Ralf Braga Barroso

O acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Basso Schmitt

São Paulo

2019

Ralf Braga Barroso

O acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Basso Schmitt

São Paulo

2019

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barroso, Ralf Braga

O acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo / Ralf Braga Barroso. -- São Paulo, 2019.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Ana Carolina Basso Schmitt.

Descritores: 1.Equipamentos de autoajuda
2.Pessoas com deficiência 3.Reabilitação 4.Acesso
aos serviços de saúde 5.Políticas públicas de saúde

USP/FM/DBD-149/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

ERRATA

Barroso RB. *O acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Folha	Linha	Inclui-se
7	12	À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio.

À minha avó Graça que com seu amor incondicional
deu-me tudo o que há de mais precioso no mundo.

AGRADECIMENTOS

Acredito que uma das etapas mais fantásticas de um trabalho são os agradecimentos, é como chegar ao fim, olhar para trás e identificar e reconhecer cada pessoa ou instituição que de uma forma ou de outra contribuíram para a conclusão de mais uma fase.

Agradeço primeiramente à minha avó Graça por ter me ensinado desde muito cedo valores e por ter me permitido voar e sonhar. Não existem palavras para traduzir a gratidão que sinto por você.

Aos meus pais, Josimar e Regina, cujas missões na terra foram cumpridas cedo demais, por todo amor. Aos meus irmãos por todo apoio, conversas e momentos que vivemos e viveremos juntos. Aos demais familiares por todo o carinho.

À minha orientadora Profa. Ana Carol por ter aceitado ser minha orientadora, por ter me acolhido tão bem em uma nova instituição e por todo carinho e dedicação enquanto orientadora, o que tornou esta fase tão rica, leve e proveitosa. Obrigado por todo aprendizado!

À Flávia, Mariana e Bárbara pelo acolhimento no nosso grupo de estudos e por toda ajuda nas coletas e elaboração deste trabalho.

Aos meus neuroamigos, Aline, Grazi, Kathlein, Júnior, Rafa, Fernanda e Bruna, aos amigos da residência, Pri e Grazi, que até hoje se fazem presentes, aos amigos da Associação dos Residentes Multiprofissionais da UNIFESP (AREMULTI), hoje “ex-aremulters na estrada”, Suane, Fernando, Pedro, Maria, Marcelino, Jaque e Geice, obrigado por serem recursos de enfrentamento em tantos momentos e pelo intenso convívio ao lado de vocês. Sinto-me lisonjeado por ter o prazer da convivência com um grupo tão diverso e com quem muito aprendi. Este trabalho também tem um pouco de cada um de vocês.

Aos amigos paulistanos, obrigado por serem uma segunda família e pela calorosa acolhida. Agradeço em especial à Fernanda Suzuki pela amizade e pelos “programas alternativos”. Ao Glauber, amigo desde a adolescência e que hoje tenho o enorme prazer de tê-lo por perto novamente.

À toda equipe do Hospital IGESP pela prazerosa convivência e aprendizados constantes. À minha gestora Mariana pela compreensão, acolhimento e por ter feito tudo

o que foi possível para que eu pudesse aproveitar ao máximo e com qualidade estes dois anos de mestrado.

Aos amigos de Minas que mesmo distantes há sempre espaço para muitas prosas, visitas, café e pão de queijo.

À banca examinadora, Profs. Maria Alice, Marília e José Eduardo, por todas as sugestões que muito contribuíram para a conclusão desta dissertação.

A todos os gestores, profissionais, articuladores e usuários do nosso Sistema Único de Saúde por toda solicitude e contribuições para a conclusão deste trabalho. Espero poder devolver ao menos um pouco de tudo o que me foi oferecido por vocês.

Muito obrigado!

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda” (Freire, 2000, p. 31).

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE MAPAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE FLUXOGRAMAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2.1	HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DAS ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO.....	4
2.2	A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	8
2.3	O PROCESSO DA INDICAÇÃO À MANUTENÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO.....	13
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	OBJETIVO GERAL.....	17
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4	MÉTODOS.....	18
4.1	ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	18
4.2	ABORDAGEM QUALITATIVA.....	19
4.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	20
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Portarias relacionadas às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção no Sistema Único de Saúde.....	6
Quadro 2 - Estabelecimentos/Serviços de saúde do município de São Paulo.....	13
Quadro 3 - Etapas do processo para o fornecimento de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.....	15
Quadro 4 - Caracterização dos usuários de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.....	30

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Divisão das Redes Regionais de Atenção à Saúde e dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.....	10
Mapa 2 - Supervisões Técnicas de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo.....	11

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo do processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do município de São Paulo.....	13
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Bloxplots do tempo de dispensação em dias por dispositivo em função do ano no CER – 2015 a 2017.....	25
Gráfico 2 – Boxplots do tempo de agendamento para avaliação de OPM por dispositivo em função do ano na instituição filantrópica conveniada – 2015 a 2017.....	26

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1 - Fluxograma Analisador das ações e fluxos para concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.....	27
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das características dos usuários de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, segundo o ano de prescrição - 2015 a 2017..21

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos tipos de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção prescritas, segundo o ano de prescrição – 2015 a 2017..... 22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CER	Centro Especializado em Reabilitação
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA	Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
OPM	Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção
SIGA	Sistema Integrado de Gestão Assistencial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TID	Tramitação Interna de Documentos
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Barroso RB. *O acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

O presente estudo objetivou caracterizar e analisar o acesso às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo – SP. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, acontecendo em duas etapas. Uma primeira de desenho metodológico transversal, retrospectivo e exploratório com dados de prontuários de usuários que tiveram OPM prescrita para um Centro Especializado em Reabilitação (CER) no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Uma segunda de abordagem qualitativa por meio de grupos de discussão com profissionais e gestores de serviços da atenção básica e especializada do território para a constituição de um Fluxograma Analisador para a concessão de OPM e por meio de entrevistas não diretivas com usuários de OPM indicados por profissionais da atenção básica para a constituição de Itinerários Terapêuticos. Com distribuição não normal dos quantitativos, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis para análise da diferença entre as medianas, sendo considerado estatisticamente significativo um $p \leq 0,05$. Técnicas de Fluxograma Analisador e de Análise de Conteúdo foram utilizadas para análises dos dados qualitativos. Na análise de 729 prontuários, houve uma predominância da filantropia no processo para concessão de OPM, sendo que 51,9% dos dispositivos foram dispensados pela instituição filantrópica conveniada. Porém, isto vem diminuindo, sendo que em 2017, 74,9% dos dispositivos solicitados foram dispensados pelo próprio CER. Não se observou um incremento no número de dispositivos dispensados no período, mas redução do tempo de dispensação com significância estatística e o CER levou em média 4,3 para dispensar dispositivos. Observa-se um fluxo pactuado entre os profissionais e serviços para concessão de OPM com algumas lacunas apontadas por profissionais e usuários na comunicação entre CER e atenção básica sobre recebimento do dispositivo pelos usuários e a respeito dos fluxos de reparos e manutenção. Conclui-se que há ainda predominância da filantropia no processo para fornecimento de OPM. Observou-se redução do tempo de dispensação de dispositivos, mas não acompanhado de aumento no acesso a eles no período e região

estudados. Nota-se também um fluxo pactuado entre profissionais e serviços, porém com ausência de um fluxo de reparo e manutenção de OPM no território.

Descritores: Equipamentos de autoajuda; Pessoas com deficiência; Reabilitação; Acesso aos serviços de saúde; Políticas públicas de saúde

ABSTRACT

Barroso RB. *The access to orthosis, prosthesis and other mobility aids in the Unified Health System of a micro region of health of São Paulo city* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

The present study aimed to characterize and to analyze the access to Orthosis, Prosthesis and other Mobility Aids (OPM) in the Unified Health System of a micro region of health of São Paulo city. It is a study with quantitative and qualitative approach, which happened in two steps. The first cross-sectional, retrospective and exploratory with data of medical records of OPM users who had OPM prescribed to a Specialized Center in Rehabilitation (CER) in the period from January 2015 until December 2017. A second of qualitative approach by means of discussion groups with professionals and managers of primary care and secondary specialized care services of territory to the constitution of Analyzer Flowchart to the OPM grant and by means of non-directive interviews with OPM users who were indicated by primary care professionals to the constitution of Therapeutic Itineraries. With a non-normal distribution of quantitative data, the Kruskal-Wallis test to analyze of difference between the medians was used, being considered statistically significant $p \leq 0.05$. Techniques of Analyzer Flowchart and Content Analyze were used to qualitative data analysis. In the analyze of 729 medical records, there was predominance of philanthropy in the process to OPM grant, being that 51.9% of devices were dispensed by agreed philanthropic institution. However, this has decreasing, being that in 2017, 74.9% of requested were dispensed by CER itself. It was not observed an increase in the number of dispensed devices in the period, but decrease of dispensation time with statistical significance, and the CER took in average 4.3 months to dispense devices. It is observed a flow agreed between the professionals and users to OPM grant with some gaps pointed by professional and users in the communication between CER and primary care about receipt of device by users and with respect the flows of repair and maintenance. It is conclude that there was decrease in the dispensation time of devices, but not accompanied of increase in the access to them in the period and region studied. It is also noted a flow agreed between professional and services, but with no a flow of repair and maintenance of OPM in the territory.

Descriptors: Self-Help devices; Disabled people; Rehabilitation; Health services accessibility; Public health policy

1 INTRODUÇÃO

Dados da Pesquisa Mundial de Saúde apontam para uma estimativa de 650 milhões de pessoas com deficiência (15,6%), variando de 11,8% em países desenvolvidos e 18% em países em desenvolvimento (OMS, 2011a). No Brasil, dados do Censo de 2010 (IBGE, 2012) apontaram que 23,9% da população têm algum tipo de deficiência, isto é, 45.606.048 indivíduos com alguma deficiência motora, visual, auditiva ou intelectual. Esta prevalência na população brasileira está relacionada ao perfil epidemiológico do país, caracterizado por uma tripla carga de doenças, ou seja, aumento de condições crônicas não-transmissíveis, a persistência de doenças parasitárias e infecciosas, transtornos congênitos e perinatais devido a uma assistência inexistente ou inadequada às mulheres em fase reprodutiva e causas externas relacionadas ao aumento da violência urbana e acidentes de trânsito (Brasil 2002; Brasil 2010a).

O conceito de deficiência vem mudando ao longo do tempo, principalmente a partir da década de 60, quando se introduz a estreita relação entre limitações, fatores ambientais e atitudes da comunidade (Souza; Mendes; Costa, 2016). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004, p. 13) define deficiência como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda”.

Estima-se que dentre as pessoas com deficiência que necessitam de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), somente 10% têm acesso a elas (OMS, 2018). Estudos apontam também que apenas 33% dos indivíduos têm tais dispositivos prescritos e menos de 20% receberam treinamento com ele. Os problemas mais frequentemente encontrados são altura inadequada, falta de manutenção do dispositivo, forma de usar, padrão de marcha e postura (Liu, 2009; Liu *et al.*, 2011).

Um estudo de base populacional em dois países da África Austral mostrou que dentre as pessoas com necessidade de OPM, entre 44% e 67% não as receberam e tal porcentagem tende a aumentar quando considera-se somente dispositivos que estão relacionados às necessidades de pessoas com outros tipos de deficiência que não físicas, como dispositivos para pessoas com deficiências auditivas, visuais ou intelectuais (Matter; Eide, 2018). O Inquérito de Saúde da cidade de São Paulo apontou uma estimativa de 65,9% pessoas com 12 anos ou mais com pelo menos uma deficiência referindo uso de OPM (São Paulo, 2018).

Conceituando OPM, órteses são dispositivos exoesqueléticos que têm por finalidade melhorar o alinhamento e a função dos segmentos corporais nos quais ela é aplicada (Brasil, 2016a). Próteses, pela Associação Médica Brasileira (AMB, 2014), são dispositivos permanentes ou transitórios que substituem total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Dispositivos com a finalidade de auxiliar ou melhorar a performance de locomoção são denominados meios auxiliares de locomoção, como bengalas, muletas, andadores e cadeira de rodas (Brasil, 2016a). O Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2011a) reforça a importância de tais dispositivos como ferramentas complementares à reabilitação por reduzirem o impacto da deficiência e aumentarem as chances de inclusão social destes indivíduos.

A reabilitação e o acesso às OPM no país, desde a epidemia de poliomielite na década de 50, estiveram vinculados à filantropia, como resposta e organização imediata da sociedade frente ao acesso limitado ou quase inexistente aos equipamentos de reabilitação, colocando o papel do Estado, por muito tempo, às margens deste processo (Barros, 2008). Desta forma, o desafio da construção de políticas públicas abrangentes para pessoas com deficiência no Brasil é recente.

As OPM foram incluídas no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1993 por meio da Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993 (Brasil, 1993a). Atribui-se as responsabilidades de elaboração de um fluxo e de definição dos equipamentos de saúde responsáveis pela dispensação destes dispositivos aos gestores municipais e estaduais (Brasil, 1993b). Observa-se ainda um caráter assistencialista das ações relacionadas às OPM para a população com deficiência, havendo um papel predominante de instituições filantrópicas e ações de caridade e solidariedade (Caro *et al.*, 2014).

Apesar das ações de reabilitação e os serviços de saúde serem um direito das pessoas com deficiência desde a redemocratização do país, garantido por meio da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), somente em 2002 foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, inserindo as OPM como parte integrante do processo de reabilitação por complementar o atendimento e aumentar a independência e inclusão social destas pessoas (Brasil, 2002). Em 2011, por meio de um projeto estratégico, reunindo 15 pastas ministeriais, é publicado o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência - “Plano Viver sem Limites” (Brasil, 2011a) e em 2012 é instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Brasil, 2012a), com a criação

dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) como componente desta rede. O CER é um equipamento da atenção especializada, regionalizado e hierarquizado e organiza-se dependendo das modalidades de reabilitação prestadas, como reabilitação física, auditiva, intelectual e visual, sendo um CER II, CER III e CER IV, duas, três e quatro modalidades de reabilitação, respectivamente. É responsável pelas ações de reabilitação e ampliação da oferta de OPM em um território, podendo ter uma oficina ortopédica integrada (Brasil, 2012a).

Em 2016 é colocada em consulta pública e ainda aguardando publicação da versão final as Diretrizes para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do Ministério da Saúde. Tais diretrizes asseguram que um processo qualificado e bem-sucedido para a aquisição de OPM perpassa por uma avaliação, prescrição, confecção, dispensação, preparação, treino para uso, acompanhamento, adequação e manutenção (BRASIL, 2016a).

Dado este histórico recente de políticas públicas para pessoas com deficiência, a instituição das Redes de Atenção à Saúde como arranjos organizativos que visam garantir eficiência e integralidade nas ações de saúde (BRASIL, 2010a) e a necessidade de implementar linhas de cuidados como forma de otimizar caminhos percorridos na busca por cuidados (SILVA, 2011), torna-se imprescindível analisar o acesso, fluxos e itinerários de usuários sob diferentes condições em um território. Tais análises visam a discussão em torno da organização destas redes e linhas, ao expor as necessidades e lacunas apontadas por profissionais e usuários nas suas formas de produzir cuidado. No entanto, tais estudos no campo das OPM são escassos na literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DAS ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

A história da deficiência e das Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência é marcada por diversas fases. Conforme sintetiza Miranda (2013), existiu inicialmente uma fase de negligência em que nenhuma assistência era prestada a esta população, com situações de abandono e perseguição, uma segunda fase, em meados do século XVIII e XIX, pautada na segregação e institucionalização, uma terceira, por volta dos séculos XIX e XX, caracterizada por escolas específicas para pessoas com deficiência e por fim, a quarta fase, cujo objetivo é de integração social destes indivíduos.

A Segunda Guerra Mundial foi um fato determinante para um olhar mais sensível para a deficiência, assim como a epidemia de poliomielite nos Estados Unidos, em 1916 e no Brasil, na década de 50. O impacto da deficiência, o apelo emocional da doença, a organização da sociedade frente a esta questão, o voluntariado local e o apoio de diversos outros segmentos foram essenciais para a criação do primeiro Centro de Reabilitação ligado à Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, intuição filantrópica, destinado à assistência de crianças e adultos com deficiência (Barros, 2008).

O processo de redemocratização do país na década de 80 aliado a uma organização desta parcela da população, juntamente com outros atores, permitiu grandes avanços em questões principalmente relacionadas à legislação (Almeida; Campos, 2012). A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e o advento do SUS (Brasil, 1990) garantiram a saúde como um direito fundamental, incluindo ações, serviços e cuidados de reabilitação e inserção social de pessoas com deficiência.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência define reabilitação como “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2011a, p. 101).

Após isto, diversos instrumentos legais foram estabelecidos de forma a normatizar e regulamentar as questões instituídas no âmbito da Constituição Federal, cabendo destacar as Leis nº 7.853/89 (dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora

de Deficiência) (BRASIL, 1989), nº 10.048/00 (estabelece prioridades ao atendimento) (BRASIL, 2000a), nº 10.098/00 (estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida) (Brasil, 2000b), o Decreto nº 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência), as portarias nº 818/2001 (BRASIL, 2001a) e 185/2001 (BRASIL, 2001b) (criam mecanismos para a estruturação e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência e altera alguns serviços e procedimentos referentes à reabilitação), e o Decreto nº 5.296/04 (regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00) (Brasil, 2004).

Apesar destes instrumentos legais abordando questões pontuais sobre os direitos das pessoas com deficiência, o desafio de elaborar políticas públicas para esta população é recente. Somente em 2002 é instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência por meio da Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002 com o propósito de reabilitar esta população na sua capacidade funcional e desempenho humano, promovendo sua inclusão social, protegendo sua saúde e prevenindo agravos. Tal política considera as OPM como parte integrante deste processo (BRASIL, 2002).

Caro et al. (2014) constata em seu estudo o caráter assistencialista das ações de reabilitação e OPM com instituições filantrópicas e ações de caridade, apesar dos avanços em políticas públicas, ainda tendo um papel central nesta questão.

Embora o processo de regionalização seja citado na Constituição Federal de 1988, sua retomada na agenda do SUS se dá pelo Pacto pela Saúde em 2006 (Brasil, 2006). Em 2010, por meio da portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 foram publicadas as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde como arranjos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integrados visam superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde e garantir a integralidade no cuidado. Esta portaria descreve também as linhas de cuidados, isto é, uma forma de articulação de recursos e práticas na produção de saúde entre serviços de uma dada região, orientada por diretrizes clínicas e que visa dar maior eficiência, agilidade e singularidade às necessidades dos usuários, em resposta às demandas epidemiológicas de maior relevância (BRASIL, 2010a). O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011 estabelece esta política de Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2011b).

Em 17 de novembro de 2011 o Governo Federal institui o Plano Viver sem Limites – Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, reunindo 15 pastas ministeriais

e estruturado em quatro eixos principais: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade (BRASIL, 2011a).

Após o estabelecimento de diretrizes para estruturação das Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde opta pela construção social de redes temáticas, isto é, por temas prioritários em diferentes regiões, estabelecendo a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Magalhães Júnior, 2014).

Seguindo esta linha, em 2012 o Ministério da Saúde institui, por meio da portaria nº 793, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012a) objetivando ampliar as ações de reabilitação e acesso às OPM.

Esta Rede estrutura-se conforme os documentos da Coordenadoria de Saúde da Pessoa com Deficiência, pelos componentes da Atenção Básica, Atenção Especializada – Ambulatório de Especialidades, CER, Oficinas Ortopédicas e Centro de Especialidades Odontológicas - e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, favorecendo o papel da rede enquanto um lugar de referência no cuidado e nas ações de reabilitação (Souza; Mendes; Costa, 2016).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa garantir também que OPM e outras tecnologias assistivas tenham uma avaliação criteriosa, adaptação e adequação frente às demandas sociais e laborais, garantindo seu uso seguro e eficiente, como parte também do processo de reabilitação (Souza; Mendes; Costa, 2016).

A respeito da inclusão das OPM e seu incremento no âmbito do SUS, o Quadro 1 mostra portarias relacionadas e sua respectiva descrição, assim como a sua evolução histórica.

Quadro 1 – Portarias relacionadas às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção no Sistema Único de Saúde

Continua

Portaria	Descrição
Portaria nº 116 de 9 de setembro de 1993 (Brasil, 1993a)	Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS a concessão de equipamentos de órteses, próteses e bolsa de colostomia. Define que a

Quadro 1 – Portarias relacionadas às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção no Sistema Único de Saúde

Continuação

Portaria	Descrição
	concessão de OPM, bem como seu treinamento e adaptação, deverão ser feitos preferencialmente em equipamentos públicos, porém a Comissão Bipartite poderá designar instituições da rede complementar, preferencialmente universitárias ou filantrópicas.
Portaria nº 146 de 14 de outubro de 1993 (Brasil, 1993b)	Estabelece diretrizes gerais para concessão de OPM através da assistência ambulatorial. Cabem as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde estabelecerem um fluxo. A indicação de OPM poderá ser realizada por qualquer profissional médico.
Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007 (Brasil, 2007a)	Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS.
Portaria GM/MS nº 1541 de 27 de junho de 2007 (Brasil, 2007b)	Estabelece a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
Portaria GM/MS nº 2848, de 06 de novembro de 2007 (Brasil, 2007c)	Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS.

Quadro 1 – Portarias relacionadas às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção no Sistema Único de Saúde

Conclusão

Portaria	Descrição
Portaria nº 661, de 02 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010b)	Atualiza os atributos dos procedimentos, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
Portaria nº 971 de 13 de setembro de 2012 (Brasil, 2012b)	Inclui na Tabela de tipo de estabelecimento do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o estabelecimento “Oficina Ortopédica” e inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos de manutenção e adaptação de OPM.
Portaria nº 2109 de 21 de setembro de 2012 (Brasil, 2012c)	Estabelece recursos destinados ao custeio de ações de manutenção e adaptação de OPM.
Portaria nº 1272, de 25 de junho de 2013 (Brasil, 2013)	Inclui procedimentos de Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeira de Rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. A prescrição e dispensação de OPM deverão ser feitas por profissionais capacitados.

Fonte: Dados da pesquisa, São Paulo, 2019.

3.2 A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O município de São Paulo compõe isoladamente a Rede Regionalizada de Atenção à Saúde nº 06, conforme decisão da Comissão de Gestores Bipartite nº 36 de dividir o Estado de São Paulo em 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (São Paulo, 2011) e está circunscrito, pela divisão administrativa da Secretaria Estadual de Saúde, no Departamento Regional de Saúde I, denominado Grande São Paulo, dentre os 17 existentes (São Paulo, 2006). Estes arranjos estão ilustrados no Mapa 1.

O município encontra-se dividido também em 27 microrregiões de saúde denominadas Supervisões Técnicas de Saúde dentro das cinco Coordenadorias Regionais de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde conforme ilustra o Mapa 2.

Dados do Censo de 2010 (IBGE, 2012) apontam uma população de 11.253.503 habitantes no município de São Paulo, sendo 2.759.004 pessoas referindo alguma deficiência, isto, 24,5% da população. Estes dados evidenciaram também um total de 345.478 (21%) pessoas com deficiência visual, 516.663 (31%) pessoas com deficiência auditiva, 674.409 (40%) pessoas com deficiência física e 127.549 (8%) pessoas com deficiência intelectual. Dados do Inquérito de Saúde do município de São Paulo (São Paulo, 2018) apontam para uma estimativa de 65,9% de pessoas com 12 anos ou mais e que referiram ao menos um tipo de deficiência utilizando OPM.

O município inicia o processo de implantação de serviços de reabilitação em 2002 em que são habilitados 11 Serviços de Reabilitação Física e oito Serviços de Saúde Auditiva, pautados em portarias que preconizavam a criação de serviços com uma modalidade de reabilitação (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2011).

As discussões em torno da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada do que foi denominado inicialmente de Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência entre Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) juntamente com a Coordenação da Atenção Básica e a Área Técnica da Pessoa com Deficiência do município inicia-se por volta de 2005 (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2011).

Como forma de garantir ao munícipe acesso a equipamentos de reabilitação mais próximos do local onde vive e a constituição de redes articuladas com os serviços da atenção básica e atenção hospitalar, a SMS implanta os Núcleos Integrados em Reabilitação Física (NIR) e Núcleos Integrados em Saúde Auditiva (NISA), podendo estes estarem lotados em um mesmo espaço e fornecer assistência a diversos tipos de deficiência de forma concomitante (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2011; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2016).

Mapa 1 - Divisão das Redes Regionais de Atenção à Saúde e dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2011.

Os NIR e NISA são equipamentos da atenção especializada compostos por equipes multiprofissionais responsáveis por ações de reabilitação e pela avaliação, prescrição, solicitação, encaminhamento para concessão e acompanhamento de OPM (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2011). Esta rede e estes serviços foram estabelecidos pela Lei Municipal nº 14.671 de 2008 e regulamentados pelo Decreto Municipal nº 49.671 de 2008 (São Paulo, 2008a; São Paulo, 2008b).

Neste mesmo ano, foi instituída pelo Governo Estadual a Rede de Reabilitação Lucy Montoro com a criação de Centros de Reabilitação na cidade e no estado de São Paulo (São Paulo, 2008).

Foram elaboradas, em 2011, as Diretrizes Técnicas para Gestores e Profissionais da Área da Saúde da Pessoa com Deficiência no município de São Paulo objetivando subsidiar e orientar o desenvolvimento de ações de reabilitação no município, estabelecer parâmetros para a implantação e implementação de serviços, organizar o acesso e nortear a atuação dos profissionais que a compõem. Estas diretrizes estabeleciam um “profissional com olhar para a reabilitação” em cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um NIR para cada Supervisão Técnica de Saúde e um NISA para cada uma ou duas Supervisões Técnicas de Saúde (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2011). Tais diretrizes foram atualizadas em 2016 (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2016). Por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 793 de 2012 foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a criação dos CER (Brasil, 2012a).

Como forma de adequar a rede municipal à política instituída no âmbito do Ministério da Saúde foi elaborado, em 2013, um Plano de Ação com o objetivo de implementar, articular e integrar ações e serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, visando ampliar o acesso, qualificar o atendimento, proteger a saúde, inclusão e qualidade de vida desta população. Cabe citar também como objetivo específico instituir CER nas diferentes Supervisões Técnicas de Saúde por meio da ampliação e adequação dos já existentes NIR e NISA (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013).

Até 2013 a cidade de São Paulo possuía 948 estabelecimentos de saúde, dispostos conforme mostra o Quadro 2, além de mais cinco Centros de Reabilitação de gestão estadual e inúmeras instituições filantrópicas conveniadas. Este histórico e a configuração desta rede preexistente favoreceu o município conseguir habilitar 16 CER a curto prazo e inserir em processo de habilitação outros seis serviços junto ao Ministério da Saúde

(Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2018; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013).

A Figura 1 traz uma linha do tempo que resume este processo histórico.

Quadro 2 - Estabelecimentos/Serviços de saúde do município de São Paulo

Estabelecimento	Número
Ambulatórios de Especialidades	48
Centro de Especialidades Odontológicas	28
Centros de Referência Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids	26
Equipamentos de Saúde Mental	104
Hospitais	51
Núcleos Integrados de Reabilitação	36
Núcleos Integrados de Saúde Auditiva	23
Pronto Socorro e Pronto Atendimento	53
Unidade Básica de Saúde	449
Unidade de Referência em Saúde do Idoso	10
Unidades de Assistência Médica Ambulatorial	120
Total	948

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.

Figura 1 - Linha do tempo do processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município de São Paulo

Fonte: Dados da Pesquisa, São Paulo, 2019. CER – Centro Especializado em Reabilitação, NIR – Núcleo Integrado de Reabilitação, NISA – Núcleo Integrado de Saúde Auditiva.

3.3 O PROCESSO DA INDICAÇÃO À MANUTENÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Tecnologia Assistiva é um termo amplo para designar qualquer equipamento, seja adquirido comercialmente, modificado ou customizado com objetivo de melhorar, manter

ou aumentar a capacidade funcional de pessoas com deficiência. As OPM são os tipos mais comuns de tecnologias assistivas (OMS, 2011a; OMS, 2011b). No Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, 2019) é possível identificar dentro dos subgrupos de OPM os termos “OPM auxiliares de locomoção”, “OPM ortopédicas”, “OPM auditivas” “OPM oftalmológicas” etc. Neste trabalho o termo OPM será usado para designar as OPM relacionadas à mobilidade.

Estudos com amostras de conveniência de idosos vivendo na comunidade mostram que somente 33% dos indivíduos avaliados tem tais dispositivos prescritos e menos de 20% receberam treinamento com ele, podendo acarretar riscos de quedas e surgimento de patologias ortopédicas por uma prescrição e acompanhamento inadequados. Os problemas mais frequentemente encontrados foram altura inadequada, falta de manutenção do dispositivo, forma de usar, padrão de marcha e postura (Liu, 2009; Liu *et al.*, 2011).

Em 2008 a Organização Mundial de Saúde publica as “Diretrizes sobre o Fornecimento de Cadeiras de Rodas em Locais com Poucos Recursos” traduzido para a língua portuguesa pela Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo em 2014. Estas diretrizes descrevem etapas essenciais para prestação de serviços de cadeiras de rodas: encaminhado e agendamento, avaliação, prescrição, financiamento e aquisição, preparação do produto, adequação, treinamento, acompanhamento, manutenção e reparos (OMS, 2008).

Os documentos norteadores das ações de reabilitação no município de São Paulo, visando a integralidade do cuidado no processo para concessão de OPM, citam também algumas etapas para o fornecimento destes produtos nos serviços de reabilitação do município, tais como, avaliação, prescrição, solicitação, encaminhamento para entidades dispensadoras, adequação, acompanhamento e manutenção e estabelecem redes e linhas de cuidado que envolvem os serviços da atenção especializada, instituições dispensadoras parceiras e atenção básica no compartilhamento de atribuições nestas etapas e neste processo (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2011; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2016).

O Ministério da Saúde coloca, em 2016, em consulta pública as “Diretrizes para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de OPM” com o objetivo de subsidiar a qualificação deste processo no âmbito do SUS. Estas diretrizes asseguram que a

efetividade do processo para a concessão de OPM perpassa por um processo responsável e qualificado de avaliação, prescrição, confecção, dispensação, preparação, treino para uso, acompanhamento, adequação e manutenção. No entanto, não apresenta as definições e atribuições em cada etapa (Brasil, 2016a).

As diretrizes brasileiras, apesar de designar o CER como cenário típico para dispensação de OPM, argumentam que este processo não se inicia, nem termina nele, atribuindo a responsabilidade de uma avaliação criteriosa das condições de vida do usuário que subsidiarão uma prescrição adequada à atenção básica, além do acompanhamento do uso destes dispositivos na comunidade, observando também aspectos de reparo e manutenção. São preconizados neste documento também a discussão de um projeto terapêutico singular entre CER e atenção básica e pactuação de fluxos neste processo (Brasil, 2016a).

O quadro 3 apresenta uma descrição de cada etapa do processo para o fornecimento de OPM estabelecidas pelas diretrizes brasileiras e pautadas nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) e que foram adotadas no desenvolvimento deste trabalho.

Quadro 3 - Etapas do processo para o fornecimento de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Continua

Etapa	Descrição
Avaliação	Mensurar com precisão as necessidades de cada usuário objetivando a prescrição da OPM mais apropriada.
Prescrição	Utilizando dados obtidos na avaliação oferece informações detalhadas sobre o tipo de OPM mais adequada e suas especificações em uma decisão conjunta com o usuário e sua família.

Quadro 3 - Etapas do processo para o fornecimento de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Conclusão

Etapas	Descrição
Confecção	Fabricação da OPM em uma oficina ou montagem ou eventuais modificações nos produtos fornecidos por fabricantes.
Dispensação	Processo de entrega da OPM ao usuário.
Preparação	Etapas em que o indivíduo é preparado e orientado para conseguir utilizar a OPM prescrita.
Treino para uso	Usuários e suas famílias são treinados como usar e manter a OPM de forma segura e eficaz.
Acompanhamento	Consultas com objetivo de verificar a adequação do usuário à OPM e sanar dúvidas sobre uso e manutenção.
Adequação	Ajustes na OPM frente às necessidades do usuário após experimentá-la.
Manutenção	Reparo de problemas técnicos ou troca da OPM por inadequação.

Fonte: Adaptado de OMS, 2008. OPM – órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar e analisar o acesso às OPM no SUS em uma microrregião de saúde do município de São Paulo – SP.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os usuários de OPM e os dispositivos dispensados na região estudada, assim como analisar o tempo de dispensação geral, por dispositivo e por forma de dispensação.
- Caracterizar e analisar o fluxo para concessão de OPM.
- Caracterizar e analisar os itinerários de usuários com necessidade de OPM.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa desenvolvido em uma microrregião de saúde do município de São Paulo. Esta microrregião possui uma população de 428.217 habitantes (IBGE, 2012), sendo 3,8% deste total referindo deficiência auditiva, 5% deficiência física, 2,5% deficiência visual e 1% deficiência intelectual (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013).

4.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Trata-se de etapa de delineamento transversal, retrospectiva e exploratória em que foram incluídos dados de prontuários de usuários que tiveram OPM prescritas no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017 em um serviço que consistia em um NIR e um NISA, atualmente em processo de habilitação em CER II, contemplando as modalidades de reabilitação física e auditiva e de administração municipal. Este equipamento é responsável não somente pela dispensação de OPM, mas também por ações de reabilitação a nível ambulatorial, sendo referência para 14 unidades básicas de saúde, sete equipamentos da atenção especializada (um Ambulatório de Especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial Adulto, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Convivência e Cooperativa, um Serviço Especializado em DST/AIDS e duas residências terapêuticas) e sete equipamentos da atenção hospitalar e urgência e emergência (dois hospitais, quatro Unidades de Atendimento Médico Ambulatorial e um pronto socorro municipal) (São Paulo, 2015). Possui cinco fisioterapeutas, três fonoaudiólogos, dois terapeutas ocupacionais, dois psicólogos, um médico ortopedista e um médico otorrinolaringologista. A acesso se dá pela atenção básica e a regulação de vagas via sistema informatizado.

As variáveis estudadas a partir dos prontuários foram: data de nascimento, unidade básica de saúde de referência, bairro de origem, data da prescrição, data do início do tratamento, terapeuta responsável, diagnósticos, dispositivo solicitado e suas especificações, data da solicitação do dispositivo e data da entrega do agendamento nas entidades parceiras ou do dispositivo no CER.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel®, extraídos na unidade pelos pesquisadores em salas disponibilizadas pela equipe do CER e analisados pelo programa Stata 12.0. Com distribuição não normal, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis para análise da diferença entre as medianas do tempo de dispensação e de

agendamento, segundo tipo de dispositivo, unidade executora e ano de dispensação. Foi considerado estatisticamente significativo um $p \leq 0,05$.

4.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

Trata-se de etapa de abordagem qualitativa utilizando-se da técnica de Fluxograma Analisador (FA), isto é, uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborada sob uma perspectiva usuário-centrada, revelando de forma minuciosa aspectos da micropolítica do trabalho e da produção de serviços (Franco; Mehry, 2004). Esta etapa foi desenvolvida com profissionais e gestores de equipamentos da atenção básica e da atenção especializada da microrregião estudada. Para isto, foram feitos contatos iniciais com gerentes das 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território, destas, quatro aceitaram participar, e três equipamentos da atenção especializada envolvidos em ações de reabilitação dentre oito. Foram realizados contatos com dois equipamentos da atenção hospitalar, escolhidos aleatoriamente, mas não se conseguiu agendar um primeiro encontro. Como critérios de inclusão para participação no grupo de discussão foi estabelecido ser profissional dos equipamentos selecionados e ter a percepção de sua participação dentro do processo envolvido na concessão de OPM. Estes grupos aconteceram entre janeiro de 2017 a abril de 2018. Nos equipamentos que aceitaram participar foram realizados dois encontros. O primeiro com a finalidade de realizar um grupo de discussão por meio de um roteiro com perguntas disparadoras e norteadoras elaborado pelos pesquisadores (Apêndice A) com o objetivo de analisar a gestão do cuidado em reabilitação, como parte de um projeto denominado “Rede Viva: a realidade da Rede de Atenção à Reabilitação em São Paulo” (CAAE 58422516.5.1001.0065). No presente estudo foram consideradas as informações pertinentes para a constituição de um fluxograma do processo para concessão de OPM no território. Após isto, no segundo encontro, os esboços deste processo elaborados pelos profissionais de cada equipamento participante já digitalizados em forma de FA (Franco; Mehry, 2004) por meio da plataforma online Draw, foram impressos e apresentados novamente aos profissionais para fins de ajustes e validação. Para tais desenhos, foram utilizadas elipses para representar a entrada ou saída do usuário no processo de concessão de OPM e retângulo para as ações desenvolvidas (Franco; Mehry, 2004). Caso houvesse necessidade, um terceiro encontro poderia ser realizado com objetivo de finalizar o fluxograma. Com isto,

cada equipamento construiu um fluxograma compilado em um fluxograma único de toda a região estudada.

Para a construção dos itinerários dos usuários, foram selecionados por profissionais das UBS participantes três casos de usuários com necessidade de OPM que as conseguiram por diferentes caminhos: um caso via CER, um caso via filantropia e um caso por outro meio. Aqueles que aceitaram participar foram submetidos a entrevistas não diretivas (Apêndice B) gravadas com o objetivo de conhecer seus itinerários terapêuticos, isto é, os caminhos percorridos por usuários e suas famílias na busca por cuidados (Araújo; Belatto, 2011).

Entrevistas não diretivas são formas de coletar informações baseadas no discurso livre do entrevistado. Originária de uma técnica psicoterapêutica, centrada na pessoa e desenvolvida por Carl Rogers, pressupõe que o entrevistado é competente para exprimir com clareza suas experiências e análises, prestar informações fidedignas, revelando singularidades, historicidade dos atos, concepções e ideias (Chizzotti, 2005).

As três entrevistas foram analisadas pela ferramenta de análise de conteúdo, definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2016, p. 37), categorizadas e codificadas em pessoa indicadora, locais onde buscou o dispositivo, local onde conseguiu, processo de avaliação/prescrição, treinamento/orientações, ajustes e manutenção para assim, identificar pontos comuns e constituir cada itinerário. As entrevistas foram realizadas entre junho e outubro de 2018.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os profissionais e usuários participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o parecer nº 2.209.553 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo sob o parecer nº 1.808.137.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Três marcos temporais no processo da indicação à manutenção de OPM na rede de atenção à saúde devem ser salientados para um maior entendimento das mudanças organizacionais que ocorreram no período analisado. Anteriormente ao ano de 2015, o CER era, basicamente, um centro agendador para a instituição filantrópica que mantinha convênio com a SMS do município, visto que todo o processo para concessão de OPM estava centralizado nesta instituição. A partir de 2015, a SMS inicia um processo de compras de meios auxiliares de locomoção pré-fabricados, tais como, cadeiras de roda, cadeiras de banho, bengalas, muletas e andadores, deixando um quantitativo em cada CER, independente de demanda, em períodos esporádicos, retirando, desta forma, para alguns dispositivos, a exclusividade da filantropia neste processo. No final de 2017, a SMS licita empresas fabricantes de OPM para o fornecimento de órteses pré-fabricadas (cintas e coletes) e meios auxiliares de locomoção conforme solicitação, via sistema informatizado, do CER, dando mais autonomia ao serviço no processo para concessão de OPM, embora tornando-o dependente do setor privado. No entanto, alguns dispositivos, tais como próteses, órteses sob medida e cadeiras de rodas adaptadas ainda se encontram sob responsabilidade do convênio entre o SUS e a filantropia.

Foram extraídos dados de 729 indivíduos que tiveram OPM prescritas para o CER entre o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

A Tabela 1 mostra as características dos usuários de OPM do serviço estudado e a Tabela 2 faz a caracterização dos dispositivos dispensados no período analisado.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das características dos usuários de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, segundo o ano de prescrição - 2015 a 2017

Características dos usuários		Ano			Total
		2015	2016	2017	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idade (em anos)	0 a 12	45 (19,7)	7 (5,6)	42 (16,7)	94 (15,6)
	13 a 17	2 (0,9)	3 (2,4)	6 (2,4)	11 (1,2)
	18 a 59	84 (36,8)	40 (32,3)	78 (31,1)	202 (33,5)
	60 e mais	97 (42,5)	74 (59,7)	125 (49,8)	296 (49,1)
Escolaridade	Analfabeto	-	0	1	1 (7,7)
	Alfabetizado	-	2 (25)	0 (0)	2 (15,3)
	EF incompleto	-	2 (25)	3 (60,0)	5 (38,5)
	EF completo	-	2 (25)	1 (20,0)	3 (23,1)
	EM Completo	-	2 (25)	0 (0,0)	2 (15,4)
Ocupação	Aposentado	-	9 (56,2)	13 (61,9)	22 (59,5)
	Benefício	-	4 (25)	7 (33,3)	11 (29,7)

Continua

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das características dos usuários de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, segundo o ano de prescrição - 2015 a 2017

Características dos usuários		Ano			Total
		2015	2016	2017	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Motivo da Prescrição	Outros	-	3 (18,7)	1 (4,8)	4 (10,8)
	Neurológico	38 (21,0)	51 (37,8)	123 (53,0)	212 (38,7)
	Metabólico	89 (49,2)	48 (35,6)	28 (12,1)	165 (30,1)
	Ortopédico	53 (29,3)	34 (25,2)	71 (30,6)	158 (28,8)
	Outros	1 (0,6)	2 (1,5)	10 (4,3)	13 (2,4)

Fonte: Dados da pesquisa, São Paulo, 2019. EF – ensino fundamental; EM – ensino médio; n – número; % porcentagem; - ausência de informações.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos tipos de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção prescritas, segundo o ano de prescrição – 2015 a 2017

Características das OPM		Ano			Total
		2015	2016	2017	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tipos de OPM	Calçados e palmilhas	152 (58,4)	61 (36,1)	31 (11,6)	244 (35,1)
	Cadeira de Rodas	40 (15,4)	40 (23,7)	40 (14,9)	120 (17,2)
	Órteses	31 (11,9)	5 (3,0)	57 (21,3)	93 (13,3)
	Cadeira de Banho	11 (4,2)	6 (3,5)	62 (23,1)	79 (11,3)
	Bengalas	7 (2,7)	19 (11,2)	32 (11,9)	58 (8,3)
	Andadores	12 (4,6)	20 (11,8)	23 (8,6)	55 (7,9)
	Muletas	4 (1,5)	13 (7,7)	13 (4,8)	30 (4,3)
	Próteses	3 (1,1)	5 (3,0)	10 (3,7)	18 (2,6)
Profissional Prescritor	Fisioterapeuta	99 (44,4)	92 (67,5)	186 (77,2)	377 (62,8)
	Terapeuta Ocupacional	18 (8,1)	16 (11,8)	37 (15,3)	71 (11,8)
	Enfermeiro	33 (14,8)	19 (14)	14 (5,8)	66 (11,0)
	Ortopedista	43 (19,3)	4 (2,9)	1 (0,4)	48 (8,0)
	Outros	30 (13,4)	5 (3,7)	3 (1,2)	38 (6,3)
Unidade de Origem	Atenção Primária	161 (65,4)	97 (74,6)	116 (69,5)	374 (68,9)
	Atenção Especializada	85 (34,5)	33 (28,4)	51 (30,5)	169 (31,2)
Instituição Executora	Instituição Filantrópica	229 (82,1)	78 (45,9)	69 (25,1)	376 (51,9)
	SMS	50 (17,9)	92 (54,1)	41 (14,9)	183 (25,3)
	Empresas licitadas	0 (0,0)	0(0,0)	165 (60,0)	165 (22,8)

Fonte: Dados da pesquisa, São Paulo, 2018. n – número; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; % porcentagem.

Dentre os usuários de OPM, idosos representaram 49,1% e adultos 33,5% do total de indivíduos, condições neurológicas foram o principal motivo de prescrição e calçados e palmilhas, cadeiras de rodas e órteses de membros inferiores foram os dispositivos mais solicitados, respectivamente. Estes dados se assemelham, em parte, aos de Batistella et al. (2015) em que condições neurológicas também foram as mais prevalentes, seguidas das metabólicas. Diferentemente, neste estudo calçados e palmilhas foram os dispositivos

mais solicitados, ao passo que no trabalho de Battistella et al. (2015) cadeiras de rodas obtiveram mais solicitações e amputação de membro inferior foi o diagnóstico mais prevalente.

Estes achados podem nos indicar uma questão relevante, pois o trabalho de Battistella et al. (2015) foi desenvolvido em diversas cidades do Estado de São Paulo por meio de uma unidade móvel para a indicação e a prescrição de OPM, de gestão estadual, diferentemente deste trabalho em que se analisou um serviço na cidade de São Paulo. Isto poderia sugerir que a rede municipal em São Paulo, em especial a atenção básica, está mais sensível ao diagnóstico de condições metabólicas agindo de forma a prevenir futuras complicações e a necessidade de uma amputação de um membro, por meio de prescrição de calçados e palmilhas para pés diabéticos/neuropáticos.

Foi encontrada uma forte atuação de fisioterapeutas da atenção básica, seguidos por terapeutas ocupacionais, na prescrição de OPM. Caro et al. (2014) evidenciaram uma participação modesta de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em relação à aspectos de gestão dos processos para a dispensação de OPM. Apesar da reconhecida experiência de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com o processo desde a indicação até a manutenção de OPM, somente em 2010, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 661 de 02 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010b), tais competências foram reconhecidas no âmbito do SUS.

Houve predominância da filantropia no processo para concessão de OPM no período analisado, sendo que 51,9% dos dispositivos foram dispensados pela instituição filantrópica conveniada. Porém, isto vem diminuindo, sendo que em 2017, 74,9% dos dispositivos solicitados foram dispensados pelo próprio CER.

Caro et al. (2014) indicaram também o caráter assistencialista das ações relativas às OPM no Departamento Regional de Saúde III do Estado de São Paulo, correspondente à região de Araraquara, com forte participação da filantropia. Reis et al. (2017) dissertaram que é preciso colocar as instituições filantrópicas sob a subordinação da gestão compartilhada regional, sem prejuízo de um comando central, com planos dinâmicos de regulação, monitoramento e avaliação. Desta forma, cabe a filantropia executar um papel complementar dentro das políticas públicas de saúde, devendo para tal, estar submetida à contratos com metas bem definidas, à prestação de contas e transparência e a um processo de avaliação contínuo.

Na análise do número total de dispositivos dispensados, ou seja, independentemente de ser filantropia ou CER, observa-se um decréscimo em 2016, seguido por um aumento em 2017, mas ainda sim representando quatro dispositivos a menos que no ano de 2015.

Esta variação pode estar relacionada ao fato de que no ano de 2016 houve uma troca, via licitação, da organização social, uma entidade sem fins lucrativos e de direito privado, que gere a atenção básica no território. Ocorreu então demissões e contratações de novos profissionais que podem ter levado maior tempo para se habituarem aos processos e fluxos da rede para concessão de OPM, influenciando o acesso dos usuários a estes dispositivos. Pilotto e Junqueira (2017) citam maior rotatividade de profissionais, a exceção de médicos e enfermeiros, nessas organizações sociais dado a instabilidades oriundas de contratos via Consolidações de Leis Trabalhistas em detrimento de concursos públicos na administração direta e menores salários neste setor.

Em uma análise geral do tempo de dispensação, observa-se que o CER leva em média 129,7 (DP 170,8) dias, isto é, 4,3 meses para realizar a dispensação da OPM solicitada, sendo que 25% dos usuários a recebeu em até 25 dias, 50% em até 65 dias, e 75% em até 161 dias. Quando a dispensação do dispositivo fica sob a responsabilidade da instituição filantrópica, não é possível obter a data em que o usuário recebeu a OPM solicitada, via sistema ou prontuário, tendo somente a informação do dia em que ele realizou uma consulta para a avaliação de OPM. Neste caso, o usuário levou em média 127,1 (DP 136,6) dias, isto é, 4,2 meses, para apenas uma consulta para avaliação de OPM, sendo que 25% dos usuários a tiveram em até 45 dias, 50% em até 84 dias e 75% em até 156 dias.

Como não foi possível obter o tempo que o usuário levou para conseguir um dispositivo via instituição filantrópica, uma comparação de tempo torna-se inviável e enviesada, porém foi observado que com a possibilidade de o CER solicitar o dispositivo conforme demanda, 50% dos usuários o recebeu de forma mais rápida em comparação à filantropia.

A Gráfico 1 apresenta *boxplots* do tempo de dispensação de cada dispositivo por ano no CER.

Houve diferença significativa entre o tempo de dispensação segundo os tipos de dispositivos ($p=0,0001$), forma de dispensação ($p=0,0001$), isto é, 75% dos indivíduos receberam o dispositivo solicitado em até 107 dias via empresas licitadas contra 195 dias

via compras pela SMS, e entre o ano de dispensação ($p=0,003$) com 75% dos usuários recebendo a OPM mais rapidamente em 2017 quando comparado a 2016. Na análise por dispositivo, andador foi o único com diferença estatística com relação ao ano de dispensação ($p=0,0085$) e a forma de dispensação ($p=0,0073$).

Gráfico 1 - *Bloxplots* do tempo de dispensação em dias por dispositivo em função do ano no CER – 2015 a 2017

Fonte: Dados da Pesquisa, São Paulo, 2019.

A Gráfico 2 apresenta *boxplots* do tempo de agendamento para avaliação de OPM por dispositivo em função do ano na instituição filantrópica conveniada. Houve diferença estatística entre o tempo de agendamento por dispositivo ($p=0,0001$), tempo de agendamento para andadores ($p=0,0026$) e palmilhas e calçados ortopédicos ($p=0,0001$).

A análise dos Gráficos 1 e 2 revelam um padrão de redução do tempo de dispensação/consulta para avaliação de OPM em função do ano para alguns dispositivos e aumento para outros, tanto no CER, quanto na filantropia.

Como apontado, o CER leva, em média, 4,3 meses para dispensar um dispositivo, o que difere fortemente dos achados de Caro et al. (2014) em que este processo na região estudada, onde não existe um equipamento regionalizado como o CER e muitos

municípios valem-se da filantropia e da assistência social, chegava a levar dois anos e seis meses. Conforme pontua Magalhães Júnior (2014), uma das maiores dívidas nestes quase 30 anos de SUS é a oferta de serviços públicos para pessoas com deficiência.

Gráfico 2 – *Boxplots* do tempo de agendamento para avaliação de OPM por dispositivo em função do ano na instituição filantrópica conveniada – 2015 a 2017

Fonte: Dados da Pesquisa, São Paulo, 2019.

Na etapa qualitativa, participaram da composição do Fluxograma 1 52 profissionais de quatro Unidades Básicas de Saúde, sendo duas com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e duas de modelo tradicional com ESF, com 28 profissionais e três equipamentos da atenção especializada, sendo um serviço em processo de habilitação em CER II, contemplando as modalidades de reabilitação física e auditiva, um Centro de Atenção Psicossocial Adulto e um serviço de apoio à saúde mental, com 24 profissionais. Na atenção básica participaram 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois auxiliares administrativos, um educador físico, cinco enfermeiros, dois fisioterapeutas, um gerente de unidade, quatro médicos, um psicólogo e um terapeuta ocupacional. Na atenção especializada, por sua vez, participaram um assistente social, dois enfermeiros, quatro

Fluxograma 1 - Fluxograma Analisador das ações e fluxos para concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Fonte: Dados da pesquisa, São Paulo, 2019. --- fluxo ainda não consolidado. CER – Centro Especializada em Reabilitação; EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar; MMSS – Membros Superiores; OPM – Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; SIGA – Sistema Integrado de Gestão Assistencial; TID – Tramitação Interna de Documentos; UBS – Unidade Básica de Saúde, mutirões - iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde para redução de filas de espera para órteses sob medidas e cadeiras de rodas adaptadas.

fisioterapeutas, três fonoaudiólogos, cinco psicólogos mais um estagiário de psicologia, sete terapeutas ocupacionais e um profissional com formação em saúde coletiva.

Observa-se um fluxo bem pactuado entre profissionais da atenção especializada e básica sendo que esta se constitui a entrada do usuário no sistema, de onde partem a grande maioria das prescrições, e ainda para muitos dispositivos este indivíduo é encaminhado para a entidade filantrópica conveniada, conforme também foi evidenciado numericamente pela Tabela 2. Cabe ressaltar que apesar do CER dispensar alguns dispositivos como órteses pré-fabricadas e meios auxiliares de locomoção, via empresas de OPM licitadas pela SMS desde 2017, a filantropia assume quase que exclusivamente a dispensação de dispositivos de maior custo, como órteses sob medida e próteses (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, 2019).

Embora as Diretrizes para a Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (BRASIL, 2016a) preconizar o CER como o equipamento de referência na rede para a dispensação de uma OPM, este processo não se inicia, nem termina nele. Enfatiza-se a importância da atenção básica em todas as etapas desde a indicação, passando por acompanhamento e manutenção que envolve uma OPM, na constituição de redes e na coordenação do cuidado deste usuário, por estar mais próxima do cotidiano destes indivíduos (Brasil, 2016a; Silva, 2011). O fluxograma desenhado esboça estas premissas. Além disto, a existência de um Fórum Mensal de Reabilitação no território até 2018, em que representantes profissionais de cada serviço se reuniam para discutir fluxos, prioridades, projetos terapêuticos singulares e pactuações desta rede, certamente foi um fator determinante para um fluxo bem definido e articulado entre os serviços a respeito do processo para fornecimento de OPM. Estes fóruns são encorajados pelas Diretrizes Municipais de Reabilitação (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2016) como ações de articulação da rede. Foi extinto após a instituição de um fórum integrado da microrregião que aborda temas mais abrangentes da rede e do território.

A Constituição Brasileira (Brasil, 1988) assegura à filantropia um papel complementar no âmbito do SUS tendo preferência mediante contratos de direito público ou convênios. No entanto, como observado, a filantropia detém dentro do processo para concessão de OPM, além da dispensação de maior número de dispositivos no período analisado evidenciado na Tabela 2, os procedimentos de maior valor na Tabela de

Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, 2019), o que poderia endossar a tese de Romano e Scatena (2014) de um expressivo poder político e de pressão sobre o SUS exercido pelo setor privado/filantrópico com relação a negociação de seus contratos e da remuneração pelos serviços prestados.

Foi observada também uma lacuna entre a atenção especializada e a atenção básica no que se refere à comunicação do recebimento do dispositivo pelo usuário no CER. Em alguns casos, um e-mail é enviado a unidade básica de referência do usuário, mas em geral, após o contato com o indivíduo para retirada do dispositivo, o mesmo é orientado a procurar o profissional prescritor na UBS ou este é comunicado pelos ACS.

A relação dos usuários que aceitaram participar das entrevistas, denominados usuários A, B e C, assim como a caracterização do processo de concessão das OPM utilizadas por eles estão dispostas no Quadro 4.

Como evidenciado na Tabela 2 e no Fluxograma 1, o relato dos usuários também demonstra que o acesso à uma OPM se dá via atenção básica e está vinculado ao contato com o profissional fisioterapeuta, seja por demanda espontânea ou busca ativa.

“[...] Eu procurei o (fisioterapeuta), ...fui ao posto... ‘(fisioterapeuta) eu estou com uma dificuldade’. Eu falei que eu precisava de um apoio, juntamente com a clínica... foi que eu consegui também (a bengala)’ (Usuário A).

[...] Comecei a utilizar as muletas, fiquei um período aí de um a dois meses utilizando a muleta, até eu conseguir passar com o (fisioterapeuta) lá no posto... Não, até chegar ao (fisioterapeuta), foi mais ou menos um mês, porque não tinha muitas vagas para fisioterapia lá. Depois desse um mês eu passei com ele (fisioterapeuta), eu ainda continuo passando, mas durante um mês e meio ele me conseguiu uma vaga no CER... também, com a fisioterapeuta que aí foi no primeiro dia já tirou as muletas (e trocou por uma bengala simples) (Usuário B).

O fisioterapeuta (do NASF) ter ido na casa, ofereceu, não foi? A (fisioterapeuta) pegou os dados e deu o seu telefone, não foi? A (instituição filantrópica) que entrou em contato. Ela (fisioterapeuta) já vinha fazendo algumas visitas com a (usuária). Foi quando ela falou que poderia fazer esse pedido, adquirir se a (usuária) tinha interesse. (ACS lembrando o processo junto a filha da usuária C).

Quadro 4 - Caracterização dos usuários de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Usuário	Diagnóstico	Local da entrevista	Tipo de OPM	Pessoa indicadora	Pessoa avaliadora/ prescritora	Local onde buscou	Local de dispensação	Orientações/ Treinamento	Ajustes	Manutenção
Usuário A, gênero masculino, 30 anos	Paralisia Cerebral	Departamento /Universidade por opção do usuário	Bengala simples	Fisioterapeuta da UBS		UBS	CER		Sim	Não necessitou
			Órteses suropodálicas	Fisioterapeuta da UBS		UBS	CER – Mutirão*	Sim	Não necessitou	Por conta própria
Usuário B, gênero masculino, 31 anos	Pós-operatório de fratura de fêmur direito	Departamento /Universidade por opção do usuário	Muleta Axilar	Ortopedista e Fisioterapeuta no hospital	-	Doação de familiares	-	-	Não houveram	Não necessitou
			Bengala simples	Fisioterapeuta do CER		CER		Sim	Não necessitou	Por conta própria
Usuário C, gênero feminino, 50 anos	Mielite a esclarecer	Domicílio da usuária em visita com fisioterapeuta e ACS	Órteses suropodálicas	Fisioterapeuta do NASF		-	Instituição filantrópica conveniada	Sim	Não necessitou	Não necessitou

Fonte: Dados da Pesquisa, São Paulo, 2019. ACS – agente comunitário de saúde, CER – Centro Especializado em Reabilitação, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, UBS – Unidade Básica de Saúde, - etapas que não aconteceram, * iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de eliminar filas de espera para órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção na cidade.

Apesar destes relatos apontarem o papel fundamental de um profissional capacitado ao processo da indicação à manutenção de OPM no acesso a estes dispositivos, estudos apontam a relação de menos de 0,1 fisioterapeuta e terapeuta ocupacional por mil habitantes no Brasil, no Estado de São Paulo e na cidade de São Paulo e que menos da metade dos municípios brasileiros possuem fisioterapeutas cadastrados na atenção básica (Rodes *et al.*, 2017; Tavares *et al.*, 2018). A escassez destes profissionais pode ser um fator limitante no acesso às OPM.

Sendo os profissionais da atenção básica que mais prescreveram OPM e conforme expõe o fluxograma 1 seriam também os responsáveis por treinar, orientar e acompanhar estes usuários, poder-se-ia pensar na possibilidade de descentralizar ainda mais este processo neste nível de atenção, visto que para alguns dispositivos, o papel do CER é ser apenas um dispensador. Isto poderia trazer as ações de algumas OPM para mais próximo das necessidades e realidade dos usuários.

O usuário B aponta um hiato entre a atenção hospitalar e demais equipamentos da rede, sendo que não obteve orientações de como poderia dar continuidade a um acompanhamento fisioterapêutico após a alta hospitalar ou onde e como obter o dispositivo indicado na internação.

[..] entrou o fisioterapeuta já para me colocar de pé no dia seguinte já da cirurgia e falou “Ó, o senhor vai a partir de hoje utilizar a muleta, então essa vai ser sua companheira”, mas não deu nenhum tipo de instrução, qual o tipo de muleta. Ele veio com a muleta do hospital, que era a axilar mesmo, e falou “... tem que adquirir uma dessa” e só isso (Usuário B).

Com relação ao hiato na contra referência entre atenção hospitalar, CER e atenção básica apontado no Fluxograma 1 e ao relato do Usuário B, Silva (2011) argumenta que os serviços de saúde interagem entre si de forma horizontalizada com elevado grau de interdependência, percorrendo entre si diferentes fluxos, o que faz com que instrumentos clássicos de referência e contra referência não se mostrem eficazes. O autor (Silva, 2011) aponta para a necessidade de construção de redes usuário-centradas, instituindo linhas de cuidado que levem em conta as singularidades de demandas e necessidades dos usuários. Isto poderia tornar o processo para a aquisição de uma OPM mais efetivo, visto que em muitos casos a necessidade de alguns dispositivos, como a do Usuário B, é imediata e determina o êxito da cirurgia realizada e o retorno do indivíduo às suas atividades da vida diária.

Relativo às orientações e treinamento com o dispositivo, assim como os ajustes, os três usuários relataram ter recebido, seja na atenção básica pelo profissional prescritor, seja na instituição filantrópica ou no próprio CER. Estes achados diferem-se dos de Mei (2016) em que, em um Centro de Referência em Reabilitação municipal de Campinas-SP, tais etapas não ocorriam dentro do processo para concessão de cadeira de rodas.

Cabe enfatizar também a percepção do usuário sobre a atenção básica como coordenadora e articuladora do cuidado e também como um equipamento acessível no acolhimento de uma demanda, conforme fica evidente no relato do Usuário A.

“[...] Foi um dia que eu não consegui montar ela (a bengala) na altura certa. Eu fui lá pedir para o (fisioterapeuta da UBS) e ele regulou. Agora não sei como vai ficar essa questão (o fisioterapeuta da UBS foi realocado e ainda não substituído)” (Usuário A).

Silva (2008) defende um papel-chave da atenção básica para o adequado funcionamento das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Na elaboração do Fluxograma 1 e no grupo de discussão com os profissionais não ficou evidente um fluxo para manutenção ou pequenos reparos dos dispositivos recebidos pelos usuários. Há somente referência ao plantão de cadeiras de rodas como um momento para avaliação das condições do dispositivo e quando detectado algum problema ou defeito, é realizada a troca ou reparo por meio do prazo de garantia estabelecido pelo fabricante, portanto, restrito a este prazo. No entanto, nas falas de dois dos usuários há menções a algumas orientações sobre o tema.

“Ah, eles (profissionais) falaram que caso precisasse fazer uma manutenção era para eu voltar no mesmo local onde eu retirei (a órtese)” (Usuário A).

“Isso aí avisou para minha irmã que se desse algum problema na bota (órtese suropodálica) era para voltar (na instituição filantrópica). Mas o tempo assim eu não sei, quanto tempo deram para voltar” (Usuário C).

Apesar destas orientações e também por não haver um fluxo definido na rede sobre manutenção e reparos, os usuários A e C utilizaram-se de outros meios para realizar reparos nos dispositivos que receberam.

“Teve uma parte que ela (a órtese) estava descolando, fui atrás de um colega meu que é sapateiro e pedi para ele colar. O (fisioterapeuta) falou assim ‘Ah melhor você procurar um sapateiro, ela está nova ainda, então não precisava de fazer muita manutenção’” (Usuário A).

Eu peguei a bengala, a manutenção eu fiz do meu próprio bolso, porque eu peguei a borracha da madeira já no chão mesmo, o barulho irrita... aí eu fui e comprei a borracha que já estava em um estado já (inaudível). Mas a manutenção eu que fiz. Eles (profissionais) não orientam nada sobre isso, manutenção, essas coisas (Usuário B).

A falta de um fluxo e da atenção dada aos aspectos da manutenção e reparo de uma OPM, também observados no trabalho de Mei (2016), podem estar vinculados a dois pontos: a ausência de oficinas ortopédicas de referência para alguns CER, em especial na região analisada e ao valor atribuído aos procedimentos de manutenção de OPM na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

A Portaria nº 971 de 13 de setembro de 2012 (BRASIL, 2012b) que institui a Oficina Ortopédica no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde considera:

a Oficina Ortopédica promove o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - OPM, além de confecção de adaptações, ajustes e pequenos consertos em OPM. A Oficina Ortopédica Fixa possui todos os equipamentos necessários a uma oficina ortopédica, capacitando-a a trabalhar com termoplásticos de alta e baixa temperatura, laminação, com metais e sapataria. É capaz de confeccionar todos os tipos de órteses e próteses (de membros superiores e inferiores, estáticas/rígidas, articuladas e dinâmicas), coletes, palmilhas e calçados adaptados (ortopédicos e para pés neuropáticos) e adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária; além de realizar adequações posturais em cadeiras de rodas, ajustes e manutenção nas OPM e adaptações.

A construção, habilitação ou pactuação de oficinas ortopédicas de referência para os CER, além de reduzir a sua dependência de prestadores privados e filantrópicos, poderia também otimizar recursos ao evitar abandono do dispositivo pelos usuários ou o seu descarte e solicitação de um novo pela falta de um equipamento capaz de realizar reparos ou manutenção. Pode-se também negociar matéria-prima e produzir OPM mais individualizadas e de baixo custo para o SUS. Isto evita a busca de outras formas de reparos por profissionais não qualificados. Cabe ressaltar que existem serviços com oficina ortopédica e unidade móvel para prescrição e dispensação de OPM no município sob gestão estadual, no entanto, estes serviços que poderiam servir de apoio ao município nesta questão de acesso às OPM sob medidas, reparos e manutenção, reduzindo o seu

ônus financeiro em contratos com a filantropia e prestadores privados, não aparecem como um fluxo no processo de fornecimento de OPM para os serviços municipais de reabilitação. Conforme evidenciado por Mendes *et al.* (2015), em uma análise da pactuação regional da saúde em algumas regiões do Estado de São Paulo, há um distanciamento do Estado no processo de regionalização, por possuir recursos financeiros para gestão de serviços “próprios”, sendo isto utilizado como estratégia de gestão, havendo menção da criação de “redes paralelas” ao processo de pactuação em curso.

Outra questão é o valor de zero reais atribuído aos procedimentos de manutenção de OPM conforme consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, 2019), endossando um papel regulador desta tabela sobre procedimentos e interesses no âmbito do SUS.

Os mutirões de OPM desenvolvidos no município devem ser também objeto de análises futuras, pois mesmo objetivando reduzir uma fila de espera existente, em grande parte por uma quase exclusividade da filantropia nestas ações por anos, desconstrói todo um processo de descentralização e regionalização dos fluxos de OPM que vinha ocorrendo no município (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2011) ao centralizar em um único CER, com deslocamento também de profissionais de outras regiões para oferecer suporte a este CER sediado, toda a demanda da OPM objeto do mutirão do município. Este fluxo acaba por fragmentar as articulações já existentes entre serviços e profissionais da atenção básica, especializada e hospitalar de determinados territórios.

As políticas públicas para pessoas com deficiência e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são desafios recentes na realidade brasileira. Com poucos anos de implantação enfrentam cortes marcados por uma política de austeridade iniciada de forma mais clara em 2016 pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (Brasil, 2016b), tendo impacto direto na sua expansão e consolidação como políticas de Estado. Tal assertiva fica evidente quando se observa diversos serviços de reabilitação no município, que cumprem os requisitos para habilitação em CER, aguardando publicação de portaria específica, dado a ausência de recursos financeiros. Apesar disto, elas foram implantadas para constituir-se como uma referência importante na transformação do caráter assistencialista das ações de reabilitação e OPM para sua consolidação como um

direito desta população. Ademais, como os resultados deste trabalho sugeriram, é possível observar um impacto positivo de tais políticas no processo para concessão de uma OPM. Fleury (1994) argumenta que quando uma demanda consegue adentrar o processo de tomada de decisão burocrático do aparato estatal, esta passa por uma destematização por meio de um conjunto de estratégias administrativas, advindas da contradição de um Estado capitalista como executor de políticas públicas, caracterizadas por: decomposição da demanda em múltiplos setores de ordem administrativa, o fomento de cisões entre os grupos demandantes e a destinação de recursos insuficientes.

Como limitação deste estudo pode-se citar a amostra de uma microrregião do município de São Paulo, o que requer cautela na generalização destes achados e o viés da confiabilidade das informações reportadas nos prontuários dos usuários. Além disto, o fato de os usuários selecionados para a entrevista não diretiva já possuírem acesso aos dispositivos podem não ser representativos de todos os indivíduos com necessidade de OPM.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como arranjos organizativos recentes, as Redes de Atenção Saúde e mais especificamente neste contexto, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência constituem-se como marcos importantes na construção da integralidade do cuidado e na consolidação da saúde como direito fundamental das pessoas com deficiência, apesar de uma conjuntura atual de subfinanciamento e pouca expansão.

Neste estudo não foi observado incremento no número de dispositivos dispensados no período e região estudados, no entanto, houve redução do tempo de dispensação destes dispositivos. Há ainda predominância da filantropia no processo para a concessão de OPM, porém com crescente participação do setor público nos últimos anos.

O fluxo relacionado às OPM na microrregião estudada está pactuado entre os profissionais e serviços, com lacunas apontadas no conhecimento dos caminhos percorridos por este usuário na rede, como a comunicação entre CER e UBS no retorno do indivíduo com o dispositivo. A atenção básica constitui-se entrada no sistema e exerce um papel fundamental nas orientações, treinamentos e ajustes de OPM.

A presença de um profissional com reconhecida competência no processo da indicação à manutenção de OPM na atenção básica é de fundamental importância para o acesso e acompanhamento de usuários com estas necessidades.

Carece-se ainda de um fluxo e equipamentos destinados à manutenção e reparos destes dispositivos, de forma a otimizar o uso de recursos destinados às ações de OPM no âmbito do SUS e pactuações entre gestores municipais e estaduais com relação a este fluxo, evitando o estabelecimento de “redes paralelas”.

Estes dados apontam para a necessidade de rever continuamente o processo que envolve a concessão de OPM de forma a ampliar o acesso e otimizar o tempo necessário para aquisição de dispositivos pelos usuários e suas etapas subsequentes. Fazem-se necessárias análises a médio-prazo do impacto destas políticas, do seu financiamento, das novas estratégias e fluxos implementados e da relação público-privado-filantrópico que permeia esta rede. Além disto, estudos futuros devem analisar os itinerários terapêuticos de indivíduos com necessidade de OPM na comunidade como forma de revelar pontos importantes a serem debatidos dentro do processo para concessão de OPM.

REFERÊNCIAS

- Almeida MC de, Campos GWS. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2002;13(3):118–26.
- Araújo LFS, Bellato R. Itinerários terapêuticos na abordagem de experiências de cuidado no ensino de enfermagem. *Rev. Enf. Ref*. 2011; 2 (Suplemento): 492.
- Associação Médica Brasileira. Implantes [Homepage]. São Paulo: Associação Médica Brasileira; c2014 [citado 10 mar. 2018]. Disponível em: <https://amb.org.br/implantes/>.
- Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Cien Saude Colet*. 2008;13(3):941–54.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1st ed. São Paulo: Almeida Brasil; 2016.
- Batistella LR, Juca SSH, Tateishi M, Oshiro MS., Yamanaka EI, Lima E, Ramos VD. Lucy Montoro Rehabilitation Network mobile unit: an alternative public healthcare policy. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2015; 10(4): 309–315.
- Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
- Brasil. Lei nº 7.853/89, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, (1989 out. 24); Sec. 1: 19.209.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, (1990 set 19); Sec. 1: 18.055.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, 9 de setembro de 1993. *Diário Oficial da União, Brasília*, (1993a set. 09).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 146, 9 de outubro de 1993. *Diário Oficial da União, Brasília*, (1993b out 09).
- Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, (1989 out. 24); Sec. 1:10.
- Brasil. Lei nº 10.048/00, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, (2000a nov. 08); Sec. 1:1.
- Brasil. Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, (2000b dez. 19); Sec. 1:2.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 818, de 05 de junho de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, (2001a jun. 05).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 185, de 05 de junho de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, (2001b jun. 05).

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Portaria nº 1060, de 05 de junho de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, (2002 jun. 05).

Brasil. Decreto nº 5.296, de 02 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. Diário Oficial da União, Brasília, (2004 dez. 02). Sec. 1:5.

Brasil. Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, (2006 fev. 22).

Brasil. Ministério da Saúde. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria nº 321, 8 de fevereiro de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, (2007a fev. 8).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1541, 27 de junho de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, (2007b fev. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 2848, 06 de novembro de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, (2007c nov. 06).

Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, (2010a dez. 30).

Brasil. Portaria nº 661, de 02 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, (2010b dez. 02).

Brasil. Decreto nº 7.612, 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da União, Brasília (2011a nov. 18); Sec 1: 12.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, (2011b jun. 28); Sec 1: 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria n. 793, de 24 abril de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, (2012a abr. 24).

Brasil. Ministério da Saúde. Adequa o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e inclui Procedimentos de Manutenção e Adaptação de Órteses, Próteses e

Materiais Especiais da Tabela de Procedimentos do SUS. Portaria nº 971, 13 de setembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, (2012b set 13).

Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Portaria nº 2109, 21 de setembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, (2012c set. 21)

Brasil. Ministério da Saúde. 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. Portaria nº 1272, de 25 de junho de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, (2013 jun. 25).

Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência. Diretrizes para prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, Consulta pública [Internet]. Brasília; 2016a. Disponível em: 200.214.130.94/consultapublica/display/dsp_download_arquivo.php?arquivo=299.

Brasil. Constituição de 1988. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. 2016b dez. 16; Sec 1:2.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [homepage]. Brasília; 2019 [citado 09 mar. 2019]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>

Caro CC, Faria PSP, Bombarda TB, Ferrigno ISV, Palhares MS. 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. 2014 setembro: p. 521-529.

Chizzotti A. Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez Editora; 2005.

Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Coordenadoria Regional de saúde, Supervisão Técnica de Saúde e Subprefeitura do Município de São Paulo [internet]. São Paulo, SP: CEInfo; 2018 [citado 26 mar. 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/mapoteca/CRS_STS_e_SUB.pdf.

Fleury S. A natureza do estado capitalista e das políticas públicas. In: Fleury S, editor. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FioCruz; 1994. p. 11-57

Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). O Trabalho em saúde olhando e Expondo o SUS no Cotid. 2004;135–60.

Freire P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP; 2000.

IBGE. Censo Demográfico 2010 - Características Gerais da População, Religião, e Pessoas com Deficiência [Internet]. Brasília, DF; 2012 [citado 20 mar. 2018]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf

Liu HH. Assessment of rolling walkers used by older adults in senior-living communities. *Geriatrics & Gerontology International*. 2009 junho: p. 124-130.

Liu HH, Eaves J, Wang W, Womack J, Bullok P. Assessment of canes used by older adults in senior living communities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011 maio: p. 299-303.

Matter RA, Eide AH. Access to assistive technology in two Southern African countries. *BMC health serv. res.* 2018; 9:1-10.

Mei AE. 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 de Mestrado]. 2016.

Mendes A; Louvison MCP, Ianni AM, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):423-437.

Mendes VLF. Saúde sem limite: implantação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência. *Divulg. saúde debate.* 2014; 52: 146-52.

Miranda AAB. História, deficiência e educação especial. *Rev Histebr On-line, Campinas.* 2004;(15):1-7.

OMS. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade. Classificação Int funcionalidade, incapacidade e saúde [Internet]. Genebra; 2004 [citado 19 mar 2018]. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf

OMS. Diretrizes sobre o Fornecimento de Cadeiras de Rodas Manuais em Locais com Poucos Recursos [internet]. Tradução pela Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2008 [citado 10 jan. 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43960/9789241547482_por.pdf?sequence=38.

OMS. Relatório mundial sobre a deficiência [internet]. Tradução pela Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2011a [citado 10 jan. 2018]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=620809DAAA21D5B140FB273C2A47D10F?sequence=4.

OMS. Joint position paper on the provision of mobility devices in less-resourced settings: a step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) related to personal mobility [internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2011b [citado 23 mar. 2019]. Disponível: https://www.who.int/disabilities/publications/technology/jpp_final.pdf.

OMS. Improving access to assistive technology. Report by the Director-General. In: Seventy-first World Health Assembly, Geneva, 21-26 May 2018. Provisional agenda item 12.5. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 26 mar. 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_21-en.pdf.

Pilotto BS, Junqueira V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. *Serv Soc Soc.* 2017; 130:547-63.

Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: Trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface Commun Heal Educ*. 2012;16(41):435–47.

Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para reconstrução de uma regionalização viva. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(4):1045-54.

Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Goés Â, Schmitt ACB. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2017: p. 74-82.

Romano CMC, Scatena JHG. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. *Revista de Administração Pública*. 2014 março: p. 439-458.

São Paulo. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, (2006 dez. 28); Sec. 1:1.

São Paulo (SP). Lei Municipal nº 14.671, 14 de janeiro de 2008. Cria o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva. *Diário Oficial do Município de São Paulo*, São Paulo, (2008a jan 14).

São Paulo (SP). Decreto Municipal nº 49.671, de 25 de junho de 2008. Regulamenta a Lei nº 14.671, de 14 de janeiro de 2008, que cria o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva. *Diário Oficial do Município de São Paulo*, São Paulo (2008b jun 25).

São Paulo. Decreto Estadual nº 52.973, de 12 de maio de 2008. Institui a Rede de Reabilitação “Lucy Montoro” e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, (2008 mai. 12); Sec. 1:1.

São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. Constitui e aprova as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no Estado de São Paulo. *Decisão CIB nº 36*, de 21 de setembro de 2011. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 2011 set. 21: 24.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Relação dos estabelecimentos/serviços da secretaria municipal da saúde por coordenadoria regional de saúde e supervisão técnica de saúde do município de São Paulo [internet]. São Paulo, SP; 2015 [citado 26 mar. 2018]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Super.pdf.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. *Boletim ISA Capital 2015*, nº 16, 2018: Deficiência na cidade de São Paulo. São Paulo: CEInfo; 2018 [citado 10 mar. 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_PcD.pdf.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Distribuição das Redes Regionais de Saúde – Agosto de 2011 [internet]. São Paulo, SP: SES; 2011 [citado 26 mar. 2019]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/rras_mapa_final.jpg.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diretrizes para gestores e profissionais da área da saúde da pessoa com deficiência no município de São Paulo [internet]. São Paulo, SP; 2011 [citado 20 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/COT-2011.pdf>.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Plano de ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência [internet]. São Paulo, SP; 2013 (citado 20 mar. 2019). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PlanodeacaoRedePessoaComDeficiencia.pdf>

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência [internet]. São Paulo, SP; 2016 [citado 20 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCNorteador2015FinalINTERNET18112016.pdf>.

Silva SF. Pacto pela Saúde e rede regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In Silva SF, editor. Redes de Atenção à Saúde no SUS. 1st ed. Campinas: Idisa; 2008. p. 151-201.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciên Saude Colet. 2011 junho: p. 2753-2762.

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [homepage]. Brasília, DF; 2019 [citado 10 jan. 2019]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

Souza LAP, Mendes VLF, Costa R. Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência: questões conceituais de uma nova Rede Prioritária do SUS. In: Ministério da Saúde. Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas. 2016: 125-38.

Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. Fisioterapia e Pesquisa. 2018: p. 9-19.

APÊNDICE A – Roteiro para Grupo de Discussão

Roteiro para grupo de discussão

Orientações para a atividade:

- Objetivo: Aprofundar a discussão sobre o papel dos equipamentos de saúde da Região do Butantã na constituição da Rede de Reabilitação; Traçar estratégias coletivas de aperfeiçoamento dos fluxos e ofertas de atividades e ações pelos serviços
- Atividade: desenhar os fluxos internos e externos aos equipamentos; montar esquemas e se possível unifica-los no fim.

Momento 1

1. Qual a experiência de vocês no trabalho com reabilitação neste equipamento/serviço?
2. Quanto ao acesso ao equipamento e fluxos internos - Como é a experiência de vocês na organização dos fluxos internos de encaminhamento dos usuários/pacientes que apresentam demandas de reabilitação?

*Desejável uma resposta unificada da equipe.

Possíveis desdobramentos:

- De onde vêm os usuários que procuram o equipamento de saúde que vocês trabalham?
- Quais são as necessidades de saúde relacionadas à reabilitação dos usuários que chegam até vocês? Quais são as demandas de saúde relacionadas à reabilitação que são percebidas pela equipe?
- Vocês identificam pessoas que necessitam de OPM? Se sim o que vocês fazem?

- Quais as ações / atividades relacionadas a reabilitação que vocês fazem neste equipamento?
- Qual é o fluxo de encaminhamentos que vocês fazem dentro deste equipamento de saúde?
- Existe algum fluxo de encaminhamento já estabelecido dentro deste equipamento?
- Os encaminhamentos que vocês fazem dentro deste equipamento funcionam?

****Pedir para que os participantes apresentem o esquema desenhado.**

Momento 2

3. Quanto aos fluxos externos e articulação com a rede - Como é a experiência de vocês na articulação com outros equipamentos/serviços para atender às demandas de reabilitação dos usuários/pacientes?

Possíveis desdobramentos:

- Para onde vocês encaminham os usuários que não têm suas necessidades de saúde relacionadas à reabilitação atendidas aqui?
- Quais outros equipamentos da rede de atenção com os quais vocês se articulam?
- Existe algum fluxo de encaminhamento relacionado à reabilitação já estabelecido entre os equipamentos nesta região?
- Existe algum registro/comunicação (contrarreferência) com os outros equipamentos sobre os usuários recebidos, encaminhados, reencaminhados ou que estão em atendimento?
- Quais os usuários que vocês encaminham para lá?
- Vocês realizam ações / atividades relacionadas à reabilitação junto a algum equipamento desta região?
- Como é o trabalho da rede de atenção à reabilitação desta região?
- Os encaminhamentos que vocês fazem para outros equipamentos funcionam?

****Pedir para que os participantes apresentem o esquema desenhado.**

Momento 3

- Fazer a devolutiva com ajustes e validação das ações, atividades e fluxos referentes ao cuidado de reabilitação;
- Identificar os fluxos com mais facilidades e/ou com mais dificuldades

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista não diretiva com usuários de Órteses, Próteses
Meios Auxiliares de Locomoção (OPM)

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA NÃO DIRETIVA COM USUÁRIOS DE
ÓRTESES, PRÓTESES MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPM)**

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Diagnóstico:

Gênero: () M () F

Bairro: _____

UBS _____ de
referência: _____

Renda familiar per capita (valor total/nº indivíduos): _____ reais

Comorbidades _____ associadas:

Tipo _____ de
dispositivo: _____

Conte-me como foi sua experiência para a aquisição deste dispositivo.

POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS

- 1- Como você percebeu a necessidade de utilizar um equipamento para auxiliar nas suas atividades do dia-a-dia?
- 2- Quando você percebeu essa necessidade?
- 3- Onde buscou?
- 4- Onde conseguiu?
- 5- Houve alguma avaliação do ambiente domiciliar e/ou laboral antes da indicação do dispositivo?
- 6- Você recebeu treinamento/orientações com o dispositivo?

- 7- O dispositivo necessitou de ajustes, reparos ou manutenção?
- 8- Você realiza algum acompanhamento ou avaliação periódica por utilizar um dispositivo de auxílio?
- 9- Você se adaptou ao dispositivo prescrito?

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Rede viva: a realidade da Rede de Atenção à Reabilitação no Estado de São Paulo.

Pesquisador: Ana Carolina Basso Schmitt

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58422516.5.1001.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.209.553

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, orientada pela Profa Drª Ana Carolina Basso Schmitt do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

A solicitação é para o parecer do atual projeto, intitulado "Da Indicação à Manutenção das Órteses, Próteses e Meio Auxiliares de Locomoção na Rede de Reabilitação da Região Oeste de São Paulo" como emenda do projeto original "Rede viva: a realidade da Rede de Atenção à Reabilitação no Estado de São Paulo" já aprovado por este CEP aprovado em 27/09/2016 (CAAE - 58422516.5.1001.0065/ Parecer nº 1.754.917). O presente projeto seria parte da 3ª etapa do projeto original.

A presente emenda (3ª etapa do projeto original) apresenta que o envelhecimento da população tem levado a um aumento de condições que reduzem a capacidade funcional do indivíduo. Esta mudança acaba por gerar também um aumento do número de pessoas com deficiências provenientes de eventos cerebrovasculares, doenças neurodegenerativas e outras doenças crônicas. O acesso aos equipamentos de reabilitação e às Órteses, Próteses e Meio Auxiliares de Locomoção (OPMs) parece ser deficitário, fazendo com que usuários busquem outros caminhos, formais e informais, para obtê-lo. Desta forma, muitos indivíduos adquirem dispositivos sem uma

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 38
Bairro: FACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3803-4401 E-mail: cep_fm@usp.br

Continuação do Parecer: 2.209.503

avaliação cuidadosa, prescrição e indicação adequadas, orientações qualificadas e cuidado continuado.

Objetivo da Pesquisa:

A emenda se propõe a identificar e mapear a Rede de Atenção à Reabilitação com ênfase no processo de avaliação, indicação, prescrição, confecção, dispensação, preparação, treino para uso, acompanhamento, adequação e manutenção das OPMs no território da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste do município de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco desta pesquisa é mínimo devido aos possíveis desconfortos do participante em expor informações pessoais perante ao grupo.

Os participantes terão a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo.

Os participantes não terão benefício direto, embora presente trabalho trará questões que poderão nortear, aprimorar e ressignificar as práticas nas Instituições que avaliam, prescrevem, confeccionam, dispensam, preparam, treinam para uso, adequam, realizam manutenção e acompanhamento dos indivíduos que necessitam de OPMs.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo, de delineamento transversal, acontecerá na região da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste da cidade de São Paulo-SP e será desenvolvido em três etapas, a primeira com a coleta de dados quantitativos do processo de avaliação a manutenção de OPMs no CER, a segunda com rodas de discussão com os profissionais envolvidos no fluxo de OPMs e a terceira sobre itinerário terapêutico com os usuários que utilizam OPMs.

A coleta das informações com os usuários que utilizam OPMs será por uma entrevista com perguntas sobre os dados dos voluntário, sobre como percebeu a necessidade de utilizar um equipamento/aparelho para auxiliar suas atividades do dia-adia, onde buscou e onde conseguiu.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi adequadamente apresentado o TCLE dos voluntários.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 35
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3263-4401 E-mail: oep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 3.269.553

Recomendações:

Acredito que pudesse ter sido um projeto original. Embora a coleta de dados nas etapas I e II deste projeto sejam dados do Projeto original, os objetivos deste projeto não parecem ter relação com o projeto original.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto bem delineado e justificado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_948452_E2.pdf	13/07/2017 11:35:55		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_Usuarios.pdf	13/07/2017 11:32:25	Ralf Braga Barroso	Acelto
Outros	Adendo_Subprojeto_Orteses_Proteses_e_Meios_Auxiliares_de_Locomocao_Completo.pdf	13/07/2017 11:31:25	Ralf Braga Barroso	Acelto
Outros	Carta_Solicitacao_Emenda_Subprojeto_Orteses.pdf	13/07/2017 11:27:44	Ralf Braga Barroso	Acelto
Outros	CEP_Prudente_plataforma_brasil.pdf	11/11/2016 20:37:47	Ana Carolina Basso Schmitt	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Carta_adendo_Presidente_Prudente.pdf	11/11/2016 20:35:00	Ana Carolina Basso Schmitt	Acelto
Outros	Cadastro_protocolo_de_pesquisa.pdf	25/07/2016 21:11:07	Ana Carolina Basso Schmitt	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/07/2016 21:08:30	Ana Carolina Basso Schmitt	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlatBR.pdf	22/07/2016 17:27:25	FLAVIA RUPOLO BERACH	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SaoPaulo.pdf	19/07/2016 17:41:04	FLAVIA RUPOLO BERACH	Acelto
Outros	Controle_Projeto_16.doc	19/07/2016 17:25:15	FLAVIA RUPOLO BERACH	Acelto
Outros	Coord_Oeste_Sao_Paulo.pdf	19/07/2016 17:24:30	FLAVIA RUPOLO BERACH	Acelto

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 31ª andar sala 38
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.245-900
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 3.209.553

Outros	HU_Sao_Paulo.doc	19/07/2016 17:24:09	FLAVIA RUPOLO BERACH	Aceito
--------	------------------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 09 de Agosto de 2017

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Kolke Folguera
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3825-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede viva: a realidade da Rede de Atenção à Reabilitação no Estado de São Paulo.

Pesquisador: Ana Carolina Basso Schmitt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58422516.5.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.808.137

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto multicêntrico de integração pesquisa e serviço que envolve a Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) e que ocorrerá em duas regiões de saúde do Estado de São Paulo: I - Grande São Paulo, Supervisão Técnica de Saúde Butantã, Coordenadoria Regional de Saúde Oeste (CRS-Oeste), Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo e II - Araraquara, São Carlos, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Carlos. Os pesquisadores estimam que participarão do estudo 740 profissionais de diferentes equipamentos de saúde das regiões estudadas, sendo 290 deles das 29 unidades de saúde da STS Butantã.

A hipótese de estudo é verificar se há limitações de acesso e de uso às ações e atividades de reabilitação nos equipamentos de saúde, bem como uma articulação deficitária entre os diferentes serviços. Para isso os pesquisadores articularão grupos de discussões com os profissionais das unidades, conforme roteiro de perguntas disparadoras (apresentado no Anexo 2 do Projeto PlatBR). Durante as reuniões os pesquisadores pretendem, com consentimento dos participantes, filmar e gravar o áudio das discussões, sendo os registros arquivados e protegidos por senha, com acesso somente dos pesquisadores, pelo período de 5 anos. Também haverá consulta a registros e documentos, tais como Fichas de Registro Diário de Atividades e Procedimentos de cada categoria.

Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: amscp@gmail.com

profissional (Ficha D) e do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) de cada categoria profissional e das bases de dados compiladas via sistema SIGA-Saúde, SIGMA e eBUS, referentes ao período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016, de protocolos internos e externos, listas, tabelas e sistema de regulação sob gestão dos Sistemas de Saúde ou dos equipamentos em estudo.

Segundo os pesquisadores, os dados serão analisados de forma qualitativa, em que se buscará conhecer e descrever as ações, atividades e fluxos relacionados à reabilitação presente nos equipamentos de saúde estudados, e quantitativa, em desenho de estudo transversal, em que se analisarão as características dos estabelecimentos de saúde, dos recursos humanos, e da produção de ações e atividades que respondam às demandas de reabilitação. A partir da análise dos dados, os pesquisadores propõe a organização de um fluxograma dos serviços e o retorno das informações às unidades envolvidas para estimular o aprimoramento da rede de reabilitação. Serão incluídos no estudo profissionais envolvidos no processo de reabilitação dos pacientes atendidos nos equipamentos de saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã e da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, que atuem no acolhimento, encaminhamento interno e externo dos usuários, na articulação da rede e na gestão. Os participantes serão convidados a participar da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão critérios de exclusão profissionais que a qualquer momento retirem o seu consentimento em participar do estudo, documentos ilegíveis, rasurados ou inexistentes. A coleta de dados iniciar-se-á em 01/01/2017, somente após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a gestão do cuidado de reabilitação em dois Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo: I- Grande São Paulo com a Coordenadoria Regional de Saúde Oeste e III- Araraquara com a cidade de São Carlos.

Objetivo Secundário:

- Analisar os acessos à rede de atenção à reabilitação e descrever as ações e atividades relacionadas à reabilitação nos equipamentos de saúde da rede em questão;
- Identificar e analisar os fluxos internos dos equipamentos de saúde, relacionados à reabilitação;
- Identificar e analisar os fluxos entre os equipamentos que constituem a rede em questão;
- Descrever e analisar as demandas atendidas e reprimidas em relação às ações e atividades desenvolvidas na rede de atenção de reabilitação;
- Compreender a contribuição do Centro Especializado em Reabilitação, enquanto proposta de

Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-3464

CEP: 01.223-010

E-mail: smacsp@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.808.137

atendimento especializado, nos processos de cuidado e reabilitação dentro da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência;

- Identificar e analisar os fluxos para indicação, prescrição, dispensação, treinamento, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs);
- Desenvolver modelo informatizado para organizar e facilitar a busca das ações e atividades de reabilitação nos territórios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco Mínimo. Alguns profissionais podem ficar desconfortáveis em expor opiniões ou o que fazem, entretanto, todos têm a possibilidade de não responder alguma pergunta ou retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Benefícios:

Os participantes não receberão nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, não terão nenhuma despesa pessoal. Ao final receberão os resultados que poderão contribuir para facilitação de planejamento e organização das ações e atividades realizadas e utilizar uma ferramenta facilitadora para atualização e busca das ações e atividades de reabilitação em cada equipamento e entre os mesmos.

Consideramos que os riscos e benefícios estão expostos de forma clara, não havendo nenhum risco adicional que seja digno de nota.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apesar de alguns problemas referentes à redação, o projeto expõe de forma clara o estudo, especificando sujeitos de pesquisa, hipóteses, objetivos, forma de coleta e análise de dados e resultados esperados. Os métodos estão de acordo com os objetivos. Riscos e benefícios foram considerados. Não propõe dispensa de TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto devidamente preenchida, com identificação e assinatura do pesquisador responsável e da instituição proponente.
2. Instituição coparticipante identificada e termo de autorização apresentado.
3. Cronograma apresentado e adequado.

Endereço: Rua General Jardim, 35 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3387-2464

CNPJ: 01.223-010

E-mail: smsexp@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.006.137

4. Orçamento apresentado.

5. TCLE apresentado e adequado.

Recomendações:

Substituir, ao final do TCLE a expressão "Nome do participante da pesquisa" por "Assinatura do participante da pesquisa".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais e critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Solicitamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. 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. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Icone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	HU_Sao_Paulo.doc	19/07/2016 17:24:09	FLAVIA RUPOLO BERACH	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.225-010
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3337-2464 E-mail: amcecp@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.808.137

Não

SÃO PAULO, 07 de Novembro de 2016

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 35 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smxsp@gmail.com

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Pós-graduação em Ciências da Reabilitação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Profissionais

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL

1. NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No.....

SEXO: ☐ M ☐ F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO No APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL:

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

☐ ☐ No.....

SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO No APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Rede viva: a realidade da Rede de Atenção à Reabilitação no Estado de São Paulo
2. **PESQUISADOR :** Ana Carolina Basso Schmitt
CARGO/FUNÇÃO: Professora do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CREFITO 3 - 20004F
UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
3. **AValiação DO RISCO DA PESQUISA:** O risco desta pesquisa é mínimo devido aos possíveis desconfortos do participante em expor informações relacionadas ao seu trabalho perante ao grupo. Vale ressaltar que os participantes terão a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo.
4. **DURAÇÃO DA PESQUISA :** 2 anos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A presente pesquisa, intitulada *Rede viva: a realidade da Rede de Atenção à Reabilitação em São Paulo* tem como objetivo geral compreender a gestão do cuidado de reabilitação do território da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste do município de São Paulo. Dentre os objetivos específicos temos: analisar os acessos à rede de atenção à reabilitação; descrever as ações e atividades relacionadas à reabilitação nos equipamentos de saúde da rede em questão, segundo os profissionais que atuam no processo de reabilitação nos equipamentos; identificar e analisar os fluxos internos relatados pelos profissionais dos equipamentos de saúde, relacionados à reabilitação; identificar e analisar os fluxos de referência e contrarreferência entre os equipamentos que

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina**

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

constituem a rede em questão, relatados pelos profissionais dos equipamentos; descrever e analisar as demandas atendidas e reprimidas em relação às ações e atividades desenvolvidas na rede de atenção de reabilitação; compreender a contribuição do Centro Especializado em Reabilitação, enquanto proposta de atendimento especializado, nos processos de cuidado e reabilitação dentro da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência; identificar e analisar os fluxos para indicação, prescrição, dispensação, treinamento, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs); desenvolver modelo informatizado para organizar e facilitar a busca das ações e atividades de reabilitação nos territórios.

A pesquisadora Flávia Rúpolo Berach realizará o estudo como Projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, orientada pela Profa Dra Ana Carolina Basso Schmitt, docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Convidamos você a participar desta pesquisa. A coleta de dados será feita a partir de uma conversa em grupo, no qual será realizada uma discussão entre os profissionais envolvidos no atendimento dos usuários. Posteriormente será realizado um novo encontro para devolutiva e validação das informações coletadas e classificação dos fluxos conforme sua relevância. Solicitamos sua autorização para registrar em vídeo estes momentos a fim de auxiliar na análise dos dados. Estes registros serão armazenados em computador próprio para o projeto com senha e restrição de uso (apenas entre os pesquisadores) e após cinco anos serão deletados.

Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a sua identificação ou de outros participantes em nenhum momento. Você tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo. Caso deseje, você terá a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum.

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina**

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

constituem a rede em questão, relatados pelos profissionais dos equipamentos; descrever e analisar as demandas atendidas e reprimidas em relação às ações e atividades desenvolvidas na rede de atenção de reabilitação; compreender a contribuição do Centro Especializado em Reabilitação, enquanto proposta de atendimento especializado, nos processos de cuidado e reabilitação dentro da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência; identificar e analisar os fluxos para indicação, prescrição, dispensação, treinamento, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs); desenvolver modelo informatizado para organizar e facilitar a busca das ações e atividades de reabilitação nos territórios.

A pesquisadora Flávia Rúpolo Berach realizará o estudo como Projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, orientada pela Profa Dra Ana Carolina Basso Schmitt, docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Convidamos você a participar desta pesquisa. A coleta de dados será feita a partir de uma conversa em grupo, no qual será realizada uma discussão entre os profissionais envolvidos no atendimento dos usuários. Posteriormente será realizado um novo encontro para devolutiva e validação das informações coletadas e classificação dos fluxos conforme sua relevância. Solicitamos sua autorização para registrar em vídeo estes momentos a fim de auxiliar na análise dos dados. Estes registros serão armazenados em computador próprio para o projeto com senha e restrição de uso (apenas entre os pesquisadores) e após cinco anos serão deletados.

Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a sua identificação ou de outros participantes em nenhum momento. Você tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo. Caso deseje, você terá a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Você não receberá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, você não terá nenhuma despesa pessoal. Vale ressaltar que o risco de participar desta pesquisa é mínimo.

A qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo ou a respeito dos resultados gerais do estudo. Quando o estudo for finalizado, você será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. As pesquisadoras Ana Carolina Basso Schmitt e Flávia Rúpolo Berach podem ser encontradas no endereço Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária – São Paulo (SP), CEP: 05389-000, telefone: 11 3091-8421. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP), localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251, 21º andar, sala 38, Cerqueira César - São Paulo (SP), CEP: 01246-000, telefone: 3893-4401 ou 3893-4407, e-mail: cep.fm@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, localizado na Rua General Jardim, 38, 1º andar, República - São Paulo (SP), CEP.: 01223-011, telefone: 3397-2484, e-mail: smscep@gmail.com.

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas e rubricadas pela pesquisadora e por você, participante. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora.

"Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Rede viva: a realidade da Rede de Atenção à Reabilitação em São Paulo". Eu discuti com Ana Carolina Basso Schmitt e Flávia Rúpolo Berach sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poder retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos."

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Data: ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

*Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e
Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.*

Data: ____/____/____

Ana Carolina Basso Schmitt
Responsável pelo estudo

Assinatura

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Pós-graduação em Ciências da Reabilitação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - USUÁRIOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No.....

SEXO : ☐ M ☐ F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO No APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL:

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No.....

SEXO : ☐ M ☐ F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO No APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina**

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Da indicação à manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção na Rede de Reabilitação da Região Oeste de São Paulo.

2. **PESQUISADOR :** Profa. Dra. Ana Carolina Basso Schmitt

CARGO/FUNÇÃO: Professora do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CREFITO 3 29994F

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. **AValiação DO RISCO DA PESQUISA:** O risco desta pesquisa é mínimo devido aos possíveis desconfortos do participante em expor informações pessoais perante ao grupo. Vale ressaltar que os participantes terão a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo.

4. **DURAÇÃO DA PESQUISA :** 2 anos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo "Da indicação à manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção na Rede de Reabilitação da Região Oeste de São Paulo", que visa entender, de acordo com a sua opinião, a necessidade, a busca e o recebimento de equipamentos/aparelhos que ajudam em suas atividades do dia-a-dia, principalmente o andar e/ou se locomover de um local a outro, como bengalas, muletas, andadores, cadeiras de banho e rodas, entre outros, na Região do Butantã do município de São Paulo-SP.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

O pesquisador Ralf Braga Barroso realizará o estudo como Projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, orientado pela Profa. Dra. Ana Carolina Basso Schmitt, docente do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Convidamos você a participar desta pesquisa. A coleta das informações será por uma entrevista com perguntas sobre seus dados, sobre como você percebeu a necessidade de utilizar um equipamento/aparelho para auxiliar suas atividades do dia-a-dia, onde buscou e onde conseguiu.

Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a sua identificação ou de outros participantes em nenhum momento. Você tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo. Caso deseje, você terá a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Você não receberá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, você não terá nenhuma despesa pessoal. Vale ressaltar que o risco de participar desta pesquisa é mínimo.

A qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo ou a respeito dos resultados gerais dele. Quando o estudo for finalizado, você será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas.

Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os pesquisadores Ana Carolina Basso Schmitt e Ralf Braga Barroso podem ser encontrados no endereço Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária – São Paulo (SP), CEP: 05389-000, telefone: 11 30918421. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

(CEPFMUSP), localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251, 21o andar, sala 36, Cerqueira César
São Paulo (SP), CEP: 01246000, telefone: 38934401 ou 38934407, email:
cep.fm@usp.br

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas e rubricadas pela pesquisadora e por você, participante. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora.

"Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo " Da Indicação à manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de locomoção na Rede de Reabilitação da Região Oeste de São Paulo". Eu discuti com Ana Carolina Basso Schmitt e Ralf Braga Barroso sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos"

Data: ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Universidade de São Paulo

Faculdade de Medicina

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Data: ____/____/____

Ana Carolina Basso Schmitt

Responsável pelo estudo

Assinatura