

INTEGRALIDADE NOS PROCESSOS DE DISPENSAÇÃO DE CADEIRAS DE RODAS: ESTUDO DE CASO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO

COMPREHENSIVENESS IN THE WHEELCHAIR DELIVERY PROCESS: CASE STUDY OF A REFERENCE CENTER FOR REHABILITATION



Andre Eduardo Mei

Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação,
 Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas –
 FCM-UNICAMP.
andreimei.to@gmail.com



Eliana Chaves Ferretti

Doutora em Rehabilitation Science and Technology,
 Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
chavesferretti@gmail.com



Helenice Yemi Nakamura.

Doutora em Ciências Biomédicas,
 Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM-UNICAMP.
heleniceunicamp@gmail.com



Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto

Doutora em Ciências Médicas,
 Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM-UNICAMP.
gasp@unicamp.br

Resumo: A integração e organização de diferentes serviços, visando a continuidade do cuidado, é um dos significados possíveis da integralidade, princípio doutrinário do SUS. Este estudo teve por objetivo discutir a integralidade nos processos de dispensação de cadeiras de rodas a partir da experiência de um Centro de Referência em Reabilitação situado no interior do Estado de São Paulo. Realizou-se pesquisa qualitativa, por meio de estudo de caso holístico cuja unidade de análise foi a dispensação de cadeiras de rodas. Os dados foram coletados por meio da construção de fluxograma descritor e analisador, de grupo focal com as profissionais e da observação assistemática. A dispensação de cadeiras de rodas se mostrou como uma construção norteada pela integralidade, superando o modelo assistencialista e se consolidando como conduta técnica. O serviço estudado apresentou significativo volume de unidades dispensadas, e se fundamentou nas etapas de inscrição, montagem, entrega e orientações. Como ponto fraco, as profissionais perceberam lacunas nas ofertas assistenciais e no sistema logístico e, como ponto forte, a apropriação do processo licitatório. A organização de serviços e práticas foi evidenciada, e o estudo sugere necessidade de maior integração do serviço que executa a dispensação com outros pontos da rede de atenção, como as equipes de saúde da família.

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

Abstract: The integration and organization of different services, aiming at the continuity of care, is one of the possible meanings of comprehensiveness, doctrinal principle of Unified Health System. This study aimed to discuss the comprehensiveness in the wheelchair delivery processes based on the experience of a Reference Center for Rehabilitation located in the interior of the State of São Paulo. Qualitative research was carried out through a holistic case study whose unit of analysis was the dispensing of wheelchairs. Data were collected through the construction of a descriptor and analyzer flowchart, a focus group with the professionals and unsystematic observation. The wheelchair delivery proved to be a construction guided by comprehensiveness, surpassing the assistance model and consolidating itself as a technical conduct. The service studied presented a significant volume of units delivered and was based on the registration, assembly, delivery and orientation stages. As a weak point, the professionals perceived gaps in assistance offers and in the logistics system, and as a strong point, the appropriation of the bidding process. The organization of services and practices was highlighted, and the study suggests the need for greater integration of the service that performs the wheelchair delivery with other services in the care network, such as family health services.

Keywords: Health Management. Wheelchairs. Comprehensiveness in Health. Self-help Devices.

Cite como:

American Psychological Association (APA)

Mei, A. E., Ferretti, E. C., Nakamura, H. Y., & Gasparetto, M. E. R. F. (2020). Integralidade nos processos de dispensação de cadeiras de rodas: estudo de caso de um centro de referência em reabilitação. *Rev. gest. sist. saúde*, São Paulo, 9(1), 52-70. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i1.14378>.





1 Introdução

A Construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se faz alicerçada em alguns princípios doutrinários - a integralidade, a universalidade e a equidade - os quais prezarão pela garantia da saúde como direito. A integralidade é vista como um conceito complexo e polissêmico, de forma que pode ser associado a três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro configura-se como uma dimensão das práticas, e alude à visão holística do ser humano e ao cuidado não fragmentado. O segundo é relativo à organização e integração dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados, para que esta não seja fragmentada. Esta dimensão da integralidade está relacionada com o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação durável das práticas, uma vez que a realidade aponta que esta integração ainda é incipiente. Por fim, o terceiro conjunto de sentidos é relativo ao plano macropolítico, trazendo a integralidade como norteadora das decisões (Mattos, 2009; Mello & Vianna, 2012; Hartz & Contandriopoulos, 2004).

Estes conjuntos de sentidos atribuídos à integralidade se conectam ao desafio atual de dispensação de cadeiras de rodas, e o seu papel na qualidade de vida e participação de pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida. Para Cavalcanti, Galvão e Miranda (2011), indivíduos com deficiência física e/ou com mobilidade reduzida necessitam de equipamentos auxiliares para o desempenho da tarefa de mover-se. Estes equipamentos fazem parte de um grande conjunto de tecnologias denominado Tecnologia Assistiva (TA), compreendidos como itens, equipamentos ou sistemas projetados comercialmente ou sob medida para aumentar, manter ou resgatar a capacidade funcional de indivíduos. Entre os itens de tecnologia assistiva específicos para a mobilidade tem-se as bengalas, andadores, muletas e cadeiras de rodas, que respectivamente possuem uma variedade de tipos e classificações.

A Associação para o Avanço da Tecnologia Assistiva na Europa (Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe – [AAATE]), em conjunto com a Rede Europeia de Informação em Tecnologia Assistiva (European Assistive Technology Information Network – [EASTIN]) defendem a dispensação dos recursos de Tecnologia Assistiva por meio de sistemas de distribuição devidamente estruturados, e não tratados como uma mercadoria qualquer (AAATE & EASTIN, n.d.).

Eggers, S.L., Myaskovsky, L., Burkitt, K.H., Tolerico, M., Switzer, G.A., Fine, M.J., & Boninger, M.L. (2009) 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.

Nesse sentido, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) para a dispensação de cadeiras de rodas para países em desenvolvimento visam um sistema de dispensação que tem como objetivo promover a mobilidade pessoal e melhorar a qualidade de vida dos usuários de cadeira de rodas. Dentre suas recomendações, se encontram a organização de um modelo de dispensação que possa: 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, as diretrizes supracitadas serviram para a criação dos manuais para capacitação de profissionais da área (OMS, 2012a, 2012b), descrevendo os oito passos fundamentais para um processo integral de dispensação de cadeira de rodas, sendo eles: o *encaminhamento e agendamento*, que contempla a articulação com os serviços e profissionais que encaminham, bem como a gestão da fila de espera e a chegada do usuário no serviço; a *avaliação*, que contempla o levantamento de necessidades, (levando em conta estilo de vida, trabalho, ambiente e condição física); a *seleção*, que corresponde à escolha da cadeira, o que inclui a possibilidade de teste de diferentes dispositivos; o *financiamento e aquisição*, que contempla a compra e o recebimento da cadeira; a *preparação do produto*, que inclui verificação de montagem e segurança; a *adequação*, que contempla, quando necessário, a possibilidades de ajustes e personalização dos dispositivos; o *treinamento do usuário*, que contempla um treino de uso do dispositivo recebido, incluindo treino de tarefas cotidianas e montagem/desmontagem; e *manutenção, reparos e acompanhamento*, que contemplam orientações e apoio quanto aos cuidados e suporte do dispositivo, incluindo trocas e reparos na ocasião de danos à cadeira, bem como o monitoramento longitudinal do caso e das necessidades do usuário.

De acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2009), todos têm os mesmos direitos, e devem ter igualdade de oportunidades como qualquer outro cidadão, o que inclui o acesso a serviços qualificados. Em todo o mundo apenas 15% dos que precisam de uma cadeira de rodas acabam adquirindo-a. Não obstante, a



falta de capacitação de profissionais que trabalham com a dispensação de cadeiras de rodas pode ocasionar agravos à saúde e barreiras significativas ao direito humano. Consequências negativas podem ocorrer quando uma cadeira de rodas não está apropriada às necessidades dos usuários como: úlceras de pressão, má postura, diminuição da independência e autoestima (OMS, 2008, 2011, 2012a).

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 no quadro 1 a seguir algumas publicações significativas e seus respectivos detalhamentos.

Quadro 1 - Publicações governamentais acerca da dispensação de cadeiras de rodas

Publicação	Detalhamento
Portaria MS/SAS 116, de 9 de setembro de 1993.	Inclui a concessão de órteses, 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. Define que a concessão, adaptação e treinamento serão realizados pelas unidades públicas de saúde designadas pelas Comissões Intergestores Bipartite.
Portaria MS/GM 818, de 5 de junho de 2001	Cria mecanismos para organizar e implantar as <i>Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física</i> . Instituiu 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.
Portaria 2.848, de 6 de novembro de 2007	Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, que contempla a dispensação de cadeiras de rodas. Fica extinta a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).
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 SUS. Ainda, 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.
Lei 13.146, de 6 de julho de 2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 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.

Fonte: Leis e Portarias, conforme consta nas referências bibliográficas.

Apesar do arcabouço legal que envolve a questão da dispensação de OPM no Brasil, o direito ao acesso à estas tecnologias se encontra prejudicado pela falta de assistência





especializada em reabilitação física, bem como pela restrita oferta de recursos de tecnologia assistiva. Esse quadro pode levar à desdobramentos como: longos períodos de espera, prejuízo funcional dos pacientes e soluções paliativas com serviços filantrópicos que perpetuam o caráter assistencialista do cuidado à pessoa com deficiência (Caro, Faria, Bombarda, Ferrigno & Palhares, 2014).

Dessa forma, mediante o panorama que envolve a dispensação de cadeiras de rodas e a necessidade de acumular evidências acerca da integração de serviços, será apresentado o caso de um Centro de Referência em Reabilitação do município de Campinas (SP). Espera-se discutir a integralidade em saúde que perpassa os processos de dispensação de cadeiras de rodas, abordando questões práticas e aplicáveis a diferentes serviços e municípios que realizam esta oferta de cuidado.

2 Percorso metodológico

A presente pesquisa se apresenta sob a metodologia de estudo de caso de Yin (2001), de abordagem qualitativa, transversal e exploratória. Optou-se pelo estudo de caso único holístico, cuja unidade de análise contemplou o processo de concessão de cadeiras de rodas no Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty” (CRR), situado em um município no interior do Estado de São Paulo, no período de janeiro de 2015 à junho de 2016. A amostra foi composta por profissionais envolvidos no processo de dispensação, mediante a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Campinas (UNICAMP), conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 808.269.

Com a inserção do pesquisador, servidor do município estudado na época da pesquisa, a coleta de dados contou com três fontes de evidências. Uma das fontes utilizadas consistiu em um Fluxograma Descritor e Analisador (FDA) (Merhy, 2013), construído de forma conjunta entre pesquisador e profissionais do CRR, para representar graficamente o conjunto de processos vinculados entre si e organizados para compor a cadeia de produção da dispensação de cadeiras de rodas. Para Franco (2013, p. 305), “o Fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas”.

Para a elaboração do FDA, as profissionais relataram o fluxo vigente e o pesquisador traduziu as falas na simbologia do instrumento. Entretanto, a construção do FDA não se circunscreveu ao primeiro encontro, dada a complexidade do fluxo existente, necessitando ser



revisado em outros dois encontros, que correspondem aos grupos focais e serão descritos posteriormente. Após a construção do FDA, o pesquisador apresentou a primeira versão do material às profissionais para validação, e foram realizadas modificações de modo que a versão final do fluxograma foi concluído no terceiro e último encontro da primeira etapa.

Outra fonte de evidências foi a percepção das profissionais acerca do processo de concessão de cadeiras de rodas. A coleta destes dados se deu por meio da realização de dois grupos focais. Para Minayo (2010), o grupo focal apresenta-se como uma espécie de entrevista ou discussão em grupos pequenos e homogêneos. Barbour (2009) postula que qualquer discussão de grupo tem potencial de ser considerada um grupo focal, na ocasião em que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando as interações do grupo. Por motivo de disponibilidade, os grupos focais foram realizados com duas das três participantes, sendo uma terapeuta ocupacional e uma fisioterapeuta. Foram realizados dois encontros, disparados pela revisão do FDA e norteados por um roteiro de perguntas, cujo conteúdo contemplou questões relativas à visão das profissionais acerca das barreiras e facilitadores percebidos, bem como de possibilidades de melhorias na gestão deste processo. Os encontros foram presenciais no CRR, com duração de 60 e 40 minutos respectivamente, cujos áudios foram gravados e, posteriormente transcritos integralmente para a análise dos dados.

A terceira fonte de evidências se constituiu de dados coletados pela observação assistemática direta. Para Yin (2001), 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. Foram utilizados os registros dos diários de campo do pesquisador, produzidos nos encontros presenciais para a coleta de outros dados na instituição estudada e no cotidiano de trabalho do pesquisador, enquanto atuava como servidor municipal da rede de saúde de Campinas (junho/2014 a junho/2016), conforme aprendia como se constituía a rede municipal de saúde e a 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.

A trajetória analítica dos dados se pautou 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. Detalhados os procedimentos metodológicos da pesquisa, o artigo segue para a apresentação dos resultados,





dividida em três partes: na primeira será contextualizado o equipamento de saúde estudado; na segunda será detalhado o fluxo de dispensação de cadeiras de rodas; e na terceira serão apresentados trechos representativos das falas das profissionais diretamente envolvidas na dispensação de cadeiras de rodas na época do estudo.

3 Resultados

3.1 O Centro de Referência em Reabilitação

No período estudado, o município de Campinas contou com uma população de 1.134.546 habitantes (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, n.d.), sendo sua rede de saúde composta por cerca de 7.500 trabalhadores e mais de 100 equipamentos próprios, voltados a assistência nos níveis primário, secundário e terciário. Entre tais equipamentos, haviam seis Centros de Referência, 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).

Na linha de cuidado à pessoa com deficiência e mobilidade reduzida, o Centro de Referência em Reabilitação “Jorge Rafful Kanawaty” (CRR) se configura como ponto chave da reabilitação física em Campinas, sendo o 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 podia 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 da assistência social que emprestam a cadeira ao munícipe, entre elas o ‘Instituto Popular Humberto de Campos’ e a ‘Casa de Jesus – Os Seareiros’.

3.2 O Fluxo constituído

A dispensação de cadeiras de rodas no município estudado é fruto de uma construção coletiva ao menos desde a criação do serviço em questão, em 1990. 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.

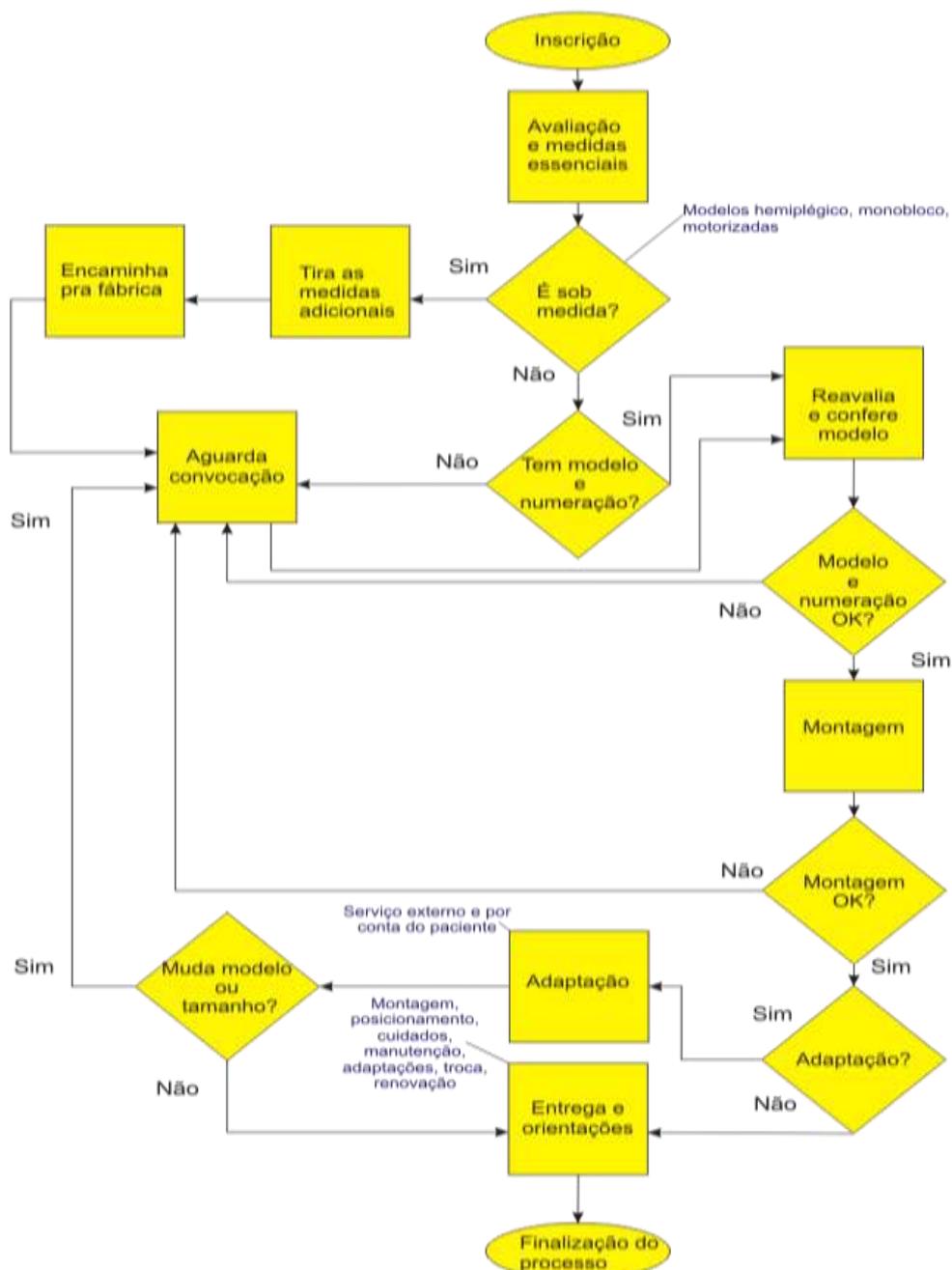
Alguns movimentos de mudança dessa estrutura começaram a surgir ainda no início da década de 2000, por meio de um grande investimento na qualificação dos descritivos dos pedidos de compra das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) de forma geral, o que inclui as cadeiras de rodas. Ainda, houve no ano de 2009, a instituição de uma comissão técnica composta por usuários e profissionais visando 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.

Em 2012, foi celebrada a despatrimonialização das cadeiras de rodas, ao passo que a partir de 2014, houve um movimento de constituição de uma equipe composta por terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas para a dispensação, bem como uma reorganização interna para a garantia de espaço próprio para o programa de OPM. Dessa forma, de 2014 a 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.

Na época do estudo, observou-se que o fluxo de dispensação de cadeiras de rodas a ser percorrido pelos usuários no município de Campinas ocorreu conforme apresentado no Fluxograma Descritor e Analisador (FDA) ilustrado na Figura 1, a seguir:



Figura 1 - Representação Gráfica do Fluxograma Descritor e Analisador da dispensação de cadeiras de rodas em Campinas em janeiro de 2015 construído pelos pesquisadores e trabalhadoras do Programa de Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção do CRR



Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos resultados da pesquisa.

Dado o estabelecimento da necessidade de uso da cadeira de rodas por algum profissional da rede, o próprio paciente ou algum familiar telefonava para o serviço agendando a etapa de inscrição. Nesta etapa, o sujeito era avaliado quanto às suas necessidades funcionais,



e recebia uma indicação de modelo e tamanho. Ocorria então uma primeira diferenciação do fluxo, pois a necessidade poderia corresponder à uma cadeira de rodas sob medida individualizada ou padronizada. Os modelos de cadeira de rodas motorizadas, bem como o modelo para hemiplégico e o modelo monobloco constituíam os modelos sob medida individualizada, enquanto as demais cadeiras de rodas constituíam os modelos sob medida padronizada.

No caso das cadeiras sob medida individualizada, o usuário acabava por aguardar a convocação de entrega, uma vez que os profissionais enviavam as medidas para a fábrica responsável pela confecção, a qual retornava o produto nominal e montado para o Centro de Referência em Reabilitação. Para os modelos sob medida padronizada, existia a conferência no estoque local para verificar se havia o modelo e a numeração disponível. Em caso afirmativo, era realizada a confirmação de modelo, tamanho e necessidade de adaptações, seguida da entrega. Caso contrário, o usuário aguardava ser convocado para um retorno na instituição, sendo que para cada modelo distinto de cadeira de rodas havia uma lista de espera distinta.

Após a espera, que poderia chegar a 24 meses, o usuário passava pela etapa denominada de prescrição, que correspondia a uma reavaliação do caso. O profissional observava se as necessidades do usuário se alteraram naquele período, se era preciso alteração de modelo ou tamanho na indicação anterior. Após a confirmação de modelo e numeração, a cadeira era montada pelos profissionais na mesma consulta. Nesta etapa, o produto passava por verificação em suas condições de uso, e os profissionais avaliavam a necessidade de adaptações na cadeira.

Havendo necessidade de adaptações, os sujeitos recebiam dos profissionais sugestões e recomendações para cada caso. Considerando que o Centro de Referência em Reabilitação não possuía serviço de adaptação em cadeiras de rodas na época da pesquisa, e que não havia outro serviço municipal ou público no município que o fizesse, o usuário que decidisse por seguir as recomendações procurava um serviço por conta própria, e informava o Centro de Reabilitação se a adaptação a ser realizada alteraria modelo e/ou tamanho. Caso houvesse alteração de modelo ou numeração, o usuário aguardava pela disponibilidade de modelo.

Se não houvesse a necessidade de adaptação, ou se a adaptação a ser realizada não iria mudar o modelo e nem o tamanho, era realizada a entrega da cadeira ao usuário. Na etapa da entrega, por sua vez, o usuário recebia a cadeira e orientações de uso e manutenção, que incluíam: cuidados com o produto, garantias, assistências técnicas autorizadas, manutenção, adaptações, período de troca e renovação. Assim, a consulta encerrava nesta etapa de entrega e orientações, e o usuário era liberado, contra-referenciado para o Centro de Saúde ou instituição de origem, nos casos em que havia a referência.





Dessa forma, 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. 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 representaram um total de 780 unidades, e possuíam previsão de dispensação a partir do ano de 2016.

Tabela 1 - Itens contemplados nas licitações de 2014-2016

Ano da licitação	Modelos de Cadeiras de Rodas	Acessórios	Adequação	Total de Unidades
2014	17	1	-	1.455
2015	-	-	8	780
2016	16	2	-	1.400

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos resultados da pesquisa.

Para a aquisição de cada item, era realizado um pedido de compra, a ser efetuado sob licitação por registro de preço. As profissionais envolvidas elaboraram um projeto básico de compra, que englobava o quantitativo e o descritivo do material. Em seguida, havia a análise e aprovação do projeto básico pelas Secretarias de Administração, Gestão e Controle, Finanças e Assuntos Jurídicos. Após essas aprovações, era realizado o lançamento do edital de compra (por pregão eletrônico). Em seguida, as empresas são habilitadas e classificadas no pregão, e segue período para interposição de recursos. Após esse período, de acordo com a classificação final, a iniciar pela ganhadora, as empresas entregam a documentação e os catálogos do modelo para análise técnica e aprovação, para em seguida haver a homologação da compra dos produtos aprovados.

3.3 Com a palavra, as profissionais do serviço

As participantes da pesquisa teceram considerações acerca das balizas que permearam o processo de dispensação e do processo de trabalho e assistência. Entre as balizas que organizam a dispensação, destaca-se as lacunas evidenciadas nas ofertas assistenciais, a singularidade dos fluxos estabelecidos e o desafio imposto pelas condições do sistema de apoio.



Evidencia-se que a referência nem sempre é contemplada dado que há a opção pelo acesso facilitado (onde o próprio paciente pode ligar e agendar, sem obrigatoriedade de um encaminhamento prévio), e etapas da dispensação como manutenção, treino, adaptação não eram realizadas. Aconteceram casos em que a contra-referência não foi acompanhada de um relatório escrito ao serviço de referência somente realizado por telefone e, após a entrega não existia o agendamento de um retorno para acompanhamento.

Acerca do fluxo possível de ser estabelecido, sobressaiu-se no depoimento das profissionais, a etapa da inscrição, que passou da transcendência da prescrição protocolar para uma etapa planejada com sensibilidade suficiente para comportar as incertezas que atravessavam o processo, como o tempo de espera para o fornecimento (que pode alterar a indicação), e pela desburocratização documental, evidenciado na fala sobre a questão:

Por que 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 (...). (Profissional A).

Outra dimensão significativa da dispensação de cadeiras de rodas tem sido a gestão dos suprimentos. No contexto municipal da dispensação de cadeiras de rodas, trabalhou-se com um material que ocupava muito espaço e que era adquirido em grande volume de unidades. Segundo a percepção das profissionais, o grande nó crítico da dispensação era, o armazenamento e o manuseio das cadeiras de rodas no interior do serviço. Além da pouca estrutura física e logística para armazenar e manusear as cadeiras, cabia a elas também, o gerenciamento e a execução desta atividade-meio. Dessa forma, fazia parte do rol de atividades cotidianas destas profissionais, o contato com o almoxarifado da prefeitura, o recebimento de equipamentos, o armazenamento nos poucos espaços disponíveis, o manuseio e a montagem de alguns modelos que não vinham pré-montados, o que foi vivido como um ônus no cotidiano de trabalho.

[...] 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[...] as cadeiras estão em espaços de atendimento. (...). Hoje é o nó. (Profissional A).

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. (Profissional B).



Dada a ocorrência da dispensação em um serviço público municipal, a licitação figurou como elemento organizativo a ser apropriado e lidado não apenas no cotidiano dos profissionais administrativos, mas também no cotidiano das profissionais encarregadas pela assistência. Dessa forma, o processo de trabalho constituído foi composto pelo entendimento e acompanhamento do contrato de licitação e suas etapas, o que se fez presente no discurso das profissionais. O engajamento em outras atividades, como a elaboração dos quantitativos para a compra, foi percebido, enfatizado e celebrado como elemento de destaque de seu processo de trabalho, devido o potencial de aprimorar concomitantemente a eficiência e o controle macroscópico e epidemiológico da dispensação de cadeiras de rodas.

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. (Profissional A).

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. (Profissional B).

4 Discussão

O processo de dispensação de cadeiras de rodas estudado mostrou-se complexo, singular e significativo em vários aspectos. Diante disso, alguns pontos essenciais emergiram para o debate, em especial a saúde enquanto direito e a integralidade, enquanto concepção holística de bem-estar e enquanto organização de fluxos e serviços, no cotidiano da assistência e da gestão. A garantia do direito à saúde foi observada no investimento na dispensação técnica em detrimento de uma entrega social, dado acompanhamento interdisciplinar e envolvimento dos usuários nas decisões e avaliação técnica dos produtos vencedores da licitação. A saúde enquanto direito e a centralidade do usuário são prerrogativas da organização do sistema de saúde nacional – o SUS – desde sua concepção (Menicucci, 2014).

O caráter mais interdisciplinar da dispensação, com a presença de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, também favorece a compreensão e assistência das necessidades em saúde alinhadas à concepção holísticas de bem-estar. Este movimento, como já proposto por meio do conceito de *comprehensive health* (Mello & Vianna, 2012) ou mesmo da definição de saúde apresentada pela OMS, enquanto pleno bem-estar físico, mental e social (Seliar, 2007), contém a crítica às práticas fragmentadas, preocupadas em segmentar o indivíduo para intervir em determinado órgão ou sistema do seu ser.



O grande desafio passa a ser a expressão da integralidade em sua dimensão organizacional de fluxos e serviços. No contexto do caso estudado, o planejamento e a organização prescrita do trabalho foram as balizas que marcaram mais solidamente o processo de dispensação de cadeiras de rodas na visão das trabalhadoras. Outro desafio relaciona-se à gestão de suprimentos, citada por uma das participantes do estudo, e discutida por Simioni (2015). Para evitar interrupções nos serviços e lacunas nos processos de tratamento de recuperação da saúde e de qualidade de vida, a gestão dos equipamentos públicos vêm 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 na unidade estudada, a fala das profissionais apontou que a apropriação do processo, por meio da qualificação dos descritivos de compra e dos quantitativos, foi percebido como destaque do trabalho delas. Um desdobramento imediato deste movimento foi a qualificação e agilidade conferida ao processo, culminando na dispensação contínua de alguns modelos e corroborando o protagonismo da especificação do bem adquirido dentro do fluxo de compras e da gestão dos suprimentos (Simioni, 2015).

Compreender que a dispensação exige um envolvimento e um investimento que transcendem a atuação estritamente técnica, configurou-se como um exercício diário da não fragmentação do cuidado e das práticas, colaborando para a continuidade e integralidade dos processos em saúde. Contudo, participar ativamente da licitação representou a assunção de uma nova função sem a liberação de outras tarefas e sem capacitação para tal. Assim, nesse diálogo entre a reabilitação física e os procedimentos administrativos de compras, emerge a importância do acompanhamento do processo pelas distintas esferas de gestão, trabalhando para prover aos profissionais que se envolvem no processo treinamento e condições de trabalho.

O recebimento do produto, que contemplou o recebimento das cadeiras de rodas, assim como seu armazenamento e manuseio, foi uma dimensão significativa enquanto ônus às profissionais, 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 (Simioni, 2015).

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 (2008), 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, Garanhani, Souza e Costa (2014) complementam que a adequação oferece também maior estabilidade, mobilidade e dirigibilidade, o que influencia a aceitação da tecnologia. Os autores apontam que cadeiras sem adequações são frequentemente abandonadas pelos usuários, e os usuários que necessitam da adequação pode ser deixados à sorte do mercado privado, muitas vezes mais comprometido com o lucro do que com a integralidade.

A manutenção das cadeiras também se configurou como ponto essencial para a continuidade das boas condições de uso do equipamento, de modo que as participantes sugeriram como solução ideal a implantação de uma oficina ortopédica, já preconizada em documentos da OMS. Entre algumas medidas paliativas, pode ser considerada a possibilidade da aquisição deste serviço por meio de convênios ou contratos. Em diversos países, outra solução são os convênios com oficinas automotivas e bicicletarias para alguns reparos nas cadeiras de roda, evitando assim o abandono delas pelos usuários. (OMS, 2008, 2012a, 2012b).

A ausência dos retornos para monitoramento do uso da cadeira de rodas e das necessidades do usuário abre caminho para entrarmos em outra dimensão das balizas que influenciam o processo de trabalho, que são os diferentes conhecimentos técnicos e científicos. Nesse sentido, algumas sugestões podem ser consideradas, como o apoio clínico matricial (suporte de especialistas às equipes de saúde da família, objetivando aumentar a resolutividade do cuidado no escopo da Atenção Primária à Saúde - APS) para que o monitoramento do uso das cadeiras de rodas seja feito pela equipe da APS, com supervisão e retaguarda do Centro de Referência em Reabilitação. Os Centros de Saúde integrariam esse olhar ao cuidado permanente e próximo ao usuário, que retornaria ao serviço estudado apenas se constatado alguma inadequação no uso ou condições do equipamento. O usuário 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 das recomendações internacionais (AAATE & EASTIN, n.d.).

Sugere-se, além da incorporação de retornos para monitoramento, a problematização da contra-referência para que esta possa ser sempre realizada e de maneira cuidadosa. Recomenda-se que seja preferencialmente documentada e 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 observar continuamente a efetividade do uso da cadeira de rodas e as necessidades de seus usuários, para que estes não fiquem desassistido no decorrer do tempo.



Dessa forma, indica-se, sob suporte e acompanhamento da gestão, a união do saber das profissionais que dispensam as cadeiras de rodas com algumas ferramentas já consagradas no campo da saúde coletiva, como o núcleo de saúde coletiva do serviço, o apoio clínico matricial, o apoio institucional e a gestão da clínica (Pereira & Campos, 2014, Campos, 2012, Mendes, 2011). 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.

5 Considerações finais

Por meio da realização deste estudo de caso acerca da integralidade nos processos de dispensação de cadeiras de rodas no serviço pesquisado, foi possível considerar que tais processos envolveram uma complexidade única, e que a integralidade pôde estar presente em seus múltiplos sentidos. Atualmente, a dispensação de cadeiras de rodas no serviço estudado é a única de natureza pública no município em questão, 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.

O processo de dispensação hoje construído é percebido pelas profissionais 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 por meio da atitude das profissionais, 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.

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.

Referências

- Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe (AAATE), European Assistive Technology Information Network (EASTIN). (n.d.). *Service delivery systems for em*: <https://aaate.net/wpcontent/uploads/sites/12/2016/02/ATServiceDelivery_PositionPaper.pdf>.
- Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Campos, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. (2012). In: G.W.S. Campos, M.C.S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr. & Y.M. Carvalho (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 39-78). São Paulo: Hucitec.
- Caro, C.C., Faria P.S.P., Bombarda, T.B., Ferrigno, I.S.V., & Palhares MS. (2014). A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(3), 521-529.
- Cavalcanti, A., Galvão, C., & Miranda, S.G.S. Mobilidade. (2011). In: A. Cavalcanti & C. Galvão (orgs.). *Terapia Ocupacional: teoria e prática* (pp 427-434). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Eggers, S.L., Myaskovsky, L., Burkitt, K.H., Tolerico, M., Switzer, G.A., Fine, M.J., & Boninger, M.L. (2009). A Preliminary Model of Wheelchair Service Delivery. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 90,1030–1038.
- Franco, T.B. (2013). Uso de fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: T.B. Franco & E.E. Merhy (orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp 301-337). São Paulo: Hucitec.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. (n.d.). *Perfil municipal de Campinas*. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>.
- Hartz, Z.M.A. & Contandriopoulos, A.P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(supl. 2), 331-361.



- Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. *Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência* em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm.
- Mattos, R.A. (2009). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: R. Pinheiro & R.A. Mattos (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp.43-68). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Mello, G.A. & Viana, A.L.A. (2012). Uma história de conceitos na saúde pública: Integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde*, 19(4), 1219-1239.
- Mendes, E.V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Menicucci, T.M.G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde*, 21(1), 77-92.
- Merhy, E.E. (2013). Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: T.B. Franco & Merhy EE (orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp. 19-67). São Paulo: Hucitec.
- Minayo MCS. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- OMS. Organização Mundial da Saúde (2008). *Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less-resourced settings*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2011). *World report on disability*. Malta: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2012a). *Wheelchair Service Training Package: Reference Manual for Participants, Basic Level*. Malta: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2012b). *Wheelchair Service Training Package: Participants Workbook, Basic Level*. Malta: World Health Organization.
- Ossada, V.A.Y., Garanhani, M.R., Souza, R.B. & Costa, V.S.P. (2014). A cadeira de rodas e seus componentes essenciais para a locomoção de pessoas com tetraplegia por lesão da medula espinal. *Acta Fisiátrica*, 21(4), 162-166.
- Pereira, N. Jr. & Campos, G.W.S. (2014). O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface*, 18(supl. 1), 895-908.
- 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*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1272_25_06_2013.html



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. Brasília: *Diário Oficial da União*, 26 jun. 2013.

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*. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html

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*. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html

Portaria NS/SAS 116, de 9 de setembro de 1993. *Incluir no Sistema de Informações Ambulatoriais de Sistema Único de Saúde- SAI/SUS a concessão de equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia*. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html

Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Physis*, 17(1), 29-41.

Simioni, C. Gestão de Suprimentos. (2015). In: N. Ibanez, P.E.M. Elias, & P.H.D.A. Seixas (orgs.). *Política e Gestão Pública em Saúde* (pp.621-646). São Paulo: Hucitec.

Yin, R.K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.