

Completam o serviço a sala da coordenação, a recepção (onde também são arquivados os prontuários), uma cozinha, um par de banheiros masculino e feminino para pacientes e outro para funcionários.

O serviço é responsável por desenvolver atendimento interdisciplinar às pessoas com deficiência física, e está organizado em programas verticais como: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Reabilitação de pessoas com amputações, Dispensação de Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM), Lesão Medular, Reabilitação infanto-juvenil e Inclusão Profissional.

Algumas atividades externas e oficinas terapêuticas e de convivência possuem caráter transversal e são oferecidas aos munícipes de qualquer um dos programas mencionados (figuras 27, 28 e 29). Atualmente, a instituição conta com oficinas de atividades artesanais e conhecimentos básicos de plantas e ervas medicinais. Ainda, existem grupos de arteterapia e verbalização (este último funciona como psicoterapia grupal).

Ainda, uma equipe composta por dez profissionais, sendo uma dupla de referência por distrito, é responsável pelo apoio clínico matricial às unidades básicas de saúde, conforme já explanado anteriormente.

O quadro de funcionários da instituição é multidisciplinar e atualmente composto por 52 profissionais de nível médio, técnico e superior, conforme detalhado no quadro 2 a seguir.

Quadro 2: Funcionários do CRR em junho de 2016

Profissional	Quantidade
Enfermeiro	3
Fisioterapeuta	11
Coordenadora (formada em fisioterapia)	1
Terapeuta Ocupacional	5
Psicólogo	3
Fonoaudiólogo	1
Nutricionista	1
Assistente Social	2
Ortopedista	3
Reumatologista	1
Neurologista adulto	1
Neuropediatra	1
Homeopata	1
Acupunturista	4
Sanitarista	1
Auxiliar de enfermagem	4
Técnico de enfermagem	1
Auxiliar administrativo	2
Agente de apoio administrativo	1
Agente de apoio operacional	2
Profissional da limpeza	3

Dado seu caráter de referência, o Centro de Referência em Reabilitação atende usuários de toda a cidade, inclusive abrindo entre 15 e 25 prontuários novos por dia. O primeiro acesso às especialidades médicas é realizado via agendamento no Sistema On Line (SOL), enquanto os retornos (considera-se os usuários que

estiveram em consulta nos últimos dois anos) são agendados pelo Disk Saúde 160 ou através da recepção – telefonando ou comparecendo pessoalmente. O primeiro acesso aos programas verticais de reabilitação é feito através da recepção ou pelo Disk Saúde 160, e os retornos agendados na recepção ou acordados diretamente com o profissional.

Dentre as ações e programas mencionados, o programa de Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção (OPM) é responsável por realizar a dispensação de cadeiras de roda, próteses de membro inferior e superior, órteses, andadores, muletas e calçados ortopédicos, fornecendo tais equipamentos mediante convênios e processos licitatórios com a Prefeitura Municipal de Campinas (PMC).

Entre os arranjos transversais ligados à saúde coletiva e a gestão, o Centro de Referência em Reabilitação conta com seu Conselho local de saúde, Núcleo de saúde coletiva, que corresponde a um grupo formado pelos profissionais da própria instituição, que se reúnem semanalmente para avaliar e discutir tópicos ligados à reabilitação sob a ótica da saúde coletiva, e colegiado gestor, que corresponde a um espaço decisório coletivo que apoia a gestora local, formado por representantes de cada unidade de produção do serviço (por exemplo, Programa de Amputados, Programa de Órteses, Próteses e meios auxiliares de locomoção, etc.).



Figura 27: Oficina de dança

(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 28: Oficina de artesanato

(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)



Figura 29: Atividade externa

(Fonte: Arquivo de documentos e memórias do Centro de Referência em Reabilitação)

4.2. Situando a dispensação de cadeiras de rodas no Centro de Reabilitação, sua trajetória e seu processo licitatório.

Para a construção deste capítulo de resultados foram utilizados dados provenientes de duas fontes de evidências: os diários de campo e de pesquisa e a construção do Fluxograma Descritor e Analisador. Os diários de campo e de pesquisa puderam trazer dados acerca da trajetória da dispensação de cadeiras de rodas no município, bem como do funcionamento do processo de licitação e dos itens dispensados.

O fluxograma, por sua vez, trouxe elementos para ilustrar como esteve constituído o processo de dispensação no ano de 2015, incluindo as etapas do processo assistencial.

Trajetoória da dispensação

A dispensação de cadeiras de rodas no município estudado é fruto de uma construção coletiva ao menos desde a criação do Centro de Reabilitação Física, em 1990. Neste início, os profissionais de terapia ocupacional e fisioterapia ainda não participavam da dispensação, se envolvendo com maior ênfase em outras demandas da reabilitação.

A dispensação, portanto, no início dos anos 1990, consistia no seguinte processo: havia uma avaliação das necessidades, por vezes conjunta entre ortopedistas e assistentes sociais, em outras vezes havia o simples preenchimento de um formulário de prescrição pelo ortopedista; essa demanda era repassada à gestão, que buscava a abertura do pedido de compra. Este último era frequentemente pautado na compra por lote, o que ocasionava a chegada de várias cadeiras de uma única vez. Pelo grande fluxo de chegada de vários produtos de uma vez, bem como a ausência de profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional para acompanhar o processo de entrega, as cadeiras eram entregues frequentemente em mutirões de final de semana.

O retorno dos munícipes trazendo devolutivas sobre dificuldades enfrentadas com a cadeira recebida, a ampliação do quadro de profissionais e o apoio de alguns gestores para implantar a entrega técnica no lugar da entrega social e benemérita, ainda em voga na década de 1990, foram algumas das estratégias que

possibilitaram que este processo de dispensação começasse a ser constantemente revisto e refletido, dentro das possibilidades do serviço.

Alguns movimentos de mudança começaram a surgir ainda no início da década de 2000, sob a coordenação da psicóloga Osmarina Ruiz. Nesta época houve um grande investimento na qualificação dos descritivos dos pedidos de compra das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) de forma geral, o que inclui as cadeiras de rodas. Ainda, as OPM começaram a adquirir maior visibilidade dentro da instituição, ao serem assumidas como setor de interesse transversal nas ações de reabilitação, no programa municipal de reabilitação.

O período referente ao final dos anos 2000 e o início dos anos 2010 também é referenciado por alguns trabalhadores da rede como um período de grande valorização da dispensação, facilitado pela gestora da época, a psicóloga Maria Naves. Neste período foi incentivado a construção de um processo de dispensação pautado num corpo de conhecimento compartilhado e participativo, em detrimento de um arranjo mais procedimental e burocrático.

Assim, houve maior participação de fisioterapeutas no processo, bem como, no ano de 2009, a instituição uma comissão técnica composta por usuários e profissionais para qualificar o processo de dispensação de cadeiras de rodas, estando entre as atribuições desta comissão a revisão dos descritivos dos modelos de cadeiras para a elaboração dos pedidos de compra e execução das análises técnicas dos modelos vencedores das licitações. Outro ganho celebrado pelos profissionais, no ano de 2012, foi a despatrimonialização das cadeiras de rodas. Desse modo, a cadeira hoje pertence ao usuário, sendo considerada um material de consumo e não mais um patrimônio do município, a ser emprestado ao usuário.

Ainda na história recente, o período de 2014 ao momento atual também é referido como um período de grandes avanços, uma vez que após a saída da fisioterapeuta Amália Guerra da gestão, esta se colocou disponível e motivada a se envolver com essa temática, propondo um movimento de constituição de uma equipe composta por terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas para a dispensação e criação de espaço próprio para o programa de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de locomoção (OPM - antes pulverizado pelo serviço, ocupando várias salas ao mesmo tempo).

No período que corresponde aos anos de 2014 e 2015, o programa contou com uma profissional com o cargo de auxiliar administrativo, uma fisioterapeuta

integralmente dedicada ao programa (trinta horas semanais), uma terapeuta ocupacional com dedicação de vinte e cinco horas semanais ao programa e uma terapeuta ocupacional com dedicação de duas horas semanais ao programa.

No ano de 2016, o programa contou com uma profissional com o cargo de auxiliar administrativo, duas fisioterapeutas e uma terapeuta ocupacional integralmente dedicadas ao programa (trinta horas semanais), e uma fisioterapeuta com dedicação de oito horas semanais ao programa. Este arranjo permitiu que a equipe pudesse se dedicar exclusivamente à dispensação de cadeiras de rodas por ao menos oito horas semanais, o que corresponde a oito vagas por semana para dispensação de cadeiras de rodas.

O fluxo de dispensação

Dada esta trajetória, temos que, à época do presente estudo, o fluxo de dispensação de cadeiras de roda a ser percorrido pelos usuários no município de Campinas, se deu no período de janeiro de 2015 conforme o Fluxograma Descritor e Analisador (FDA) ilustrado de maneira simplificada na figura 30 abaixo e detalhada na figura 31.

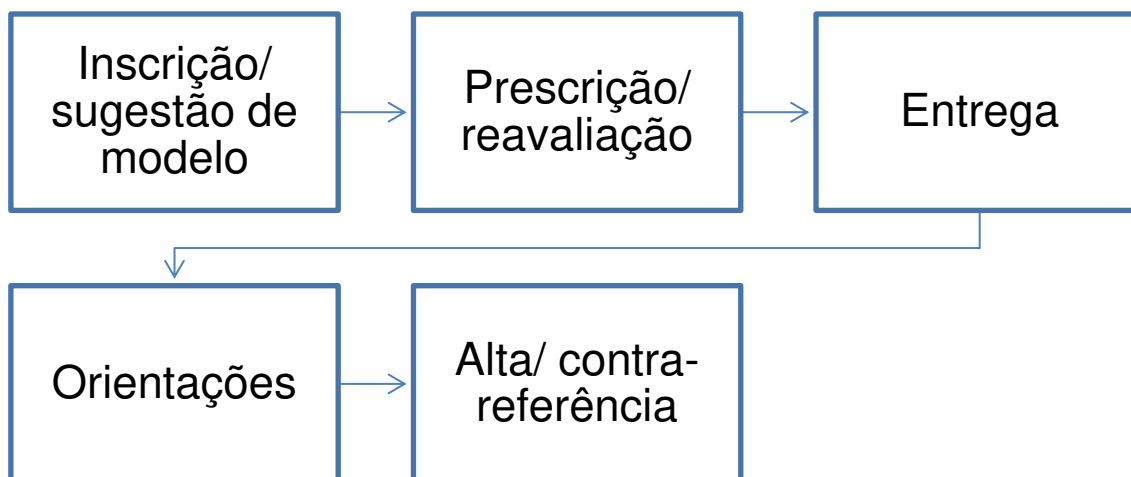


Figura 30: Fluxograma simplificado da dispensação de cadeiras de rodas no município de Campinas em janeiro de 2015.

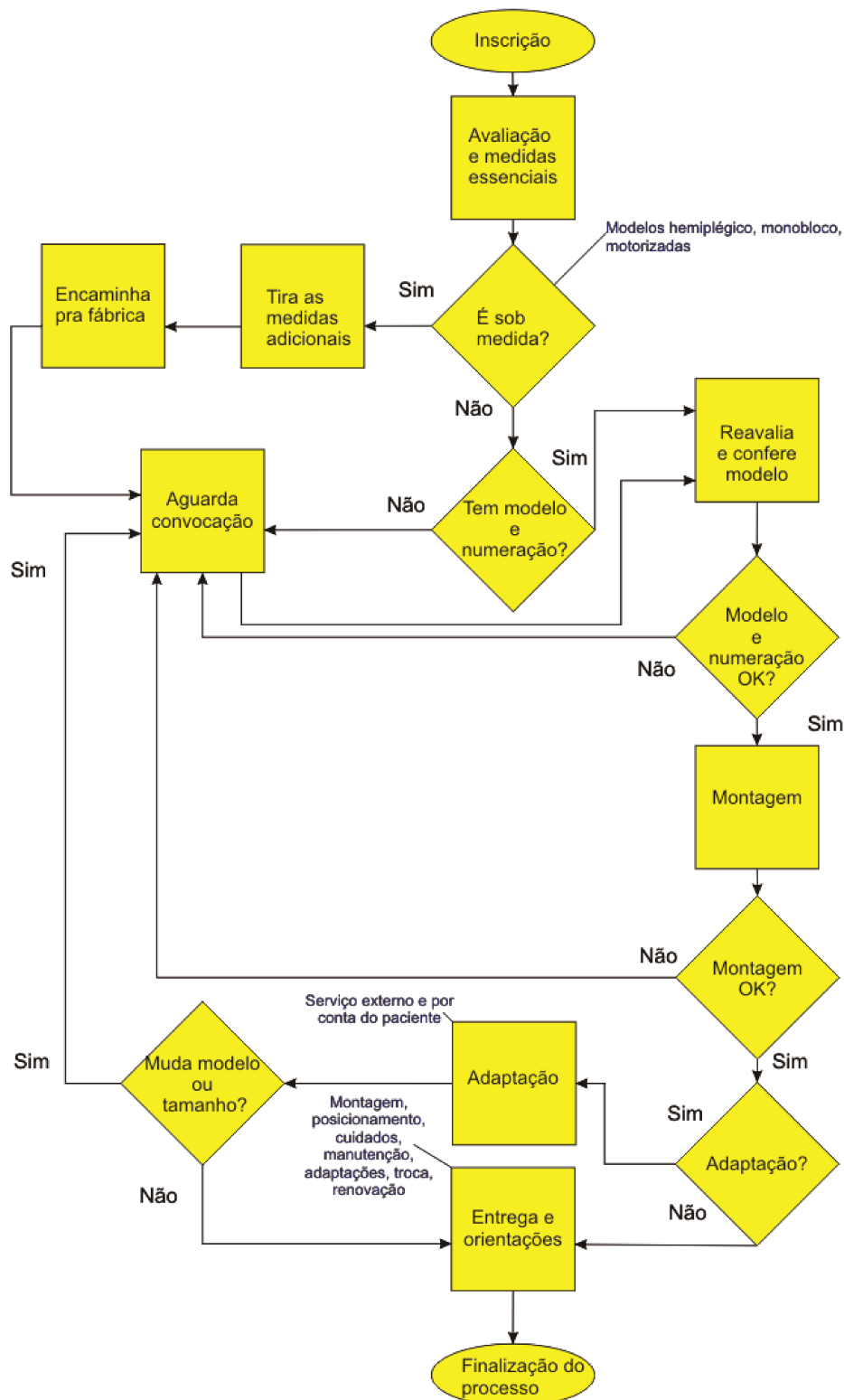


Figura. 31: Representação Gráfica do Fluxograma Descritor e Analisador da dispensação de cadeiras de rodas em Campinas em janeiro de 2015 construído pelo pesquisador e trabalhadoras do Programa de Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção do CRR.

Dado o estabelecimento da necessidade de uso da cadeira de rodas, o trajeto do sujeito inicia-se no agendamento da etapa de inscrição. Tal agendamento é realizado por telefone (diretamente no serviço, no ramal do setor de OPM; ou no agendamento via telefonista, o “disque saúde 160”), de modo que o próprio usuário, familiar ou profissional que esteja encaminhando (seja do serviço primário ou terciário) pode telefonar e solicitar a vaga.

Chegando no serviço, a primeira etapa do processo é a inscrição, que corresponde ao primeiro contato do usuário com os profissionais que promovem a dispensação, situação na qual é realizada uma avaliação das necessidades funcionais e uma indicação de modelo.

A avaliação das necessidades é realizada mediante uma entrevista onde os profissionais abordam as condições de saúde – que inclui informações sobre a deficiência/mobilidade reduzida e sua aquisição, possíveis sequelas e morbidades, etc – a vida ocupacional e o planejamento de uso da cadeira de rodas. Neste mesmo encontro é feita uma indicação de modelo e numeração de cadeiras de rodas, a partir da qual são realizadas as medidas necessárias.

As medidas realizadas nesta etapa são correspondentes ao modelo indicado. Os modelos de cadeira de rodas motorizadas, bem como o modelo para hemiplégico e o modelo monobloco constituem os modelos sob medida individualizada, enquanto as demais cadeiras de rodas constituem os modelos sob medida padronizada.

Dentre os modelos sob medida individualizada, as medidas realizadas para a dispensação do modelo para hemiplégico correspondem à largura do assento, profundidade do assento e lado da condução da cadeira. Os demais modelos sob medida individualizada contemplam também a altura do encosto e especificações sobre o assento, encosto e cor, no caso dos modelos infantis, e no caso dos modelos para adultos são incluídas ainda a altura frontal e traseira, bem como o ângulo de inclinação do encosto, o centro de gravidade e a cambagem das rodas. A partir do ano de 2016, foi utilizado um instrumento para a realização das medidas supracitadas, conforme consta na figura 32.

As medidas referentes aos modelos sob medida padronizada, por sua vez, contemplam apenas a largura do assento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE
Centro de Referência em Reabilitação - C. R. R.

PRESCRIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS

NOME DO PACIENTE: _____ PT: _____

CADEIRA: _____ IDADE: _____

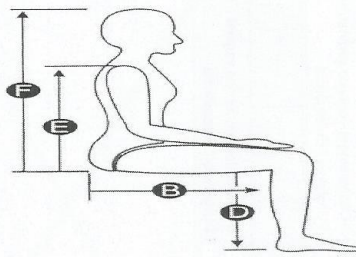
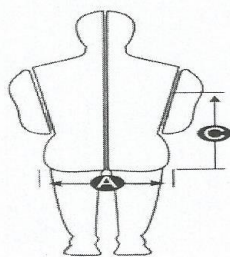
CÓDIGO PMC:

CÓDIGO SUS:

HD: _____

DATA:

PROFISSIONAL:



A=LARGURA DO ASSENTO:
 B=PROFUNDIDADE DO ASSENTO:
 C=ALTURA DO ENCOSTO:
 D=ALTURA DO PEDAL:

ALTURA FRONTAL:
 ALTURA TRASEIRA:
 ÂNGULO DE INCLINAÇÃO DO ENCOSTO:
 CENTRO DE GRAVIDADE:
 CÂMBAGEM:
 ASSENTO:
 ENCOSTO:
 COR:

OBS:1)
 2)
 3)

Figura 32: instrumento para realização de medidas dos modelos sob medida individualizada, utilizado a partir de 2016

Ocorre então uma primeira diferenciação do fluxo, pois no caso da necessidade corresponder à uma cadeira de rodas sob medida individualizada, os profissionais enviam as medidas para a fábrica responsável pela confecção, que retorna o produto nominal e montado para o Centro de Referência em Reabilitação realizar a entrega da cadeira de rodas; o usuário, por sua vez, aguarda ser convocado para a entrega.

Caso a necessidade não corresponda a algum destes modelos, o profissional confere no estoque local se há o modelo e a numeração disponível. Havendo o modelo e a numeração disponível, é realizada a confirmação de modelo, tamanho e necessidade de adaptações, seguida da entrega.

Não havendo o modelo e a numeração disponível, o usuário é colocado em lista de espera e aguarda ser convocado para um retorno na instituição. Para cada modelo distinto de cadeira de rodas há uma lista de espera distinta, conforme ilustra a figura 33.

No ano de 2016 a inscrição de cadeiras de rodas foi aprimorada com a utilização de dois documentos de inscrição de cadeira de rodas, que correspondem às fichas de inscrição de cadeiras de rodas. Uma delas é fornecida ao sujeito no final do atendimento, com seu número de inscrição e orientações gerais acerca da inscrição e do processo de dispensação de cadeiras de rodas no serviço (figura 34).

A outra ficha de inscrição permanece no Centro de Referência em Reabilitação, e contempla dados como o número de inscrição, dados de identificação do sujeito, origem do encaminhamento, composição familiar, dados da deficiência e das sequelas encontradas, a utilização de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, dados acerca da locomoção, mobilidade e meios de transporte, principais atividades, os modelos indicados e outras observações (figura 35).

MODELO 43825 SWJR					
CLASSIFICAÇÃO POR INSCRIÇÃO E MODELO					
MODELO 43825 SWJR					
	NOME	PT	Nº	DATA DA PRESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Figura 33: Exemplo de lista de espera de modelo de cadeira de rodas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE
Centro de Referência em Reabilitação – C. R. R.

PROGRAMA DE FORNECIMENTO DE CADEIRA DE RODAS

FICHA DE INSCRIÇÃO

NÚMERO DA INSCRIÇÃO : _____ DATA : ____/____/____

NOME: _____ PT: _____

TELEFONES: _____

TIPO DE EQUIPAMENTO:

() CADEIRA DE RODAS

() CADEIRA DE BANHO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- **MANTENHA SEUS DADOS ATUALIZADOS NO CADASTRO DO SEU CENTRO DE SAÚDE, PRINCIPALMENTE OS TELEFONES, POIS A IMPOSSIBILIDADE DE CONTATO PODE LEVAR AO CANCELAMENTO DESSA INSCRIÇÃO.**
- **ESTA INSCRIÇÃO REPRESENTA O CADASTRAMENTO DO USUÁRIO NA LISTA DE ESPERA PARA RECEBER O(S) EQUIPAMENTO(S) INDICADO(S) ACIMA.**
- **A CADEIRA DE RODAS É UM EQUIPAMENTO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA E ADQUIRIDA COM RECURSOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, DE ACORDO COM AS NORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E CONFORME PROTOCOLOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**
- **AS SOLICITAÇÕES DE COMPRA SÃO INDICADAS TÉCNICAMENTE E SÓMENTE COM A FINALIZAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO É QUE SE EFETIVA A DEFINIÇÃO DO MODELO MAIS INDICADO PARA CADA USUÁRIO.**
- **O TEMPO DE ESPERA ESTÁ RELACIONADO À CONCLUSÃO DO PROCESSO DE LICITAÇÃO.**
- **A EQUIPE DO CRR ENTRARÁ EM CONTATO PARA POSSÍVEIS REAVALIAÇÕES E/OU CONVOCAÇÃO PARA ENTREGA DO EQUIPAMENTO.**

PROFISSIONAL(IS) RESPONSÁVEIS: _____

R. Afílio Miatto, 210 - Vila Santana (Sousas)
 CEP 13105-734 - Campinas /SP
Telefone: 19 3258 8066
 E-mail: sms.opm@campinas.sp.gov.br

Figura 34: Ficha de inscrição de cadeira de rodas (via do usuário) utilizada no ano de 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS – SMS					
CRR – PROGRAMA DE OPM					
INSCRIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS				Nº: _____	
NOME: _____			PT: _____		
D.N.: ____/____/____			SEXO: () M () F		
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO: _____			TELEFONES: _____		
EM REABILITAÇÃO: () CRR () OUTRO LOCAL _____ () NENHUM					
SOLICITAÇÃO:		() CADEIRA DE RODAS		() CADEIRA SANITÁRIA	
FAZ USO? QUANTO TEMPO?		() CADEIRA DE RODAS _____		() CADEIRA SANITÁRIA _____	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR:					
RESIDE:		() SÓ () C/FAMILIARES		() OUTROS _____	
TEM CUIDADOR:		() SIM () NÃO		() OUTROS _____	
DEFICIÊNCIA:		HD:		CID:	
TIPO		SEQUELA		CAUSA/TEMPO	
() FÍSICA		() HEMIPLEGIA/PARESIA		() GENÉTICAS	
() AUDITIVA		() PARAPLEGIA/PARESIA		() PARALISIA CEREBRAL	
() VISUAL		() TETRAPLEGIA/PARESIA		() SEQUELA LEA _____	
() INTELECTUAL		() DEFORM.COLUNA		() SEQUELAACID./TRAUMAS _____	
() MÚLTIPLA		() AMPUTAÇÃO MMII/SS		() DESCONHECIDA/OUTRA _____	
() DÇA MENTAL		() OUTRA		() DOENÇA PROGRESSIVA _____	
AGRAVOS					

USA OPM:		() ANDADOR/MULETA/BENGALA		() ÓRTESE MMSS/MMII	
				() CALÇADO / PALMILHA	
				() PRÓTESE MMII/MMSS	
() ADEQUAÇÃO POSTURAL EM CADEIRA DE RODAS: _____					
LOCOMOÇÃO / ACESSIBILIDADE:					
DESLOCAMENTO ASSISTIDO :		() SIM () NÃO		TRANSPÕE OBSTÁCULOS : () SIM () NÃO	
EMPINA :		() SIM () NÃO		SOBE RAMPA : () SIM () NÃO	
AUTOPROPULSAÇÃO :		() SIM () NÃO		() INTERCALADA	
LARGURA DAS PORTAS: _____					
TIPO DE TERRENO: _____					
TRANSPORTE:					
() PRÓPRIO		() PAI SERVIÇO		() COLETIVO () OUTRO _____	
ATIVIDADES:					
ESTUDA:		() NÃO () SIM		_____	
TRABALHA:		() SIM () NÃO		ESPORTIV/RECREATIVAS: () SIM () NÃO	
MODELO(S) SUGERIDO(S) :					
TIPO 1 :		CÓD 1 :		L ASSENTO:	
TIPO 2 :		CÓD 2 :		L ASSENTO:	
TIPO 3 :		CÓD 3 :		L ASSENTO:	
ADEQ.POSTURAL/OUTRAS PRESCRIÇÕES: _____					
OBSERVAÇÕES					

DATA: ____/____/____		PROFISSIONAL(IS) RESPONSÁVEL(IS) :			

Figura 35: Ficha de inscrição de cadeira de rodas (via do Centro de Referência em Reabilitação) utilizada em 2016.

Após a espera pela convocação, nos casos de não haver o modelo disponível na inscrição para entrega, o usuário passa pela etapa denominada de prescrição, que corresponde a uma reavaliação do caso. Nessa reavaliação o profissional observa se durante a espera as necessidades se alteraram, se é preciso conceder um modelo ou uma cadeira de tamanho diferente ao usuário.

Havendo alteração após a espera, novas medidas são realizadas, um novo modelo ou numeração é solicitado e o usuário retorna à espera. Não havendo alteração, é realizada a confirmação de modelo e tamanho/numeração.

Após a confirmação de modelo e numeração, a cadeira é montada pelos profissionais na mesma consulta. Nesta etapa o produto é verificado em suas condições de uso, e os profissionais avaliam a necessidade de adaptações na cadeira. Havendo necessidade de adaptações, os profissionais sugerem que adaptações são recomendadas para cada caso. Considerando que o Centro de Referência em Reabilitação não possui serviço de adaptação em cadeiras de rodas, e que não há outro serviço municipal ou público no município que o faça, não há uma via de encaminhamento, apenas a indicação de procurar algum serviço por conta própria.

Ao receber essa indicação, o usuário e/ou familiar que, por conta própria, optarem por procurar um serviço que realize a adaptação na cadeira de rodas, a mesma é deixada no Centro de Referência em Reabilitação e após decisão de adaptação, o Centro de Referência em Reabilitação é informado se a numeração permanecerá a mesma após a adaptação necessária (em geral essa estimativa é do profissional particular que realizará a adaptação).

Se não há necessidade de adaptação, ou se a adaptação necessária não mudará o modelo e nem o tamanho, é realizada a entrega da cadeira. Caso haja alteração de modelo ou numeração, retorna-se à etapa de espera pela disponibilidade de modelo.

Na etapa da entrega, por sua vez, o usuário recebe a cadeira e orientações de uso e manutenção da mesma, que incluem: cuidados com o produto, garantias, assistências técnicas autorizadas, manutenção, adaptações, período de troca e renovação.

Assim, a consulta encerra-se nesta etapa de entrega e orientações, e o munícipe é liberado, contra-referenciado para o Centro de saúde ou instituição de origem, nos casos em que é referenciado pelos mesmos.

Para ilustrar o presente estudo de caso, apresentaremos a seguir um breve panorama do processo de dispensação de cadeiras de rodas no Centro de Referência em Reabilitação, no período estudado.

Dessa forma, temos que de junho de 2014 a junho de 2015, cerca de 400 usuários foram contemplados com cadeiras de rodas dispensadas pelo serviço. Enquanto a licitação de 2014 contemplou inicialmente 17 modelos de cadeiras de rodas e um acessório, num total de 1.455 unidades, a licitação protocolada em 2016 contemplou 16 modelos de cadeiras de rodas e dois acessórios, totalizando 1.400 unidades, conforme Quadro 3.

Ainda, no ano de 2015 foi protocolada uma licitação de órteses e próteses na qual um dos lotes da licitação contemplou oito itens de adequação postural. Estes itens representam um total de 780 unidades cuja previsão de dispensação é a partir do ano de 2016 (Quadro 4).

Quadro 3: itens contemplados em licitação de cadeira de rodas em maio de 2016

Licitação de Cadeiras de Rodas 2016: itens contemplados		
Ítem	Especificação	Quantidade Aprovada
Cadeira de Rodas Manual	Padrão adulto	250
Cadeira de Rodas Manual	Padrão adulto – com aro de propulsão em alumínio com pinos	20
Cadeira de Rodas Manual	Cadeira para hemiplégico	40
Cadeira de Rodas Manual	Adulto – com quadro reforçado para paciente obeso	50
Cadeira de Rodas Manual	Adulto – higiênica (cadeira de banho para maior autonomia)	120
Cadeira de Rodas Manual	Juvenil e Adulto – Estrutura monobloco	180
Cadeira de Rodas Manual	Padrão infantil	60
Cadeira de Rodas Manual	Infantil – higiênica (banho concha)	80
Cadeira de Rodas Manual	Infantil – Estrutura Monobloco	50
Cadeira de Rodas Manual Especializada	Infanto-juvenil e adulto – com apoio de cabeça regulável, apoio lateral de tronco e cinto de segurança	100
Cadeira de Rodas Manual Especializada	Adulto – higiênica com função <i>recline</i>	100
Cadeira de Rodas Manual Especializada	Infanto-juvenil e adulto – com função <i>recline</i> e <i>tilt</i>	100
Cadeira de Rodas Manual Especializada	Padrão adulto – com encosto reclinável e apoio de cabeça regulável	80
Cadeira de Rodas Manual Especializada	Infantil – Estrutura Monobloco com função <i>tilt</i>	50
Cadeira de Rodas Motorizada	Juvenil e Adulto	60
Acessório	Par de revestimentos para aro de impulsão de cadeiras de rodas emborrachado/siliconado	40
Acessório	Almofada de assento para prevenção de úlceras de pressão, em células de ar interligadas, inflável	80

Quadro 4: itens de adequação postural contemplados na licitação órteses e próteses de 2015.

Licitação de órteses e próteses 2015: itens contemplados no lote 7 (adequação postural)		
Tipo de Adequação	Especificação	Quantidade Aprovada
Adaptação em assento	Adaptação abdutor tipo cavalo para cadeira de rodas	80
Adaptação de assento	Adaptação para deformidades de quadril	100
Adaptação em assento	Apoios laterais de quadril	100
Adaptação em encosto	Apoio para estabilização da cabeça	100
Adaptação de encosto	Adaptação para deformidades de tronco	100
Adaptação de encosto	Apoios laterais de tronco em 3 ou 4 pontos	80
Adaptação em apoio de braço	-	100
Adaptação do apoio de pés	-	120

Trâmites da licitação

Outra parte significativa do processo de dispensação de cadeiras de rodas são os trâmites licitatórios percorridos pelos profissionais do serviço – aqueles diretamente implicados na dispensação e os encarregados pela compra dos materiais e insumos que o serviços necessita. Trata-se de um processo complexo e que envolve a participação de diversas secretarias, como a Secretaria Municipal de Administração, a Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos, a Secretaria Municipal de Finanças, a Secretaria Municipal de Gestão e Controle e a Secretaria Municipal de Saúde (solicitante da compra), cuja participação envolve profissionais ligados ao departamento de saúde (abriga os centros de referência) e o departamento administrativo, conforme organograma abaixo (figura 36).

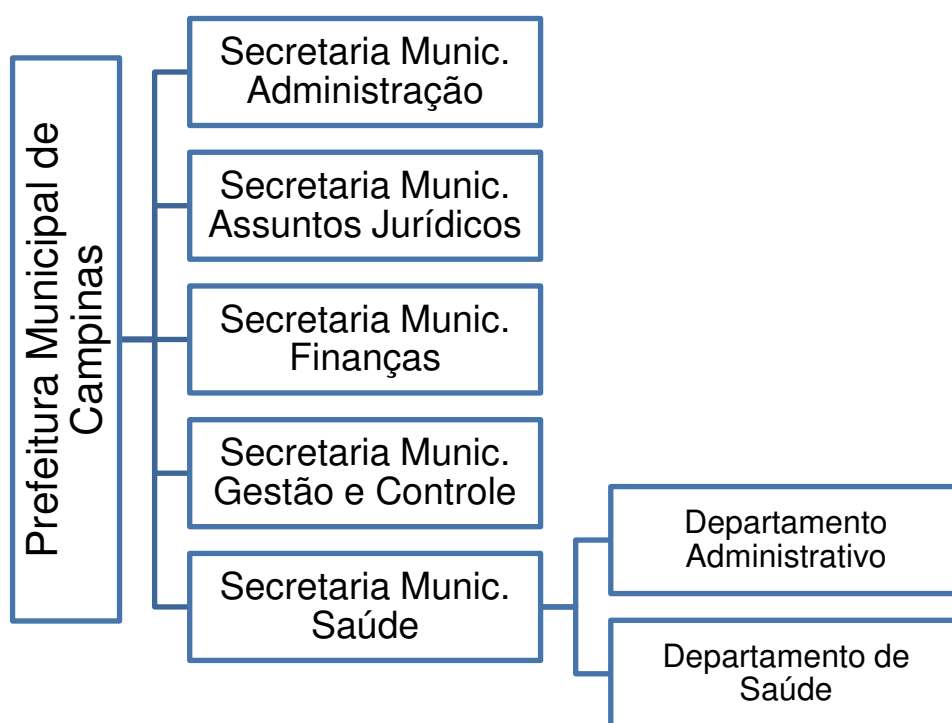


Figura 36: Organograma das secretarias e departamentos envolvidas na licitação de cadeiras de rodas (2016).

Durante o exercício da dispensação, no próprio Centro de Referência em Reabilitação, o profissional que presta o serviço preenche a lista de espera de cada modelo de cadeira de rodas (figura 33). Esta lista é utilizada como base para a estimativa do quantitativo de cadeiras de cada modelo a ser solicitada, que

preferencialmente também suporta os pedidos que são realizados durante a espera do material, que pode demorar até um ano (elemento chamado de “quantitativo”). Estes profissionais reúnem também dados que contemplam as características descritivas dos modelos desejados para a compra (elemento chamado de “descritivo” da cadeira).

Com esses dados em mãos, o profissional realiza para cada modelo de cadeira de rodas uma solicitação de compras para o Departamento Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde. Este, por sua vez, elabora um projeto básico de compra adicionando ao produto desejado sua respectiva codificação - corresponde ao código estabelecido pelo Departamento de Compras da Secretaria de Administração (responsável pelas compras de materiais do município) ao item a ser comprado, dentro de uma lista de itens passíveis de compra.

Para fins de faturamento, essa lista de materiais passíveis de compra está contida na tabela de produção ambulatorial do sistema de informações ambulatoriais do município. Cabe ressaltar que os itens contidos nesta tabela podem, inclusive, extrapolar os itens contemplados pela tabela SUS, sob devida justificativa técnica da Secretaria Municipal de Saúde à Secretaria Municipal de Administração. Entre alguns exemplos do exposto temos o caso das meias de silicone para acomodação de próteses, não contemplada na tabela SUS e fornecida ao usuário de Campinas.

Com o projeto básico codificado, o Departamento Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde o encaminha à Secretaria de Administração para o lançamento do edital da compra. Antes do edital do pregão ser lançado pela Secretaria de Administração, contudo, o projeto básico é encaminhado para análise e aprovação das seguintes secretarias: Secretaria de Assuntos Jurídicos, Secretaria de Finanças e Secretaria de Gestão e Controle.

Cabe ressaltar que, dado a complexidade e a riqueza de especificidades técnicas que a compra de uma cadeira de rodas engloba – desde o detalhamento dos pneus à necessidade do provimento de assistência técnica no município - frequentemente o Centro de Referência em Reabilitação presta apoio à elaboração do projeto básico de compra, para que este seja bem detalhado em seu âmbito técnico e embase devidamente o projeto de compra. Dessa forma, é comum que os próprios profissionais envolvidos com a dispensação se reúnam presencialmente com o profissional responsável pela redação do projeto básico de compra, para a revisão do mesmo, inclusive acompanhados ocasionalmente por alguns usuários (em geral os

mais próximos, por vínculo pessoal ou participação no conselho local de saúde), formato construído com o tempo, a vivência, e a reflexão sobre o processo.

Desde o ano de 2014, as licitações foram feitas por registro de preço – modalidade de licitação onde a aquisição do material é feita em várias etapas (chamadas empenhos) e não de uma vez. Isso facilitou o armazenamento das cadeiras, uma vez que o prédio do Centro de Referência em Reabilitação possui espaço insuficiente para todo o contingente de cadeiras, e o próprio almoxarifado da prefeitura também. Cabe ressaltar que a aquisição gradual das mesmas também favoreceu a consolidação política e assistencial da entrega de cunho mais técnico do que benemérito; de outra forma, justificariam-se os mutirões pela ausência de espaço para o armazenamento das cadeiras.

O lançamento do edital de compras é feito por modelo de cadeira de rodas, e passa por pregão eletrônico. Ao lançar o edital é anunciada uma média de 3 cotações do produto, e o preço vencedor não deve exceder esta média. Em seguida, as empresas habilitadas, de acordo com a ordem de classificação no pregão, a iniciar pela ganhadora, entrega a documentação e os catálogos do modelo para aprovação. Esta aprovação é feita pela equipe técnica da dispensação, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, em conjunto com membros do conselho local de saúde e usuários cadeirantes, e consiste em análise dos catálogos ou do próprio material enviado pela empresa, que pode ser complementada ainda por uma visita técnica à fábrica. Caso o produto seja aprovado, a empresa passa a fornecer então o modelo cuja licitação foi vencida. Caso o produto não seja aprovado, este é desclassificado do processo e o próximo colocado no pregão é chamado para a análise iniciar-se novamente.

Após aprovação de determinado modelo, a compra é homologada e os pedidos são feitos via almoxarifado da prefeitura. O contato do serviço passa a ser então com este setor e não mais com a empresa que venceu a licitação, salvo em casos onde a empresa e/ou o serviço sentem a necessidade de haver uma demonstração e orientações acerca de um determinado produto, o que ocorreu algumas vezes com alguns modelos de cadeira de rodas motorizada.

Assim, o profissional que executa a dispensação entra em contato mensal ou quinzenalmente com o almoxarifado, para solicitar o número de cadeiras de cada modelo que precisa, e o almoxarifado entrará em contato com a empresa vencedora para a aquisição das cadeiras de rodas. As cadeiras chegam então da empresa ao

almoxarifado nominalmente para cada paciente, e o almoxarifado realiza a entrega no Centro de Referência em Reabilitação .

Em termos administrativos, o fim deste ciclo se dá após a efetivação da entrega, onde o profissional lança sua produção no sistema de informações, e para os itens e procedimentos contemplados na tabela SUS, é preenchido um Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI), de modo que essa produção em especial é passível de recebimento de uma contrapartida da esfera federal de governo.

Dessa forma, trata-se de um trâmite por si só bastante complexo e demorado, e que pode inclusive encontrar alguns percalços e adversidades no caminho – falhas de comunicação, desistência/falência de algumas empresas ao longo do processo, entre outros exemplos. O processo que engloba o recebimento do projeto básico de compra na Secretaria de Administração, o encaminhamento do mesmo para análise nas demais secretarias, o lançamento do edital do pregão, a execução do pregão eletrônico e a análise técnica dos modelos pode demorar cerca de um ano. A chegada dos pedidos e a dispensação de todas as unidades da licitação é outro processo que pode durar entre 12 e 18 meses.

4.3. Com a palavra, as profissionais

De acordo com objetivos e métodos deste estudo expostos anteriormente, a percepção das profissionais diretamente envolvidas na dispensação de cadeiras de rodas foi coletada por meio de dois encontros com o pesquisador, para revisar o fluxograma construído e analisar o atual fluxo de dispensação. Assim, a transcrição das falas das profissionais que participaram destes encontros foi estudada por meio de leituras sucessivas, as quais permitiram que os depoimentos pudessem ser agrupados segundo a convergência dos conteúdos por eles expressos e apresentados neste capítulo de resultados.

O exercício de identificação das distintas unidades de significação possibilitou o agrupamento dos depoimentos em dois grandes eixos de sentido – *Elementos organizativos* e *Processos de trabalho e de assistência*. Este agrupamento buscou principalmente organizar as percepções coletadas de modo a colocar em destaque os tópicos que as próprias participantes enfatizaram em suas falas. Ainda, visa facilitar a observação de possíveis interrelações desta fonte de evidências com as demais, bem como a elaboração de hipóteses sobre possíveis padrões de causa e efeito. Dessa forma, como preconizado por Yin ²⁸, nos aproximaremos de respostas acerca do “Como?” e “Por que?” da constituição do processo de dispensação como hoje está colocado.

Eixo 1: Elementos organizativos

Para a organização deste eixo temático, adotamos uma concepção ampla sobre os elementos que organizam a dispensação de cadeiras de rodas. Assim, alguns tópicos convergentes foram didaticamente urdidos com o fio da organização, entendendo que tratam de fatores que influenciam a estrutura de alguns processos e condutas – as diretrizes e concepções teóricas que norteiam o serviço e os trabalhadores; as ofertas, arranjos e fluxos assistenciais; a integração entre diferentes profissionais; a gestão do serviço e das atividades-meio; o próprio Centro de Referência em Reabilitação como elemento organizativo da rede municipal, entre outros.

Num plano mais subjetivo, consideramos que a organização das práticas é frequentemente permeada por um conjunto de norteadores, elementos que atuam como uma espécie de bússola, apontando uma direção a ser seguida. Dado tal enquadre mais prospectivo, os denominaremos nesse estudo como pontos de partida, os quais puderam ser identificados em algumas das falas das profissionais, ao situarem sobre seus princípios, o lugar que ocupam e ocuparam, a trajetória do processo do qual hoje são parte.

Entre os pontos de partida mencionados, algumas falas aludiram ao campo conceitual que figura como pano de fundo da dispensação de cadeiras de rodas no SUS, num exercício de dialogar com a prática com os princípios doutrinários e organizativos do sistema, uma vez que esta prática não é exercida em qualquer Centro de Reabilitação, mas sim num equipamento municipal que compõe o sistema único de saúde. Foram suas falas:

“Eu acho que a gente tem algumas premissas. ... então quando a gente pensa em SUS, né, os pilares todos do SUS com relação a acolhimento, entendeu? (...) A gente está tentando facilitar o acesso, quando a gente fala: “O acesso tem que ser fácil, tem que ser fácil chegar, tem que ser fácil, tem que ser para todo mundo, tem que ser rápido. ”, então, a gente está se pautando nisso e aos poucos a gente vai construindo uma forma que vá garantindo isso, entendeu? A gente está sempre tentando implementar as diretrizes do SUS e aí eu acho que quando você se propõe a fazer essa construção, essa discussão e o fluxograma, é muito interessante em função disso. Porque é dentro do processo de concessão que a gente está sempre tentando implantar o SUS. Em todos os seus aspectos, a questão da participação do usuário, enfim. ”

“A gente faz junto com os usuários, é importante também falar isso. ”

De acordo com as falas acima, é possível identificar que os princípios do SUS não são um mistério para os trabalhadores. Mesmo não mencionado diretamente, o princípio doutrinário da universalidade se faz presente quando é dito que o acesso deve ser facilitado e para todos. A participação e o fazer junto com o usuário favorecem que este último tenha sua autonomia preservada e participe das

decisões que afetam sua saúde e qualidade de vida, contemplando assim o princípio organizativo do controle social.

Cabe ressaltar que os princípios do SUS expressos diretamente, indiretamente ou nem contemplados nestes discursos (embora sejam provavelmente incorporados por estas trabalhadoras), são expressos do lugar da prática, e por isso são “traduzidos” em termos cotidianos. Por este motivo e também pelo fato da intenção expressa em implantar o SUS no processo de dispensação, sugere-se que a teoria assimilada é aplicada e integrada com a prática.

Apesar do lugar da prática, as profissionais trazem como bagagem a vivência de outros serviços e atribuições, incluindo o território da gestão. Como evidenciado na fala a seguir, a profissional pôde enxergar a multidimensionalidade da dispensação – e inclusive de todo o programa de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM) - o que sugere a premissa da integração e continuidade entre gestão e assistência:

“Então eu, a partir da gestão, eu comecei a ajudar um pouco também na cadeira de roda, como gestora. (...) E aí quando eu resolvi sair da gestão de novo, é um buraco muito grande a questão da cadeira de roda e de OPM. Então eu falei: “Acho que é um lugar que seria legal eu ir”. ”

Outra trajetória considerada é a própria trajetória do processo, sua herança e o que a mesma representa como posição conceitual e ideológica. Assim, a lembrança da conquista da despatrimonialização das cadeiras afirma que a saúde e as tecnologias utilizadas para a sua promoção, como as cadeiras de rodas, se configuram como um direito e não como um favor.

A defesa de uma entrega mais técnica que social, por sua vez, diz respeito à ruptura definitiva com a visão moral e assistencialista sobre a pessoa com deficiência (e também com mobilidade reduzida) e os cuidados a serem a elas ofertados. Esta visão propõe um olhar da pessoa com deficiência como um ser marginalizável e/ou passível de benemerência e misericórdia, obrigando-as a se sentirem satisfeitas com “migalhas” de assistência – cadeiras de rodas de baixa qualidade, equipamentos que não satisfazem integralmente suas necessidades ou mesmo totalmente inadequados.

Ainda, a recordação da crescente participação de fisioterapeutas no processo em detrimento dos profissionais médicos aponta para a superação não apenas de uma visão assistencialista da dispensação, mas também de uma visão mais biomédica da reabilitação. Entre algumas das falas que ilustram os entendimentos supracitados, temos:

“A cadeira era um patrimônio público. Ela vinha patrimoniada, com aquelas plaquinhas assim de patrimônio. (...). Aí ocorreu com a luta do pessoal, mesmo, quem trabalhava, a Kátia, que é assistente social. Despatrimoniou a cadeira, é o termo que eles usam: Despatrimoniou.”

“E a gente está tentando transformar o programa numa coisa bem técnica, também, né? Até porque historicamente a entrega já foi social.”

Outro conjunto de elementos que atuam no sentido de organizar a assistência são os fluxos e as ofertas assistenciais. No processo de dispensação de cadeiras de rodas compreendemos as ofertas assistenciais como cada etapa de trabalho que visa um produto bem definido, como por exemplo as próprias etapas da dispensação sugeridas pelas OMS ²² – referência, prescrição, fornecimento, ajustes e adaptações, treino, suporte/reparos, contra-referência.

Corroborando o processo já apresentado anteriormente, evidenciou-se também nas falas das profissionais que a referência nem sempre é feita, dada a opção pelo acesso facilitado (onde o próprio paciente pode ligar e agendar, sem obrigatoriedade de um encaminhamento prévio), e algumas etapas não são realizadas, caso da manutenção, do treino, da adaptação. Ainda, há casos que a contra-referência não é acompanhada de um relatório escrito ao serviço de referência (embora indiquem que muitas vezes o fazem via telefone), e não é agendado retorno após a entrega. De acordo com a fala das participantes:

“Aí é outro buraco que ainda não deu tempo: manutenção zero.”

“Adaptação também (não é realizada). E treino também. A gente não faz. A gente faz a dispensação e entrega.”

“Muito raramente (a contra-referência é acompanhada de um relatório). Hoje em dia muito raramente. (...) Só (é previsto retorno após a entrega) se tiver uma procura espontânea dele. Ou por algum problema de garantia, que pode ter.”

Os fluxos assistenciais, por sua vez, são arranjos operacionais formados pelo conjunto de várias intervenções/procedimentos organizados em uma espécie de circuito que o paciente percorre para consumir as ofertas que atendam suas necessidades. A dispensação de cadeiras de rodas é um processo também organizado dentro de um fluxo, devido sua multiplicidade de etapas. Acerca do fluxo possível de ser estabelecido, sobressaiu-se no depoimento das trabalhadoras a etapa da inscrição, pela transcendência da prescrição protocolar para uma etapa planejada com sensibilidade suficiente para comportar as incertezas que atravessam o processo, como o tempo de espera para o fornecimento (que pode alterar a indicação), e pela desburocratização documental. Foram suas falas:

“Esta inscrição é como nós estamos cadastrando o usuário para receber uma cadeira de rodas. A gente aponta que naquele dia, o modelo provável, o tamanho provável é X. A gente escreve “sugestão de modelo”. Norteia. Não define sozinho, mas já norteia para a gente.”

“Por quê que não é a prescrição? Porque a prescrição normalmente a gente prescreve e você já espera que aquela cadeira vai ser entregue e a inscrição não, a gente não tem a cadeira ainda, então a gente imagina que quando a cadeira chegar ele vai precisar daquela naquele estado, mas isso pode mudar no momento da entrega, pode não ser mais aquela, ou a que foi prescrita pode não ser o que a gente considera que seja importante para ele naquele momento. ”

“A gente começou a chamar de inscrição, e não prescrição, e a prescrição ela preconiza um impresso de prescrição, tem um outro impresso que tinha. Que é o da concessão da cadeira de rodas. Era toda uma documentação, que a hora que a cadeira chegava... (tinha que ser feito). ”

Cabe ressaltar alguns aspectos e elementos de apoio ao fluxo planejado também são mencionados como pontos de suporte para a operacionalização cotidiana do mesmo. O fato do circuito se dar todo com as mesmas profissionais, o acesso facilitado, a convocação para o fornecimento feito pelo próprio programa de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM), ao invés da recepção, como ocorre com outros setores, e uma maior sistematização do próprio trabalho foram recordados nas seguintes falas:

“Telefonou, já sai com a agenda, já sai agendado. ”

“Hoje é a equipe de OPM que convoca o paciente (para receber a cadeira, após a inscrição). ”

“O que eu acho que a gente avançou um pouco é na questão de registro, acho que a gente avançou bastante do que era. Era mais solto, sabe? Quando fazia a prescrição, o tanto que a gente perdeu, muito contato com o paciente também, porque o profissional prescrevia, e aí ficava no prontuário, não tinha um controle disso, entendeu? Hoje como a inscrição fica ali com a gente – tem falhas, ainda tem – mas eu acho que esse controle, a gente já melhorou bastante, sabe? Quem está inscrito, para que modelo está inscrito, quantas unidades a gente tem daquele modelo, essa parte aí acho que a gente avançou um pouco. ”

Como grande parte dos procedimentos e fluxos em saúde, a dispensação de cadeiras de rodas se dá no interior de um equipamento, e este numa rede. Dessa forma, chegamos à dimensão organizadora do cuidado que contempla os elementos que sustentam o funcionamento da instituição e a qualificam como ponto de atenção na rede municipal de assistência.

Entre esses elementos, temos que um dos pontos essenciais de qualquer unidade de saúde é o manejo dos materiais e insumos. No contexto municipal da dispensação de cadeiras de rodas, onde lida-se com um material que ocupa muito espaço e adquirido em grande volume de unidades, está posto, segundo a percepção das participantes, o grande nó crítico da dispensação que são, o armazenamento e o manuseio das cadeiras de rodas no interior do serviço.

“Sinceramente, hoje a gente tem um nó antes, que é um nó cotidiano, não adianta a gente diminuir, que é a questão do armazenamento das cadeiras e do manuseio delas. Da briga de espaço aqui dentro do CRR, que as cadeiras estão em espaços de atendimento. (...). Hoje é o nó.”

Além das atividades-meio, compreendidas no caso estudado como o armazenamento e deslocamento das cadeiras, existem ainda outras atividades que sustentam a assistência e a alinham às premissas do SUS e ao campo da saúde coletiva – campo de conhecimento que, por prezar pela saúde holística e longitudinal das coletividades humanas, vai ao encontro dos princípios do SUS e por isso configura-se como transversal a todo e qualquer equipamento que compõe a rede pública. Num plano imediatamente relacionado à prática, as participantes recordaram a gestão de arquivos e pendências, bem como o estabelecimento de prioridades dentro do programa e a utilização de mecanismos mais tradicionalmente ligados à gestão, num movimento de indissociar assistência e gestão, sendo estes mecanismos o diagnóstico situacional, o planejamento e apropriação de processo, como ilustram as falas a seguir:

“Esse é um programa, cadeira de rodas, órtese e prótese, é um programa que é muito cheio de pendências. Isso é muito ruim. Nossos arquivos são frágeis, a gente que organiza não é especialista em arquivo, então nunca sabe direito qual é o melhor jeito de arquivar.”

“Uma outra coisa que a gente vem discutindo é a questão da prioridade, né, que a gente for atender. Quais são as prioridades dentro desse programa? Hoje, a gente não tem.”

“Você tem trinta na lista de espera. Para quem você entrega primeiro? Hoje, a gente só está usando a cronologia. Por quê? Porque não tem critério, então vamos no cronológico, porque é um critério pelo menos, mas ele é ...frágil, incompleto.”

“A primeira ferramenta de gestão, que a gente está conseguindo, é o planejamento. Você vai diagnosticando e interferindo e vai mudando, eu acho que isso vem acontecendo há muito tempo. O diagnóstico,

tanto o diagnóstico in loco, cotidiano, da situação, o diagnóstico e o planejamento continuado. Então acho que diagnóstico, planejamento, e a gente se apropriando do processo. (...). Então é assim, não adianta, a gente tem que se apropriar do processo. Do processo como um todo. Então quando a gente mostrou naquele outro fluxo que tinha esse, que tinha aquele outro paralelo, não adianta dizer “Ah, eu odeio burocracia.”. E a gente, agora que a gente está se apropriando a gente vai inclusive tendo que assumir erros. (...). Então assim, se você não se apropria, fica tudo muito complicado. Ou fica muito pesado, ou fica muito omissso. “Eu não tenho nada a ver com isso” E não é!”

Ainda pensando na operacionalização do programa de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM) - que engloba a dispensação de cadeiras de rodas - dentro do Centro de Referência em Reabilitação (CRR), as trabalhadoras nomearam como pontos organizadores o incentivo e apoio da gestora, assegurando inclusive carga horária minimamente adequada para a execução da função, e a Indissociabilidade da dispensação dentro de outras ações em reabilitação. Contudo, não veem a integração com outros programas como algo trivial e fácil, conforme apontam seus depoimentos a seguir:

“E aí, é aquilo tudo que a gente falou, a Miriam está sempre sabendo de tudo, apoiando, isso é, também tem essa possibilidade. Que nada aconteceria, né? Se a Josiane não estivesse aqui, e se a gente não tivesse com a missão de cuidar de OPM e cadeira de rodas. Com a missão e a carga horária.”

“Então, assim, como que a gente desgruda o programa de cadeiras de rodas do CRR? Do processo de reabilitação como um todo?”

“A gente vem tentando, André, envolver mais a equipe. Dividir mais com a equipe, principalmente os usuários em acompanhamentos no CRR. (...) E a gente vê que, a gente vai ter um caminho bem árduo. Bem árduo. Então assim, você encontra algumas aberturas, mas você chega a encontrar pessoas que se quer entram na sala quando você pede ajuda. Olha assim e fala assim: “Olha, quando teve orientação

*de cadeira de rodas, eu não quis participar. Eu não vou discutir”.
Então, a gente, né, a gente passa por isso. Mas a gente tem tentado.”*

Num âmbito mais próximo à função gestora – incluindo a gestão da unidade e também da rede - propriamente dita do que assistencial, alguns elementos ditam a organização de um centro de reabilitação, e não um centro qualquer, um local que representa o único ponto de dispensação de natureza municipal, como parte de uma rede pública municipal para a assistência em saúde. Nessa dimensão, no presente estudo as profissionais recordaram a gestão das faltas, a escassez de visitas domiciliares para realizar o processo de dispensação e a normativa da exclusividade do atendimento ao munícipe residente em Campinas. Entre os depoimentos mais representativos desse conteúdo, temos:

“Muita falta! Ou você não encontra, ou a pessoa não vem! Isso é um nó! A gente tem hoje, eu vou chutar, mas no mínimo umas 25 pessoas. Que ou você não consegue encontrar, ou você agenda, já agendou 3, tem gente que a gente já agendou 3, 4 vezes, e não comparece. Então isso é uma coisa ruim, porque você fica com um usuário que você não sabe como ele está, do que que ele está precisando, você acha que, você acha que é aquele modelo, então você continua convocando ele praquele modelo e porque aquele modelo está disponível, isso é bem ruim. Isso é um nó do fluxo. ”

“A única coisa que a gente pede é que ele venha. Porque às vezes vem o familiar e não vem o paciente, entendeu? Daí como é que a gente vai avaliar o que o paciente precisa, que numeração que é, sem o paciente estar? ”

“Já aconteceu de fazer visita domiciliar, né? Antigamente, porque agora a gente nem tem conseguido. Às vezes um paciente mais grave, esclerose lateral, uma situação, sabe? Mas não é uma coisa rotineira. E nem fácil. ”

“Então o que que acontece? Se esse cartão for de Sumaré, a hora que eu digitar, não vai autorizar. Não vai vim pra Campinas essa verba. ”

Eixo 2: Processos de trabalho e de assistência

No presente eixo temático, apresentaremos as falas das participantes que convergiram sobre a operacionalização da dispensação, o processo vivido na sua dimensão real e cotidiana. Intrinsecamente relacionada às diferentes balizas e elementos organizativos, influenciando-os e sendo por eles influenciada, a vivência dinâmica dos processos de trabalho e assistência foi destacada num eixo de conteúdo separado. A intenção contida nesta opção não foi negar a inter-relação do trabalho em ato com os elementos organizativos apontados no eixo anterior, mas sim de apresentar os conteúdos de maneira didática, e ainda para que pudesse ser contemplada a ênfase dessa dimensão na voz das trabalhadoras, de modo que a seleção e apresentação dos dados pudessem respeitar a representatividade do conteúdo integral do diálogo.

Dessa forma, os conteúdos a serem apresentados a seguir abordam temáticas como a operacionalização do fluxo construído, bem como sua constante reflexão e (re) construção; a apropriação de outros processos conectados à prática; a lida com uma diversidade de balizas encontradas; desejos, projetos e expectativas para o futuro da dispensação, entre alguns outros tópicos.

Isto posto, abrimos a apresentação destes conteúdos com o entendimento de que os processos que envolvem a dispensação supõem permanente dedicação, reflexão e aprendizado. Tal compreensão não é olvidada na percepção das participantes, que, corroborando seus princípios, enxergam que a construção é também coletiva e conta com parcerias com a gestão e com os usuários, como demonstram as falas a seguir:

“Há dois anos, eu não tinha a menor ideia de como acontecia. Licitação, a própria entrega, tecnicamente como é que era, como é que media, eu não tinha ideia nenhuma. Então estou aprendendo.”

“Não, não tem nenhuma mente brilhante que tire nada, é trabalho, muito trabalho. Horas de trabalho e a gestão, que também topou, né?”

“Tem muita coisa para melhorar ainda. Então é esse o caminho que a gente está fazendo, que não é um caminho fácil, é um caminho das pedras, porque vai e volta, vai e volta. Você vê que você errou, conserta isso, aí tem mais e você descobre mais coisas.”

Como os depoimentos acima apontam, fez parte do cotidiano destas profissionais a apropriação do processo licitatório que acompanha a dispensação, em toda sua complexidade e singularidade. Dada a ocorrência da dispensação em um serviço público municipal, a licitação figurou como elemento organizativo bastante significativo a ser apropriado e lidado no aqui e agora da assistência. Dessa forma, o processo de trabalho constituído foi composto também pelo entendimento e acompanhamento do contrato de licitação e suas etapas, o que se fez presente no discurso das participantes:

“Tem fabricas que já montam uma cadeira específica para o SUS. Daí tem aquele descritivo, mas que (a cadeira) é de qualidade ruim.”

“Teve uma cadeira, por exemplo, que na hora que na hora de fazer o pregão, eles esqueceram de digitar “banho”, entendeu? Aí o que que foi apresentado? Cadeira de rodas, e não cadeira de banho.”

“Sabe uma coisa que a gente viu quando foi fazer a análise técnica? Um exemplo, ó: você pede uma cadeira em duplo X, aí o cara vai lá e ele faz a descrição: “cadeira em duplo X”; você entra no site e vê aquele modelo, ele fala que modelo que ele está apresentando, ela não é duplo X. Mas ele diz lá para você que é duplo X. Então a gente tem que entrar no site, ver se aquilo está sendo feito tudo de fato.”

“Nós estamos descobrindo que é uma loucura. Coisa de doido. Mas vamos ver, né? E aí a gente já tem feito esse raciocínio: “Ó: só que tem mais um (fornecedor aprovado no pregão), é esse mesmo que nós vamos qualificar? Qual será a cadeira desse? ” Porque senão a gente vai ter que ficar com esse, ou então a gente vai ter que tomar a decisão: “Esse ano não vai ter esse modelo. ” - Olha que decisão difícil!”

“Está no final (o trâmite de licitação), só que nós recusamos vários modelos. Coisa que a gente nunca fez na prefeitura, porque a gente não tinha esse acúmulo, esse tempo, essa história, esse envolvimento. E essa vez a gente recusou. Nove modelos, até porque

a gente ficou muito em cima dos modelos e viu o tanto que eles deixaram a desejar. ”

Nestes últimos depoimentos, as profissionais puderam narrar as implicações práticas de seu envolvimento com algumas etapas da licitação, como a cautela para elaborar os descritivos com o máximo de qualidade possível – uma vez que é nestes descritivos que as empresas se fundamentarão para concorrer aos pregões - o acompanhamento do pedido em todas as etapas e a análise técnica dos equipamentos das empresas ganhadoras de cada modelo. O rigor técnico culminou inclusive na decisão pelo não oferecimento de alguns modelos, compreendendo que os ganhadores da licitação não cumpriam os requisitos mínimos para aprovação na análise técnica.

O engajamento em outras atividades, como a elaboração dos quantitativos para a compra, foi também percebido, enfatizado e celebrado como elemento de destaque de seu processo de trabalho, devido potencial de aprimorar concomitantemente a eficiência e o controle macroscópico e epidemiológico da dispensação de cadeiras de rodas. Entre as falas que ilustram esse entendimento, temos:

“Eu acho que isso é um ganho. A questão do acompanhamento quantitativo e da licitação de uma forma mais ativa. A gente acompanhou o ano passado muito, muito de perto. E aí, hoje, por isso que a gente tem cadeira disponível. Não é sobrando, porque não está sobrando, usuário tem de monte, aí, então nós temos cadeira, modelo disponível hoje porque a gente lutou muito com essa coisa do contrato. Sem perder prazo, sabe assim? Sem perder prazo, entendendo...”

“E juntando isso com esse controle que a gente está fazendo melhor agora, hoje se você falar para mim: “Quantas motorizadas tem solicitadas? ”, eu falo para você: “Tem 20. ”. “Quantas não sei o quê, tal...”, “Tem X.”, entendeu? Antes a gente não sabia. ”

Outra dimensão significativa do processo de trabalho das participantes foi a lida com as implicações cotidianas da pouca estrutura física e logística para armazenar e manusear as cadeiras, uma vez que cabe a elas gerenciar e executar

também esta atividade-meio. Dessa forma, faz parte do rol de atividades cotidianas destas trabalhadoras contatar o almoxarifado da prefeitura, receber os equipamentos, armazená-los nos poucos espaços disponíveis, aonde for possível (até mesmo empilhando-os e removendo-os das pilhas quando necessário), manuseá-los como possível e inclusive montar alguns modelos que não vem pré-montados, o que é vivido como um ônus no cotidiano de trabalho. Entre as falas que ilustram mais detalhadamente esta vivência, temos:

“A hora que o cara chega (do almoxarifado, com a entrega de cadeiras) a gente tenta, a hora que o caminhão chega a gente tenta. Mas eles vêm em 3 e [faz sons e gestos de coisas sendo executadas com pressa], entendeu? E a gente correndo atrás, assim, para numerar, para colocar de uma forma que fique mais fácil para a gente tirar. ”

“Nós temos um grande problema, que é: onde colocar essas cadeiras? Entendeu? Então assim, deixa-las na caixa, eles ajeitam 3, 4 em cima da outra, mas a gente consegue. Se a gente monta, também não tem onde colocar. E fica ruim. ”

“A gente não tem espaço suficiente, então você vai pondo uma em cima da outra. Imagina o que é você pegar aquela cadeira que está lá em cima, dentro da caixa, tirar a caixa, descer a caixa, abrir a caixa, tirar da caixa... então é um trabalho braçal, mesmo, assim, não é uma coisa que é tranquilo para nenhuma de nós. ”

“Alguns modelos você tira da caixa, põe a almofada e pronto. Já vem montada. Mas tem outros modelos que não. Essa mesmo que está sobrando aí, que a gente está te falando, vem inteirinha desmontada. O pneu vem solto, o apoio de cabeça, tudo, tudo solto. Tem que montar tudo na hora. ”

As dificuldades relatadas acima, levaram as profissionais a refletirem, compartilharem com colegas e membros do Conselho local de saúde, imaginarem e tentarem uma gama de soluções dentro da sua governabilidade – de contêineres para armazenamento a invenções para o manuseio, pedidos de ajuda ao almoxarifado e acordos com serviços executados por munícipes em situação de prestação de

serviços comunitários para fins jurídicos. Seguem alguns dos depoimentos que ilustram esse movimento:

“Um conselheiro nosso, ele fez um contato com uma empresa, para conseguir um contêiner. Mas só resolve o armazenamento, não resolve a manipulação da cadeira, e a gente acha que pode piorar para a gente a manipulação de dentro do contêiner. ”

“O marido da Josiane bolou um carrinho para carregar as cadeiras lá do fundo para a frente. Então a gente bota em cima do carrinho e a gente trás no carrinho, né? ”

“A gente já fez documento, tentando ver que o almoxarifado mande alguém, mas o almoxarifado não tem, não tem. Não tem profissional suficiente, eles não conseguem separar medicamento para mandar para o Centro de Saúde, entendeu? Imagina que vai destacar um profissional. (...). Então, acho que umas duas ou três vezes, quando a gente estava na gestão, eu e a Cristina, daí a gente fazia o contato, os ressocializados vieram e tiraram da caixa. Eles pelo menos rasgaram a caixa, tiraram a cadeira de dentro, puseram ali, levaram a caixa para fora, eles fizeram isso umas duas ou três vezes, tipo com umas 20 ou 30 cadeiras cada vez. ”

Cabe ressaltar que os depoimentos acima ilustram a dificuldade mais significativa e onerosa para as participantes, o que também explica porque toda criatividade e ajuda é bem-vinda para solucionar a falta dessa estrutura e suporte logístico, sentido como um desamparo.

Ainda nesta perspectiva, outros momentos do processo e do cotidiano destas trabalhadoras exige criatividade e busca de soluções paliativas, devido à falta de algumas ofertas preconizadas na dispensação de cadeiras de rodas. A ausência de uma unidade para manutenção e assistência técnica, por exemplo, traz a implicação de as profissionais terem também que lidar com a verificação das cadeiras recebidas, para no caso de virem com algum defeito contatarem a empresa, bem como de auxiliar os usuários a acessarem as devidas trocas e manutenções previstas na garantia. Ainda, puderam expressar o desejo de ter uma análise de garantia no

serviço e também puderam ter o aprendizado de incluir a assistência técnica no município já no descritivo da compra, para evitar prejuízos e preocupações futuras. Entre as falas mais representativas desse movimento, temos:

“Todos os encostos de cabeça, eles estavam desalinhados. Aí como na época, a gente daí estava com uma boa relação com a empresa, aí veio um técnico e arrumou todos. ”

“Tem a garantia da cadeira, tem um ano de garantia. Então se acontece algum problema, a família procura por telefone, ou a família traz a cadeira. (...). Às vezes a gente consegue resolver, às vezes não consegue. Porque a gente não tinha capacidade de trabalho de ir atrás desse tipo de coisa. Nem sabia que podia, nem sabia que era função nossa. Agora a gente vai vendo que a função é nossa, porque se não for nossa, vai ser de quem? ”

“E aí a gente tem visto, por exemplo, garantia de uma cadeira X: assistência técnica aonde? Só em São Paulo. O cara cadeirante, muitas vezes depende de alguém, e onde que é a assistência Técnica? Em São Paulo. Então tudo isso vai ter que entrar onde? Tudo isso que a gente está aprendendo e apanhando aqui, a gente vai colocando tudo aqui no descritivo. Porque vai ter que constar aqui, que a empresa deverá ter assistência técnica no município de Campinas.”

Ainda numa interface com as empresas, porém num plano já assistencial, as participantes puderam recordar acerca da complexidade em realizar as medidas e a montagem das cadeiras, o que gerou um aprendizado e as fez buscar uma co-responsabilização da empresa fornecedora (inclusive reiterando essa necessidade incluindo-a no descritivo para a compra destes modelos). Foram seus depoimentos:

“Teve muito erro de medida, e aí ficou solto, porque quem errou a medida? Foi a fábrica ou fomos nós? Então a gente quer a co-responsabilidade da fábrica junto com a gente. Então a gente está tentando, a gente colocou no descritivo, sim, que o técnico (deve acompanhar), só nessas daí. ”

“A motorizada nós compramos oito cadeiras só. Mas o que aconteceu? Eles receberam as medidas, só que quando eles chegaram aqui, eles ficaram uma tarde inteira, eles desmontaram e montaram oito cadeiras. Tá? Dá certo, eles fizeram dar certo. Então é isso, a gente também está querendo a co-responsabilidade de um técnico para a gente fazer essas medidas junto. ”

Num âmbito plenamente assistencial e comum a todos os modelos de cadeiras de rodas, existem também algumas lacunas significativas no processo de dispensação, caso da adaptação em cadeira de rodas, serviço não oferecido na rede municipal na época deste estudo. Assim, as profissionais necessitaram restringir a atuação nesse âmbito à pequenas adaptações pontuais (com materiais existentes no serviço ou que a família trouxe, como um cinto de velcro, por exemplo) e ao campo das orientações.

Estão contempladas dentre as orientações realizadas a indicação de quais adaptações serão necessárias, se é possível realiza-la a um custo acessível (por exemplo, diretamente com um tapeceiro ao invés de um profissional especializado em adequação postural) e se a prescrição sofrerá alterações com a adequação indicada/desejada (o que ocasionalmente acontece, uma vez que algumas adaptações exigem um tamanho distinto do inicialmente prescrito para contemplar as necessidades do sujeito). Os depoimentos das trabalhadoras que melhor representam essas implicações estão evidenciados a seguir:

“Não temos recurso nenhum (para fazer adaptação), André. Não temos recurso nenhum. A única coisa que as meninas têm disponível, que às vezes elas utilizam, é a questão do velcro. Para improvisar um cinto, numa cadeira que não tem cinto, mas que também não é tão adequado porque não é macio, né? Mas não tem, nós não temos nada disponível. Espuma, serviço de tapeçaria, nada disso nós temos. ”

“Às vezes a gente sugere para ele ir num tapeceiro. Por quê? (...)O tapeceiro vai cobrar baratinho por uma cunha. ”

“Os pacientes que fazem seguimento aqui, na infantil, às vezes tem um trabalho junto, certo? Aí, compra um spaguetti, entendeu? A

família compra um spaguetti, quando não é o próprio técnico. Aí vai tentando melhorar um pouquinho. Mas não tem recurso. ”

“A gente coloca ela na cadeira, posiciona, orienta a mãe, tal. Precisa fazer uma adaptação? Nós vamos orientar tudo o que a gente pensa em relação a isso; a mãe vai ter que fazer por conta dela. (...). Ela vai procurar um profissional que faça ou o serviço que a criança é atendida. A gente tem feito muito isso, assim: “conversa com o profissional que te atende”, entendeu? “Conversa com ele sobre a cadeira, vê que sugestões ele tem também em relação a melhor posicionamento, em relação a adaptação...”, a gente tem feito isso também. ”

Outra etapa não comumente realizada é o treino. Apesar de não haverem implementado na época do estudo nenhuma ação que o contemplasse diretamente, as profissionais mencionaram o desejo de organizar uma oficina de treino, na qual, os usuários com maior tempo de uso com a cadeira, pudessem auxiliar os demais com menor tempo de uso. Essa intenção, além de buscar uma solução criativa para uma lacuna do processo, reforça o princípio da centralidade do usuário na clínica e no sistema. Tal intencionalidade é expressa na fala a seguir:

“O projeto que a gente tem guardadinho é fazer uma oficina, a gente até fez contato com o usuário, alguns usuários que a gente tem mais vínculo. Uma oficina com usuários que tem mais habilidade com a cadeira, para que ele capacite. ”

A percepção das profissionais acerca do processo de dispensação de cadeiras de rodas também lançou luz na questão clínica e técnica da dispensação. Fez parte do trabalho em ato conhecer mais sobre os modelos para elaborar descritivos melhores para os pedidos de compra, bem como atender de forma mais integral as necessidades dos munícipes. Ao realizar esse movimento, as participantes puderam explorar a prescrição de modelos para elas desconhecidos e ter consciência da dinamicidade do mercado, com sua variedade de ofertas devido aos avanços tecnológicos e a própria competitividade da indústria, o que causa implicações até

mesmo nas estimativas quantitativas dos pedidos. Dentre as falas mais representativas, temos:

“Começar a entender um pouquinho melhor da cadeira em si ajuda quando você qualifica essa cadeira. Eu lembro das primeiras licitações por exemplo, era um horror as cadeiras que a gente recebia. ”

“E a gente também aprendeu muito com essa história da monobloco. (...). Então a gente também está explorando mais os modelos, até, as técnicas. E a gente também foi dando muito mais escuta para o usuário, também. ”

“Também tem a questão do mercado. Em dado momento, fornecia dois, três modelos de cadeira de rodas. Aí quando a gente chegou, ano passado chegamos a 18, 18 modelos de cadeira de rodas, muda muito o quantitativo! Entendeu? Quando você comprava dessas 3, uma delas você comprava 200 cadeiras, agora você tem 18 modelos! Você tem mais opções. ”

Seguindo o mesmo raciocínio, relataram também uma apropriação de uma clínica incerta, uma vez que prescrição pode mudar bastante e inclusive em pouco tempo – seja pelo fato de ser uma criança que aumentou sua estatura, um adulto que emagreceu ou uma mudança de necessidades relacionada aos diversos quadros clínicos que podem prejudicar a mobilidade. Ainda, puderam refletir que a adoção de algumas recomendações dos fabricantes, como por exemplo, o período sugerido de 2 anos para a troca da cadeira, deve ser discutida e flexibilizada se necessário, de acordo com a singularidade de cada caso, a partir da recordação de algumas situações, como as destacadas a seguir:

“O que acontece? Por qualquer motivo - emagreceu, perdeu peso - e a cadeira ficou um balaio para ele. A gente continua tendo problema. Você prescreveu uma monobloco para uma patologia progressiva. Até que ela chegou, a paciente não tinha condição mais, a paciente precisava de apoio de tronco. ”

“Mas são tantas variáveis: mora num lugar que é terra, uma cadeira que já não é de boa qualidade não vai durar (2 anos, o preconizado pelo fabricante).”

“É uma delícia ver o menino usando a cadeira de roda! Ele joga futebol com a cadeira! Então tem que trocar, mesmo. Tem que ter quantas cadeiras ele precisar. Porque ele é criança e precisa brincar! E quebrar muitas cadeiras!”

Nesta trajetória, elas também puderam refletir sobre a riqueza do processo em ato até nos seus acasos e incertezas, ressignificando equívocos em favor da dispensação – como um erro de projeção quantitativa que permitiu a continuidade de dispensação de alguns modelos – ou aproveitando uma cadeira quebrada para lidar com a falta de equipamentos para mostruário e teste. Ainda, recordam sobre uma brecha para atuação com a dispensação de uma cadeira a um usuário que estava no serviço para receber outra modalidade de atendimento, rompendo a setorização e ampliando a clínica integrada e interdisciplinar. Nesse âmbito, foram suas falas:

“Como a gente pôs no quantitativo o que a gente não sabia, a gente não sabe as pessoas que vão chegar e o que elas vão precisar, então a gente pediu a mais. Entendeu? Do que precisou. Então a gente tem esses modelos para pronta entrega.”

“E a gente deu a sorte de ter uma cadeira quebrada que a gente consegue apresentar ela para o usuário. Então você apresenta mesmo, a gente apresenta: “Olha...”. Porque é uma cadeira com mais tecnologia, a monobloco.”

“Olhamos a criança: “Não, ele veio por conta da órtese”. (...). Botamos o moleque na cadeira. O molequinho já encaixou, vai melhorar a capacidade pulmonar do menino, porque a cadeira dele é muito deitada. Na hora em que a gente jogar, ele tem condição, a cadeira tem cinto, camiseta. Ele tem um “varão” de tornozelo, que talvez, talvez o suporte segure um pouquinho. Então a presença dele aqui possibilita isso. Isso é bem legal.”

Numa dimensão mais relacionada à micropolítica, onde se opera a integração da dispensação com outros setores e programas da instituição, as profissionais se reportaram à elementos considerados por elas facilitadores na lida com esta baliza. As participantes então ponderaram sobre características pessoais, história pregressa no serviço estudado e ainda o potencial que carregam os resultados visíveis aos demais profissionais da instituição, por mostrar sob uma ótica concreta a diferença provocada pelo trabalho realizado na qualidade de vida dos sujeitos, algo que também contribuiu para um movimento de integração vindo de outro programa – um convite para um acolhimento conjunto entre os programas de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção e o de atenção ao paciente vítima de acidente vascular encefálico (AVE). Entre as falas mais representativas, temos:

“A Josiane é uma pessoa muito bem aceita, entendeu? Não que eu não seja, mas, assim, eu tenho um histórico muito grande na gestão. Então até acho que as pessoas me respeitam bastante, porque eu trabalhei na infantil e eu sou muito sossegada também. Quando eu sou técnica, eu sou técnica. É, mas, a gente tem a Josiane, assim, com uma personalidade muito tranquila. ”

“É uma mudança na qualidade de vida, né? E a equipe vai acompanhando e vendo essas mudanças também, né? ”

“O pessoal convidou a gente, né, e é legal também isso. Convidou a gente do programa do OPM/Cadeira de rodas para participar do acolhimento do AVE. Isso é bem legal, né? A gente vai se organizar e vai estar construindo a agenda junto com eles, para participar disso. Porque eu acho que também o grupo vê que a gente também não se fecha no casulo, a gente não é profissional de trabalhar fechado no casulo, e o programa de cadeira de rodas já foi muito isolado. ”

Sendo construção permanente e dinâmica, o processo de dispensação de cadeiras de rodas em ato pôde despertar nas participantes alguns desejos e projetos visando o aprimoramento do próprio processo. Além do já mencionado projeto de promover uma oficina de treino com os usuários, figura entre suas intenções a promoção da manutenção e da adaptação por meio da existência de uma oficina

ortopédica, possibilidade esta ponderada inclusive com detalhes operacionais de implantação, como aparece nas falas a seguir:

“Mas é, a adaptação e manutenção, são projetos. Então a gente também quer formalizar isso. Na verdade, vão ser sempre contratos, enquanto não tiver oficina ortopédica, né? Porque a manutenção e a adaptação são serviços da oficina ortopédica que a gente vai ter um dia. Mas enquanto isso não acontece, a gente teria que conseguir esse serviço, entendeu? Por licitação. ”

“Sim, a parte da oficina (ortopédica) é um plano médio-macro, né? Ela vem que vem para trazer muita coisa, só que a gente entende que, conseguindo todas as aprovações, essa oficina não fica pronta antes de quatro anos. Conseguindo tudo, tudo rodando, tendo dinheiro, comprando equipamento. Sem falar na questão do RH, como é que eles vão pôr para funcionar essa oficina que não tem no mercado, né, você não tem ortesista, protesista no mercado, porque é difícil mesmo.”

No âmbito dos seus desejos e projetos, as trabalhadoras pontuaram também a incorporação de um profissional assistente social no programa de prótese, órtese e meios auxiliares de locomoção, a diminuição da sobrecarga advinda da execução das funções de armazenamento e manuseio das cadeiras, o que as deixaria mais disponíveis para se dedicar mais à parte assistencial, bem como a integração com a equipe toda da instituição, aproximando-se da integralidade da assistência. Num âmbito mais técnico-assistencial, o próprio aprimoramento e capacitação técnica foram recordados enquanto desejo. Os depoimentos que ilustram de maneira mais representativa estes conteúdos foram:

“Então assim, eu acho que a gente, é uma outra coisa que a gente tem muito desejo de incorporar, um assistente social na nossa, no nosso programa, de uma forma bem parceira, lado a lado, tudo o mais. ”

“Eu acho são três nortes mesmo: essa questão logística, a questão técnica da equipe que está envolvida, e o envolvimento pouco a pouco dentro do serviço, entendeu? Que as pessoas se apropriem um pouco

mais. Não da concessão de cadeiras de rodas, mas da cadeira de rodas do Joaquim, que eu atendo em reabilitação, entendeu? Já vai ser um “ganhão”. Acho que são três. ”

5. DISCUSSÃO

O processo de dispensação de cadeiras de rodas estudado mostrou-se simultaneamente complexo, singular e significativo em vários aspectos. Diante do mesmo, alguns pontos essenciais emergem para o debate, em especial a integralidade enquanto aspecto da luta em defesa da totalidade da vida e o desafio de expressá-la operacionalmente, enquanto organização de fluxos e serviços, no cotidiano da assistência e da gestão.

Matos ⁸ corrobora o exposto acima, uma vez que para este autor figuram entre os grandes conjuntos de sentidos conferidos à integralidade a noção desta enquanto imagem-objetivo e bússola de boas práticas, bem como enquanto organização de ações e serviços de saúde.

Completa a sua concepção a noção da integralidade no plano macropolítico, materializada em condutas e tomadas de decisões como prioridades governamentais de alocação de recursos, política de pessoal, etc. Esta última dimensão da integralidade, contudo, não se destacou como as demais no presente estudo, dada sua ênfase nos processos de dispensação de cadeiras de rodas dentro de um equipamento específico, o Centro de Referência em Reabilitação 'Jorge Rafful Kanawaty'.

A defesa da totalidade da vida é aqui tomada em seu sentido amplo, compreendendo a contemplação de necessidades, a garantia de direitos e a promoção da autonomia. No caso estudado, um marco da história do serviço é sua passagem de 'Serviço de Fisioterapia' para Centro de Reabilitação Física, com a ampliação do quadro profissional, e posteriormente, para Centro de Referência em Reabilitação. Ainda, o próprio processo de dispensação de cadeiras de rodas é qualificado e respaldado por diferentes coordenadoras com a presença de profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Essa postura é significativa ao tornar o processo de dispensação mais interdisciplinar, o que favorece a compreensão e assistência das necessidades em saúde e as enquadra na concepção holísticas de bem-estar. Neste movimento, como já proposto através do conceito de *comprehensive health* ⁹ ou mesmo da definição de saúde apresentada pela OMS, enquanto pleno bem-estar físico, mental e social ⁴³, estava contida a crítica às práticas fragmentadas, preocupadas em segmentar o indivíduo para intervir em determinado órgão ou sistema do seu ser.

Não obstante, as profissionais lembraram em suas falas a luta para efetuar uma dispensação técnica e não social. Tal afirmação complementa o exposto acima, levantando duas questões significativas. A primeira é a advocacia pela responsabilidade profissional em dispensar uma tecnologia efetiva e que contemple as reais necessidades do sujeito. A importância de tal conduta excede inclusive o setor público e se intensifica diante da facilidade em acessar certas tecnologias na esfera privada, pela compra, e em algumas entidades do terceiro setor, através de doação ou empréstimo, sem a prescrição de um profissional, caso inclusive das cadeiras de rodas.

Este fenômeno pode representar para o usuário o acesso à uma tecnologia aquém de suas necessidades ou mesmo prejudicial ao usuário – uma cadeira de rodas em numeração acima do indicado a um usuário, por exemplo, pode causar nos ombros do mesmo uma lesão causada pelo movimento de propulsão do aro fora das recomendações ergonômicas. Ainda, esse fenômeno pode ser reforçado ou intensificado na esfera privada, onde a publicidade de algumas empresas exerce maior influência.

Um investimento a ser considerado, perante o acesso às cadeiras de rodas sem a prescrição de um fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, é a regulamentação deste acesso via o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFITO.

Uma situação que ilustra o apontamento acima é o caso dos aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI). De acordo com a Resolução 431, de 19 de abril de 2013, do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFF) ⁴⁴, que dispõe sobre o trabalho do fonoaudiólogo que atua com aparelho de amplificação sonora individual, temos que a realização dos procedimentos de avaliação auditiva necessários à indicação, seleção e adaptação dos AASI é habilitação deste profissional, o que inibe a comercialização do equipamento sem sua indicação.

A segunda questão contida na defesa da entrega técnica e não social, bem como na celebração da despatrimonialização das cadeiras de rodas, é a afirmação da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Embora esta premissa esteja sancionada desde 1988, no artigo 196 da Constituição Federal ⁴⁵, Santos e Giovanela ⁴⁶ apontam que a saúde das coletividades ainda é ameaçada por outros interesses, que provocam interferências que distorcem ou anulam o direito à saúde. Dessa forma, municípios em momentos de necessidade e fragilidade podem procurar o acesso a um

determinado bem ou procedimento pelo âmbito privado ou assistencialista, e pela vulnerabilidade da situação, ficam propensos a serem manipulados, tendo o seu direito à saúde reduzido ao direito de consumo, ou ainda transformado em favor.

Outra dimensão que se reporta à defesa da vida está contida na promoção do protagonismo dos usuários, bem como o lugar central dos mesmos nas ações e intenções dos profissionais e do serviço. A preservação e promoção de autonomia do usuário, relatada no cotidiano das práticas das profissionais através da escuta permanente às suas necessidades e inclusão nas decisões sobre a cadeira de rodas fornecida, bem como no incentivo ao envolvimento nos processos de decisão e nas ações da extinta câmara técnica, não só é algo recomendável, é vista por autores como Campos ⁴¹ como grande possibilidade de mudança na linha de ampliação da clínica e da finalidade do trabalho em saúde.

Esta centralidade também se estende à participação no processo todo da dispensação, auxiliando a equipe técnica na elaboração dos descritivos, na análise dos produtos das empresas vencedoras da licitação, e sendo incluído como protagonista de projetos assistenciais futuros – caso do desejo das participantes da presente pesquisa em implantar uma oficina de treino de mobilidade com as cadeiras de rodas, executada pelos munícipes que a utilizam há mais tempo.

Ainda, a defesa da totalidade da vida se evidencia na história do município, ao instituir o Conselho Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência e com Necessidades Especiais (CMADENE), e na história do Centro de Referência em Reabilitação, na implantação de seu conselho local, garantindo o princípio do controle social e consequentemente a co-gestão do equipamento público pela sua parte mais interessada, os usuários.

Para Menicucci ⁴⁷, norteadores como a integralidade, saúde enquanto direito e a centralidade do usuário expressa no exercício de sua autonomia e da co-gestão dos processos e serviços, são condizentes com as principais intenções da reforma sanitária brasileira. Ao garantir a constitucionalidade do direito universal à saúde e instituir o SUS, o movimento, alinhado à ideia de cidadania que na segunda metade do século XX adquiria força no Brasil, buscou promover uma ruptura com o modelo meritocrático/corporativista que imperava nas práticas de saúde através de um reordenamento ideológico e institucional.

Isto posto, o grande desafio passa a ser a operacionalização desta defesa da vida nos fazeres diários, a expressão da integralidade em sua dimensão

organizacional de fluxos e serviços. Partindo da premissa que há uma crescente abertura nos serviços públicos de saúde para a problematização da gestão e da assistência em diferentes contextos, Brito et. al.¹² afirmam que mesmo considerando um modo de produção dominante, uma dada cultura e uma dada conjuntura, é importante estar atento às singularidades das situações de trabalho em sua concretude.

Considerando os quatro grandes conjuntos de normas que balizam o trabalho em saúde¹² nos serviços públicos: as normas ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais; ao planejamento e à organização prescrita do trabalho; ao trabalhador e aos coletivos de trabalho; e as normas ligadas aos usuários, temos que no contexto do caso estudado, foram as balizas relacionadas ao planejamento e à organização prescrita do trabalho que marcaram mais solidamente o processo de dispensação de cadeiras de rodas.

Neste escopo, Simioni⁴⁸ destaca o tema da gestão de suprimentos enquanto problemática atual, desafiadora e significativa, dado que a Lei 8.666/93, chamada 'Lei das licitações', não garante por si só a qualidade e eficiência na aquisição de bens e serviços pelo setor público. Uma gestão inadequada dos suprimentos pode proporcionar interrupções e lacunas nos processos de tratamento e recuperação da saúde e da qualidade de vida. Para evitar que isto aconteça, e também para garantir a qualidade na prestação de serviços, os equipamentos públicos vem se aproximando dos processos da gestão de suprimentos, entre eles o planejamento de compras, o controle e gestão dos estoques, o desenvolvimento de condições de compra e recepção e armazenagem dos referidos estoques.

No caso da dispensação de cadeiras de rodas no Centro de Referência em Reabilitação estudado, observou-se na fala das profissionais que um dos aspectos da gestão de suprimentos foi percebido como destaque do trabalho delas, que foi a apropriação do processo, com qualificação dos descritivos de compra e dos quantitativos.

Um desdobramento imediato desta postura para a dispensação é a qualificação e agilidade possível conferida ao processo, culminando inclusive na dispensação contínua de alguns modelos, o que representa um significativo sucesso destas profissionais. Compreender e aceitar que a dispensação é dada dentro de um contexto, e o mesmo exige um envolvimento e um investimento que transcende a atuação estritamente técnica, configura-se como um exercício diário da não-

fragmentação do cuidado e das práticas, colaborando para a continuidade e integralidade dos processos em saúde.

Não por acaso, Simioni ⁴⁸ aponta como sendo pontos-chave do fluxo de compras a especificação do bem adquirido e seu adequado recebimento. Assim, no caso estudado, observou-se que na medida que a especificação do produto foi ponto significativo de destaque, o recebimento das cadeiras de rodas, assim como seu armazenamento e manuseio, foi dimensão significativa enquanto ônus às participantes da pesquisa, dado principalmente ao acúmulo de função, pelo desempenho de funções de almoxarifado, bem como pelo tempo consumido no desempenho desta tarefa e pelo desafio que esta representou para suas condições físicas.

Outro ponto de discussão que se relaciona com o planejamento e a organização prescrita do trabalho foi a chegada tardia de recursos para a oferta da adequação e a ausência de recursos para a manutenção das cadeiras de rodas.

Para a OMS ²², que preconiza a adequação como etapa essencial da dispensação, trata-se de um passo crítico para a garantia do conforto, segurança e contemplação das necessidades do usuário. Ossada et. al. ⁴⁹ corroboram esta afirmação e complementam que a adequação oferece também maior estabilidade, mobilidade e dirigibilidade, o que influencia a aceitação da tecnologia.

Os autores apontam ainda que as cadeiras sem adequações são frequentemente abandonadas pelos usuários, o que leva à inferência de que a ausência desta etapa da dispensação corresponde a um mau uso das finanças públicas, ao entregar um equipamento fadado ao abandono. Ainda, deixa os usuários que necessitam da adequação à sorte do mercado privado, muitas vezes mais comprometido com o lucro do que com a integralidade.

Matos ⁵⁰, por sua vez, enxerga que a privação de uma pessoa ao acesso a certas tecnologias que são potencialmente capazes de promover ou recuperar a saúde é inaceitável, sendo que o reconhecimento de que cabe ao Estado assegurar a todos o acesso às ações e serviços de saúde deve ser radicalmente defendido.

Não menos importante, a manutenção das cadeiras também se configura como ponto essencial para a continuidade das boas condições de uso do equipamento²², sendo apontada pelas participantes deste estudo como solução ideal a implantação de uma oficina ortopédica. Como medida paliativa, há de se pensar na aquisição deste serviço por meio de convênios ou contratos no futuro próximo, para

aproximar-se da integralidade e desonerar as trabalhadoras, que se veem com pouco tempo e recursos materiais para assistir essa demanda. Outra medida paliativa proposta em diversos países, como nos aponta a OMS ²², são os convênios com oficinas automotivas e bicicletarias para alguns reparos nas cadeiras de roda, evitando assim o abandono das mesmas pelos clientes.

De forma interligada com a manutenção, outro ponto do seguimento longitudinal do uso do equipamento proposto pela OMS ²² e ausente na dispensação estudada é o *follow-up*, que pode ser compreendido como retornos para monitoramento do uso da cadeira de rodas e das necessidades do usuário. Esta etapa abre caminho para entrarmos em outra dimensão das balizas que influenciam o processo de trabalho, que são os diferentes conhecimentos técnicos e científicos.

A partir do fluxo planejado e do discurso das participantes da pesquisa, é possível observar um significativo investimento na integralidade em sua dimensão clínica, sob ótica de contemplação das reais necessidades dos sujeitos. Essa observação se dá em diversos elementos, como na etapa de inscrição do fluxo, que pode ser compreendida como uma prescrição que acolhe as incertezas do processo licitatório e da clínica da mobilidade humana.

É possível também observar a integralidade em sua dimensão clínica na própria atuação das profissionais que participaram do estudo, uma vez que realizam análise e intervenção conforme a singularidade de cada caso, em detrimento de uma clínica mais procedimental, e mediante orientação à incorporação das inovações tecnológicas.

Mesmo indicando em seu discurso a valorização da técnica, não se prendem estritamente à esta dimensão, valorizando e buscando a excelência também na gestão de suprimentos. Ainda, abriram-se a propostas de acolhimento compartilhado com o setor de atenção ao Acidente Vascular Encefálico, o que denota uma postura favorável à integração.

Corroborado por Brito et. al. ¹², esse movimento sugere que a dispensação de cadeiras de rodas não é estática e está constantemente sujeita à renormatizações, que problematizem as normas antecedentes em nome da integralidade. Ainda, apesar de adotarem o nome de 'Programa de Órtese, Próteses e Meios Auxiliares de locomoção' (OPM), o trabalho das profissionais está orientado para o que Morin, Ciurana e Motta ⁵¹ classificariam como estratégia, e não programa. Para estes autores, o programa trata de um conjunto de receitas eficazes para se chegar num

resultado previsto, sendo este pouco ou em nenhuma medida condicionado pelo ambiente.

Em contraponto, Morin, Ciurana e Motta ⁵¹ apresentam sua compreensão sobre estratégia, que caminha no sentido de abrir-se à integração, os acasos e incertezas dos processos. Nas próprias palavras destes autores, temos que:

“Se temos certeza de que a realidade muda e se transforma, então uma concepção do método como programa é mais do que insuficiente, porque, diante de situações mutáveis e incertas, os programas de pouco servem e, em contrapartida, faz-se necessária a presença de um sujeito pensante e estrategista. (...) Em situações complexas, nas quais, num mesmo espaço e tempo, não há apenas ordem, mas também desordem; não há apenas determinismos, mas também acasos; em situações nas quais emerge a incerteza, é preciso a atitude estratégica do sujeito ante a ignorância, a desarmonia, a perplexidade e a lucidez.” ⁵¹

Não obstante, alguns elementos nos indicam que a clínica realizada pode ser aprimorada se integrada com outros conhecimentos e estratégias, sobretudo do campo da saúde coletiva e da gestão. Além da já mencionada ausência de retornos para acompanhamento, foram também pontuados o sistema fragilizado de referência e contra-referência, as dúvidas acerca do estabelecimento de prioridades para atendimento, a incipiente gestão da informação e das pendências e os desafios da integração com outros profissionais e setores da instituição.

Um exemplo do exposto acima seria a integração com a estratégia de apoio clínico matricial para que o *follow-up* do uso das cadeiras de rodas seja feito pela equipe da atenção primária, com supervisão e retaguarda do Centro de Referência em Reabilitação. Os Centros de Saúde integrariam esse olhar ao cuidado permanente e próximo ao indivíduo, que retornaria ao serviço estudado apenas se constatado alguma inadequação no uso ou condições do equipamento.

Essa estratégia seria preciosa ao mesmo tempo para o cuidado com o sujeito assistido, e a organização deste dentro da rede de atenção. O sujeito seria poupado de um deslocamento muitas vezes significativo e desnecessário e seu projeto de cuidados poderia contar com um olhar profissional para seu ambiente e para o grau de autonomia conquistado ou não em seu contexto real de vida,

aproximando-se do conceito de solução assistiva proposto pela Associação para o Avanço da Tecnologia Assistiva na Europa (Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe – AAATE) e a Rede Europeia de Informação em Tecnologia Assistiva (European Assistive Technology Information Network - EASTIN)¹⁷.

A rede de atenção, por sua vez, legitimaria seu objetivo de integrar sistemicamente e por meio de relações horizontais ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral e de qualidade ⁵². Contaria também com protagonismo de atenção primária em seu papel de coordenar o cuidado sem perder de vista a dinamicidade do território sob sua responsabilidade ^{52, 53}. Ainda, a cooperação instituída evitaria que o Centro de Referência e os Centros de Saúde fossem onerados em suas rotinas, pelo compartilhamento da responsabilidade.

Para alguns autores como Mendes ⁵⁴ e Cecílio ⁵⁵, o próprio modelo de atenção à saúde, ainda marcadamente fragmentado e hierárquico, deve ser superado. Sugerem arranjos que valorizem a continuidade das práticas, com serviços interligados no formato de rede ou circuito que o munícipe percorre para receber cuidados, em detrimento do modelo clássico piramidal, que estabelece uma hierarquia entre os serviços e suas ações. Souza ⁵⁶ corrobora o exposto, contribuindo também ao sinalizar que o modelo de atenção em redes, embora falte lograr em largas escalas na realidade brasileira, é provavelmente a principal estratégia para operacionalizar o cuidado integral.

Neste prisma, cada estação, como o próprio Centro de Referência em reabilitação, é vital em sua condição de ponto desta rede para a garantia da longitudinalidade e continuidade do cuidado. Compreende-se que as ações não se encerram ali, e precisam estar alinhadas ao conjunto de ações que compõe o cuidado a cada um dos munícipes que ali é atendido.

Isto posto, evidencia-se a comunicação do serviço estudado com os outros pontos de rede, sobretudo os Centros de Saúde, dado seu papel enquanto centro de informações e coordenador do cuidado. Sugere-se, além da incorporação de retornos para *follow-up*, a problematização da contra-referência para que esta possa ser sempre realizada e de maneira cuidadosa. Recomenda-se que seja preferencialmente documentada e ocasionalmente acompanhada de uma discussão por telefone ou presencialmente com a equipe de referência na atenção primária, em casos prioritários ou de maior vulnerabilidade, a fim de monitorar a efetividade do uso da

cadeira de rodas e as necessidades de seus usuários, para que estes não fiquem desassistido no decorrer do tempo.

Ainda nesta frente de atuação, observa-se o acesso facilitado, feito diretamente por telefone e sem necessidade de referência, como um ponto positivo para o acolhimento de demandas, inclusive como porta de entrada do sistema. Cecílio⁵⁵ se posiciona favoravelmente à esta conduta, e alerta que enquanto porta de entrada deve ser qualificada para o reconhecimento de vulnerabilidade e organização dos munícipes na rede, a fim de garantir o acesso à todas as ofertas de atendimento condizentes com suas necessidades.

Dessa forma, indica-se a união de esforços das profissionais que dispensam as cadeiras de rodas com o núcleo de saúde coletiva do serviço, bem como os profissionais destinados à realização ao apoio clínico matricial e à gestão da clínica. Estas estratégias podem ser recursos potentes para análise da demanda, inclusive sob ótica da epidemiologia, bem como para reconhecer vulnerabilidades e estabelecer prioridades de atendimento. Ainda, a equipe responsável pelo apoio matricial pode ter o papel de capacitação das equipes dos centros de saúde, buscando aumentar sua autonomia e capacidade de resolver problemas no âmbito da atenção primária, bem como buscando respostas para a problemática das faltas ocorridas no processo de dispensação de cadeiras de rodas. Oliveira e Campos ⁴¹ também advogam em favor do apoio matricial, afirmando que este busca, através da integração de diferentes profissionais e disciplinas, um contrato de trabalho compartilhado que visa a co-gestão e co-responsabilização pelos casos.

A gestão da clínica, por sua vez, é estratégia existente no município de Campinas baseada nos trabalhos de Mendes ⁵⁴, que visa, com metodologia próxima do apoio clínico matricial e a utilização de tecnologias de microgestão (como a gestão de caso, gestão de condição clínica – mais associada com a lida de uma patologia em especial - e gestão de fila de espera), assegurar padrões clínicos ótimos, aumentando a eficiência e diminuindo os riscos para os usuários e para os profissionais. Através de seu papel no auxílio para elaboração de diretrizes e protocolos clínicos, utilizar-se desta estratégia pode ser uma indicação para as profissionais do Centro de Referência estudado, enquanto apoio para estabelecer critérios de prioridades, desejado em suas falas.

A gestão dos registros e das pendências, também exposto no discurso das participantes, além de poder ser problematizado e abordado no âmbito do núcleo de

saúde coletiva e da gestão da clínica, pode ser compartilhado com a coordenação local. Em conjunto, podem ser esmiuçados os pontos fortes e fracos desta dimensão do processo de trabalho, bem como elaborado um escopo das ações que podem ser tomadas e o teste das diferentes possibilidades.

Pereira Junior e Campos ⁵⁷ atentam ainda para um recurso que, embora inexistente no Centro de Referência em Reabilitação, é uma realidade de algumas unidades de saúde do município - sobretudo os Centros de Saúde - que é a figura do apoiador institucional. Considerado uma estratégia de co-gestão, apoia a formulação e a execução das práticas, e ao mesmo tempo, demarca uma postura ético-política, uma vez que objetiva a democracia institucional e a construção de autonomia dos sujeitos.

Entre as funções esperadas para a figura do apoiador institucional, estão o acompanhamento de processos de mudança, articulando objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, mobilizando a construção de espaços coletivos de trocas e aprendizagens e provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Buscando novos modos de operar e produzir das organizações, torna-se também responsável pela mediação, negociação, manejo e aplicação de ferramentas e instrumentos de gestão, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento.

A partir destas responsabilidades, infere-se também que seria um recurso bem-vindo para aprimorar a integração das profissionais que lidam com a dispensação de cadeiras de rodas com outros profissionais e setores da instituição. Esta iniciativa pode ainda ser potencializada união de esforços com o colegiado gestor do serviço e com o próprio conselho local de saúde.

Para Onocko Campos ⁵⁸, os espaços de tomada de decisões e formulação de projetos coletivos tem a potência de processar e aumentar a implicação dos trabalhadores com o produto, contribuindo com a reinvenção da instituição para produzir criação, solidariedade, autonomia e desalienação. Sabendo que as participantes da presente pesquisa já partem de algumas estratégias felizes na tentativa de integração, como a utilização de suas habilidades micropolíticas individuais e a concretude dos resultados positivos de seu trabalho, nestes espaços a dispensação pode ser interpretada e incorporada enquanto parte de um projeto coletivo maior, a reabilitação física e a promoção de qualidade de vida e de saúde, o que possibilitaria a manutenção e qualificação da integração já iniciada com o

programa de atenção ao acidente vascular encefálico, como também a criação de outras formas de integração com outros profissionais e programas do Centro de Referência em Reabilitação.

Merhy ⁵⁹, ao discorrer sobre a gestão a favor de mudanças, afirma que as tensões – como as encontradas pelas participantes - sempre existirão, sendo as práticas de saúde alicerçadas em um campo tensional. Entretanto, assim como no campo da física, as tensões carregam potência para transformações e mudanças alinhadas às práticas e organizações mais alinhadas à integralidade.

Entrando na dimensão da rede de saúde municipal e sua relação com os municípios próximos, que aparece na fala das participantes enquanto desafio cotidiano na lida com usuários de outros municípios, temos que uma conduta dentro da governabilidade das participantes do estudo e da gestora local é a problematização do assunto, a partir de seu colegiado gestor e conselho local, em outras esferas decisórias, como o conselho municipal de saúde.

À guisa de finalização desta discussão, sem, entretanto, a pretensão de esgotá-la, temos que a construção de um sistema de saúde integral, em cada uma de suas práticas e seus processos, não está dada. A fragmentação do cuidado, pela sua significativa hegemonia na história, deve ser enfrentada permanentemente, sendo a integralidade um pilar transversal de ação reflexiva e prática. Essa empreitada, contudo, vislumbra na análise dos processos de trabalho e assistência e suas respectivas balizas, as brechas e luzes que guiam à novos movimentos em defesa da vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste estudo de caso acerca da integralidade nos processos de dispensação de cadeiras de rodas no Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty”, no município de Campinas, é possível considerar que tais processos envolvem uma complexidade única, e que a integralidade pôde estar presente em seus múltiplos sentidos.

Foi possível observar a trajetória do Centro de Referência em Reabilitação, história de lutas e conquistas alcançadas também pelo fato de que os profissionais que viveram esse momento tiveram a integralidade da saúde como norte e como imagem-objetivo. A dispensação de cadeiras de rodas, assim, superou o modelo assistencialista de entrega e se consolidou como conduta técnica e pautada num corpo de conhecimento compartilhado e participativo, em detrimento de um arranjo mais procedimental e burocrático.

Atualmente, a dispensação de cadeiras de rodas no serviço estudado é a única de natureza pública municipal em Campinas, e assume alta responsabilidade na rede, dado o grande volume de unidades dispensadas (aproximadamente 1.500 unidades por licitação). Fundamenta-se principalmente nas etapas de inscrição - equivalente a uma triagem técnica, uma prescrição aberta às incertezas - montagem, entrega e orientações.

Além da dispensação em suas múltiplas etapas estar aquém das recomendações da OMS, se configuram como pontos fracos a estrutura insuficiente do serviço, a escassez de recursos, que leva as profissionais envolvidas a se envolverem com o manejo de algumas atividades-meio como recebimento, armazenamento e manuseio das cadeiras, e ainda o incipiente entrosamento com outros setores da instituição e outros pontos da rede.

Como pontos fortes da dispensação considera-se a constituição de uma clínica aberta às incertezas, com caráter mais estratégico que programático, bem como a apropriação do processo licitatório e qualificação da especificação dos pedidos de compra, o que contribuiu para a gestão de suprimentos e para a integralidade do processo todo.

O processo de dispensação de cadeiras de rodas hoje construído é percebido pelas participantes deste estudo concomitantemente enquanto potência, pela construção coletiva e compartilhada que pôde acolher as incertezas e a

multidimensionalidade do processo, e enquanto ônus, dado principalmente ao acúmulo das funções de almoxarifado, bem como pelo tempo consumido no desempenho das mesmas e pelo desafio que representaram para suas condições físicas.

Dessa forma, a integralidade fica pulsante no presente estudo em sua dimensão enquanto organização das práticas e dos serviços. Tendo em vista o desafio do contexto apresentado, considera-se que a integralidade possível foi atingida principalmente através da atitude das participantes, que optando pela não-fragmentação de si e de suas práticas, transcenderam a dimensão estritamente técnica do processo de dispensação, apropriando-se do mesmo, aprendendo e lidando melhor com a gestão de suprimentos e com as incertezas da clínica da mobilidade humana em si.

Isto posto, considera-se que para desafios complexos não existem soluções simples. Em um plano mais próximo da governabilidade das participantes do estudo e da coordenadora do serviço, recomenda-se que haja aprimoramento da clínica no seu âmbito macroscópico, aperfeiçoando a leitura das necessidades e intervenções coletivas e o diálogo com demais pontos da rede com os recursos existentes – núcleo de saúde coletiva, gestão da clínica, apoio clínico matricial, apoio institucional.

Mesmo num plano mais distante da governabilidade dos trabalhadores do serviço, as lacunas estruturais como a oficina ortopédica e melhor sistema de apoio, não devem ser esquecidas, mas problematizadas no âmbito coletivo, democrático e interdisciplinar. Deve, portanto, agregar:

- Usuários: em sua singularidade e enquanto coletivos organizados;
- Assistência: em seu sentido amplo, contemplando a diversidades de trabalhadores e setores que cooperam para a atenção integral ao munícipe com mobilidade reduzida e da qualificação de uma rede resolutiva e sistêmica, incluindo o núcleo de saúde coletiva, a gestão da clínica e os profissionais ligados ao apoio matricial;
- Gestão: também considerada aqui amplamente, ou seja, não apenas o coordenador da unidade, mas este em parceria seu colegiado gestor, o apoiador institucional, quando houver, os gestores das áreas técnicas, do departamento de saúde, da secretaria de saúde e ainda de outras secretarias envolvidas, como a secretaria de finanças e a secretaria de assuntos jurídicos, por exemplo.

Figuram entre as intenções de futuras pesquisas: investigar a percepção dos sujeitos que acessaram a cadeira de rodas por meio do serviço estudado, acerca do processo vivenciado e do impacto do equipamento recebido na sua autonomia e participação; investigar a influência de estratégias como as visitas domiciliares e as discussões sistemáticas com equipe dos Centros de saúde de referência na prescrição da cadeira de rodas realizada pelos profissionais do Centro de Referência em Reabilitação; analisar demais serviços de Campinas e outros municípios que realizam a dispensação de cadeiras de rodas.

Assim, diante da proposta construída, dos objetivos propostos e do desenho metodológico apresentado, aprecia-se que esta pesquisa cumpriu suas aspirações programadas, e ao mesmo tempo, apontou novas possibilidades para aprofundamento da temática no cotidiano dos serviços e em estudos futuros.

7. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). [Acesso em 19/07/2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm.
2. Rocha EF. Deficiência e Reabilitação: Questões históricas e epidemiológicas. In: Rocha EF (org.) Reabilitação de Pessoas com Deficiência: A intervenção em discussão. São Paulo: Rocca; 2006, p. 09-60.
3. Norden MF. The Cinema of Isolation: A History of Physical Disability in the Movies. New Brunswick: Rutgers University Press; 1994. 384p.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família das Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
5. Buchalla CM, Farias N. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005, 8(2):187-93.
6. Brasil. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. [Acesso em 02/04/2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.
7. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS (org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª edição revista e aumentada. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 531-62.
8. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2009. p. 43-68.
9. Mello GA, Viana ALA. Uma história de conceitos na saúde pública: Integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, 2012, 19(4):1219-39.
10. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 117-30.
11. Sancho LG. Avaliação econômica em saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007, 95p.
12. Brito J, Muniz HP, Santorum K, Rammingier T. O Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: Assunção AA, Brito,

J. (Orgs.). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 23-44.

13. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 2009, 18(Supl. 2), 11-23.

14. Brasil. Portaria 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. [Acesso em 19/07/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html.

15. Brasil. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. [Acesso em 23/04/2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.

16. Cavalcanti A, Galvão C, Miranda SGS. Mobilidade. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia Ocupacional: teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011, p. 427-34.

17. Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe (AAATE), European Assistive Technology Information Network (EASTIN). Service delivery systems for assistive technology in europe: Position Paper. [Acesso em 08/10/2016]. Disponível em: https://aaate.net/wp-content/uploads/sites/12/2016/02/ATServiceDelivery_PositionPaper.pdf.

18. Cavalcanti A, Galvão C, Campos MAAD. Cadeiras de Rodas e Sistema de Adequação Postural. In: Cavalcanti, A.; Galvão, C. *Terapia Ocupacional: teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011, p. 451-61.

19. Buning ME. Assistive Technology and Wheeled Mobility. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 11a edição. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2009, p. 850-67.

20. Scott AD. Medidas e Prescrição de Cadeiras de Rodas. In: Trombly, C. A. *Terapia Ocupacional para a disfunção física*. Tradução de Terezinha Oppido. 1ª edição português. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1989, p. 300-6.

21. Eggers SL, Myaskovsky L, Burkitt KH, Tolerico M, Switzer GA, Fine MJ, et al. A Preliminary Model of Wheelchair Service Delivery. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2009;90:1030-8.

22. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less-resourced settings. Genebra: Editora OMS; 2008, 131p.

23. Brasil. Portaria MS/SAS 116, de 9 de setembro de 1993. Incluir no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia. [Acesso em 19/07/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html

24. Brasil. Portaria MS/GM 818, de 5 de junho de 2001. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. [Acesso em 19/07/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html
25. Brasil. Portaria 321, de 8 de fevereiro de 2007. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. [Acesso em 19/07/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007.html
26. Brasil. Portaria 2.848, de 6 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. [Acesso em 19/07/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html
27. Brasil. Portaria 1.272, de 25 de junho de 2013. Inclui Procedimentos de Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeira de Rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. [Acesso em 19/07/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1272_25_06_2013.html
28. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi – 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2001, 205p.
29. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002; 176p.
30. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.
31. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco, TB, Merhy EE (orgs). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1ª edição. São Paulo: Hucitec; 2013, p. 19-67.
32. Franco TB. Uso de fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Franco TB, Merhy EE (orgs). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1ª edição. São Paulo: Hucitec; 2013, p. 301-37.
33. Barbour R. Grupos focais. Tradução: Marcelo Figueiredo Duarte; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição: Leandro Miletto Tonetto. Porto Alegre: Artmed; 2009, 216p.
34. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Tradução Sandra Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2004. 312 p.
35. Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2003, 310p.
36. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Tradução: Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição: Lorí Vialli. Porto Alegre: Artmed; 2009. 198p.

37. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Perfil municipal de Campinas. [Acesso em 12/03/2016]. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>, acessado em 12/03/2016.
38. Centro de Educação dos Trabalhadores Da Saúde (CETS). Guia de acolhimento de novos profissionais. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas, 2014. 144p.
39. Cesar CF. Pesquisa intervenção com apoio matricial: múltiplas vias para o cuidado em saúde. 2011, 159p. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas.
40. Ardinghi Brollo ML. A trajetória de uma câmara técnica de reabilitação como instrumento de gestão pública. 2014, 75p. Dissertação de mestrado (Mestrado acadêmico em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
41. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos (org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª edição revista e aumentada. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 39-78.
42. Oliveira, M. M. Campos, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2015, 20(1):229-38.
43. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007,17(1):29-41.
44. Conselho Federal De Fonoaudiologia (CFF). Resolução CFFa nº 431, de 19 abril de 2013. Dispõe sobre o trabalho do Fonoaudiólogo, pessoa física ou jurídica, que atua com aparelho de amplificação sonora individual e revoga a Resolução CFFa n. 338/2006. [Acesso em 19/07/2016]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20n.%20431-2013%20Empresa%20Aparelhos.pdf>.
45. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
46. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2016, 32(3):1-15.
47. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 2014, 21(1):77-92.
48. Simioni C. Gestão de Suprimentos. In: Ibanez N, Elias PEM, Seixas PHDA. (orgs.). *Política e Gestão Pública em Saúde*. 1ª reimpressão. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 621-46.
49. Ossada VAY, Garanhani MR, Souza RB, Costa VSP. A cadeira de rodas e seus componentes essenciais para a locomoção de pessoas com tetraplegia por lesão da medula espinhal. *Acta Fisiatrica*. São Paulo, 2014, 21(4):162-166.

50. Mattos R. Réplica. Interface: comunicação, saúde, educação. Botucatu, 2009, 13, (Supl.1):781-95.
51. Morin E, Ciurana ER, Motta RD. Educar na era planetária - O pensamento complexo como *método* de Aprendizagem no erro e na incerteza humana. Tradução: Sandra Trabucco Valenzuela. Revisão técnica da tradução: Edgard de Assis Carvalho. São Paulo: Cortez Editora; 2003, 105p.
52. Brasil. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso em 08/10/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
53. Brasil. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Acesso em 08/10/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
54. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011, 549 p.
55. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: BRASIL. Ministério da Saúde. VER-SUS/Brasil: caderno de textos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. p.90-106.
56. Souza LEPF. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2014, 24(4):1017-21.
57. Pereira Junior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface: comunicação, saúde, educação. Botucatu, 2014, 18(Supl.1):895-908.
58. Onocko Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas, In: Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2005, p. 122-49.
59. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1999, 4(2):305-14.

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: CARACTERIZAÇÃO DA CONCESSÃO DE CADEIRAS DE RODA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS (SP).

Pesquisador:

André Eduardo Mei

Fone para contato: (19) 993066158 Email: andremei.to@gmail.com

Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel Porto”- CEPRE
– Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

Supervisora

Profa. Dra. Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto

Fone para contato: (19) 3521 8811. E-mail: gasparetto@fcm.unicamp.br

Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel Porto”- CEPRE
– Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

A presente pesquisa, intitulada “Caracterização da concessão de cadeiras de rodas no município de Campinas (SP)”, tem como objetivo avaliar o processo de concessão de Cadeiras de Roda no referido município, a fim de contribuir para maior compreensão de como a rede de atenção à Pessoa com Deficiência está sendo operacionalizada.

Para tanto, você está sendo convidado/a a participar desta pesquisa que será realizada no Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty” (CRR) e terá os seguintes procedimentos: leitura do TCLE, concordância em participar da pesquisa, assinatura e devolução do TCLE, participação de um grupo focal que versará sobre o tema e também participação do processo de construção de um fluxograma descritor e analisador (FDA) do fluxo da concessão de Cadeiras de Roda no município de Campinas, conduzido pelo terapeuta ocupacional André Eduardo Mei.

Serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações, e os nomes ou qualquer identificação dos participantes não serão divulgados nos resultados do estudo. Os resultados obtidos serão divulgados em forma de relatório de pesquisa e artigos científicos.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis para os participantes e é previsto como benefício direto a construção conjunta do fluxograma descritor e analisador.

Reclamações e denúncias sobre aspectos éticos deverão ser encaminhadas ao Comitê de Ética em Pesquisa (endereço abaixo), que aprovou este projeto de estudo. Esclarecimentos sobre a pesquisa deverão ser obtidos com o pesquisador.

Informo que você está livre para recusar a participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Eu _____, RG nº _____, aceito participar do estudo **“Caracterização da concessão de Cadeiras de Roda no Município de Campinas (SP)”**.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento, o qual foi assinado por mim e pelo pesquisador.

Li e fui esclarecido que em qualquer etapa do estudo, terei acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto e será realizada em horário determinado pelo participante. Também não há compensação financeira relacionada a participação.

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Data: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111, CEP: 13083-887, Campinas – SP. Fone (19) 3521-8936. E-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Apêndice 2: Roteiro norteador dos grupos focais

1. Para vocês, há pontos a serem aprimorados no processo de dispensação de Cadeiras de Rodas? Quais? Há um ponto prioritário?
2. Em vossa opinião, há uma etapa do processo de dispensação de Cadeiras de Rodas que merece destaque por estar, hoje, melhor estruturada? Qual?
3. Quais ferramentas de gestão e assistência vocês consideram necessárias para aprimorar e otimizar o processo de dispensação de Cadeiras de Rodas?
4. Como seria um modelo ideal de dispensação de Cadeiras de Rodas para vocês? Que características a rede e o serviço devem contemplar?
5. Que mudanças no processo de dispensação de Cadeiras de Rodas vocês acreditam ser acessíveis para os próximos 5 anos?

Anexo 1: Parecer de aprovação do CEP da UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP											
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: Caracterização da concessão de cadeiras de roda no município de Campinas (SP) Pesquisador: Andre Eduardo Mei Área Temática: Versão: 2 CAAE: 34471214.5.0000.5404 Instituição Proponente: Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação Gabriel Porto Patrocinador Principal: Financiamento Próprio											
DADOS DO PARECER Número do Parecer: 808.269 Data da Relatoria: 22/09/2014 Apresentação do Projeto: O projeto de pesquisa versa sobre o fluxo da concessão de Cadeiras de Roda (CR) no Centro de Referência em Reabilitação "Jorge Raului Kanawaty" (CRR), equipamento responsável pela concessão de CR no município de Campinas (SP). O estudo se caracteriza como sendo de abordagem qualitativa, transversal, prospectiva e exploratória. Os dados serão coletados por meio de duas etapas: a primeira etapa consiste em construção de fluxograma descritor e analisador de maneira conjunta com os funcionários do referido centro de reabilitação diretamente envolvidos no processo de concessão de cadeiras de rodas; a segunda etapa consiste em realização de grupo focal com os mesmos profissionais que participaram da etapa 1. A análise será realizada com embasamento na análise temática de conteúdo proposta por Minayo e Bardin.											
Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: Analisar o fluxo da concessão de CR no Centro de Referência em Reabilitação "Jorge Raului Kanawaty" (CRR), equipamento responsável pela concessão de CR no município de Campinas (SP). Objetivo Secundário: Descrever como ocorre atualmente o fluxo de concessão de CR no município, por meio de											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126</td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td>Bairro: Barão Geraldo</td> <td>CEP: 13.063-887</td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: CAMPINAS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (19)3521-8936</td> <td>Fax: (19)3521-7167</td> </tr> <tr> <td colspan="2">E-mail: cep@fcm.unicamp.br</td> </tr> </table>		Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.063-887	UF: SP	Município: CAMPINAS	Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7167	E-mail: cep@fcm.unicamp.br	
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126											
Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.063-887										
UF: SP	Município: CAMPINAS										
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7167										
E-mail: cep@fcm.unicamp.br											

Anexo 1: Parecer de aprovação do CEP da UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)	
--	---

Continuação do Parecer: 606.266

construção conjunta de fluxograma descritor e analisador com os profissionais diretamente envolvidos no processo de concessão de CR; levantar a percepção dos profissionais diretamente envolvidos sobre tal fluxo, por meio de grupo focal; analisar barreiras e facilitadores do atual processo à integralidade da assistência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos previsíveis.

Não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa (deverá constar no TCLE). Benefícios secundários, considerados aqueles advindos das consequências de sua realização, poderão fornecer subsídios para melhoria do serviço em questão e futuras pesquisas na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critério de Inclusão:

Serão incluídos no estudo todos os profissionais diretamente envolvidos no processo de concessão de cadeiras de rodas no município de Campinas (SP) que concordarem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Exclusão:

Participarão como sujeitos da pesquisa profissionais do CRR que estejam envolvidos atual e diretamente com a assistência no processo de concessão de CR. Serão automaticamente excluídos os profissionais que não estejam diretamente envolvidos no processo de concessão de cadeiras de rodas no município de Campinas (SP) e/ou que se recusarem a participar do estudo, negando-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- O projeto original, o formulário gerado pela Plataforma Brasil, apresentando as informações básicas sobre o projeto; Folha de Rosto devidamente assinada e datada;
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Carta de anuência para condução do Estudo, emitida pelo Secretário de Saúde do Município de Campinas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências existentes anteriormente no TCLE foram regularizadas.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
Bairro: Barão Geraldo		CEP: 13.063-887	
UF: SP	Município: CAMPINAS		
Telefone: (19)3521-4606	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

Anexo 1: Parecer de aprovação do CEP da UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)	
--	---

Continuação do Parecer: 008.206

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
Bairro: Barão Geraldo		CEP: 13.083-887	
UF: SP		Município: CAMPINAS	
Telefone: (19)3521-8036	Fax: (19)3521-7167	E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

Anexo 1: Parecer de aprovação do CEP da UNICAMP

FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)	
--	---

Continuação do Parecer: 008.266

CAMPINAS, 26 de Setembro de 2014

Assinado por:
Monica Jacques de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		CEP: 13.063-867
Bairro: Barão Geraldo		
UF: SP	Município: CAMPINAS	
Telefone: (19)3521-3509	Fax: (19)3521-7387	E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Página 02 de 04