



Patrícia de Faria Megale Lino

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM ESPAÇO DE DISCUSSÃO NOS FÓRUMS DE REABILITAÇÃO NO SUS/BH VISANDO O MONITORAMENTO DO USO DE CADEIRAS DE RODAS CONCEDIDAS AOS USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELO CENTRO DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO LESTE E NASF-AB DE REFERÊNCIA: um projeto de intervenção

Belo Horizonte

2018

Patrícia de Faria Megale Lino

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM ESPAÇO DE DISCUSSÃO NOS FÓRUNS DE REABILITAÇÃO NO SUS/BH VISANDO O MONITORAMENTO DO USO DE CADEIRAS DE RODAS CONCEDIDAS AOS USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELO CENTRO DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO LESTE E NASF-AB DE REFERÊNCIA: um projeto de intervenção

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Orientadora: Prof^a Adriana Silva Drumond

Belo Horizonte
2018

L758p

Lino, Patrícia de Faria Megale.

Proposta de criação de um espaço de discussão nos fóruns de reabilitação no SUS/BH visando o monitoramento do uso de cadeiras de rodas concedidas aos usuários acompanhados pelo Centro de Referência em Reabilitação Leste e NASF-AB de Referência: um projeto de intervenção. / Patrícia de Faria Megale Lino. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.

48 p.

Orientador(a): Adriana Silva Drumond.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Deficiência. 2. Reabilitação. 3. Tecnologia assistiva. 4. Cadeira de rodas.
5. Monitoramento. I. Drumond, Adriana Silva. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WB 320

Patrícia de Faria Megale Lino

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM ESPAÇO DE DISCUSSÃO NOS FÓRUNS DE REABILITAÇÃO NO SUS/BH VISANDO O MONITORAMENTO DO USO DE CADEIRAS DE RODAS CONCEDIDAS AOS USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELO CENTRO DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO LESTE E NASF-AB DE REFERÊNCIA: um projeto de intervenção

Trabalho de conclusão de curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Banca Examinadora:

Orientadora: Profa. Ms. Adriana Silva Drumond

Juliana Maciel Gomes

Lidiane Cristina Custódio

Belo Horizonte, 08 de junho de 2018.

Dedico este Projeto de Intervenção a TODOS os profissionais do Centro de Referência em Reabilitação Leste, em especial à gerente do serviço Leila Maria Ferreira, à coordenadora do Setor de OPM, Ana Beatriz Benfica de Faria Freitas, à Coordenação de Reabilitação, Sheyla Maria Novaes e à Coordenadora do NASF/BH da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Anelise Prates, que enquanto trabalhadoras do SUS são profissionais dedicadas, sérias e competentes e que de uma forma ou de outra contribuíram e me auxiliaram na execução deste projeto de pesquisa que se implantado irá trazer inúmeros benefícios aos usuários cadeirantes e aos profissionais da equipe de reabilitação do NASF-AB e dos Centros de Reabilitação da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

AGRADECIMENTOS

É sempre árdua a tarefa de enfrentar novos obstáculos na vida. Para atingir a nossa meta, porém, é necessário ter fôlego, paciência, coragem, resignação, sabedoria e força interior para conseguir superar todas as dificuldades encontradas e alcançar nosso objetivo final. É preciso, contar com a proteção de Deus que nos ampara em todos os momentos de nossas vidas. Sem o nosso Criador não temos força para lutar e vencer. É preciso, ainda, contar com o apoio e colaboração de pessoas familiares e amigas, que estão ao nosso redor, auxiliando-nos para continuar em busca de nossos ideais, na maioria das vezes imprescindíveis para nós. Quando o sonho se torna realidade, urge agradecer a todos que, de uma forma ou de outra, nos auxiliaram e nos impulsionaram nessa caminhada.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus, nosso pai, por ter me permitido esta oportunidade e por ter me abençoado em momentos difíceis, dando-me calma, paciência e sabedoria para solucionar os problemas encontrados e alcançar os objetivos pretendidos.

Agradeço ao meu pai, Francisco, que embora esteja em um plano superior a nós, permanece vivo em meu coração, pelos ensinamentos de uma vida digna, honesta e sincera. À minha mãe, Maria da Conceição, agradeço o amor, carinho, exemplo de vida e apoio a mim proporcionado.

Às minhas queridas irmãs Cláudia e Raquel e à minha querida sobrinha e afilhada Isadora, pelo amor e carinho.

Ao meu querido marido, José Avilmar, pela sua compreensão, paciência, apoio e estímulo para eu vencer mais esta etapa na minha vida profissional. À minha filha, Laura, que muitas vezes, foi privada da minha presença nos momentos em que eu me dedicava à conclusão deste curso.

Às colegas de trabalho, Sinara, Graça, Ellen, Lílian, Olívia, Ana Luisa, Rita, Amanda, Bernadete, Fernanda, Ana Beatriz, Daniela, Luciana e Sheyla e à minha gerente, Leila, pelas valiosas orientações e contribuições dadas para a elaboração deste trabalho.

À orientadora Adriana Silva Drumond, agradeço a paciência, disponibilidade, e a oportunidade de tê-la em meu caminho, proporcionando-me atenção, dedicação e sabedoria.

Agradeço à todos os professores e funcionários da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais pela oportunidade de ter tido conhecimentos na área da saúde pública.

“Tu te tornas eternamente responsável por tudo aquilo que cativas” (SAINT-EXUPERY, 1975).

RESUMO

Com a criação do Sistema Único de Saúde houve avanços significativos relacionados à atenção à saúde da população, incluindo-se neste contexto as pessoas com deficiência, sendo-lhes garantidas melhorias correlacionadas ao acesso aos serviços de saúde e ao tratamento. Para esta parcela da população, é organizada uma rede de cuidados com prestação de serviços tanto à nível da Atenção Básica e Especializada, entre outros. Na atenção especializada, encontram-se, dentre outros serviços, os Centros de Reabilitação que atuam, no Programa de Concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, considerados como um direito da pessoa com deficiência e essencial para promoção de qualidade de vida, ampliando-se as possibilidades de independência do indivíduo nas atividades pessoais, educativas, de lazer e trabalho. Sabe-se que as pessoas com deficiência podem ter impedimentos físicos, mental, intelectual ou sensorial que os impossibilitam de interagir com diferentes barreiras, podendo obstruir sua participação efetiva na sociedade. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 7% da população apresentam algum tipo de deficiência, inclusive relacionada à dificuldade de locomoção. A Cadeira de Rodas é considerada um recurso de Tecnologia Assistiva que procura garantir ao usuário uma locomoção com o máximo de independência e autonomia. Porém, para se alcançar estes objetivos, este recurso sendo recebido, precisa atender às necessidades do usuário e ser realmente utilizado. Considera-se que um grande problema nesta área é o abandono dos equipamentos. Estudos apontam que cerca de 30% são abandonados pelo usuário entre o primeiro e o quinto ano de uso, e alguns nem mesmo chegam a ser utilizados. Considerando-se que este usuário é atendido na atenção básica e na atenção especializada, este estudo tem como objetivo criar um espaço de discussão nos fóruns de reabilitação no SUS/BH visando o monitoramento do uso de cadeiras de rodas concedidas aos usuários acompanhados pelo Centro de Referência em Reabilitação leste e NASFs-AB de referência, a fim de verificar como está o uso das CR, nos últimos 6 meses. Assim, espera-se proporcionar melhor utilização do equipamento pelo usuário, evitar o desperdício de recurso financeiro público para a compra e concessão destes equipamentos que podem ocorrer, caso haja o abandono do mesmo.

Palavras-chave: Deficiência. Reabilitação. Tecnologia assistiva. Cadeira de rodas. Monitoramento.

ABSTRACT

Along with the creation of SUS (Sistema Único de Saúde, Brazilian public health system), there have been significant advances related to population's health care, including, in this context, those people with disabilities, to whom are guaranteed improvements towards access and treatment. To this quota of the population, a care network is organized with provision of services such as Basic and Specialized Care, among others. In Specialized Care there are, among other services, the Rehabilitation Centers, which operate in the Concession Program of orthoses, prostheses and aids for locomotion, and are considered to be a right of the disabled person, being essential for promoting life quality, since they increase the possibilities of the subject's independence in personal, educational, leisure and work activities. It is known that disabled people may have physical, mental, intellectual or sensory impairments, which prevent them from interacting with different obstacles, obstructing their effective participation in the society. In Brazil, according to Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brazilian Institute that serves to provide the country's reality through data collection), 7% of the population presents some kind of disability, including those regarding the difficulty of locomotion. The wheelchair is considered as an Assistive Technology resource, that aims to guarantee locomotion with maximum independence and autonomy to its user. However, in order to achieve these goals, this resource, once obtained, needs to meet the user's needs and to be really used. The abandonment of these equipments is considered to be a big problem in this field. Studies indicate that approximately 30% of the wheelchairs are abandoned by its users between the first and the fifth year of usage, and some never even get to be used. Considering that this user is served in Basic and Specialized Care, this work aims to create a monitoring proposal of the use of wheelchairs granted to the user of the Belo Horizonte East Rehabilitation Center, in order to verify how the usage of the equipments has been in the last six months since the implementation of this intervention project. Thus, a better usage of the equipment by its user is expected, in order to avoid the waste of public financial resources that may occur should the wheelchairs be abandoned.

Keywords: Disability. Rehabilitation. Assistive Technology. Wheelchairs. Monitoring.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMR	Associação Mineira de Reabilitação
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
APS	Atenção Primária à Saúde
CAT	Comitê Brasileiro de Tecnologia Assistiva
CONITEC	Comitê Nacional de Incorporação de Tecnologias
CR	Cadeira de Roda
CREAB-L	Centro de Referência em Reabilitação Leste
CREAB-VN	Centro de Reabilitação Venda Nova
GEAS	Gerência de Atenção à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPM	Órteses, Próteses, Meios Auxiliares de Locomoção
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SISRED	Sistema de Informação em Rede
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Assistiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO	14
3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	18
4 JUSTIFICATIVA	22
5 OBJETIVOS	23
5.1 Objetivo Geral	23
5.2 Objetivos Específicos.....	23
6 REFERENCIAL TEÓRICO	24
7 METODOLOGIA.....	28
7.1 Metodologia da Pesquisa.....	28
7.2 Metodologia de Planejamento/Plano de Ação.....	30
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	34
9 CRONOGRAMA.....	35
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE	41
ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

Estudos apontam que com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) houve avanços significativos no tocante à atenção à saúde da população, garantindo melhorias correlacionadas ao acesso a serviços e ao tratamento, podendo-se incluir neste contexto, ganhos significativos em relação às pessoas com deficiência (CARO et al., 2014).

As doutrinas e os princípios do SUS garantem a todos o direito à saúde. Essa condição se dá, também, mediante a realização de ações de promoção, assistência, prevenção, habilitação e reabilitação, contribuindo para a conquista e preservação do máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional da pessoa, bem como integral inclusão e participação em todos os aspectos da vida (GALVÃO; BARROSO; GRUTT, 2013).

A atenção à saúde dos indivíduos com deficiência foi assegurada constitucionalmente pela existência de normas, como o artigo 23, inciso II da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que determina como competência comum dos entes federados – União, Estados Membros, Distrito Federal e Municípios – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; bem como pelo artigo 25 do Decreto n. 6949, de 25 de agosto de 2009, que reitera o direito da pessoa com deficiência à saúde e ao acesso a todos os bens e serviços da saúde, sem discriminação (BRASIL, 1988, 2009b).

A Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência se organiza nos componentes da Atenção Básica – unidades de saúde, equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família e dos núcleos de apoio à saúde da família – da Atenção Especializada – ambulatório de especialidades, centros especializados em reabilitação, serviços especializados em reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, oficinas ortopédicas e centros de especialidades odontológicas – e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência – centros cirúrgicos e unidades hospitalares de internação de longa permanência (LUSTOSA et al., 2015).

A concessão das OPM (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) é considerada um direito da pessoa com deficiência e é essencial para promoção de qualidade de vida dos seus usuários, ampliando as possibilidades de independência do indivíduo nas atividades pessoais, educativas, de lazer e trabalho, entre outras (GALVÃO; BARROSO; GRUTT, 2013).

Desde 9 de setembro de 1993, a Portaria MS/SAS n. 116 inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIASUS a concessão de órteses e próteses e materiais especiais, bem como a adaptação e treinamento do paciente, cabendo ao gestor estadual/municipal, em conformidade com o Ministério da Saúde, definir critérios e estabelecer fluxos para essa dispensação (BRASIL, 1993a). Esta lei foi complementada pela Portaria MS/SAS n. 146, de 14 de outubro de 1993 (BRASIL, 1993b).

A Portaria do Ministério da Saúde n. 818, de 5 de junho de 2001 criou mecanismos para implementação e organização de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (BRASIL, 2001). Os recursos de tecnologia assistiva (TA) de reabilitação física disponibilizados pelo SUS foram publicados na Portaria GM/MS n. 2848, de 6 de novembro de 2007, na tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, e incluem: próteses, órteses, cadeiras de rodas/ carrinhos (adulto/infantil); cadeiras de banho; calçados, muletas; bengalas; andadores; palmilhas (BRASIL, 2007b).

Em 17 de novembro de 2011, através do Decreto n. 7612, o governo federal corroborou o seu compromisso com a Convenção da ONU (Organização das Nações Unidas) e lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, que previu um investimento total no valor de R\$ 7,6 bilhões até 2014. Uma das ações deste plano foi o Financiamento para a Aquisição de Bens e Serviços de Tecnologia Assistiva (TA), uma linha de crédito que possibilita a aquisição de bens e serviços de TA a pessoas com deficiência (BRASIL, 2013a). Dentre as diversas ações planejadas, prevê-se a ampliação das redes de produção e acesso à OPM, através da facilitação no acesso e criação de oficinas ortopédicas e aumento da oferta das mesmas (BRASIL, 2011).

A partir da Portaria SAS/MS nº 971 de 13 de setembro de 2012, ficou reconhecido pelo governo federal a necessidade de manutenção e adaptação de aparelhos ortopédicos, auditivos e oftalmológicos (BRASIL, 2012b). Sendo assim, a Portaria GM/MS n. 2109, de 21 de setembro de 2012 estabeleceu recursos a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para as despesas previstas com dispensação de OPM (BRASIL, 2012a).

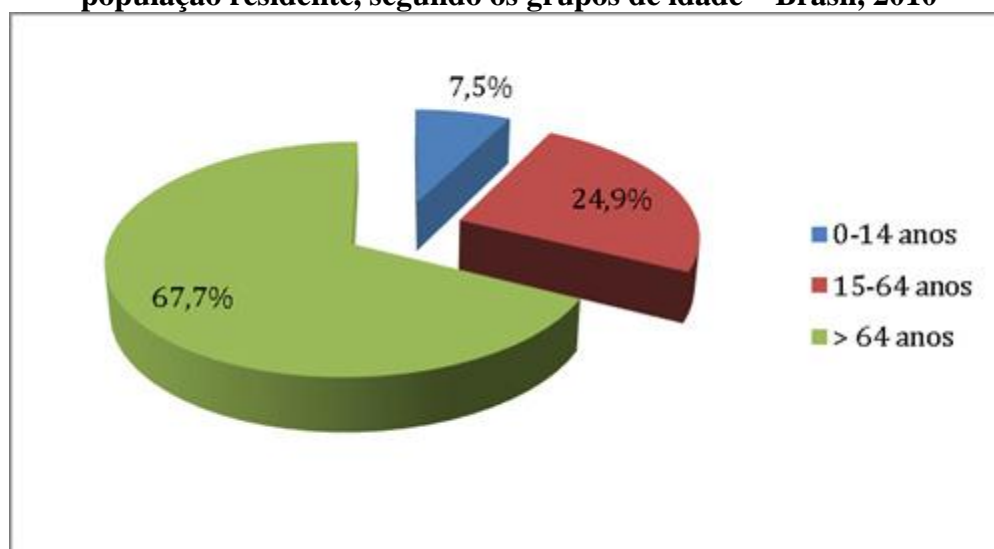
Segundo a OMS (2012) mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis, sendo que com o envelhecimento populacional, o aumento da incidência da deficiência será uma preocupação ainda maior.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras,

podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009a). O conceito de deficiência vem se modificando para acompanhar as inovações na área da saúde e a forma com que a sociedade se relaciona com a parcela da população que apresenta algum tipo de deficiência. Dessa forma, a abordagem da deficiência evoluiu do modelo médico – que considerava somente a patologia física e o sintoma associado que dava origem a uma incapacidade – para um sistema como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, divulgada pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) em 2001, que entende a incapacidade como um resultado tanto da limitação das funções e estruturas do corpo quanto da influência de fatores sociais e ambientais sobre essa limitação (LUSTOSA et al., 2015).

Galvão, Barroso e Grutt (2013) mostram em seus estudos que no Brasil, existem cerca de 45,6 milhões de brasileiros que possuem algum tipo de deficiência, totalizando 23,9% da população e que a dificuldade de locomoção incide sobre 13,3 milhões de pessoas (7% da população) de acordo com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), do censo demográfico de 2010. A figura 1 ilustra o percentual de pessoas com pelo menos uma deficiência segundo a faixa etária, em 2010, no Brasil.

Figura 1 -Proporção de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas na população residente, segundo os grupos de idade – Brasil, 2010



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2010

De acordo com os estudos de Moraes et al. (2016) e com o Ministério de Desenvolvimento, Indústria e Comércio (BRASIL, 2013c), a Cadeira de Rodas (CR) é o dispositivo que garante ao usuário uma locomoção com o máximo de independência e

autonomia. Porém, para se alcançar estes objetivos, a CR sendo recebida precisa ser realmente utilizada e atender às necessidades do usuário.

Um grande problema no campo da TA é o abandono dos dispositivos. Estudos de Costa et al. (2015) apontam que cerca de 30% de todos os dispositivos adquiridos são abandonados pelo usuário entre o primeiro e o quinto ano de uso, e alguns nem mesmo chegam a ser utilizados. Uma forma de tentar minimizar o abandono poderia ser a realização de um acompanhamento sistematizado dos usuários na Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência, por meio do monitoramento da utilização da CR.

Segundo Santos, Reis e Cruz (2010), o monitoramento deve ser entendido como uma ferramenta crucial para a melhoria da gestão em saúde pública e é fundamental para o acompanhamento sistemático das informações operativas, assim como os efeitos esperados de uma intervenção. Com ele, é possível verificar se o programa está funcionando conforme o planejado ou ainda se os efeitos observados estão de acordo com o esperado, permitindo ainda a identificação de questões prioritárias para os estudos avaliativos. A partir das informações coletadas durante o monitoramento é possível direcionar de forma mais precisa o foco da avaliação. Segundo estes autores, as organizações governamentais, assim como as não governamentais, têm investido no desenvolvimento e utilização de sistemas de monitoramento de desempenho por visar o gerenciamento dos resultados de seus programas e a melhoria de seu desempenho. O que se espera com sistemas dessa natureza é assegurar que os recursos direcionados aos programas sejam utilizados, que as atividades sejam realizadas de maneira oportuna, que a população tenha acesso aos serviços oferecidos utilizando-os e que o controle de riscos e danos seja efetivo.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo criar um espaço de discussão nos fóruns de reabilitação no SUS/BH visando o monitoramento do uso de cadeiras de rodas concedidas aos usuários acompanhados pelo Centro de Referência em Reabilitação leste e NASFs-AB de referência, a fim de verificar como está o uso das CR concedidas pelo Programa de Concessão de OPM do SUS/Belo Horizonte (BH), naquele Centro de reabilitação, nos últimos 6 meses. Observa-se na prática, que após a entrega da CR aos usuários não é realizada a contra-referência dos profissionais do CREAB-L aos profissionais do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) que realizaram a primeira avaliação, para que estes profissionais possam acompanhar como está sendo o uso da CR pelo usuário.

2 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

O Centro de Referência em Reabilitação Leste (CREAB-L) foi criado em 1999, época em que era considerado apenas um setor de fisioterapia e posteriormente habilitado como centro de reabilitação. Está localizado no distrito leste do município de Belo Horizonte. É uma unidade da atenção secundária da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura de BH e constitui-se como referência em alta complexidade para a Rede estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência em Minas Gerais (conforme critérios estabelecidos pela PORT-GM nº 818 de 5 de junho de 2001). Está vinculado à Coordenação da Reabilitação, Rede Complementar e Auditoria da SMSA de BH.

Este centro de reabilitação atende cerca de 300 pessoas com deficiência por dia. A unidade atende usuários da regional leste e nordeste, além de cidades da região metropolitana e do interior nos serviços de ostomia e de OPM.

A equipe é composta por 54 profissionais considerando-se pessoal de serviços administrativos, equipe técnica e de serviços gerais. A unidade desenvolve serviços de acolhimento dos usuários e assistência em reabilitação; atendimento de enfermagem e concessão de bolsas de ostomia para usuários ostomizados residentes em BH e nos municípios pactuados; autorização para internação de usuários com necessidade de reabilitação hospitalar-Junta de Internação (moradores de BH e municípios pactuados); reabilitação ortopédica para adulto e criança; reabilitação neurológica para adulto e criança; Setor de Regulação de serviços contratados/conveniados com o SUS e o Setor de OPM que faz o acompanhamento do processo de concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção (OPM) e CR para a SMSA/BH aos usuários residentes em BH (regiões leste, nordeste e Venda Nova) e em municípios pactuados, até a entrega do equipamento ao mesmo.

O setor de OPM, possui uma equipe constituída de 4 fisioterapeutas, 3 terapeutas ocupacionais, 1 médico ortopedista, 1 médica fisiatra e 1 assistente administrativo. Os profissionais de nível superior atendem adultos e crianças portadores de diversas patologias, tais como amputação, Acidente vascular encefálico, Doença de Alzheimer, Mal de Parkinson, traumatismos cranianos, paralisia cerebral, mielomeningocele, entre outras.

Para a concessão de CR, o setor conta com fornecedores credenciados a partir de chamamento público e todos os modelos de CR destes fornecedores que foram contratados estão inclusos na tabela SIA/SUS. Nesta tabela, ainda estão mencionados códigos específicos, de acordo com cada modelo de CR manual ou de adaptações para as CR. Estas adaptações são confeccionadas quando é necessária a personalização e adequação à característica anatômica

de cada indivíduo que garante um adequado posicionamento corporal e, por isso, pode se configurar em uma ação essencial de prevenção aos problemas gerados pela má postura, bem, como contribui para a melhora da mobilidade (LUSTOSA et al., 2015).

O NASF (Núcleo de Apoio à saúde da Família) foi criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 154 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), sendo constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, inclusive de terapia ocupacional, para atuar em conjunto com outros profissionais, com o intuito de ampliar o escopo e a resolutividade de atenção aos usuários (CABRAL; BREGALDA, 2017). Os NASFs são arranjos organizacionais multiprofissionais que ampliam o leque assistencial das equipes de referência da APS (atenção primária à saúde), auxiliam na compreensão e na intervenção sobre os problemas e as necessidades de saúde identificadas nos territórios (JACINTO et al., 2017). O NASF tem como diretrizes de trabalho, a noção de território, a integralidade, a participação social, a educação popular, a promoção da saúde e a humanização do cuidado, tendo como premissas o apoio às ações das equipes da Saúde da Família e a ampliação da resolutividade da APS, com expectativas quanto à corresponsabilidade pela saúde da população, discussão de casos, interdisciplinaridade e articulação da rede de saúde (ANDRADE; FALCÃO, 2017).

Como é considerado uma estratégia inovadora, o NASF deve ampliar o alcance assistencial, por incluir diferentes saberes profissionais. A sua composição depende da opção do gestor municipal, devendo ser orientada pelo perfil epidemiológico, pelas necessidades locais e pelas necessidades das equipes de saúde que serão apoiadas pelo NASF (ANDRADE; FALCÃO, 2017).

Especificamente, em BH, existem 82 equipes de NASF-AB, sendo divididos em 9 regionais. A Regional Leste, conta com 8 equipes de NASF-AB e apoiam 14 centros de Saúde. A Regional Nordeste, conta com 11 equipes de NASF-AB e tem 21 centros de saúde apoiados, a regional de Venda Nova conta com 12 equipes de NASF-AB que apoiam 17 centros de saúde. Além destas regionais, BH conta com a regional noroeste e norte com 9 equipes de NASF-AB em cada uma. A regional Pampulha conta com 7 equipes de NASF-AB, a regional centro-sul conta com 4 equipes de NASF-AB, a regional oeste conta com 10 equipes de NASF-AB e a regional Barreiro conta com 12 equipes de NASF-AB.

Ainda em BH, cada NASF-AB tem uma referência técnica em seu distrito que tem como uma de suas funções fazer a articulação com o nível central da SMSA/BH, coordenar os processos de trabalho, fazer articulação com gerentes no centro de saúde, entre outras.

A SMSA conta com uma oficina ortopédica da AMR (Associação Mineira de Reabilitação) que não faz parte da SMSA, mas foi habilitada pelo MS através da Portaria nº 585, de 29 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b), como oficina ortopédica do município, onde é solicitada pelo Setor de OPM do CREAB-L e demais CREAB do município de BH, a confecção das adaptações posturais conforme a necessidade dos usuários. Além das CRs manuais, são concedidas, também pelo SUS, as CRs motorizadas.

Visando um fortalecimento do trabalho em rede entre os profissionais do CREAB-L e os profissionais dos NASFS-AB de referência de cada regional, foi elaborado pela Coordenação das equipes dos NASF-AB/SMSA/BH, a programação anual do Fórum de Reabilitação para o ano em curso, com datas e horários previamente programados, para discussão de casos de usuários que foram atendidos em cada CREAB, e que necessitam ser acompanhados pela equipe dos NASFS-AB de referência ou de usuários que são acompanhados pelos NASFS-AB e que necessitam de um tratamento sistemático no CREAB-L. Para o ano de 2018, já foi elaborada a programação destes Fóruns, com datas e horários agendados para cada mês, com data de início para março e término em novembro do respectivo ano (ANEXO A).

O Fórum de Reabilitação consiste em um espaço de integração entre os profissionais do NASF-AB e CREABs com o objetivo de promover o trabalho em rede, através da integração entre os serviços, bem como de alinhar processo de trabalho em reabilitação na rede SUS/BH. Este Fórum foi criado pela coordenação de Reabilitação/NASF-AB, desde o ano de 2010. Atualmente, para a discussão de casos da regional leste, nordeste e Venda Nova, ou seja, entre Creabs Leste e Venda Nova, o Fórum de Reabilitação está unificado.

Estudos de Casarin et al. (2017) apontam que os fóruns correspondem a uma modalidade de encontro e discussão, em que cada participante pode expressar e produzir saberes, desenvolver capacidades comunicativas e contribuir para o conhecimento coletivo. É um dispositivo de comunicação transversal, que provoca o aparecimento e a inclusão na roda de comunicação dos pontos e tensionamentos críticos, fazendo com que trabalhadores e gestores possam construir e reconstruir modos de gerir suas práticas. Como processo de formação, os fóruns potencializam movimentos, contagiam e desestabilizam processos instituídos através da construção coletiva do saber, por meio da problematização do modo de cuidar e gerir. É um lugar de interação, de participação ativa e colaborativa de todos os envolvidos no processo, através da exposição de argumentos e contra-argumentos, para fazer a leitura da realidade de forma crítica. O fórum pode ser um instrumento de transformação não só para os trabalhadores envolvidos com a atenção, mas, também, para os gestores de

saúde, ou seja, favorece quem realiza o cuidado em saúde e quem o gerencia. Faz com que os trabalhadores de saúde (da atenção e da gestão) sejam protagonistas, intervindo em sua realidade a partir das vivências para, através disso, buscar soluções inovadoras aos problemas cotidianos do seu ambiente de trabalho, desmanchando práticas cristalizadas nos serviços de saúde.

3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A prefeitura de BH por meio da SMSA fornece OPM de acordo com a tabela do SUS do MS através do CREAB-L e dos outros 2 Centros de Referência em Reabilitação de BH (CREAB Centro-sul e CREAB Noroeste). O CREAB Venda Nova foi inaugurado recentemente e ainda não tem um setor de acompanhamento da Concessão de OPMAL, como existem nos outros 3 CREABs. Sendo assim, os usuários que necessitam do programa de concessão de OPM da regional de Venda Nova, são atendidos no CREAB-L, bem como os usuários da regional leste e nordeste e usuários residentes em municípios vizinhos que são de sua referência.

Existe um protocolo de orientações a ser seguido pelos profissionais de saúde da rede, para a concessão destes equipamentos no SUS-BH. Este protocolo foi elaborado e atualizado em abril/2017 pela Coordenação da Reabilitação/SMSA e propõe um fluxo de concessão destes equipamentos, de acordo com a tabela SUS do MS aos usuários de BH e de moradores de municípios do interior que são pactuados com BH. Especificamente, para a solicitação de CR, o fluxo foi desenvolvido para orientar e informar tanto o usuário como os profissionais de saúde como proceder quando há uma solicitação de CR para um usuário da rede e para apontar todas as etapas que devem ser seguidas desde o momento que o usuário recebe a solicitação da CR até a entrega da mesma. Como uma das etapas deste fluxo, o profissional do NASF-AB necessita preencher a avaliação ambiental e funcional do usuário, é possível ter maior informação destas condições do usuário para se facilitar a definição do melhor modelo de cadeira de rodas (CR) que irá atender às suas necessidades (ANEXO B).

Este projeto de intervenção tem a proposta, em um primeiro momento, realizar a discussão dos casos e posterior monitoramento, de apenas usuários residentes em Belo Horizonte na regional Leste, Nordeste e Venda Nova que receberam CR no CREAB-L. Assim, tais usuários serão o foco deste estudo, excluindo-se usuários residentes em outras regionais ou em outros municípios tanto da grande BH como do interior. É importante ressaltar que a pactuação realizada para o programa de concessão de CR de cada CREAB do município de BH com as regionais de referência foi concluída em reunião com gerentes, após estudo populacional e avaliação da facilidade de acesso dos usuários aos CREABS.

Estando o usuário com a solicitação de CR tanto de um profissional da rede privada ou pública, ele deverá entregá-la ao seu centro de Saúde para o conhecimento da equipe que deverá encaminhar à equipe do NASF-AB de referência. O terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta desta equipe irá preencher a avaliação física/funcional e ambiental do usuário e

se não houver tais profissionais na equipe do NASF-AB, o preenchimento destas avaliações pode ser feito por qualquer outro profissional de nível superior da atenção primária à saúde (APS). Tais avaliações são registradas no SISRED e são enviadas via malote ao CREAB-L, juntamente com o pedido original da CR. Ao receber o formulário preenchido, o CREAB-L faz o contato, via telefone, com o usuário para agendar avaliação com a profissional que no caso do CREAB-L, é a terapeuta ocupacional. Esta profissional irá fazer avaliação funcional mais detalhada e irá definir o tipo adequado de CR ao usuário de acordo com os modelos de CR disponibilizadas no catálogo do SUS.

Neste momento, através de entrevista com o usuário ou com o cuidador, o terapeuta ocupacional preenche a APAC (autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo) onde aponta se a CR a ser adquirida, é pela primeira vez ou se é reposição, além de acrescentar os dados pessoais do usuário. Posteriormente, realiza a avaliação funcional do usuário, de forma mais detalhada, realiza a sua medida e faz a prescrição da CR que melhor atenderá às suas medidas e necessidades.

No dia da entrega do equipamento que acontece em torno de 60 dias após a realização da medida do usuário, o CREAB-L entra novamente em contato com ele ou com o cuidador para agendar a data, horário e local para a realização da entrega do equipamento que é feita por um profissional de terapia ocupacional, dando-se prioridade àquele que prescreveu o equipamento. Neste momento, são dadas orientações sobre o manuseio da CR, manutenção, posicionamento correto do usuário na mesma, uso correto dos acessórios e o usuário ou cuidador assina o recebimento do equipamento. Após esta entrega, os profissionais do CREAB-L não fazem e não têm um retorno do uso destas CR pelos usuários. Além disto, não é realizado um treinamento do uso da CR pelo usuário, em seu ambiente domiciliar.

Segundo os estudos de Lustosa et al. (2015), um treinamento para uso de CR deve ser realizado e incluir treinamento para utilizar a CR em diversos ambientes; treino de transferência da cadeira de rodas para a cama ou cadeira; explicação sobre o correto posicionamento na cadeira de rodas e sobre formas de evitar úlceras de pressão em pacientes que permanecem por mais de quatro horas por dia sentado.

Em 2013 foi realizado um evento promovido pela Coordenação da Reabilitação da SMSA/BH, a fim de se sensibilizar os profissionais do NASF-AB e dos CREABs sobre a necessidade de acompanhamento dos usuários cadeirantes, após a concessão dos equipamentos. Neste evento foram dadas, também, orientações sobre o posicionamento correto dos usuários na cadeira de rodas, além de outros assuntos relevantes para favorecer o uso real da CR pelo usuário. Porém, esta prática ainda não se concretizou nem pelos

profissionais do CREAB-L que realizam a prescrição da CR nem pelos profissionais dos NASFS-AB que por ainda não terem condições, não realizam um acompanhamento mais sistemático destes usuários que receberam as CRs. É fato que nem todos os usuários recebem um acompanhamento de profissionais habilitados na área de reabilitação para a certificação de que a CR está ou não em uso e se está atendendo às suas necessidades.

Foi pactuado que os profissionais dos NASFs-AB tem a função de realizar visitas ao usuário com necessidade de CR, fazer a avaliação física-funcional e a avaliação ambiental (ANEXO C) e orientá-lo conforme protocolo e em relação ao fluxo estabelecido. Se o usuário faz tratamento sistemático de fisioterapia e/ou terapia ocupacional no CREAB-L, a solicitação da CR pode ser feita tanto pelo profissional do CREAB-L que o atende ou pelo profissional do NASF-AB. Se o usuário não realiza tratamento sistemático de fisioterapia e/ou terapia ocupacional no CREAB-L, a solicitação da CR deve ser feita pelo profissional do NASF-AB seguindo o fluxo usual. Após o recebimento da CR, o setor de OPM do CREAB-L, bem como da coordenação da reabilitação da SMSA de BH, têm como objetivo que os profissionais dos NASFS-AB verifiquem se o posicionamento do usuário na CR está correto e que reforcem as orientações para a família e cuidadores quanto aos cuidados para conservação dos equipamentos.

Desta maneira, observa-se que embora exista a proposta de um acompanhamento destes usuários pelos profissionais dos NASFS-AB, nem todos os usuários são acompanhados após o recebimento da CR, sugerindo que por não haver uma contra-referência dos profissionais do CREAB aos profissionais dos NASFS-AB, possa existir uma interrupção na linha de cuidado ao usuário cadeirante.

Outra questão a ser considerada seria que os profissionais que atuam no setor de OPM do CREAB-L, não têm um retorno desse trabalho, após a entrega da CR. Portanto, não se garante também um acompanhamento efetivo por parte dos profissionais dos NASFS-AB destes usuários cadeirantes. Esses profissionais que participam das reuniões dos Fóruns de Reabilitação não contam com um espaço específico para discussão destes casos, onde poderia haver uma troca de informações entre os profissionais da atenção básica (NASFS-AB) e os profissionais da atenção secundária, fortalecendo-se um trabalho em rede.

A coordenação de reabilitação da SMSA, gerência e a coordenação do setor de OPM do CREAB-L encontram desafios a serem alcançados com relação ao estabelecimento de uma linha de cuidado entre a atenção primária e secundária para CR recebidas pela primeira vez (realização de uma contra-referência), otimização dos recursos financeiros concedidos à compra de CR, verificação da real necessidade da solicitação da CR e da condição da CR

atual do usuário, uma vez que o programa de concessão de CR do SUS/BH oferece a possibilidade de ser realizada manutenção da CR, caso seja a melhor opção para o usuário e para o programa.

4 JUSTIFICATIVA

A definição de um projeto de intervenção para a solução deste problema é relevante, pois se propõe a criação de um espaço de discussão entre profissionais, nos Fóruns de Reabilitação que já acontecem entre o CREAB-L e o CREAB VN com os NASFS-AB de referência para incluir a discussão sobre os usuários que receberam CR nos últimos 6 meses a partir da data de implantação deste projeto. Com isto, espera-se que os profissionais da reabilitação do CREAB-L e do CREAB-VN e dos NASFS-AB de referência tenham oportunidade de discutir sobre os usuários que receberam CR e ter um retorno de como está o uso das CRs concedidas a eles e realizar um monitoramento destes usuários. Com isto, poderão também verificar se a prescrição do equipamento foi adequada e se a CR está realmente sendo usada e atendendo às necessidades dos usuários. Esse interesse surgiu baseando-se tanto na prática realizada no CREAB-L como ao que já é enfatizado na literatura sobre a possibilidade de abandono da CR. Como exemplo de estudos que apontam sobre a possibilidade do abandono de CR, podemos citar os estudos de Galvão, Barroso e Grutt (2013) que mencionam que para uma população que usa uma CR, pode acontecer que o uso da mesma esteja de forma mal ajustada ou inapropriada, o que coloca o usuário em risco de apresentar lesões secundárias e com alta probabilidade de abandonar a tecnologia.

Estudos de Costa et al. (2015) em uma revisão crítica de literatura também apontam vários fatores relacionados ao abandono do equipamento, tais como: problemas como o estado físico do usuário; a falta de informação ou treinamento, tanto do usuário como do profissional responsável pela prescrição; dor; limitações funcionais; preferência por outro equipamento ou utilização de capacidades remanescentes; peso elevado do dispositivo; alterações nas condições do equipamento; dificuldade de uso; insatisfação; desconforto; inadequação/inapropriação, e “muito barulho”.

A proposta deste plano de intervenção irá se concretizar a partir do momento que os profissionais da reabilitação tiverem espaço garantido para a discussão dos casos de usuários cadeirantes nestes Fóruns de Reabilitação. Assim, eles terão oportunidades de verificar se existe também, alguns destes fatores mencionados que possam estar interferindo no não uso da CR, a fim de tentar solucioná-lo de forma a atender às necessidades do usuário.

5 OBJETIVOS

Este estudo propõe atender ao objetivo geral e aos objetivos específicos a seguir.

5.1 Objetivo Geral

- Criar um espaço de discussão sobre a utilização de CRs concedidas aos usuários residentes nas regionais leste, nordeste e venda nova, nas pautas do Fórum de Reabilitação entre o CREAB-L, CREAB VN e representantes das equipes dos NASFS-AB de referência;
- Propor um monitoramento dos usuários residentes nas regionais do distrito leste, nordeste e Venda Nova de Belo Horizonte que receberam CR nos últimos 6 meses, após a implantação deste plano de intervenção;

5.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar os gestores quanto à importância da continuidade do acompanhamento dos usuários e conseqüentemente do fluxo de concessão de CRs após a entrega do equipamento;
- Discutir com os gestores (Coordenação da reabilitação, referência técnica desta coordenação localizadas no nível central da SMSA de BH, bem como referências técnicas do NASF-AB das regionais leste, nordeste e Venda Nova e gerente dos CREAB-L e VN) sobre a proposta de se criar um espaço em reuniões dos Fóruns de Reabilitação entre o CREAB-L, CREAB-VN e os NASFS-AB de referência para a discussão da pauta de usuários cadeirantes;
- Garantir um espaço para discussão no Fórum de Integração entre o CREAB-L, CREAB VN e os NASFS de referência.
- Traçar juntamente com os gestores, profissionais do CREAB-L, CREAB-VN e NASFS de referência um formulário de discussão sobre os usuários que receberam CRs nos últimos 6 meses, após a implantação deste projeto de intervenção.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

Indivíduos com deficiência física, mental e visual ou com mobilidade reduzida (idosos ou indivíduos com lesão temporária ou definitiva) necessitam, na grande maioria das vezes, de equipamentos auxiliares para desempenhar tanto na comunidade a tarefa de mover-se quanto para manter ou alcançar mobilidade funcional. Estes equipamentos foram conhecidos como ajudas técnicas ou de tecnologia assistiva (CAVALCANTI; GALVÃO; MIRANDA, 2007).

Após a ocorrência de diversas lutas e discussões acerca da tecnologia, em 2007, surgiu no Brasil, a proposição de uma terminologia única relacionada ao uso de tecnologia que foi definida pelo Comitê Brasileiro de tecnologia Assistiva (CAT), visando uma unificação das pesquisas e trabalhos nesse campo. Assim, a tecnologia assistiva (TA) passou a ser considerada como uma: [...] área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL, 2009a).

As áreas de aplicação da TA, como apontado por Rocha e Castiglioni (2005) referem-se às adaptações para atividades de vida diária, sistemas de comunicação alternativa; dispositivos para a utilização de computadores; unidades de controle ambiental; adaptações estruturais em ambientes domésticos, profissionais ou públicos; adequação da postura sentada; adaptações para déficits visuais e auditivos; adaptações em veículos e equipamento para mobilidade.

Estudos de Cavalcanti e Galvão (2007) referem que a mobilidade pode ser dividida em: mobilidade funcional e na comunidade. A mobilidade funcional é definida como a capacidade de o indivíduo mover-se ou mudar-se de uma posição para outra ao desempenhar atividades cotidianas, como o movimentar-se na CR ou na cama e realizar transferências. Inclui o desempenho na deambulação funcional e no transporte de objetos. Já a mobilidade na comunidade engloba o mover-se na comunidade e utilizar os meios de transportes públicos ou privado, como dirigir um carro e ter acesso aos ônibus, metrô e táxi.

A CR faz parte do arsenal de recursos da tecnologia assistiva e é um dos equipamentos da área da mobilidade que auxilia a locomoção das pessoas com mobilidade reduzida que pode ser utilizada por pessoas que apresentam impossibilidade, temporária ou definitiva, de deslocar-se utilizando os membros inferiores. A CR permite a mobilidade, durante a

realização das atividades de vida diária (vestuário, banho, alimentação, higiene pessoal) e é um meio de acesso para a participação social. A ideia de suprir essas necessidades possibilitou a criação de diferentes designs de cadeiras de rodas que diferem em forma, material, peso, durabilidade e custo, como apontam estudos de Galvão, Barroso e Grutt (2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que atualmente 70 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de uma cadeira de rodas para locomoção.

Segundo Cavalcanti, Galvão e Miranda (2007) as CRs podem ser de propulsão manual ou motorizada. A mobilidade com a cadeira manual depende das habilidades do usuário para realizar a propulsão ou de assistência de terceiros, enquanto as cadeiras de rodas motorizadas dependem de uma unidade de motor e de acesso aos controles do tipo *joystick*, realizados pelo próprio usuário. As CRs são avaliadas e indicadas geralmente pela necessidade do cliente e com base em suas medidas antropométricas. Variações nos modelos como possibilidade de inclinação por *tilt* e/ou *recline*, opção de remoção de apoios de braços e apoio de pés, sistema *quick release* (que facilita a desmontagem da cadeira) também influenciam sua escolha. Quando o usuário percorre grandes distâncias, uma CR motorizada pode ser a melhor opção para aumentar a independência e a participação social.

Estudos de Galvão, Barroso e Grutt (2013) apontam que a realização da prescrição de equipamentos de TA deve ser, prioritariamente, realizada por um profissional habilitado. Estes autores apontam a Portaria SAS/MS nº 661, de 2 de dezembro de 2010, que reconhece o direito de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas prescreverem OPM e que tal conduta amplia as suas possibilidades de intervenção no processo terapêutico (BRASIL, 2010). O reconhecimento e a regulamentação do terapeuta ocupacional e do fisioterapeuta pelo SUS como aptos a prescreverem CR e outros equipamentos de tecnologia, atualizou e ampliou a situação documental das prescrições, anteriormente autorizadas apenas por profissional da medicina. Essa mudança foi de grande relevância no atendimento das necessidades das pessoas com deficiência, pois o terapeuta ocupacional está diretamente ligado ao processo de reabilitação e facilitação da execução das atividades de vida diária e tem grande habilidade para descrever e especificar as medidas dos equipamentos, compreender as necessidades dos usuários, delinear o seu perfil e selecionar as possibilidades de escolha do produto (GALVÃO; BARROSO; GRUTT, 2013).

Com a prática, observa-se que seria ideal que os profissionais, antes de realizar a medida e prescrição da CR, aplicassem avaliações específicas. Porém, estudos de Alves e Matsukura (2014) em um trabalho de revisão da literatura, para identificar as avaliações mais utilizadas por profissionais para indicação e implementação de equipamentos de TA, apontam

que nenhuma pesquisa nacional foi encontrada. Segundo estes autores, tais considerações reforçam as considerações de Melo (2006), Lourenço (2008), Alves e Matsukura (2012) e Alves et al. (2012) que apontam que, no Brasil, os estudos ainda estão focados no desenvolvimento e apresentação de novas tecnologias. Seus estudos mostram que são escassas as investigações sobre o processo avaliativo para a indicação e implementação de TA e que há uma considerável lacuna em pesquisas de eficácia dos equipamentos de TA, procedimentos de implementação e de estudos de evidências com relação ao uso dos equipamentos de TA, sendo ainda um importante tema para pesquisa.

Embora Mello (2006) mencionar que a TA é uma área relativamente nova no Brasil, se comparada com os países da América do Norte e da Europa, que já investem em pesquisas sobre o tema desde a década de 50, no Brasil, os investimentos relacionados à TA ainda são muito limitados. Por isto, Alves e Matsukura (2014) apontam que os terapeutas ocupacionais devem participar do processo de utilização das avaliações já existentes e do compromisso com a pesquisa em traduzir e validar as avaliações disponíveis, a fim de incentivar a prática baseada em evidência, a tomada de decisões clínicas e, disponibilizar aos seus clientes, o que há de melhor em relação ao planejamento terapêutico voltado à prescrição da TA.

Para se evitar o abandono do equipamento, estudos apontam que o trabalho em equipe é de fundamental importância na área da TA. Neste sentido, estudos de Verza et al. (2006) citado por Costa et al. (2015) verificaram que uma equipe interdisciplinar é capaz de diminuir as taxas de abandono e relatam que, durante o período de intervenção realizado em seus estudos, nenhum equipamento foi abandonado devido à inadequação ou devido à falta de informação. Estes autores indicam que a equipe de saúde deve acompanhar os primeiros 3 anos após a obtenção do equipamento, pois este foi o período considerado “de risco”, uma vez que foi observado que quando houve abandono do equipamento, isto ocorreu antes deste período (COSTA et al., 2015). Ainda, segundo tais autores, esse abandono tem um impacto negativo em termos econômicos para o indivíduo e para o sistema nacional de saúde.

Costa et al. (2015) aponta que os valores destinados à aquisição de equipamentos de TA são muito altos e, além de causar prejuízo econômico, o abandono dos mesmos supõe que as necessidades do usuário não foram supridas. Isto pode ser visto como um fracasso para a equipe, bem como ter um impacto negativo sobre a relação usuário/equipe de saúde.

Diante destes aspectos, estudo de Costa et al. (2015) indicam que as sugestões aos profissionais para promover resultados efetivos e diminuir o índice de abandono dos equipamentos consistem na realização de uma análise das habilidades do usuário, de suas necessidades, de seu contexto e seus objetivos; realização de uma abordagem interdisciplinar

na prescrição e na seleção do equipamento; estimulação da participação ativa do usuário na prescrição e na seleção de equipamento; foco na atenção ao prescrever o equipamento para não propiciar dor, desconforto, insatisfação, entre outros; realização de um acompanhamento profissional, para treinamento e orientações específicas; reavaliações e reajustes dos equipamentos, dentre outras.

7 METODOLOGIA

7.1 Metodologia da Pesquisa

A Pesquisa Intervencionista tem sido bastante recomendada como uma técnica que pode produzir resultados relevantes, e gerar conhecimento prático que seja útil para as pessoas melhorarem as suas vidas no cotidiano e no contexto organizacional. Este tipo de pesquisa propicia, não somente novos conhecimentos práticos, mas, também novas habilidades para gerar conhecimento. O foco é agregar a teoria à prática para resolver a pergunta fundamental de como melhorar o trabalho. Essa pesquisa ou abordagem tem como característica a colaboração entre pesquisadores e práticos. A colaboração se justifica uma vez que os práticos possuem interesses similares aos dos pesquisadores na busca de um entendimento dos modelos organizacionais que possam explicar com propriedade os resultados dessas experiências (OYADOMARI et al. 2014).

Este projeto de intervenção tem como proposta a criação de um espaço de discussão nos fóruns de reabilitação no SUS/BH visando o monitoramento do uso de cadeiras de rodas concedidas aos usuários acompanhados pelo Centro de Referência em Reabilitação leste e NASFs-AB de referência, a fim de verificar como está o uso das CR, nos últimos 6 meses e conseqüentemente evitar que o fluxo de solicitação de CR seja interrompido após a entrega do equipamento ao usuário.

Cardoso, Faria e Santos (2008) ressaltam que é de fundamental importância ao enfrentar o problema, identificar as causas através de uma análise cuidadosa, a fim de termos mais clareza sobre onde atuar ou sobre quais causas devemos atacar. Estes autores nomeiam esta fase de identificação dos “nós críticos” do problema. Segundo eles, o “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual podemos intervir, ou seja, que está dentro do nosso espaço de governabilidade ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo autor que está planejando.

Neste trabalho foram selecionados como “nós críticos” do problema os fatores relacionados à:

- insuficiente conhecimento e conscientização tanto por parte dos coordenadores e dos profissionais do NASFs (que fazem a avaliação funcional inicial e ambiental e solicitam o equipamento) e dos profissionais do CREAB-L (que realizam a avaliação funcional de forma mais detalhada, medida, prescrição e entrega das CRs) com relação à interrupção do fluxo do

programa de concessão de CR aos usuários residentes no distrito leste, nordeste e Venda Nova de Belo Horizonte;

- insuficiente conscientização e conhecimento dos profissionais do NASFS e CREABs sobre a possibilidade do usuário não estar usando a CR devido à possibilidade da existência de diversos motivos;

- sobrecarga de trabalho dos profissionais dos NASFS e dos CREABs;

- insuficiente compreensão por parte dos profissionais com relação à existência de possíveis fatores relacionados ao abandono do equipamento;

- falta de uma análise adequada por parte do profissional, das habilidades, necessidades, contexto e os objetivos do usuário, utilizando-se de uma abordagem interdisciplinar na prescrição e na seleção da CR;

- insuficiente inclusão da participação ativa do usuário na prescrição e na seleção do equipamento oferecido pelo SUS que mais se adequa às suas necessidades;

- insuficiente realização de um acompanhamento profissional, tanto do CREAB-L e NASF-AB para treinamento e orientações específicas; reavaliações e reajustes dos equipamentos; após a entrega do equipamento;

- dificuldade de um efetivo trabalho em equipe interdisciplinar entre os profissionais dos NASFS- AB e do CREAB-L, voltada para os usuários cadeirantes;

- insuficiente conhecimento e informação, por parte dos familiares e usuários, de seus próprios direitos e necessidades e em estar solicitando orientações aos profissionais, visando um acompanhamento e conseqüentemente o uso adequado da CR;

- insuficiente conhecimento por parte do usuário e da família quanto à necessidade do uso adequado do equipamento, a fim de se evitar o uso de CR mal ajustadas ou inapropriadas, colocando-o em risco de apresentar lesões secundárias associadas ao não uso ou ao uso indevido ou ao não suprimento de suas necessidades;

- escassez de trabalhos na literatura voltados à investigação do acesso das pessoas com deficiência física aos equipamentos de TA por meio do SUS, bem como de pesquisas voltadas à compreensão do processo de prescrição, treino e acompanhamento desses dispositivos (CARO et al., 2014);

- escassez de investigações sobre o processo avaliativo para a implementação de TA;

- carência de estudos que avaliem a eficácia trazida pelos equipamentos e dispositivos assistivos, bem como de procedimentos de implementação e de estudos de evidências;

Estes problemas foram detectados com a observação da dinâmica de trabalho realizado pelos profissionais que atuam no Programa de Concessão de CR, em seu cotidiano, no setor

de OPM do CREAB-L bem como na realidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais dos NASFS das regionais de referência do CREAB-L e CREAB-VN, onde não se observa, na prática, um trabalho em equipe entre estes profissionais, sobre tais usuários. Além disto, a detecção deste problema foi também desenvolvida com base em leitura científica.

7.2 Metodologia de Planejamento/Plano de Ação

Conforme Cardoso, Faria e Santos (2008) após a apresentação dos problemas referidos no item anterior, considerados como possíveis causas mais importantes, é necessário, pensar soluções e estratégias para o enfrentamento, com a elaboração do plano de ação. Nesta etapa, estes autores apontam como objetivos: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações. As operações, segundo estes autores, consistem em um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e consomem vários tipos de recursos, a saber: econômicos (financeiros), organizacionais (estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc), cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados), de poder (recursos políticos).

O presente trabalho traz uma proposta de criação de um espaço de discussão sobre a utilização de CRs concedidas aos usuários residentes nas referidas regionais, nas pautas do Fórum de Reabilitação, já existente, entre o CREAB-L e representantes das equipes dos NASFS-AB de referência, visando um monitoramento do uso de CRs recebidas pelos usuários do CREAB-L (regionais leste, nordeste e venda Nova) de Belo Horizonte. Com a criação deste espaço de discussão pretende-se também fortalecer o trabalho em rede entre os profissionais do CREAB-L e dos NASFs de referência, permitindo maior vínculo do profissional com o usuário cadeirante.

Dentre os recursos citados como fundamentais no planejamento de ações para a implantação deste plano de intervenção, o mais prioritário refere-se ao recurso organizacional, uma vez que para a sua operacionalização, será necessária alteração no processo de trabalho da instituição CREAB-L e NASF-AB de referência.

A primeira estratégia de intervenção realizada será de sensibilizar tanto os profissionais da gestão do nível central da SMSA e gestores do CREAB-L e NASFS sobre a ampliação dos assuntos a serem discutidos nos Fóruns de reabilitação, incluindo-se a discussão da desse tema, relacionado ao programa de concessão de CRs. Além disto, reforçar sobre como se caracteriza o fluxo de solicitação de CRs concedidas aos usuários enfatizando-

se, principalmente, sobre a questão da interrupção desse fluxo, após a entrega do equipamento. Após a apresentação da proposta do trabalho e sensibilização destes profissionais da gestão com relação a estes aspectos, pretende-se, ainda neste primeiro momento, discutir sobre a viabilidade do mesmo, possibilidade de adesão e como serão articuladas as estratégias a serem usadas para a sua implementação.

É importante ressaltar que não haverá necessidade de estabelecer um cronograma com as datas e horários de reunião dos Fóruns visto que tal cronograma já foi elaborado pela Coordenação da Reabilitação/SMSA e já está vigente (ANEXO A).

Após a sensibilização e adesão destes profissionais a este plano de intervenção, pretende-se, em um segundo momento, estender e apresentar a proposta aos profissionais do CREAB-L (mais duas terapeutas ocupacionais) que também atuam diretamente no setor de OPM com avaliação, medida, prescrição e entrega de CRs, a fim de conscientizá-las sobre a proposta e saber suas sugestões. Neste momento, poderá ser apresentada e discutida a possibilidade de todas estas profissionais do setor de OPM, deste Centro de Reabilitação, que realizam entrega de CRs, fazerem uma contra-referência ao respectivo profissional do NASF-AB que fez a solicitação do equipamento, permitindo-o informar sobre a chegada e entregado equipamento ao usuário. Assim, ficará mais fácil do profissional do CREAB-L saber que o profissional do NASF-AB está ciente de que o usuário recebeu sua CR bem como da necessidade de iniciar o seu acompanhamento.

De acordo com alguns autores (LUSTOSA et al., 2015), as equipes devem desenvolver ações de promoção e de proteção à saúde, em todas as fases do ciclo de vida da pessoa com deficiência. Ressalta-se que, as ações de reabilitação/habilitação devem ser executadas por equipes multiprofissionais e desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade. Neste sentido, propõe-se em um terceiro momento, desenvolver uma discussão com os profissionais do NASF-AB, a fim de se verificar quais as possibilidades que eles têm em realizar o acompanhamento do usuário, após o recebimento da contra-referência encaminhada a eles pelos profissionais do CREAB-L que realizaram a entrega da CR. Além disto, a proposta seria que se verificasse como poderia ser, na prática, a operacionalização desse acompanhamento (quais e quantos usuários poderiam ser visitados por dia, a fim de se avaliar quais e quantos usuários estão usando a CR, quais e quantos usuários não estão usando a CR, seus motivos e necessidades). Para esta etapa, foi elaborado um formulário de acompanhamento de usuários cadeirantes a ser seguido por todos os profissionais do NASF-AB que desenvolverem este trabalho (APÊNDICE A).

Posteriormente, em um quarto momento, propõe-se que, os profissionais dos NASF-AB levem os dados e informações colhidas neste formulário dos usuários cadeirantes, nas reuniões mensais dos Fóruns de Reabilitação para apresentação e discussão dos casos. Neste momento, tanto os profissionais dos NASFS (que solicitaram a CR) como os profissionais do CREAB-L (que realizaram a avaliação funcional, medida, prescrição e entrega do equipamento), a gerência do CREAB-Le coordenador do NASF-AB de referência, estarão presentes e irão ter um parâmetro para avaliar a porcentagem de usuários que não estão usando as CRs, quais são estes usuários, motivos do não uso e desejos do usuário. Nesta reunião, os casos serão discutidos, e este espaço poderá ser caracterizado, também, como um espaço de trocas de experiências e de conhecimento, acolhimento de angústias e de dificuldades dos profissionais. Além disto, discutirão sobre aqueles usuários que estão usando as mesmas, a fim de saber se a CR está realmente atendendo às necessidades de cada um destes usuários. Para a discussão de casos, o profissional que demandar tal discussão em rede, deverá ter em mãos, este formulário contendo os dados pessoais do usuário, tipo de CR recebida, se e como a CR está sendo usada, se a CR está atendendo as necessidades do usuário e se não estiver sendo usada, quais os motivos deste não uso.

Este formulário poderá ser entregue, no dia da reunião e discussão do caso, à coordenação do setor de OPM, que poderá agendar uma reavaliação do caso com a profissional do CREAB-L que realizou a medida e/ou a entrega da CR no período entre uma reunião e a próxima, para que este profissional do CREAB-L dê um retorno da reavaliação ao profissional do NASF-AB sobre qual conduta foi seguida. Com este parâmetro, espera-se que os profissionais poderão avaliar quais usuários não estão usando as CRs e estabelecer metas/estratégias em seu processo de trabalho, ao verificar a possibilidade desse retorno do usuário ao CREAB-L, na tentativa de solucionar o problema do não uso da CR. Com isto, espera-se atingir um número cada vez maior de usuários adeptos ao uso da CR, minimizar a possibilidade do abandono do equipamento, bem como as possibilidades de desenvolver deformidades ortopédicas, principalmente em coluna e quadril, que podem trazer consequentes danos aos usuários. Além disto, evita-se, também, um prejuízo econômico relacionado ao investimento financeiro do governo para a compra do equipamento.

Com o retorno do usuário que não está usando a CR ao CREAB-L, a terapeuta ocupacional poderá, nesta reavaliação, realizar uma entrevista com o usuário/cuidador, a fim de entender o motivo do não uso do equipamento e tomar as providências cabíveis e necessárias. Na próxima reunião do Fórum que acontecerá no mês seguinte, os profissionais poderão retomar o caso e avaliar se as metas/propostas e soluções favoráveis ao uso da CR

foram atingidas e discutir novos casos conforme demanda. De acordo com novas demandas que forem surgindo nestas reuniões e de acordo com postura, novas sugestões dadas pelos profissionais, pode ser necessário retomar a ênfase da proposta do trabalho em rede, reforçar a co responsabilização pelo paciente e destacar-se as vantagens deste novo processo de trabalho, de modo a pensar-se em um plano de ação coletivo. Com isto, este espaço irá ter a função de ser um espaço de aprimoramento, aprendizagem e de apropriação de um novo processo de trabalho. Assim, cada profissional irá ampliar sua capacidade de escuta o que irá favorecer um pensamento coletivo e construir intervenções coletivas de forma a atender o máximo possível as necessidades do usuário.

Com a criação deste espaço de discussão entre profissionais envolvidos neste programa de concessão de CR, poderemos pensar a proposta de se criar a médio/longo prazo uma linha de cuidado mais abrangente ao usuário cadeirante, bem como introduzir modelos de avaliação padronizados, bem como pensar sobre o PTS (projeto Terapêutico Singular) considerando-se que ele consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial caso seja necessário. Geralmente, este recurso é dedicado a situações mais complexas, considerado como uma variação da discussão de “caso clínico”. É uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. Este projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças (BRASIL, 2007a).

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Quadro 1 – Recursos necessários

MOMENTO	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS FINANCEIROS
PRIMEIRO	Um profissional da coordenação da reabilitação da SMSA, um profissional da gerência do Creab-L, um representante de cada Nasf-AB de referência e o apresentador.		
SEGUNDO	Um profissional da gerência do Creab-L, um profissional da coordenação do setor de OPM-CREAB-L, o apresentador e mais duas terapeutas ocupacionais do setor de OPM que atuam na concessão de CR.		
TERCEIRO	Apresentador e os profissionais do NASF-AB de referência.		
QUARTO	Gerência do CREAB-L, profissionais do CREAB-L que atuam no programa de concessão de CR e representante de referência dos NASF-AB	Formulários de reavaliação de usuários cadeirantes a ser preenchido por profissionais do NASF-ab após a entrega da CR.	
QUINTO	Coordenação do setor de OPM e um profissional administrativo.	Agenda do ano em curso	
SEXTO	Gerência do CREAB-L, profissionais do CREAB-L que atuam no programa de concessão de CR e representante de referência dos NASF-AB		

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseando-se nos conhecimentos adquiridos com a realização deste projeto, acredita-se que esta proposta possa contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário cadeirante. Com a criação e garantia de um espaço para discussão de casos em reuniões de Fórum de Reabilitação, os usuários passarão a ser vistos com um novo olhar pelos profissionais que ao considerar aspectos relacionados às suas necessidades, desejos e objetivos, habilidades funcionais e seu ambiente físico, irão promover resultados mais efetivos para o uso da CR, evitando-se desconforto, insatisfação com o equipamento e um possível abandono.

Observa-se que uma das limitações deste estudo, refere-se à possibilidade de se conseguir sensibilizar gestores e profissionais quanto à importância da continuidade do acompanhamento dos usuários cadeirantes, após a entrega do equipamento, bem como a garantia de um espaço em reuniões dos Fóruns de Reabilitação para a discussão destes casos, a fim de se poder realizar um monitoramento realmente efetivo destes usuários e consequentemente ampliar o fluxo de concessão de CR no CREAB-L, através desse programa de discussão sobre os usuários que receberam CRs nos últimos 6 meses.

Para o desenvolvimento de trabalhos futuros, este projeto de intervenção poderá ser estendido aos demais Centros de Reabilitação e seus respectivos NASFS-AB de referência da Prefeitura de Belo Horizonte que não fizeram parte do escopo deste trabalho, a fim de se conseguir ampliar a linha de cuidado ao usuário cadeirante. Outra sugestão para trabalhos futuros refere-se à possibilidade de os profissionais passarem a adotar protocolos padronizados de avaliação, tanto para a prescrição como para o acompanhamento da utilização do equipamento, uma vez que tal conduta permitirá fortalecer e fundamentar de forma mais adequada sua prática profissional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. C. J.; MATSUKURA, T. S. Revisão sobre avaliações para indicação de dispositivos de tecnologia assistiva. **Rev. Ter. Ocup. da USP**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 199-207, maio/ago. 2014.
- ANDRADE, A. S.; FALCÃO, I. V. A compreensão de profissionais da atenção primária à saúde sobre as práticas da terapia ocupacional no NASF. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 33-42, 2017.
- BRASIL. Comitê de Ajudas Técnicas. **Tecnologia assistiva**. Brasília: CORDE, 2009a. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-tecnologia-assistiva.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2013
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso: 9 fev. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 ago. 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm>. Acesso em: 9 fev. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 7612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso em: 9 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2109, de 21 de setembro de 2012. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2109_21_09_2012.html>. Acesso em: 28 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1272, de 25 de junho de 2013. Inclui Procedimentos de Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeira de Rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1272_25_06_2013.html>. Acesso em: 16 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2848 de 6 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 nov. 2007b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 818 de 5 de junho de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jun. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html>. Acesso em: 25 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 25 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 661, de 2 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0661_02_12_2010.html>. Acesso em: 11 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 116, de 9 de setembro de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 set. 1993a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html>. Acesso em: 11 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 146, de 14 de outubro de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 out. 1993b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 585, de 29 de maio de 2013. Publica os Estados e Municípios aptos a receberem os incentivos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços de Oficinas Ortopédicas Fixa para manutenção e adaptação de órteses, próteses e materiais especiais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 maio 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0585_29_05_2013.html>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 971, de 13 de setembro de 2012. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0971_13_09_2012.html>. Acesso em: 28 fev. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Programa de análise de produtos**: relatório sobre a análise em cadeiras de rodas. Rio de Janeiro: INMETRO, 2013c.

CABRAL, L. R. S.; BREGALDA, M. M. A atuação da terapia ocupacional na atenção básica à saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 179-189, 2017.

CARDOSO, C. F.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Unidade didática I**: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: módulo 3: planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

CARO, C. C. et al. A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 521-529, jul./set. 2014.

CASARIN, N. et al. Fórum de humanização: potente espaço para educação permanente de trabalhadores da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 718-728, jul./set. 2017.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C.; MIRANDA, S. G. S. Mobilidade. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 45, p. 427-434.

COSTA, C. R. et al. Dispositivos de tecnologia assistiva: fatores relacionados ao abandono. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 611-624, jul./set. 2015.

GALVÃO, C. R. C.; BARROSO, B. I. L.; GRUTT, D. C. A tecnologia assistiva e os cuidados específicos na concessão de cadeiras de rodas no Estado do Rio Grande do Norte. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p.11-18, jan./mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 15 maio 2013.

JACINTO, B. O. et al. O apoio matricial em saúde realizado por terapeutas ocupacionais no Sistema Único de Saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 191-201, 2017.

LUSTOSA, L. P. et al. **Uso terapêutico de tecnologias assistivas: direitos das pessoas com deficiência e habilidade física e motora**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2015.

MELLO, M. A. F. A tecnologia assistiva no Brasil. In: FÓRUM DE TECNOLOGIA ASSISTIVA E INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA DEFICIENTE, 1., Belém, 2006. **Anais...** Belém: UEPA, 2006. p. 5-10.

MORAES, M. K. R. et al. Benefício da adequação postural em cadeira de rodas e fatores que interferem em sua utilização: uma revisão sistemática. **Front-s: Journ. of Soc., Technol. And Environm. Scien.** Anápolis, v. 5, n. 2 (Ed. Especial), p.181-195, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012.

OYADOMARI, J. C. T. et al. Pesquisa intervencionista: um ensaio sobre as oportunidades e riscos para pesquisa brasileira em contabilidade gerencial. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 244-265, maio/ago. 2014.

ROCHA, E. F.; CASTIGLIONI, M. C. Reflexões sobre recursos tecnológicos: ajudas técnicas, tecnologia assistiva, tecnologia de assistência e tecnologia de apoio. **Rev. Ter. Ocup. da USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 97-104, set./dez. 2005.

SAINT-EXUPERY, Antoine de. **O pequeno príncipe**: com aquarelas do autor. 18. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1975.

SANTOS; E. M.; REIS; A. C.; CRUZ; M. M. Análise do desempenho do sistema de monitoramento do programa de controle de DST/AIDS e hepatites virais (MONITORAids) como ferramenta de gestão: desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 173-185, nov. 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Sugestão de formulário para reavaliação de usuários cadeirantes a ser preenchido por profissionais do NASF-AB após a entrega da CR

Data:

Dados pessoais:

Prontuário:

Nome:

idade:

sexo:

Diagnóstico Clínico:

Diagnóstico funcional:

Centro de Saúde:

NASF-AB:

DADOS RELACIONADOS À CADEIRA DE RODAS:

Data da entrega:

Modelo de CR recebida:

A CR está sendo usada? sim Não Porque?

É inadequada às necessidades do usuário e ao seu ambiente;

Falta acompanhamento e treinamento ao usuário a fim de garantir-lhe o uso seguro do equipamento;

a opinião do usuário durante o processo de escolha do equipamento não foi levada em consideração

Usuário não tem tido aceitação do seu diagnóstico;

Houve piora do estado clínico e/ou funcional do usuário

outros motivos? Quais?

Tempo de uso da CR:

Como a CR está sendo usada:

apenas em ambiente interno

apenas em ambiente externo

em ambiente interno e externo

A CR está atendendo às necessidades do paciente? sim não Porque?

O paciente necessita de algum acessório para melhor conforto ou posicionamento?

não

sim? Qual ?


Quais as atividades de vida diária e de vida prática estão sendo realizadas com o uso da CR?

AVDs: banho alimentação vestuário higiene pessoal

AVPs: organização e limpeza do ambiente da casa compras fazer comida lavar louças passear ir ao médico e fazer exames trabalho

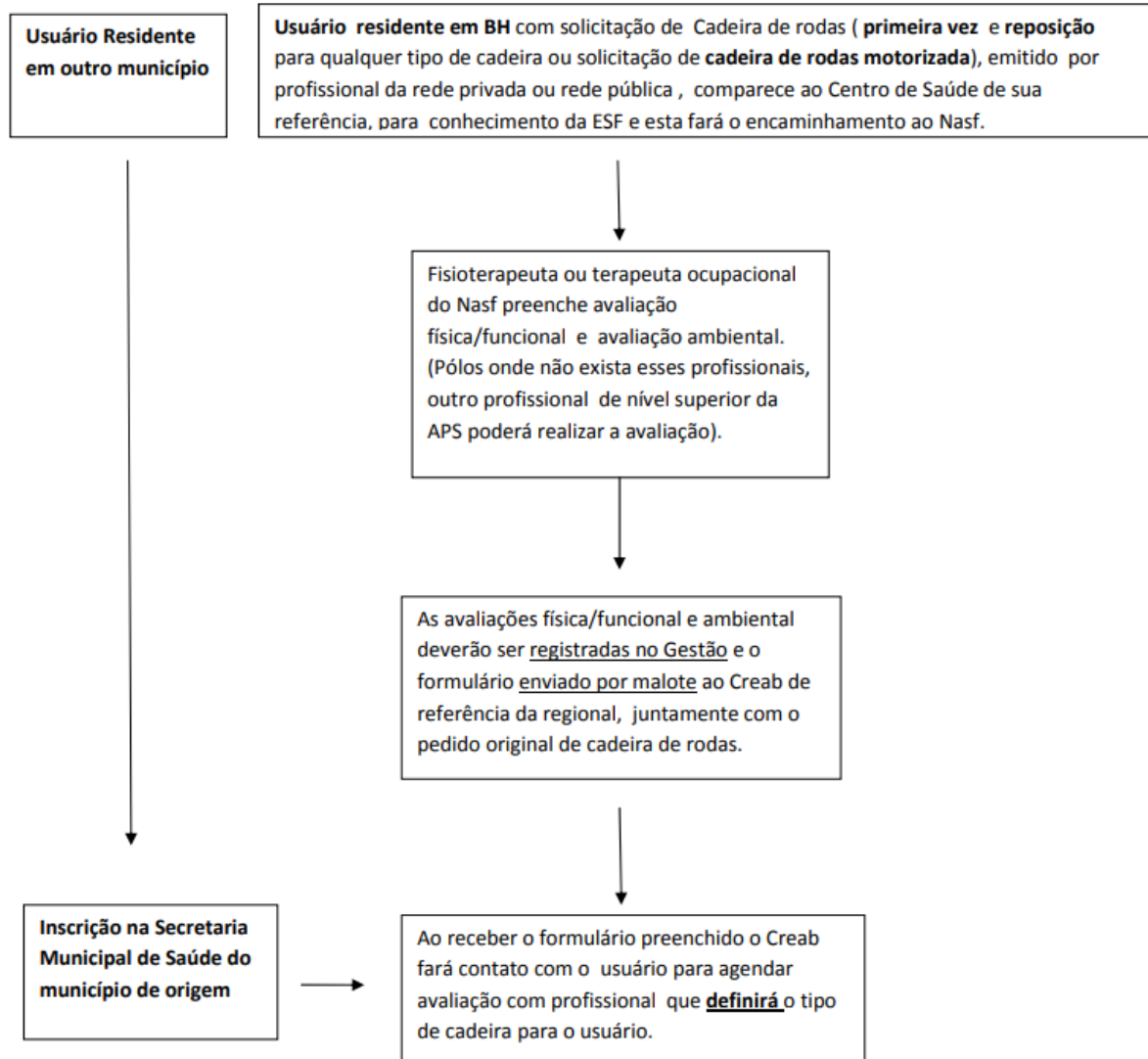
ANEXOS

ANEXO A - Programação do Fórum de reabilitação 2018

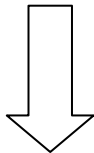
 PREFEITURA BELO HORIZONTE		PROGRAMAÇÃO FÓRUM DE REABILITAÇÃO 2018					
2018	CENTRO-SUL (CREAB CS; NASF B, CS, N, P; CMO)		NORDESTE (CREAB NO; NASF NO, O; CMO)		LESTE / VENDA NOVA (CREAB L, CRAB VN; NASF L, NE, VN; CMO)		PAUTA: - Tema Principal - Informes - Discussão de Casos
	Segunda-feira (manhã) Terça-feira (tarde)		Quinta-feira (manhã / tarde)		Segunda-feira (manhã / tarde)		
	Local: CREAB CS Professor Otávio Coelho de Magalhães 111, 2º andar, Bairro Mangabeiras.		Local: CREAB NO Rua Padre Eustáquio 1951, 3º andar, Bairro Padre Eustáquio.		Local Manhã: CREAB VN Rua Ece Ribeiro s/nº, Bairro São João Batista. Local Tarde: Regional Leste Rua lauro Jaques 20, 3º andar, Bairro Floresta.		
	Referência Técnica Nível Central: Ana Luísa e Ana Beatriz		Referência Técnica Nível Central: Sheyla		Referência Técnica Nível Central: Lúlian e Paula		
	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	
JANEIRO	NÃO HAVERÁ FÓRUM.						
FEVEREIRO	NÃO HAVERÁ FÓRUM.						
MARÇO	27	13:30	15	13:30	19	13:30	RECONHECENDO OS SERVIÇOS / OPMAL
ABRIL	23	08:30	19	08:30	16	08:30	
MAI	29	13:30	17	13:30	21	13:30	
JUNHO	25	08:30	21	08:30	18	08:30	
JULHO	24	13:30	19	13:30	16	13:30	
AGOSTO	27	08:30	16	08:30	20	08:30	
SETEMBRO	25	13:30	20	13:30	17	13:30	
OUTUBRO	22	08:30	18	08:30	15	08:30	
NOVEMBRO	27	13:30	22 (15/11: feriado)	13:30	19	13:30	
DEZEMBRO	FÓRUM AMPLIADO: DIA 07- MANHÃ / TARDE - AUDITÓRIO DA SMSA						

ANEXO B - Fluxo para solicitação de cadeira de rodas

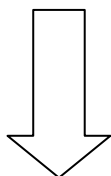
FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE CADEIRA DE RODAS (REVISÃO ABRIL 2017)



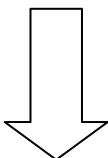
Avaliação com o profissional no Creab-L que definirá o tipo de cadeira ao usuário



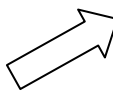
Preenchimento dos dados do paciente na APAC, interpretação da avaliação física ambiental do paciente encaminhada do Nasf



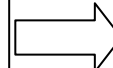
Realização da medida do paciente



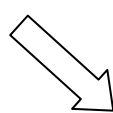
Prescrição da CR mais adequada



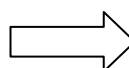
Se Cr for adaptada



Paciente retorna para prova

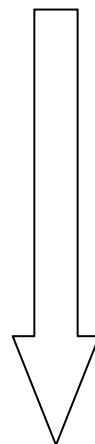


Se CR não for adaptada, paciente é comunicado e agendado para receber equipamento



Dadas orientações ao usuário/cuidador sobre os cuidados/ manuseios da cadeira, bem como posicionamento adequado do paciente

O paciente é comunicado e agendado para receber o equipamento



ANEXO C - Formulário avaliação cadeira de rodas e Roteiro de avaliação ambiental para cadeira de rodas.



Formulário Avaliação Cadeira de Rodas

Informação do usuário		Nº P.E:		Data Avaliação:	
Nome:				DN:	Idade
Cartão Nacional de saúde:				RG	
Endereço:				Nº/Complemento	
Bairro		Cidade		Telefone:	
Centro saúde			Regional		
Trabalha? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				Ocupação:	
Estuda? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Pratica atividade física/esporte? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?			
Diagnóstico clínico:				Diagnóstico Funcional:	
Avaliação Física e Funcional			Nível Lesão Medular(quando houver):		
Marcha : Independente <input type="checkbox"/> Com auxílio <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>		Controle tronco: Completo <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>		Rigidez articular em mmss: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Meio auxiliar de locomoção utilizado: Andador <input type="checkbox"/> Muleta <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas manual <input type="checkbox"/> Não utiliza <input type="checkbox"/>					
Possui Cadeira Rodas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			A cadeira possui adequação postural? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Caso positivo, informe o tipo de cadeira: CR Padrão <input type="checkbox"/> CR Tetra <input type="checkbox"/> CR Motorizada <input type="checkbox"/>			Propulsiona Cadeira de Rodas : Ambiente interno <input type="checkbox"/> Não propulsiona <input type="checkbox"/> Ambiente externo <input type="checkbox"/>		
Situação atual da cadeira: Danificada <input type="checkbox"/> Almofadas gastas <input type="checkbox"/> Bom estado de conservação <input type="checkbox"/>			Transferência: Informar se realiza: Sem ajuda (SA)/com ajuda(CA)/não realiza (NR) Deitado para sentado <input type="checkbox"/> Sentado lugar fixo para cadeira <input type="checkbox"/>		
AVD: Informar se realiza sem ajuda(SA)/com ajuda(CA)/não realiza(NR) Veste roupa <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Tira roupa <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/>				Local banho: Leito <input type="checkbox"/> Banheiro <input type="checkbox"/>	
Avaliação visual:					
Utiliza óculos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Prótese ocular? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Lesão neurológica ou traumática que interferiu na capacidade visual? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Apresenta dificuldade para enxergar de perto/longe? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Possui doença nos olhos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Apresenta dificuldade em reconhecer o ambiente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Avaliação cognitiva:					
Responde a comandos verbais simples? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Possui noção espaço temporal? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Avaliação auditiva:					
Possui nível de audição suficiente de forma que possa prevenir e perceber situações que apresentem risco para si mesmo e outras pessoas Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					



PREFEITURA DE
BELO HORIZONTE



ROTEIRO DE AVALIAÇÃO AMBIENTAL PARA CADEIRA DE RODAS

Data: _____ Nome/carimbo profissional do Nasf: _____

Usuário: _____

Endereço: _____

• **LOCAIS EM QUE A CADEIRA DE RODAS SERÁ UTILIZADA: (Assinalar com X)**

() Casa () Escola () Trabalho () Esporte () Atividades na comunidade (socialização/lazer, ativ. religiosas, etc).

• **ACESSIBILIDADE NA COMUNIDADE: (Assinalar com X)**

() Degraus () Rampas () Beco : Medida da largura do Beco ____ cm

Tipo de solo em que a cadeira será utilizada: () Asfalto () Chão de terra () Paralelepípedo

• **ACESSIBILIDADE DA RUA PARA A CASA:** () Degraus () Rampa () Beco

• **ACESSIBILIDADE DENTRO DA CASA DO USUÁRIO:** () Degraus () Rampas

Medida da largura das portas (anotar o valor da medida em centímetros):



Porta entrada casa: ____ cm Porta quarto: ____ cm Largura de corredor (quando houver) ____ cm

Presença de umidade relevante no domicílio podendo comprometer o equipamento? () Sim () Não

Possui espaço no interior do imóvel para trânsito/deslocamento e manobras? () Sim () Não

• **LOCAL DE GUARDA DA CADEIRA:**

() Dentro de casa () Local aberto e descoberto () Fora do ambiente domiciliar, porém local seguro e coberto

Outra informação que julgar necessária: _____

• **Informações adicionais sobre ambiente e/ou usuário:**