

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS MATEMÁTICAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS E DAS
TÉCNICAS E EPISTEMOLOGIA

PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA COELHO

DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO SISTEMÁTICO

RIO DE JANEIRO

2024

PATRÍCIA SANTOS DE OLIVEIRA COELHO

DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO SISTEMÁTICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre .

Orientador: Prof. Dr. José Antonio dos Santos Borges

RIO DE JANEIRO

2024

CIP - Catalogação na Publicação

C672d Coelho, Patricia Santos de Oliveira
Dispensação de equipamentos de mobilidade para
pessoas com deficiência no município do Rio de
Janeiro: Um estudo sistemático / Patricia Santos de
Oliveira Coelho. -- Rio de Janeiro, 2024.
88 f.

Orientador: José Antonio dos Santos Borges.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Decania do Centro de Ciências
Matemáticas e da Natureza, Programa de Pós-Graduação
em História das Ciências e das Técnicas e
Epistemologia, 2024.

1. Cadeiras de rodas. 2. Pessoas com
deficiência. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Terapia
Ocupacional. I. Borges, José Antonio dos Santos,
orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

FOLHA DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA SANTOS DE OLIVEIRA COELHO

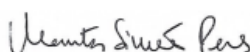
DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO SISTEMÁTICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre .

Aprovada em: 02 de Dezembro de 2024

Documento assinado digitalmente
gov.br JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS BORGES
Data: 18/12/2024 19:03:56-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

(José Antonio dos Santos Borges, Doutor, UFRJ)



(Marta Simões Peres, Doutora, UFRJ)

Documento assinado digitalmente
gov.br RUNDSTHEN VASQUES DE NADER
Data: 18/12/2024 10:22:52-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

(Rundsthen Vasques de Nader, Doutor, UFRJ)

Documento assinado digitalmente
gov.br CAROLINA MARIA DO CARMO ALONSO
Data: 15/12/2024 22:03:28-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

(Carolina Maria do Carmo Alonso, Doutora, UFRJ)

Documento assinado digitalmente
gov.br IDA BEATRIZ COSTA VELHO MAZZILLO
Data: 12/12/2024 20:00:20-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

(Ida Beatriz Costa Velho Mazzillo, Doutora, UFRJ)

Dedico esta dissertação a todas as
pessoas com deficiência usuárias de cadeira de
rodas e aos seus familiares

AGRADECIMENTOS

Eternizo aqui os meus agradecimentos àqueles que foram extremamente importantes no processo de construção da minha dissertação e fortaleceram a minha participação no programa de mestrado em momentos difíceis: Meu esposo Jorge Alberto; Meu orientador Professor José Antonio; Meu amigo Lucio Flávio; As profissionais da Prefeitura do Rio de Janeiro Cristina Teixeira, Fernanda Bocaiuva, Andrea Mattos, Luci Souza e também aos terapeutas ocupacionais e pacientes do Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark que gentilmente me concederam as entrevistas.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a dinâmica da interação que envolve pessoas, procedimentos operacionais e tecnologias envolvidos no sistema de dispensação de equipamentos de mobilidade, concedidos pelo Sistema Único de Saúde para pessoas com deficiência. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva exploratória, desenvolvido no Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark (CMROC), vinculado a prefeitura do Rio de Janeiro, entre o período de agosto de 2022 a agosto de 2024. Realizou-se entrevistas semiestruturadas com 30 indivíduos da instituição, sendo 20 pacientes e 10 profissionais, envolvidos com o serviço, além de consultas a documentos institucionais como notas técnicas, prontuários e arquivos oficiais. Como resultado pode-se identificar que este estudo evidenciou que é fundamental compreender os segmentos que circundam o serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade, com seus aspectos históricos, políticos, sociais e tecnológicos para que seja possível transformá-lo. Os relatos dos entrevistados, pacientes e profissionais da instituição, revelaram 4 temáticas fundamentais para cada grupo que merecem ser consideradas para o aperfeiçoamento do atual serviço. No caso dos pacientes destacam-se: 1- Características do público beneficiado; 2- Sentimentos presentes com o uso da cadeira de rodas; 3- Apoio de tecnologia da informação e comunicação; 4- Legislação para pessoas com deficiência. Já para os profissionais identificou-se: 1- Atuação e contribuições dos profissionais envolvidos; 2- Aspectos ausentes na dispensação de cadeira de rodas; 3- Licitação e participação do profissional; 4- Legislações. Espera-se que com essa apresentação sistemática e contextualizada do serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade do CMROC, os apontamentos de seu funcionamento e aspectos a serem melhorados, possam contribuir para o aprimoramento constante do serviço e garanta cada vez mais o acesso da população com deficiência ao seu equipamento de mobilidade.

Palavras-chave: Cadeiras de rodas; Pessoas com deficiência; Sistema Único de Saúde; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

This research aims to understand the dynamics of the interaction involving people, operational procedures, and technologies involved in the mobility equipment dispensing system provided by the Unified Health System for people with disabilities. This is a qualitative study with an exploratory descriptive approach, developed at the Oscar Clark Municipal Rehabilitation Center (CMROC), linked to the city of Rio de Janeiro, between August 2022 and August 2024. Semi-structured interviews were conducted with 30 individuals from the institution, 20 patients and 10 professionals, involved with the service, in addition to consultations of institutional documents such as technical notes, medical records, and official archives. As a result, it can be identified that this study showed that it is essential to understand the segments that surround the mobility equipment dispensing service, with their historical, political, social, and technological aspects in order to be able to transform it. The reports of the interviewees, patients, and professionals of the institution, revealed 4 fundamental themes for each group that deserve to be considered for the improvement of the current service. In the case of patients, the following stand out: 1- Characteristics of the target audience; 2- Feelings present with the use of wheelchairs; 3- Support from information and communication technology; 4- Legislation for people with disabilities. For professionals, the following were identified: 1- Performance and contributions of the professionals involved; 2- Aspects absent in the provision of wheelchairs; 3- Bidding and participation of the professional; 4- Legislation. It is expected that with this systematic and contextualized presentation of the CMROC mobility equipment provision service, the notes on its operation and aspects to be improved, can contribute to the constant improvement of the service and increasingly guarantee access to mobility equipment for the disabled population.

Keywords: Wheelchairs; Disabled Persons; Unified Health System; Occupational Therapy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cadeira de rodas de Hefesto, Século IV a.C.....	22
Figura 2 - Sarcófago, Século VI d.C.....	22
Figura 3 - Cadeira de Rodas do Rei Felipe II, Ano 1595.....	23
Figura 4 - Poltrona sobre rodas.....	23
Figura 5 - Cadeira de rodas de Stephan Farffler.....	24
Figura 6 - Poltrona de balanço adaptada para cadeira de rodas comunitária.....	24
Figura 7 - Cadeira de rodas dobrável marca Everest Jennings, ano 1933.....	25
Figura 8 - Cadeira de rodas Electriquette, ano 1915.....	26
Figura 9 - George Klein na cadeira de rodas motorizada em 1953.....	27
Figura 10 - Cadeira de rodas Quickie da atleta Marilyn Hamilton.....	28
Figura 11 - Cadeira de Rodas Veypr Sub4 de Fibra de Carbono RGK.....	29
Figura 12 - Sistema de adaptação para automóveis com câmbio mecânico para a condução manual por pessoas com deficiência, ano 1982.....	31
Figura 13 - Cadeira de rodas Gazela Ultralite. ano 1986.....	31
Figura 14: Sistema de desmontagem rápida das rodas traseiras Quick Release. Ano, 1986.....	32
Figura 15. Imagem frontal da Clínica Escolar Oscar Clark, ano 1930. Fonte: Justo, 2020.....	44
Figura 16. Fotografia da inauguração do refeitório da Clínica com os seus benfeitores e as crianças escolares, ano 1935. Fonte: Silva, 2017.....	44
Figura 17: Fluxograma sobre a atual forma de dispensação de equipamentos de mobilidade do CMROC.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ATScale - Parceria Global para Tecnologia Assistiva
AFR - Associação Fluminense de Reabilitação
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CER – Centro Especializado em Reabilitação
CIAD - Centro Integrado de Atendimento a Pessoa com Deficiência
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMROC - Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark
CNS – Conselho Nacional de Saúde
EUA - Estados Unidos da América
IBC - Instituto Benjamin Constant
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INES - Instituto Nacional de Educação de surdos
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LBI - Lei Brasileira de Inclusão
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPM - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISPD - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
QUEST - Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology
RAS- Redes de Atenção à Saúde
RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SisAssistiva - Sistema Nacional de Laboratórios de Tecnologia Assistiva
SISREG - Sistema de Regulação
SUS - Sistema Único de Saúde
TA - Tecnologia Assistiva
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUD - Termo de Compromisso de Utilização de Dados

TIC - Tecnologia de Informação e Comunicação

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO	14
1.1	MOTIVAÇÃO.....	14
1.2	A RELEVÂNCIA DO TEMA.....	15
1.3	OBJETIVOS DESTE TRABALHO.....	17
1.3.1	Objetivo Geral	17
1.3.2	Objetivos Específicos	17
1.4	METODOLOGIA.....	18
1.5	COMO ESTA DISSERTAÇÃO ESTA ESTRUTURADA	20
2	EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE: ORIGEM E ATUALIDADES	21
2.1	HISTÓRIA DOS EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE NO MUNDO	21
2.2	HISTÓRIA DOS EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE NO BRASIL.....	30
3	A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: HISTÓRIA E MOVIMENTOS POLÍTICOS	33
3.1	HISTÓRIA E ASSISTÊNCIA INICIAL A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	33
3.2	PRIMEIROS PASSOS NA CONQUISTA DE DIREITOS: DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL AO NOVO VIVER SEM LIMITE	36
3.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA E A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO	38
3.4	DADOS ATUAIS, A VISÃO DA FUNCIONALIDADE E O IMPACTO DE ACORDOS INTERNACIONAIS.....	40
4	DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO DE CASO	43
4.1	CMROC: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA, CONTEXTO E EVOLUÇÃO.....	43
4.2	DESCRIÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE: MODELO PASSADO	46
4.3	TRANSFORMAÇÕES DO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE	49
5	AVALIAÇÃO SOBRE A ATUAL DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE	54
5.1	O QUE OS PACIENTES TÊM A DIZER?.....	55
5.2	O QUE OS PROFISSIONAIS TÊM A DIZER?	61

6 CONCLUSÃO: EM DIREÇÃO A UMA FORMA DE DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE MAIS JUSTA	74
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO DO PACIENTE	85
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO DO PROFISSIONAL	86
APÊNDICE C – QUADRO 1: PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS EM APOIO AO ACESSO A EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE	87

1 APRESENTAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

1.1 MOTIVAÇÃO

Estudei Terapia Ocupacional na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que me permitiu conhecer os vários contextos de desenvolvimento humano, conceito ampliado de saúde e sua relação com a deficiência. Por meio de metodologias de ensino tradicionais, incentivo à participação em projetos de pesquisa científica e projetos de extensão aprendi sobre a relação da pessoa com deficiência com o mundo e compreendi o meu papel enquanto terapeuta ocupacional facilitadora desse processo. Dentre as minhas ferramentas de trabalho, a Tecnologia Assistiva (TA) se mostrou como uma grande e interessante aliada.

Com a minha entrada no serviço público da Prefeitura do Rio de Janeiro, fui lotada no Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark (CMROC), e fiquei responsável pelo histórico e consolidado serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade para pessoas com deficiência, participando desde o processo de escolha e compra dos produtos, como a Cadeira de rodas, pelo sistema público de licitação até o processo de agendamento, avaliação e entrega do equipamento ao usuário.

A medida que avancei em minha atuação no serviço e compreendendo as frequentes mudanças sociais, políticas e tecnológicas, vivenciei inquietações e pude reconhecer fatores que impediam a ampliação de acesso pelo usuário, a melhoria da assistência, o cumprimento da lei e a promoção da inclusão de indivíduos vulneráveis em ambientes escolares e de trabalho, por exemplo.

Ao me sentir frustrada por não ter respostas condizentes sobre o serviço e movida pelo desejo de compreender a sua complexidade e torná-lo mais dinâmico e efetivo, não apenas a nível local, mas influenciar o próprio Sistema Único de Saúde (SUS), optei por ingressar em um programa de mestrado acadêmico com orientação de um professor referência em TA que me deu todo o suporte para organizar a minha pesquisa científica, contendo apontamentos resolutivos para a vida prática do trabalho e que viria a se transformar em minha dissertação de mestrado. Paralelo a isto também pude me aprofundar no conhecimento do serviço público por meio de um MBA em Gestão Pública.

O processo envolvido na criação desta dissertação, não foi absolutamente nada inócuo para muita gente. Refutando práticas pouco eficientes de gestão e logística, confrontou paradigmas até então consolidados, provocando o surgimento de conflitos que mexeram com

as relações entre os servidores, seus gestores e os próprios usuários. Eu mesma como pesquisadora principal e servidora da instituição enfrentei problemas de relacionamento com gestores da instituição para que eu pudesse seguir com a minha pesquisa, chegando ao ponto de optar por mudança de ambiente de trabalho para continuar com a minha dissertação como veremos ao longo do texto, alcançando resultados que valeram a pena para mim e para a sociedade.

1.2 A RELEVÂNCIA DO TEMA

Há muitos séculos as pessoas com deficiência física e restrições para mobilidade em seu território vêm recorrendo ao auxílio de cadeiras de rodas. Os primeiros registros de uso destes equipamentos datam do século IV A.C, naturalmente com o desenvolvimento da sociedade e introdução de novas tecnologias, esses equipamentos também sofreram aperfeiçoamentos para atender às novas necessidades funcionais e produtivas das pessoas (Branowski; Sydor, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde- OMS (2023) a definição de cadeira de rodas abrange muitos tipos de equipamentos de mobilidade com rodas, incluindo cadeiras manuais, motorizadas, triciclos e scooters, além de componentes ou recursos essenciais, como almofadas para cadeiras de rodas e suportes posturais. Wolfson (2014) vai além e defende em sua tese que *“Cadeira de rodas é uma prótese que substitui uma parte do corpo perdida ou não funcional, e não se distingue mais entre corpo e aparelho, se torna uma extensão do corpo”*. Outras terminologias referem-se às cadeiras de rodas como equipamentos de mobilidade, dispositivos de mobilidade ou meios auxiliares de locomoção (Brasil, 2020), termos que também adotaremos nesta dissertação.

Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que a população com deficiência no Brasil foi estimada em 18,6 milhões de pessoas de 2 anos ou mais no ano de 2022, sendo que 3,4% dessa população tem dificuldade para andar ou subir degraus. Esta dificuldade foi a mais declarada pela população entrevistada quando comparada com outros domínios como enxergar ou levantar uma garrafa com água, por exemplo (IBGE,2023).

Segundo Tefft et al. (1999), as crianças com deficiência física que não conseguem se movimentar de forma independente sofrem atrasos no desenvolvimento, e como forma de

minimizar esses impactos, a disponibilidade precoce de cadeiras de rodas se torna uma grande aliada, favorecendo maior desenvolvimento e mobilidade mais independente para elas.

Já para os adultos as dificuldades de mobilidade são fortes preditores de uma redução na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, devido à dificuldade de movimento, que acabam por provocar também a diminuição da sociabilidade e isolamento (OMS, 2023). Um estudo americano com 19 milhões de pessoas maiores de 18 anos, identificou que entre as pessoas com grandes dificuldades de mobilidade, 30,6% relataram estar frequentemente deprimidas ou ansiosas (Iezzoni, et al. 2001). Em outras palavras, a dificuldade de mobilidade dos sujeitos impacta em muitos segmentos da vida, inclusive a saúde mental.

O uso de uma cadeira de rodas adequada pelas pessoas com limitações para andar ou locomover-se, favorece a sua mobilidade, saúde, função, além de ser um pré-requisito para a inclusão e a participação de muitas pessoas com deficiência, proporcionando, por consequência, benefícios importantes para os indivíduos e suas famílias e para a sociedade (OMS, 2023). De acordo com a Organização das Nações Unidas ONU (2006) sobre os direitos das pessoas com deficiência, o acesso a uma cadeira de rodas apropriada é um direito humano, pois apoia o direito à mobilidade pessoal. Assim o uso da cadeira de rodas também promove a execução de direitos humanos e cidadania.

A estimativa atual é que mais de 70 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de usar cadeiras de rodas, mas apenas 5% a 15% das pessoas têm acesso a elas (OMS, 2017). Dados do último relatório da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) também apontam que mais de 2,5 bilhões de pessoas no mundo precisam de diversos tipos de Tecnologia Assistiva (TA), o que inclui as cadeiras de rodas, porém quase um bilhão de pessoas não têm acesso, sendo muito visível a situação dos países de baixa e média renda, onde o acesso a este tipo de Tecnologia alcança apenas 3% das pessoas que dela precisam para sua independência e bem estar (OMS; UNICEF, 2022).

O Brasil, estando no grupo de renda média, tem o seu próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma política pública de saúde reivindicada pela população e consolidada na Constituição Federal de 1988, que em sua rede de assistência à pessoa com deficiência garante o seu acesso gratuito a órteses e próteses e também aos equipamentos de mobilidade de que os indivíduos necessitam (Brasil, 1990; Brasil, 2001b). A concessão desses equipamentos é realizada nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados pelo SUS espalhados pelos municípios brasileiros. Os CER tem como característica a oferta de

duas a quatro modalidades de assistência, dentre elas a reabilitação física, auditiva, visual e intelectual (Brasil, 2017).

Almeida (2004) identificou em sua análise no Estado do Rio de Janeiro que há uma baixa correlação entre a proporção de deficiências verificadas na população pelo IBGE, com as recomendações ministeriais legislativas e com a alocação dos serviços e que nos serviços de reabilitação, há déficit de serviços de mobilidade para idosos. Em adição, no município do Rio de Janeiro, apenas o Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark (CMROC) está habilitado para atuar nas quatro modalidades de assistência (SNDPD, 2024).

Neste cenário, esta pesquisa tem como propósito principal compreender a dinâmica da interação que envolve pessoas, procedimentos operacionais e tecnologias envolvidos no sistema de dispensação de equipamentos de mobilidade para pessoas com deficiência do município do Rio de Janeiro, tendo em vista seu aprimoramento, impactando na qualidade da assistência prestada à população e ampliando o acesso das pessoas com deficiência aos equipamentos que necessitam para uma vida mais participativa e inclusiva.

1.3 OBJETIVOS DESTE TRABALHO

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender a dinâmica da interação que envolve pessoas, procedimentos operacionais e tecnologias envolvidos no sistema de dispensação de equipamentos de mobilidade para pessoas com deficiência do município do Rio de Janeiro, tendo em vista seu aprimoramento.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e descrever as leis e o seu processo de consolidação que embasam o acesso aos equipamentos de mobilidade para a pessoa com deficiência;
- Descrever o fluxo de acesso da pessoa com deficiência aos equipamentos de mobilidade e o seu nível de satisfação;
- Identificar e descrever os principais fatores operacionais, econômicos, sociais e políticos que estão envolvidos no sistema de dispensação de equipamentos de mobilidade para pessoas com deficiência do município do Rio de Janeiro;

- Identificar as tecnologias atuais inseridas para apoio a dispensação de equipamentos de mobilidade.

1.4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva exploratória, desenvolvida no CMROC, instituição vinculada à Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, entre o período de agosto de 2022 a agosto de 2024.

Foram realizadas entrevistas com 20 pacientes beneficiados pelo sistema de dispensação atual. E entrevistas com 10 profissionais que participam ou participaram do processo de criação, implementação, operação e manutenção do sistema de equipamentos de equipamentos de mobilidade no CMROC. Assim, no total, 30 indivíduos foram entrevistados usando um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores.

Para os pacientes entrevistados, considerou-se como critério de inclusão indivíduos com deficiência física que receberam seus equipamentos de mobilidade na modalidade de primeira consulta da instituição encaminhados pelo software de regulação SISREG nos últimos 2 anos; E pacientes incapazes de interagir acompanhados de representante legal, pois estes seriam os entrevistados. Como critério de exclusão considerou-se pacientes avaliados e que até o período das entrevistas não receberam o equipamento, ou pacientes desacompanhados com deficiência cognitiva prévia ou com dificuldade de verbalizar. Os indivíduos responderam a 13 perguntas para identificar a sua percepção e satisfação com o fluxo de dispensação de equipamentos de mobilidade do CMROC (Anexo A).

Entre dezembro de 2022 e abril de 2023 foram agendados 116 pacientes para avaliação de cadeira de rodas pelo sistema SISREG para o CMROC, deste total 38 pacientes receberam o equipamento na primeira consulta e seus dados foram acessados para o convite de participação na entrevista por telefone ou contato pessoal. Com 18 pacientes não foi possível realizar o contato devido a falhas nas chamadas. Assim, 20 indivíduos foram entrevistados, sendo 18 por chamadas telefônicas e 2 pessoalmente. As entrevistas foram encerradas após a identificação de esgotamento de conteúdo.

E para os profissionais, como critério de inclusão considerou-se funcionários ativos ou desvinculados da instituição e que tenham atuado na dispensação, e como critério de exclusão considerou-se profissionais que trabalham na instituição, mas não estão envolvidos com a dispensação, assim como profissionais que tenham deficiência cognitiva prévia ou dificuldade

para verbalizar. Os profissionais responderam a um questionário com 18 perguntas relacionadas ao serviço de dispensação de equipamentos mobilidade, mudanças ocorridas e funcionamento atual (Anexo B).

Os profissionais também foram selecionados no mesmo período dos pacientes, dos 13 profissionais elegíveis, 3 não responderam as 4 tentativas de chamadas e mensagens, 10 aceitaram participar e concederam as entrevistas, sendo 9 por chamada telefônica, e 1 pessoalmente. O número de profissionais foi estipulado por conveniência e encerrado por não haver mais profissionais disponíveis.

Todo o processo de recrutamento e entrevista foi realizado pelo pesquisador principal e que também é profissional da instituição, ou seja, houve a execução de um duplo papel o que pode influenciar na qualidade das respostas dos entrevistados. Entretanto, quanto as entrevistas dos pacientes, quando o paciente estava na agenda do pesquisador, buscou-se como estratégia usar um espaçamento de tempo mínimo de 2 semanas entre o dia do seu atendimento e o dia da sua entrevista, já para as entrevistas dos profissionais, o pesquisador deixou claro o seu papel naquele momento da entrevista, e com ambos os perfis também enfatizou-se o apoio do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE) que garante o sigilo absoluto e preservação da identidade.

Para a transcrição e interpretação de dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo Bardin (Bardin, 2016). As entrevistas foram transcritas na íntegra, partiu-se para a análise exaustiva do conteúdo junto ao orientador da pesquisa, tabulou-se o conteúdo em códigos de destaques identificados em cada entrevista. Posteriormente analisou-se os códigos para grupamento por semelhança em categorias analisadas como principais nos discursos, por fim definiu-se 4 temas relevantes para cada público.

Para os pacientes, definiu-se os temas: 1- Características do público beneficiado; 2- Sentimentos presentes com o uso da cadeira de rodas; 3- Apoio de tecnologia da informação e comunicação; 4- Legislação para pessoas com deficiência. Já para os profissionais chegou-se a quatro temáticas de aprofundamento: 1- Atuação e contribuições dos profissionais envolvidos; 2- Aspectos ausentes na dispensação de cadeira de rodas; 3- Licitação e participação do profissional; 4- Legislações.

Também houve consulta de arquivos oficiais, notas técnicas e prontuários considerando as recomendações do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), CAAE 6006418.4.0000.5257.

1.5 COMO ESTA DISSERTAÇÃO ESTA ESTRUTURADA

Esta dissertação está estruturada em 6 capítulos, oriundos do interesse da autora em contribuir na melhoria de um serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade para pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro. Pretende-se apresentar de maneira sistemática, aspectos históricos, políticos, humanos, operacionais e tecnológicos influentes na estrutura e atualizações deste serviço.

O capítulo 1 contempla a apresentação do tema do estudo, descrevendo aspectos da motivação dos autores, a relevância social do tema, o objetivo geral e os objetivos específicos e uma breve descrição metodológica.

O capítulo 2 contextualiza a origem e atualidades das cadeiras de rodas no Brasil e no mundo. Dentro da história das cadeiras de rodas no mundo, são apresentados os primeiros registros e sua evolução. Posteriormente apresenta-se a história das cadeiras de rodas no Brasil, tendo como base os registros de uma das primeiras empresas fornecedoras, em paralelo com a evolução dos equipamentos brasileiros.

O capítulo 3 mostra a história, movimentos, transformações sociais e políticas das pessoas com deficiência no Brasil. Destaca a visão social presente no passado que reforça e ganha destaque em modelos de assistência que consideram a doação de cadeira de rodas, filantropia e caridade para pessoas com deficiência, em contrapartida à visão atual em que ocorre o fortalecimento da inclusão das pessoas com deficiências, da consolidação de políticas públicas e dos direitos das pessoas com deficiência, que foram consagrados desde a Constituição Federal de 1988.

No capítulo 4 apresenta-se o tema principal: um estudo de caso sobre um serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade no Rio de Janeiro, considerando o seu contexto passado, aprimoramentos e atualidade, detalhando o seu funcionamento e modificações.

No capítulo 5 se exhibe e avalia as opiniões sobre o processo de dispensação em duas perspectivas, na do paciente que necessita do equipamento e na dos profissionais envolvidos na entrega do equipamento.

No capítulo 6 trata-se da conclusão da pesquisa e expõe sugestões para a melhoria do serviço em nível local e que também reflete em melhorias a nível nacional do SUS, além de reforçar a relevância de trabalhos futuros.

2 EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE: ORIGEM E ATUALIDADES

2.1 HISTÓRIA DOS EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE NO MUNDO

Dentre os equipamentos de mobilidade mais reconhecidos no mundo, a cadeira de rodas é sem dúvida a que mais se destaca (Branowski; Sydor, 2013), sendo sua imagem muitas vezes utilizada para representar a pessoa com deficiência em espaços, publicidade e cinema (Wolfson, 2014). Desta forma, apesar dos variados tipos de equipamentos de mobilidade disponíveis no mundo, o nosso foco aqui será nas cadeiras de rodas, por considerá-la um dos principais equipamentos de mobilidade e de maior destaque e utilidade social.

Compreender a história da cadeira de rodas é fundamental para iluminar as sutilezas e complexidades de todos os equipamentos de mobilidade existentes para pessoas com deficiência. As cadeiras de rodas surgiram inicialmente com a intenção de deslocar uma pessoa na posição sentada de um lugar a outro, e na medida em que evoluiu, esse equipamento foi recebendo configurações que permitiram o seu uso com conforto e melhor desempenho de tarefas (Branowski; Sydor, 2013).

Na perspectiva de Woods e Watson (2003), as cadeiras de rodas são máquinas sociais e políticas entrelaçadas com condições e expectativas sociopolíticas, saindo de um campo de apenas dispositivos técnicos, para o reconhecimento de criações sociais, produtos históricos e representativos, que acompanham a história da humanidade em contextos de maiores ou menores mudanças, associado à compreensão das condições prévias de uso, nas formas como são usados, de quem os usa e nas razões de seu uso.

Desde o século IV a.C. a cadeira de rodas já é apresentada dentro do cotidiano humano, as gravuras gregas mostram Hefesto, Deus dos artesãos e dos metalúrgicos, sentado sobre uma cadeira com rodas simples e rústica (Figura 1). Seu uso é relatado no Egito para o transporte de feridos e doentes (Garcia, 2012). Wolfson (2014) também mostra uma gravura de sarcófago do século VI d.C. na China com a representação de um sujeito em uma cadeira de rodas (Figura 2).

Figura 1- Cadeira de rodas de Hefesto, Século IV a.C.



Fonte: Garcia, 2012.

Figura 2- Sarcófago, século VI d.C.



Fonte: Wolfson, 2014.

A cadeira de rodas volta a ser descrita em 1595, pela encomenda feita pelo rei Filipe II da Espanha, que padecia de gota (artrite), com apoio para os pés e possibilidade de inclinar o encosto para maior repouso na posição deitada (Figura 3).

As cadeiras de rodas eram produzidas sob encomenda por artesãos, sendo parecidas com uma poltrona de madeira e vime sobre rodas, com duas rodas grandes atrás, duas rodas pequenas na frente e com peso acentuado, cerca de 25 kg (Figura 4) (Branowski; Sydor, 2013; Woods; Watson, 2003).

Figura 3- Cadeira de rodas do Rei Felipe II, ano 1595.



Fonte: Garcia, 2012

Figura 4. Poltrona sobre rodas



Fonte: Garcia, 2012

As próprias pessoas com deficiência também estão diretamente envolvidas na construção e aperfeiçoamento da cadeira de rodas, Stephan Flarffler que era relojoeiro e paraplégico, em 1655 criou um modelo de cadeira de rodas triciclo, equipamento que podia ser conduzido pelo próprio cadeirante utilizando a força dos seus braços por um sistema de manivela (Figura 5). Nesse período as cadeiras passaram também a serem mais individualizadas pelos sujeitos, o que antes era de uso coletivo em hospitais e comunidades (figura 6) (Tremblay, 1996).

Figura 5- Cadeira de rodas de Stephan Farffler, ano 1655.



Fonte: Wolfson, 2014

Figura 6- Poltrona de balanço adaptada para cadeira de rodas comunitária.



Fonte: Wolfson, 2014.

Chegando à idade contemporânea, ocorre a *primeira revolução do material*, que é a substituição da madeira pelo aço e elaboração de uma moldura rígida e não desmontável. Em 1933, o americano Hebert Everest um engenheiro de minas que ficou paraplégico devido a um acidente de mineração em 1919, havia construído junto ao engenheiro mecânico Henry Jennings uma cadeira de rodas usando tubos de aço de aeronaves de metal leve presentes em tempos de guerra, que permitia o transporte em um carro. Após a criação houve o patenteamento da marca *Everest Jennings* sendo um modelo de cadeira de rodas dobrável semelhante aos modelos atuais (Figura 7) (Branowski, Sydor, 2013; Tremblay, 1996; Woods; Watson, 2003).

Figura 7- Cadeira de rodas dobrável marca Everest Jennings, ano 1933.



Fonte: Garcia, 2012.

O surgimento das cadeiras Everest Jennings, fortaleceu a luta do ativista e veterano de guerra Tenente John Counsel, que ficou paraplégico em campo de batalha canadense. Entre 1943 e 1945 ocupando o posto de líder dos veteranos no Canadá e em uso de uma cadeira de rodas Everest e Jennings, Counsel recomendou que esses novos tipos de cadeiras de rodas com facilidade de autopropulsão, fechamento e transporte em carros, fossem adquiridos pelo governo canadense para veteranos da Segunda Guerra Mundial acometidos com lesão medular. Mais tarde o governo dos Estados Unidos da América (EUA) adquiriu as cadeiras de rodas para os seus veteranos de guerra também, na perspectiva de que poderiam voltar a ser cidadãos independentes e capazes (Tremblay, 1996). Assim, com a presença em dois grandes países, Canadá e EUA, o novo modelo de cadeira de rodas também fortaleceu o conceito de uso individual do equipamento.

A entrada de veículos movidos a eletricidade ou gasolina ainda no século XX foi o ponto de partida para o desenvolvimento paralelo de projetos de cadeiras motorizadas. Mesmo que inicialmente não tenham sido pensadas para as pessoas com deficiência, como a Electriquette de 1915 (Figura 8), um tipo de cadeira de vime para duas pessoas, movida por bateria que deslocava qualquer pessoa (Wolfson, 2014).

Figura 8- Cadeira de rodas Electriquette, ano 1915.



Fonte: Wolfson, 2014

Foi somente em 1920, na Grã Bretanha, que Carter e Harding criaram veículos movidos a eletricidade dedicados às pessoas com deficiência, conhecidos como *carruagens para inválidos*, entretanto estas versões motorizadas não foram efetivas, porque eram mais caras para comprar, menos confiáveis e com distâncias limitadas. Ao mesmo tempo em que a criação das carruagens para inválidos era fracassada, os carros elétricos se tornavam cada vez mais populares no EUA (Woods; Watson, 2003), o que nos mostra a diferença de desenvolvido tecnológico aplicado e o contexto social predominante que impacta diretamente no aprimoramento das tecnologias em benefício de determinados grupos sociais e exclusão de minorias, contemplando diretamente um sistema de consumo.

Entre 1950 e 1953 com o trabalho do engenheiro mecânico George J. Klein, do Conselho Nacional de Pesquisa do Canadá, foram desenvolvidas novas tecnologias para o aperfeiçoamento da cadeira de rodas motorizada, com a inclusão de acessórios motorizados que caberiam em uma cadeira de rodas dobrável padrão. A cadeira ficou conhecida como Cadeira Klein (Figura 9), tinha um alcance operacional de cerca de 32,2 km e uma velocidade máxima de 4 km/h ideal para uso interno. Entretanto, o governo canadense não tinha interesse em sua fabricação em grande escala, pois na época considerava a sua demanda muito baixa. O objetivo inicial era auxiliar os soldados gravemente feridos na Segunda Guerra Mundial. Com a rejeição do governo Canadense, a patente foi compartilhada com o governo americano, que havia se comprometido em disponibilizar a tecnologia para as indústrias. Dentre as empresas que aderiram a produção do equipamento estava *Everest Jennings* (Wolfson, 2014; Woods Watson, 2003)

Figura 9- George Klein na cadeira de rodas motorizada em 1953.



Fonte: Wolfson, 2014

Cabe aqui reforçar que as primeiras cadeiras de rodas motorizadas surgidas entre as décadas de 40 e início dos anos 50 não tinham o propósito inicial de ser um produto de consumo direcionado para as pessoas com deficiência e sim ao lazer e entretenimento de indivíduos sem deficiência. Os benefícios desse equipamento para a pessoa com deficiência só ganharam mais destaque após os esforços do construtor Klein, com grande reconhecimento na área de engenharia da saúde. Não é incomum que uma tecnologia concebida com outro propósito seja adaptada isoladamente para atender a necessidade de uma pessoa com deficiência, seja pelo próprio indivíduo ou alguém próximo. Witte et al. (2018) reconhece como um “autoatendimento” que muitas vezes é concebido de forma econômica e simples, mas útil e que merece ser disseminada para contribuir com um sistema de provisão mais acessível.

De acordo com Wolfson (2014) e Woods, Watson (2003) os fatores de grande influência no desenvolvimento das cadeiras de rodas comuns e motorizadas foram:

- O desenvolvimento de antibióticos, como a penicilina em 1929 e disponibilizada a população em 1945 salvando e prolongando a vida de pessoas com deficiência;
- A expansão da medicina da reabilitação influenciado pelas deficiências geradas na Segunda Guerra Mundial e epidemia da poliomielite no fim da década de 1940;
- O crescimento do movimento político da pessoa com deficiência que se intensificou após Segunda Guerra que defendiam a igualdade de direitos e pautas voltadas para o emprego, transporte, acessibilidade, ampliando o conceito de inclusão e independência;

- A crescente popularidade dos carros como meios de transporte.

Na década de 1970 ocorreu a *segunda revolução do material* com a introdução de ligas leves de alumínio, anunciada pela atleta paraplégica Marilyn Hamilton que inspirou a criação da cadeira de rodas *Quickie* em 1979 de apenas 10kg (Branowski; Sydor, 2013). A *Quickie* provocou uma mudança de paradigma até hoje: o que antes conotava a imagem de uma cadeira escura, pesada de sofrimento e hospitalar, veio a tornar-se uma cadeira com uma simbologia de cadeira de rodas convidativa a diversão, ação, cor e leveza (Figura 10), o que representava muito da personalidade da Marilyn que ao ficar paraplégica convenceu dois amigos, Jim Okamoto e Don Helman, a construir para ela uma cadeira de rodas para que continuasse a jogar tênis (Wolfson, 2014).

Figura 10- Cadeira de rodas Quickie da atleta Marilyn Hamilton.



Fonte: Wolfson, 2014

Muitas outras versões semelhantes da *Quickie* se seguiram, sendo aperfeiçoadas também para outros tipos de esportes, cada vez mais contemporâneas, velozes e leves. Antes da cadeira *Quickie* também se tem registros do início da prática de esportes em cadeira de rodas hospitalares como reabilitação para veteranos da Segunda Guerra Mundial que foi se expandindo e ganhando espaço em outros países a ponto de gerar campeonatos de competição. E à medida que ganhavam espaço e competitividade, começaram a modificar os seus próprios equipamentos, lançando um novo olhar sobre os equipamentos e a prática do desporto pela pessoa com deficiência (Wolfson, 2014).

A *terceira revolução do material*, ocorreu entre o final do século XX e início do século XXI com a aplicação em larga escala de compósitos de carbono para construções de estruturas, o que garante durabilidade e leveza ao equipamento (Branowski; Sydor, 2013). O peso da cadeira de rodas diminuiu consideravelmente, chegando a equipamentos de categorias ultraleves com aproximadamente 3.3 kg como o modelo Veypr Sub4 de Fibra de Carbono da

empresa RGK e atualmente custando R\$72.000,00 (figura 11) (Mobility,2024). Pode-se dizer que as cadeiras de rodas chegam a custar mais do que um carro.

Figura 11- Cadeira de Rodas Veypr Sub4 de Fibra de Carbono RGK.



Fonte: Mobility, 2024

Outro diferencial das cadeiras atuais são os acessórios que permitem mais segurança, conforto, expressão de identidade e preferências, atualmente existe uma série de pesquisas e modelos direcionados aos tipos de assentos que previnem comorbidades como a lesão por pressão (Almeida, 2024), Além do mais, os modelos se encaixam melhor as necessidades do corpo e permitem maior participação em contextos de esporte, escola, trabalho e apoio no tratamento de saúde e reabilitação. Para Branowski e Sydor (2013) são inovações que tornam as tarefas mais fáceis de executar, aumentam a capacidade de movimentação, melhoram o conforto de utilização e a segurança, bem como a independência.

Pesquisas já apontam resultados positivos em protótipos de cadeiras de rodas controladas pelo cérebro, pelo sistema interface cérebro-computador, e a cadeira de rodas inteligente (para a qual existem registros científicos desde 1980), que consiste em uma cadeira de rodas motorizada padrão à qual são adicionados um computador e uma coleção de sensores que fornecem assistência de navegação e transporte do usuário de diversas maneiras, com acionamentos por comando de voz, movimento ocular ou posição da cabeça (Carlson, et al. 2012). Ambas as tecnologias ainda se encontram em fase experimental, sendo aprimoradas em laboratório.

Entretanto, mesmo sendo uma tecnologia de apoio à mobilidade das pessoas, o alto valor e locais de compra distantes e reduzidos, ainda são grandes barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência. Ainda na década de 90, pesquisadores como David Werner, escreviam soluções para tentar diminuir essa discrepância, relatando em suas obras ilustrações

sobre TA adaptadas a situações de pobreza e escassez de recursos, como modelos alternativos de cadeiras de rodas (Werner, 1998). Atualmente tem-se um número e interesse maior em governanças no mundo para garantir o acesso da população a esses equipamentos considerando a realidade de cada país e contextos de vida, a ONU e a OMS vem se destacando na elaboração de recomendações e pactuações (OMS, 2023)

Percebe-se que o desenvolvimento das cadeiras de rodas acompanha a linha do tempo do desenvolvimento tecnológico, sempre se buscando mantê-las necessárias, modernas e evoluídas. Antes chamadas de cadeiras para inválidos e projetadas por ferreiros e construtores de móveis para serem empurradas por uma segunda pessoa, hoje são reconhecidas como uma máquina tecnológica com acionamento automatizado pelo próprio indivíduo. As cadeiras de rodas atuais possuem variabilidade de materiais, contemplam diversos perfis de pessoas com deficiência, oferecendo mobilidade, conforto e até estilo, sendo mais aceitas e solicitadas pela população.

Embora todos esses fatores sejam importantes para o reconhecimento da cadeira de rodas no contexto de vida das pessoas com deficiência, a história dessa tecnologia deve ser associada a histórias de empoderamento das pessoas com deficiência em movimentos sociais, envolvendo lutas por visibilidade, independência e aceitação, e movimentações políticas pelo reconhecimento de direitos.

2.2 HISTÓRIA DOS EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE NO BRASIL

Ao iniciar a escrita da história das cadeiras de rodas no Brasil, acreditava-se que seria identificado um rico material na revisão bibliográfica, entretanto são quase nulos os estudos científicos que abordam esse tema. Foi necessária a busca por fontes alternativas de informação, como o acesso a sites das poucas empresas fornecedoras de cadeiras de rodas consolidadas no Brasil, e acesso aos seus materiais internos, sem publicação oficial.

Para Witte (2018) o mercado de produtos de assistência é caracterizado por empresas relativamente pequenas, na sua maioria com âmbito nacional ou regional, como é o caso da Ortobras no Brasil. São avanços lentos e tímidos, também exemplificados no próprio surgimento da produção de cadeiras de rodas em alumínio a nível industrial, difundido em grandes países desde 1970 e que somente foi usado no Brasil em 1986 (Ortobras, 2013), Isto significa que o Brasil demorou 16 anos para aderir a fabricação das cadeiras de rodas em

alumínio em seu repertório de TA, uma matéria bruta que trouxe grandes mudanças para a vida das pessoas com deficiência, em nível de durabilidade, conforto e peso.

Desta forma, vamos abordar esse tema, com base nos registros de uma das maiores e mais antigas empresas de cadeira de rodas do Brasil, a gaúcha *Ortobras Indústria e Comércio de Ortopedia Ltda*, mais conhecida como Ortobras. Não se tem a pretensão de fornecer uma história definitiva das cadeiras de rodas no Brasil ou esgotá-la nesta dissertação, afinal a escassez de registros de empresas menores existentes em outros lugares do Brasil, impede que essa história seja contada com mais detalhes.

De acordo com a autobiografia do alemão, empresário e fundador da Ortobras, Rijato Téo Hummel (2009), a empresa surgiu no Estado do Rio Grande do Sul a partir do desenvolvimento de um sistema de adaptação para automóveis com câmbio mecânico que permitia a condução de automóveis com apenas as mãos por pessoas com deficiência, lançada no mercado em 1982, (Figura 12).

Figura 12- Sistema de adaptação para automóveis com câmbio mecânico para a condução manual por pessoas com deficiência. Ano 1982.



Fonte: Empresa Ortobras.

Antes disso, a empresa atuava no ramo de máquinas industriais. A partir do sucesso e demandas pela adaptação para automóveis no mercado, em 1986 houve o lançamento da primeira cadeira de rodas de ligas de alumínio pela empresa, a *Gazela Ultralite* (Figura 13) que representa uma nova era das cadeiras de rodas no Brasil. E que vem junto a sistemas inovadores, como o exclusivo sistema de desmontagem rápida das rodas traseiras, conhecido como *Quick Release* (Figura 14). Estes sistemas de fabricação são hoje amplamente utilizados pela maioria dos fabricantes de cadeiras de rodas em todo país (Hummel,2009; Ortobras, 2013).

Figura 13- Cadeira de rodas Gazela Ultralite. Ano 1986.



Fonte: Empresa Ortobras.

Figura 14- Sistema de desmontagem rápida das rodas traseiras, *Quick Release*. Ano, 1986.



Fonte: Empresa Ortobras

Hummel (2009) afirma em sua autobiografia que naquela época “Pessoas com deficiência encontravam pouca atenção para com suas necessidades especiais. Com esse trabalho, abriu-se, para elas e também para nós, um outro mundo”. Assim, ao lançar o seu conhecimento e expertise na consolidação de equipamentos que atendessem às pessoas com deficiência, houve tanto benefícios para o ramo industrial quanto para as pessoas com deficiência.

3 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: HISTÓRIA E MOVIMENTOS POLÍTICOS

3.1 HISTÓRIA E ASSISTÊNCIA INICIAL A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Este capítulo reforça a importância do reconhecimento da história das pessoas com deficiência no Brasil, e como o seu contexto de vida e articulações sociopolíticas mundiais durante décadas, transformaram a sociedade, passando de um sistema excludente e caridoso, para um sistema com fomento na inclusão e protagonismo das pessoas com deficiência e seus familiares, respaldado em direitos constitucionais.

De acordo com Figueira (2021) os primeiros registros históricos brasileiros sobre a pessoa com deficiência são vistos em documentos de historiadores e antropólogos diante da conduta de tribos indígenas com abandono e sacrifícios de crianças com deformidades físicas ou habitantes que adquiriram a deficiência após combate ou adoecimento. Um outro momento de destaque foi com a colonização do país e a presença dos missionários jesuítas que prestavam cuidados à saúde da população carente sobrevivente a doenças congênitas ou adquiridas. A deficiência também estava presente no período da escravidão, onde os escravizados sobreviviam a condições de vida precárias e maus tratos desde o transporte nos navios negreiros a punições constantes em seus locais de exploração.

Mesmo com a identificação da presença da pessoa com deficiência em alguns dos principais contextos da história do Brasil, foram poucas as citações das pessoas com deficiência nos documentos históricos da época, isto porque por muito tempo a deficiência foi vista como um castigo, uma punição, uma representação do mal, o que provocava a exclusão das pessoas do convívio social, seu isolamento e vivência por caridade até a chegada da sua morte (Júnior, 2010). E sendo difícil a constatação das pessoas com deficiência na história do Brasil, mais difícil ainda era a identificação desses sujeitos em uso de cadeiras de rodas ou algo similar.

A caridade esteve fortemente presente durante o período colonial com a presença da igreja católica que tinha interesse em catequizar os colonos e povos originários por meio dos missionários jesuítas que realizaram os primeiros cuidados de saúde a população carente e posteriormente criando as suas sedes com as casas de misericórdia. As casas de misericórdia também se destacaram com a instalação das rodas dos expostos, caracterizados por equipamentos que acolhiam as crianças abandonadas por suas famílias, dentre elas crianças

com deficiência que eram entregues sob a justificativa de que a sua deficiência a incapacitava para o trabalho, não sendo digna de um papel na sociedade (Figueira, 2021).

Quando o Rio de Janeiro era a capital do império do Brasil, o então imperador Dom Pedro II, criou em 1854 o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, nome atual Instituto Benjamin Constant (IBC), para educar crianças com deficiência visual; e em 1857 o Colégio Nacional para Surdos-Mudos, nome atual Instituto Nacional de Educação de surdos (INES), para educar crianças surdas (Junior, 2010). Podemos considerar que o século XIX consagra as raízes assistencialistas à pessoa com deficiência, por meio da caridade de indivíduos, grupos de poder e religiosos fortemente representados pelo sentimento de compaixão e piedade.

No século XX, com o Brasil República, o modelo assistencialista ganhou forças na criação de instituições de apoio à pessoa com deficiência voltadas para o campo educacional ressaltada em 1932 com um conceito de ensino emendativo, que oferecia a possibilidade de educação para aquelas crianças excluídas socialmente, a criança deficiente, a criança delinquente (Figueira, 2021; Júnior, 2010). Ainda na década de 30, quando o Rio de Janeiro era a capital da república brasileira, surge a Clínica Escolar Oscar Clark, atual CMROC, concebida pelo médico Oscar Castello Branco Clark, e em 1940 veio a tornar-se o Posto Médico Pedagógico Oscar Clark, vinculado ao Departamento de Saúde Escolar da Secretaria Geral de Educação e Cultura, a unidade contava com serviços de assistência à saúde dos estudantes (Justo, et al 2020). Silva (2017) contextualiza a época em que o ato pedagógico se encontrava articulado e subordinado à racionalidade médica.

Outro fato paralelo que consolidou o modelo assistencialista foi a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), considerada a primeira instituição pública de assistência social, criada por Darcy Vargas, esposa do então presidente Getúlio Vargas em meados da década de 40, após a declaração de participação do Brasil no conflito da Segunda Guerra Mundial, criada em parceria com o Estado e com o ramo empresarial, com o objetivo de amparar soldados mobilizados e seus familiares. Com sede na cidade do Rio de Janeiro e outras filiais no Brasil, sendo administradas pelas primeiras-damas, com forte trabalho voluntário feminino de setores da elite social (Gawryszewski, 2008)

A LBA intermediava os repasses financeiros do governo federal para as instituições filantrópicas, para que essas instituições articulassem a assistência à população com deficiência. A LBA influenciou na configuração do Ministério da Assistência Social e Secretarias de Assistência Social, que mantém financiamento a instituições filantrópicas, atualmente chamadas de organizações não governamentais (Justo, 2020). Entretanto, Almeida (2004) aponta que o repasse de recursos do poder público para instituições

filantrópicas caracterizavam ações inibidoras de serviços de reabilitação, resultando em uma quase desassistência.

Júnior (2010) mostra que até meados do ano de 1961 cidades como São Paulo, Campinas, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Canoas destacam-se como as principais cidades que sediaram instituições com foco educacional para pessoas com deficiência visual, auditiva, intelectual ou física. No estado do Rio de Janeiro tem-se como referência institucional de filantropia a Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, fundada em 1948, e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) fundada em 1954, ambas para apoio de alunos com deficiência intelectual.

Paralelo a isto, os novos cenários de contextos de guerra, trabalho e crescimento populacional, influenciaram no surgimento de problemas gerados pela invalidez decorrentes de acidentes de trabalho, de poliomielite e de mutilações ou psicose de guerra. Houve uma evolução expressiva da medicina, e ainda nos anos 40 criam-se hospitais-escolas com abordagens para aspectos de tratamento da saúde e reabilitação. Com a implementação dos hospitais-escolas, as deficiências passaram a ser alvos de estudos, pesquisas científicas, desenvolvimentos de tratamentos e novas técnicas de trabalho, principalmente no campo da reabilitação (Figueira, 2021).

Por outro lado, a visão biomédica ganhava espaços com uma pressuposição de uma reabilitação voltada para a normalização de funções corporais que seria a condição fundamental para o pertencimento social, desconsiderando processos de adaptação, inclusão social e significados de vida do sujeito (Almeida, 2004). O que favoreceu a construção de uma imagem social da deficiência vinculada principalmente ao âmbito da saúde e cura, com a ocupação dos espaços para tomada de decisão sobre a vida das pessoas com deficiência determinadas majoritariamente pela classe e modelo médico. Era a própria medicina que determinava na época a direção educacional dessas pessoas, se empossando muitas vezes de cargos de direção e poder (Sasaki, 2007; Silva, 2019)

Com o aumento frequente de registros de poliomielite e incapacidades físicas, no Estado do Rio de Janeiro em meados de 1954 houve um movimento social de caridade e organizações não governamentais para favorecer a reabilitação e apoio às pessoas com sequelas motoras, criando-se assim a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) fundada em 1954. E em seguida a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) fundada em 1958 (Silva, 2019) O então existente Posto Médico Pedagógico Oscar Clark regido pela Secretaria Estadual de Serviços Sociais, passa por diversas transformações, recebe nomes como Instituto Oscar Clark em 1962, e posteriormente em 1975 chama-se de Instituto

Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark, administrado pela Secretaria Municipal de Saúde. (Gawryszewski, 2008)

3.2 PRIMEIROS PASSOS NA CONQUISTA DE DIREITOS: DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL AO NOVO VIVER SEM LIMITE

O aumento populacional expressivo nos anos 70 para regiões metropolitanas de grandes cidades, mobilizou minorias como trabalhadores, mulheres, negros, homossexuais e pessoas com deficiência a lutar por direitos e contra a discriminação; também fez com que aflorasse na população a necessidade de requerer serviços básicos para a sua subsistência por meio de articulações coletivas iniciando também o movimento da reforma sanitária, movimento que possibilitou o que Almeida (2004) descreve como:

O questionamento do modelo médico assistencial privatista hegemônico (até então colocado no centro da agenda política da área da saúde); a luta pela afirmação do direito à saúde; a importância do fortalecimento do setor público; e a necessidade da constituição de um sistema único e integrado de serviços com participação do setor público.

Para as pessoas com deficiência, um dos grandes propulsores desta luta foi a declaração da ONU no ano internacional das pessoas deficientes em 1981, cujo o lema foi participação plena e igualdade (Silva, 2019), voltando o olhar da população para esse público, e incentivando as entidades e classes dessa categoria a unirem-se para formar uma representatividade que discutisse questões de direitos políticos, saúde, lazer, educação, trabalho. Mais fortalecidos ainda com o afloramento do lema mundial *Nada sobre nós sem nós*, que comunica uma ideia de que nenhuma política deveria ser decidida por nenhum representante sem a plena e direta participação dos membros do grupo atingido por essa política (Sasaki, 2007).

Esses marcos foram fundamentais para que as pessoas com deficiência no Brasil, seus familiares e profissionais envolvidos com a causa, unissem forças em organizações e encontros nacionais para consolidar o movimento político das pessoas com deficiência, exigindo respeito às suas singularidades, inclusão e acessibilidade a diversos segmentos sociais e o mais importante, participando formalmente da construção da atual constituição da república e desdobramentos da lei (Junior, 2010). Dentre os seus artigos em reconhecimento dos direitos e deveres das pessoas com deficiência, a constituição garante expressamente o acesso universal, integral e equitativo, a serviços de saúde. Em seu artigo 23, inciso II, a

constituição afirma que é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência (Brasil, 1988)

Somente a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentação de um Sistema Único de Saúde, as pessoas com deficiência passaram a ser reconhecidos para articulações com vistas a criação de uma sociedade mais inclusiva. Favorecendo outros desdobramentos como a publicação da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que trouxe a obrigatoriedade da inclusão nos censos nacionais de questões específicas sobre as pessoas com deficiência (Brasil, 1989); o decreto da acessibilidade (Brasil, 2004) e o decreto do cão guia que permite a pessoas com deficiência visual o acompanhamento do cão-guia em locais públicos (Brasil, 2006). Isto representa o rompimento oficial de uma cultura assistencialista e fortalece a representatividade das pessoas com deficiência pelas próprias pessoas com deficiência, tendo assim o seu verdadeiro protagonismo.

Já em 2009 o Brasil promulgou a Convenção internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, conduzida pela ONU em 2006, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008 e do Decreto Executivo nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (Brasil, 2008; Brasil, 2009). Compromissos formalizados e reconhecidos às normas brasileiras, com equivalência de emenda constitucional. Os desdobramentos a partir de então influenciaram no surgimento do programa Viver sem limite, com a sua primeira edição instituída pelo Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, com a finalidade promover os direitos das pessoas com deficiência por meio de articulações políticas e programas, considerando quatro eixos principais: 1- Acesso à educação, 2- Inclusão social, 3- Acessibilidade e 4- Atenção à saúde, o programa permaneceu ativo de 2011 a 2014 (Brasil, 2011).

O Viver sem limite diferencia-se por na sua concepção e execução ser transversal a ministérios e secretarias, isto significa que dentro de cada órgão governamental existe uma articulação com o programa Viver sem limite, por exemplo na educação existem programas para favorecer o transporte acessível das crianças e jovens com restrição de mobilidade possibilitando o seu acesso à escola, o que impacta diretamente na área da educação e inclusão. Esta parceria resultou em 2.304 ônibus escolares acessíveis e entregues aos municípios para o transporte de alunos com deficiência (SNDPD, 2024).

Os equipamentos de mobilidade são considerados de diversas formas no programa Viver sem limite, no campo educacional favorecendo a acessibilidade do indivíduo na escola; no investimento em pesquisas e projetos de TA concentrados em Universidades e alinhados a população; no crédito facilitado para aquisição de produtos de TA; no incentivo ao

fortalecimento e criação de oficinas ortopédicas com ampliação da oferta de equipamentos de mobilidade e ajustes. O investimento em TA é um dos focos de ação que efetiva a equiparação de oportunidades para as pessoas com deficiência (Brasil, 2011). Para Galvão e colaboradores (2013) essa abordagem do direcionamento das políticas representa um marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência, como também influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

No último ano o governo vem empenhando esforços para o retorno do programa Viver sem limite, sendo oficialmente lançado em 2023 como o *Novo viver sem limite* instituído pelo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência no Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023, sob a coordenação do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, estruturado em 4 eixos: 1- Gestão e Participação Social, 2- Enfrentamento ao capacitismo e à violência, 3- Acessibilidade e Tecnologia Assistiva, 4- Promoção do direito à educação, à assistência social e à saúde, e de outros direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais (Brasil, 2023a; SNDPD, 2024).

O lançamento do novo programa traz uma série de propostas que impactam diretamente e indiretamente em serviços de dispensação de equipamentos de mobilidade como a habilitação de 75 novos CER, ampliando os serviços de referência em diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de TA para saúde das pessoas com deficiência, além de reajuste no valor do custeio dos CER; Habilitação de 12 oficinas ortopédicas e reajuste de 35% no custeio das oficinas ortopédicas da rede de cuidados à pessoa com deficiência; Implantação de 28 laboratórios no âmbito da SisAssistiva (Sistema Nacional de Laboratórios de Tecnologia Assistiva) e Implantação de 27 Centros de Acesso, Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologia Assistiva (SNDPD, 2024).

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA E A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO

O SUS é uma política pública de saúde consolidada na assistência integral e gratuita à população desde a década de 90. Suas principais diretrizes são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. A descentralização considera a lógica de partilha de poder com as três esferas de governo (União, Estado e Município) para divisão de responsabilidades, melhoria da condição de serviço e controle fiscal; A regionalização e a

Hierarquização significam a organização do serviço de saúde em níveis crescentes de complexidade, distribuídos em áreas geográficas estratégicas consideradas a partir de critérios epidemiológicos; A participação social é a garantia que a população participe do processo de formulação e controle das políticas de saúde (Brasil, 1990).

Cabe salientar que a direção do SUS é única, e mesmo diante de uma descentralização com partilha de gestão interna para atribuição administrativa e prestação de saúde pública, entre Município, Governo e União, as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde pública podem ser exigidos a qualquer ente federativo perante a legislação pelo cidadão para a efetivação do seu direito. Tudo isso representa uma profunda reforma na organização tradicional dos serviços de saúde.

Entretanto, foi somente em 2012 com a atuação conjunta do programa Viver sem limite e do Ministério da Saúde que criou-se uma Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência através da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, e que alguns anos depois foi modificada para a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, diferenciada pela criação das redes de atenção à saúde (RAS) para a população, onde consta a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), na forma do Anexo VI. (Brasil, 2012; Brasil, 2017)

A RCPD é dividida em três níveis de atenção à saúde: 1 - Atenção Primária à Saúde, 2 - Atenção Especializada Ambulatorial, 3 - Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência. É dentro da Atenção Especializada Ambulatorial que se encontram os CER, que trata-se de um serviço de atenção ambulatorial referência no seu território de abrangência especializado em reabilitação que realiza diagnóstico e tratamento do indivíduo, além da prescrição, concessão, adaptação e manutenção de TA, conhecidas como Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) (Brasil, 2017). Entende-se que o acesso qualificado e oportuno às OPM tem impactado na qualidade e resolutividade das ações de reabilitação.

Recentemente o Novo viver sem limite pode fortalecer ainda mais a RCPD, com a Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023 que veio atualizar a RCPD e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), e também de acordo com a portaria garante: “Atendimento especializado em reabilitação e dispensação de Tecnologia Assistiva, aumentando as possibilidades de autonomia, independência e inclusão social da pessoa com deficiência” e a “Definição de fluxos para o acesso à Tecnologia Assistiva de acordo com critérios de equidade e funcionalidade, incluindo medicamentos, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM)” (Brasil, 2023b).

Já em 2015 foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, mais um marco importante no cenário brasileiro para as pessoas com deficiência, que fortalece a garantia do acesso aos meios auxiliares de locomoção, com apoio técnico e profissional de acordo com as necessidades de cada indivíduo. A lei ainda tem um aprofundamento em TA e em seu capítulo III, afirma que: “É garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida” e que “O poder público desenvolverá plano específico de medidas, a ser renovado em cada período de 4 (quatro) anos” (Brasil, 2015).

Deste modo, a LBI garante o acesso aos equipamentos de mobilidade e reforça a necessidade de renovação em um tempo considerável onde são previsíveis novas configurações sociais. Para Júnior (2010) ao considerar a criação de medidas administrativas, legislativas, judiciais e políticas públicas para as pessoas com deficiência, o Brasil se destacou como um dos países mais inclusivos das américas.

3.4 DADOS ATUAIS, A VISÃO DA FUNCIONALIDADE E O IMPACTO DE ACORDOS INTERNACIONAIS

Segundo a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE (2023), dos 18,6 milhões de pessoas com deficiência identificadas no ano de 2022, 47,2% das pessoas com deficiência tem 60 anos ou mais, isto significa que o percentual de pessoas com deficiência cresce com a idade. Esse padrão se repete em todas as grandes regiões do país, destacando as regiões Sul e Sudeste, onde mais da metade das pessoas com deficiência são idosos.

As previsões futuras são ainda mais preocupantes, considerando o aumento da população envelhecida e com diagnósticos de doenças crônicas estima-se que 80 milhões de pessoas, cerca de 1% da população, possivelmente necessitarão de uma cadeira de rodas para ajudar na sua mobilidade (OMS, 2023).

Com esses dados, pode-se perceber que o Brasil hoje tem uma grande população com deficiência mais envelhecida e com restrições de mobilidade, os números atuais e as previsões confirmam a necessidade de planejamento, fortalecimento e execução de soluções com serviços de assistência e recursos tecnológicos que venham auxiliar a população em sua mobilidade a longo prazo.

Por considerar os contextos de vida como fundamentais para a existência plena da pessoa com deficiência, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que trata-se de um modelo desenvolvido por especialistas, com o objetivo de descrever a funcionalidade e a incapacidade de pessoas com deficiência considerando domínios fundamentais como as funções e estruturas do corpo, a atividade e a participação social do indivíduo, sendo ainda influenciados por questões ambientais, pessoais e tem como objetivo apoiar a organização e documentação de informações (OMS, 2001). Com este modelo podemos compreender que a deficiência é um produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, e cada ser humano vai apresentar um grau de funcionalidade e incapacidade diferente do outro, mesmo que estejam partindo de um mesmo diagnóstico clínico.

Trata-se de uma forma de enxergar as pessoas com deficiência através do modelo biopsicossocial e inclusivo, que além de um diagnóstico clínico, reconhece questões ambientais, perceptuais e a disponibilidade de serviços como determinantes para a qualidade de vida e saúde da pessoa com deficiência, ou seja, ele é capaz de considerar a soma do modelo biomédico e modelo social da deficiência. E é devido a sua versatilidade para vários contextos sociais como a saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas e políticas públicas que permite uma linguagem padronizada e mundial favorecendo a comunicação e tomadas de decisões entre pesquisadores, gestores, profissionais da assistência, organizações da sociedade civil e usuários em geral (OMS, 2001). Sendo capaz de transformar cenários de vida.

No campo da dispensação de equipamentos de mobilidade por instituições, o uso da CIF pode apoiar os profissionais do segmento em todo o seu processo avaliativo para tomadas de decisões sobre a elegibilidade do sujeito no uso de equipamentos de mobilidade, diante de um diagnóstico funcional e das particularidades do indivíduo para participação na sociedade, além de contemplar estruturas e funções corporais, também coloca em evidência a importância da participação e do desempenho de atividades, assim como fatores pessoais e ambientais para a condição de saúde plena.

Podemos considerar que um indivíduo com necessidade de uso de uma cadeira de rodas, pode ter a sua independência funcional aumentada ou diminuída quando consideramos fatores desde características do equipamento que venha a utilizar diante de suas funções e estruturas do corpo, fatores do ambiente e possibilidades de participação do sujeito para estudar, trabalhar e ter o seu lazer. Para o Ministério da saúde, a prescrição dos equipamentos

de mobilidade depende da interação entre fatores individuais, ambientais e inerentes ao equipamento (Brasil, 2019).

Além do aprimoramento do olhar e atuação que a CIF apresenta, os anos 2000, foram de grande valor em movimentos internacionais para o aumento da disponibilidade de TA a população carente, inclusive a oferta de cadeira de rodas, que influencia todo o mundo. Podemos destacar a convenção das nações unidas em 2006 sobre os direitos das pessoas com deficiência (ONU, 2006); o relatório da ONU sobre deficiência e desenvolvimento que recomenda a capacitação de diversos segmentos da sociedade sobre TA (ONU, 2018); O relatório dos objetivos do desenvolvimento sustentável que dá visibilidade as pessoas com deficiência nos seus 17 objetivos, e cujo o lema é “não deixar ninguém para trás” (ONU, 2016); A Resolução WHA71.8 que considera a melhoria do acesso à TA (OMS, 2018); além disso, o projeto ATScale (Parceria Global para Tecnologia Assistiva) da USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional) que visa ajudar 500 milhões de pessoas a obter a TA de que precisam até 2030 por meio da prestação de serviços e abordagens de modelagem de mercado(ATScale, 2022)

O resultado de reuniões, resoluções e acordos mundiais da OMS, também são expressos por meio de documentos estruturados e recomendações disponibilizadas aos países para apoio na assistência do indivíduo a cadeira de rodas, como as Diretrizes para prestação de Serviços para Cadeira de Rodas (OMS, 2023); Os pacotes de treinamento em serviços para cadeiras de rodas traduzido em diversas línguas e reconhecendo diversos contextos de vida (OMS, 2017); A lista dos 50 produtos assistivos prioritários no mundo para pessoas com deficiência, que revela os 5 tipos de cadeiras de rodas como altamente necessárias para a comunidade e que devem ser oferecidos a população (OMS, 2016); Além de um manual complementar de apoio técnico que orienta os governos sobre os critérios para a aquisição de produtos assistivos de forma segura e eficaz, principalmente os dispositivos prioritários (OMS, 2021). Para a OMS (2023) Quatro princípios sustentam essas ações: O direito à mobilidade; A cobertura universal de saúde; A equidade; E uma abordagem centrada nas pessoas.

4 DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO DE CASO

A dispensação de equipamentos de mobilidade no Rio de Janeiro, está totalmente associado à atuação do Centro Municipal Reabilitação Oscar Clark (CMROC), desta forma precisamos conhecer um pouco deste órgão, tanto do ponto de vista de sua história, como também da entrada e continuidade do processo de dispensação de equipamentos de mobilidade no Rio de Janeiro.

4.1 CMROC: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA, CONTEXTO E EVOLUÇÃO

O CMROC é uma Unidade de referência em medicina física e reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro. Composto por equipes multiprofissionais que assistem pessoas com deficiência temporária ou permanente, com o objetivo de favorecer a sua independência e participação social. Atualmente conta com equipes e serviços distribuídos em 2 locais, a unidade principal e mais antiga localizada no bairro do Maracanã e a unidade mais nova e anexa localizada no bairro Centro, ambas no município do Rio de Janeiro (CMROC, 2014).

O CMROC surgiu há mais de 90 anos atrás, época em que o Rio de Janeiro ainda era reconhecido como a capital do Brasil, notoriamente a instituição foi concebida com outros nomes e objetivos diante dos contextos sociais de sua época, onde o SUS não existia e a assistência à saúde era reduzida e influenciada por movimentos como a execução de regulamentos surgidos ainda no império, que fortaleciam o movimento higienista com ordens de inspeção higiênica dos estabelecimentos públicos e privados de instrução e educação (Gawryszewski, 2008).

O hoje denominado CMROC foi concebido como Clínica Escolar Oscar Clark em maio de 1930 (Figura 15), pelo médico intelectual, professor da faculdade de medicina e na época chefe do Serviço de Inspeção Médica Escolar da cidade da cidade, Oscar Castello Branco Clark, sendo a primeira clínica escolar da cidade do Rio de Janeiro, como um desdobramento da inspeção médica escolar, e centralizando especialidades para tratamento dos casos de crianças escolares doentes identificadas na cidade. Na época era comum o grande número de doenças contagiosas, principalmente por reduzidos hábitos de higiene, como a tuberculose, sífilis e difteria. Oscar Clark acreditava que na idade escolar existia uma oportunidade para cuidar da educação integral das crianças, com alcance na saúde, trabalho e

instrução intelectual. Idade a ser considerada para trabalhar a prevenção e regeneração daqueles afetados pela doença (Silva, 2017).

Figura 15- Imagem frontal da Clínica Escolar Oscar Clark, ano 1930.



Fonte: Justo, 2020

Em sua tese sobre a vida do Oscar Clark, Silva (2017) descreve que a estrutura de assistência aos escolares contava com salas de procedimentos clínicos, sala de procedimentos laboratoriais e centro de pesquisa, especialidades como oftalmologia, radiologia, dermatologia e sífilis, clínica médica e enfermagem. A assistência também se ampliava para tratamento higiênico, com higiene individual em gabinetes de limpeza, cuidados bucais, alimentação na clínica e distribuição de medicamentos. A instituição funcionou com poucos recursos financeiros por parte da gestão da cidade e tendo que contar com a ação filantrópica para se manter (Figura 16).

Figura 16- Fotografia da inauguração do refeitório da Clínica com os seus benfeitores e as crianças escolares, ano 1935.



Fonte: Silva, 2017

Em 1940, a Clínica Escolar Oscar Clark foi transformada em Posto Médico Pedagógico Oscar Clark, sendo vinculada ao Departamento de Saúde Escolar da Secretaria Geral de Educação e Cultura, mantendo-se gerenciada pelo próprio Oscar Clark. Em 1960 quando a Capital do Brasil foi transferida para Brasília, e a cidade do Rio de Janeiro foi transformada no Estado da Guanabara, o Posto Médico Pedagógico Oscar Clark teve sua vinculação transferida para a Secretaria Estadual de Serviços Sociais. Dois anos após a transferência, em 1962, houve uma reorganização administrativa da Secretaria de Serviços Sociais, com a descentralização de alguns órgãos, dentre eles o Posto médico pedagógico Oscar Clark, que a partir desta data, passava a ter mais autonomia e ser reconhecido como Instituto Oscar Clark (Justo, et al. 2020).

Em 1975, foi realizada a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro (que na época tinha a cidade de Niterói como sua capital), transformando-se em um único Estado, o Estado do Rio de Janeiro e respectiva capital do Rio de Janeiro. A partir de então o Instituto Oscar Clark passa para a administração da Secretaria Municipal de Saúde, a qual é subordinada até hoje, com nova denominação Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark, sob o olhar da reabilitação das pessoas com deficiência e pautado nos princípios e diretrizes do SUS promulgado desde 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990; Justo et al 2020)

No ano de 2003, o Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark, amplia suas dependências, sendo inaugurada uma filial no Centro Integrado de Atendimento a Pessoa com Deficiência (CIAD), sediado no bairro centro do Rio de Janeiro. Com a influência do programa Viver sem Limite, o Ministério da Saúde habilitou o instituto como CER IV em 2013, Através da Portaria nº 1.357, de 2 de Dezembro de 2013, este passa a ter sua denominação de CMROC, e habilitação a CER IV, devido a sua assistência direcionada a 04 (quatro) modalidades de reabilitação: física, auditiva, visual e intelectual (Brasil,2013a). De acordo com a Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, atualmente o incentivo financeiro de custeio do governo federal para um CER IV é de R\$ 430.000,0 por mês (Brasil, 2023b).

Atualmente o CMROC atende a pacientes oriundos da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro encaminhados pelo Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG). Suas unidades visam a ampliação da possibilidade de locomoção, de comunicação, de autonomia e de independência das pessoas com deficiência. Com destaque para programa de atenção ao ostomizado e ao amputado, programa de atendimento a deficientes visuais, programa de saúde auditiva, programa de odontologia especializada,

programa de reabilitação de pacientes com lesões neurológicas, reumatológicas, ortopédicas e reabilitação de pacientes pós-mastectomia, além disso a oferta de OPM (CMROC, 2014).

Cabe destacar que além do CMROC, o município do Rio de Janeiro conta com mais 3 unidades habilitadas como CER que também realizam dispensação de equipamentos de mobilidade, são elas: Centro Municipal de Saúde Newton Bethlem (CER Tipo II), Centro Municipal de Saúde Manoel Guilherme da Silveira Filho (CER Tipo III) e a ABBR (CER Tipo II) (Brasil, 2023c; Coordenação de reabilitação, 2021). Esta última, trata-se de uma instituição privada sem fins lucrativos que presta serviços aos pacientes do SUS mediante remuneração baseada na tabela SUS (ABBR, 2023).

4.2 DESCRIÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE: MODELO PASSADO

É difícil precisar o período em que o CMROC, na época com outra outra denominação, passou a conceder cadeiras de rodas à população que apresentava algum tipo de restrição de mobilidade. Por outro lado, os estudos de Graça (2008) apontam que até meados de 2000 o serviço de dispensação de equipamentos no CMROC tinha uma atuação nos moldes da assistência social, e que recebia um repasse da LBA para operacionalizar a assistência. O serviço contemplava um número reduzido de usuários e tinha como critério de entrega a comprovação de renda, e após análise de profissionais do Serviço Social, realizava-se o que na época era chamado e entendido popularmente como “doação”. As cadeiras de rodas entregues não apresentavam variedades, sendo apenas um modelo padrão para o público infantil e um modelo padrão para o público adulto.

É compreensível a utilização do termo doação de cadeira de rodas para a época, considerando que o surgimento das primeiras instituições de reabilitação do Estado como a ABBR, vem por meio da filantropia de familiares de pessoas com deficiência, empresários, senhoras da sociedade e médicos, decididos a angariar bens e serviços por meio da caridade que auxiliasse pessoas com deficiência. Consequentemente neste cenário, existia doação de cadeira de rodas a população, até mesmo com o financiamento de outros países sensíveis a ações de caridade para países subdesenvolvidos (ABBR, 2023) A própria Clínica Escolar Oscar Clark, antes ser administrada pela prefeitura, tem o seu surgimento e manutenção inicial vinculado a caridade, principalmente de mulheres de boa posição social que articulavam-se em eventos e ações beneficentes para angariar bens para a instituição (Silva, 2017)

Contudo, esse modelo ainda hoje é mantido pelas instituições filantrópicas de reabilitação consolidadas e resistentes ao longo do tempo, que mantêm suas campanhas de doação para auxílio às pessoas com deficiência, articulando-se inclusive com órgãos governamentais e representantes do povo (Prefeitura Rio, 2017, 2019) que deveriam em seus postos públicos ir em direção oposta a estas ações e apoiar-se na legislação atual para garantir e investir no acesso das pessoas com deficiência a bens e serviços que necessitam para exercerem sua cidadania. Órgãos públicos que fortalecem campanhas de doação que enquadram a pessoa com deficiência em um segmento de caridade, desconsidera a sua jornada de anos de luta e conquistas por direitos que fortalecem a sua independência e inclusão social.

Porém desde 1993, a portaria nº 116, de 9 de setembro determina a concessão órteses, próteses e três modelos de cadeiras de rodas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, ficando sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a definição de critérios e fluxos para a dispensação (Brasil, 1993). Mesmo com o vigor da portaria referindo-se a concessão dos equipamentos e reforço do direito da pessoa com deficiência, a terminologia doação referida popularmente na época a um serviço de cadeira de rodas no CMROC demonstra influências de um modelo assistencialista, filantrópico e caridoso que por muito tempo foi predominante na condução da vida das pessoas com deficiência. Graça (2008) aponta que na época da chamada doação do equipamento pela instituição era comum ver crianças em cadeira de rodas inadequadas, principalmente fazendo uso do equipamento de adultos, ou crianças com paraplegia em cadeira de rodas para pessoas tetraplégicas. São indícios que demonstram a ausência de percepção de conhecimento técnico dos profissionais para a adquirir e conceder os equipamentos alinhados às necessidades dos indivíduos.

Já se sabe que o uso de uma cadeira de rodas inadequada traz uma série de consequências, como diminuição da saúde e da mobilidade, desenvolvimento de complicações secundárias que em casos de pessoas com lesões na medula espinhal e condições semelhantes podem causar morte prematura, barreiras na participação social, quebra da cadeira de rodas resultando em interrupção do uso e uma perda de meios para exercer os direitos humanos (OMS, 2023; Visagie, 2015). Além disso, a baixa utilidade e pouca adaptação também influencia no abandono do equipamento (Branowski; Sydor, 2013) O que se percebe é que não basta o sujeito ter em sua posse uma cadeira de rodas, pois caso esse equipamento seja inadequado para o seu perfil e contexto, o seu uso também repercutirá no comprometimento da saúde do indivíduo, tanto quanto se ele estivesse sem o equipamento.

Estudos apontam que governos que investem em serviços de dispensação de cadeira de rodas aumentam a produtividade econômica quando permitem participação dos usuários e familiares em atividades educativas e de subsistência; também reduz os custos de cuidados de saúde com impactos na redução de tempo de internação e alta, redução do desperdício e abandono de cadeira de rodas, prevenção de lesões de pele e deformidades musculoesqueléticas e redução de quedas em idosos (OMS, 2023).

Galvão (2013) ressalta questões a serem considerados para a avaliação do indivíduo no uso da cadeira de rodas como: A variabilidade de equipamentos disponíveis no mercado e características do usuário como seu potencial físico; Condições respiratórias e circulatórias; Condições cognitivas; Condições funcionais; Tipo de comunicação e Capacidade de realizar transferências e propulsão independente. São questões que reforçam a necessidade de individualizar-se o olhar para o indivíduo e suas necessidades para a escolha do equipamento e favorecimento da independência e participação do sujeito.

O cenário começa a mudar quando em meados de 2001 foi estabelecida a criação das Redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física com a portaria nº 818 de 05 de junho de 2001, que determina às secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física (Brasil, 2001a), fortalecida com a Portaria nº 185, de 5 de junho de 2001, que estabelece critérios para habilitação de unidades públicas de saúde para dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção como as unidades de reabilitação, compostas por equipes especializadas (Brasil, 2001b). Desta forma desvincula definitivamente os equipamentos OPM de ações assistencialistas, reforçando os equipamentos como insumos de saúde controlados por equipes especializadas da área.

Essas mudanças políticas foram fundamentais para a construção de um novo modelo para concessão de cadeira de rodas do município à população. A instituição também pode reconhecer e inserir dentro do seu quadro de profissionais especialistas para dispensação, os terapeutas ocupacionais, sendo uma categoria profissional habilitada e capacitada em toda a sua formação para atuar desde o processo de licitação pública a entrega de equipamentos de mobilidade considerando dimensões físicas, cognitivas, sensoriais e sociais dos sujeitos. (Brasil, 2020; COFFITO, 2015). Para a OMS (2023) o fornecimento de cadeiras de rodas através de um serviço ajuda a garantir que a cadeira de rodas atenda às necessidades individuais dos usuários, impactando em resultados positivos, serviços eficazes centrados nas pessoas e relacionados com políticas, produtos e pessoal.

O paradigma popular de doação de cadeira de rodas torna-se ultrapassado, e vigora o paradigma de um programa de dispensação de equipamentos de mobilidade, onde o CMROC passa a ser uma unidade referência objetivando promover qualidade de vida e inclusão dos usuários (Gawryszewski, 2008). Graça (2008) ressalta que com o programa de dispensação de equipamentos de mobilidade organizado por terapeutas ocupacionais, houve melhoria na qualidade do equipamento, na promoção de independência e conforto para o sujeito em suas atividades de vida diária práticas ou laborais.

Apesar disso, há de ser considerado que a instituição enfrenta dificuldades operacionais para a continuidade do programa, como: O tempo extenso para a abertura de licitação para compra de equipamentos; A quantidade insuficiente de equipamentos recebidos; E a fila de espera tanto para pacientes assistidos pela primeira vez e pacientes com necessidade de troca do equipamento (Justo, 2020), fatores que se tornam fundamentais para um adequado funcionamento do programa. A OMS (2008) revela que para existir uma adequada concessão de cadeira de rodas por instituições deve haver encaminhamento e agendamento, avaliação, seleção, financiamento e aquisição, preparação do produto, adequação, treinamento do usuário, manutenção, reparo e acompanhamento.

4.3 TRANSFORMAÇÕES DO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE

Os avanços sociais, da comunicação e tecnologia, trouxeram em 2007 a publicação da portaria 321, de 8 de fevereiro de 2007, que substituiu a Tabela de Procedimentos do SIA pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Com esta nova classificação as cadeiras de rodas ficam agrupadas na terminologia de materiais especiais e são reguladas pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, reconhecido pela sigla SIGTAP, sendo fornecidos a população modelos de cadeira de rodas variando entre o simples ao de alta tecnologia (Brasil, 2007).

Já em 2013 com influência do Plano viver sem limite, o Ministério da Saúde lança a Portaria 1.272, de 25 de junho de 2013 que enfatiza conquistas para as pessoas com deficiência por meio da inclusão na Tabela SIGTAP de adequação postural em cadeira de rodas e ainda adiciona novos modelos de cadeiras de rodas, como a cadeira de rodas monobloco, a cadeira de rodas para pessoas acima de 90kg e a cadeira de rodas motorizada para adulto e criança, e alguns modelos de cadeiras de rodas para banho (Brasil, 2013b). O

assento em células de ar para tratamento de lesão por pressão foi garantido posteriormente à população com a Portaria nº 2.723, de 9 de dezembro de 2014 (Brasil, 2014).

As publicações trazem consigo maior evidência e valorização para os equipamentos de mobilidade na saúde pública, considerando necessidades mais específicas das pessoas, o que influenciou diretamente no programa de dispensação de equipamentos de mobilidade do CMROC. Até meados de 2022 o programa funcionou com base no modelo de demanda espontânea, onde o indivíduo com deficiência ou seu responsável buscavam a instituição em posse dos documentos pessoais e clínicos, solicitando inscrição para avaliação de cadeira de rodas, sendo o seu nome inserido em uma fila de espera organizada dentro da própria unidade (Coordenação de Reabilitação, 2021)

Atualmente a inscrição é realizada em unidades de atenção primária que são consideradas as portas de entrada da assistência ambulatorial do SUS do município do Rio de Janeiro e após o indivíduo realizar uma consulta médica, ele é inserido no procedimento ambulatorial *Consulta em Reabilitação - Prescrição Cadeira De Rodas*, e fica em uma fila de espera virtual regulada pelo software SISREG (Coordenação de Reabilitação, 2021). O SISREG é um programa digital desenvolvido pelo SUS e disponibilizado aos municípios e estados, com o objetivo de auxiliar na regulação dos seus serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, desde a rede de atenção primária até a atenção especializada, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. é por meio do SISREG que são feitos os agendamentos e acompanhamentos de consultas da população no município do Rio de Janeiro (SISREG, 2023).

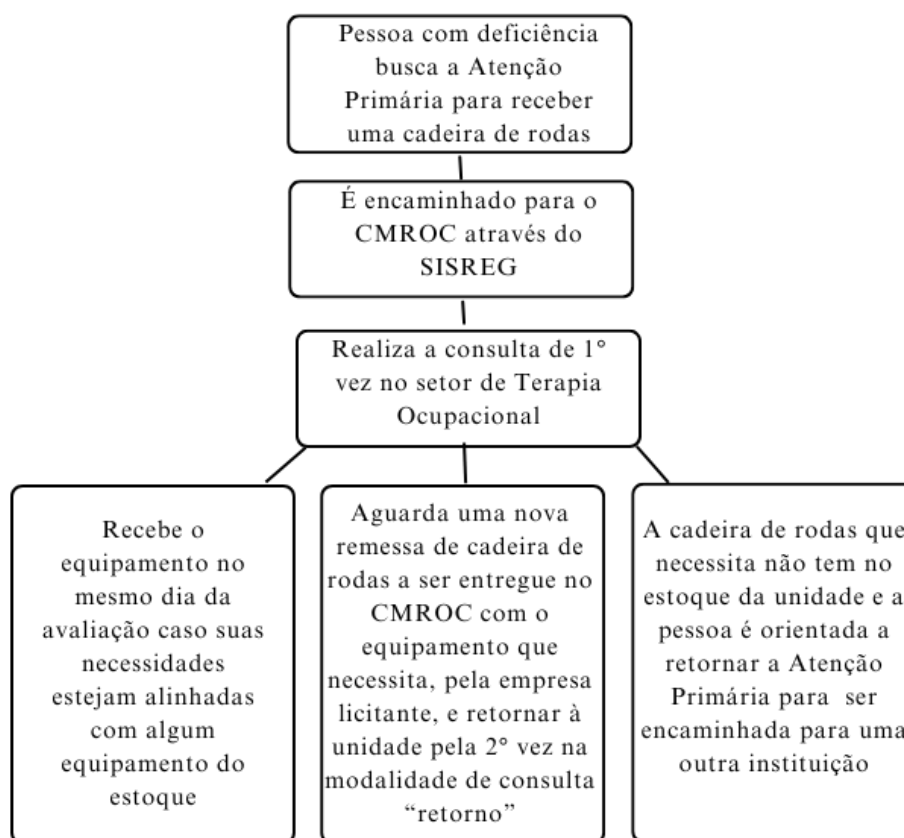
De acordo com o CMROC (2024a), são pacientes elegíveis ao programa de dispensação de equipamentos de mobilidade pessoas com deficiência permanente e comprovada, de todas as idades residentes no município Rio de Janeiro, que não possuam equipamento de mobilidade ou que o seu equipamento não está em condições de uso devido a desgaste ou novas alterações clínicas do paciente. Cabe salientar que para manter-se como um CER IV, e garantir os seus devidos repasses financeiros do SUS, o CMROC segue as orientações do instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual, que tem como propósito orientar as instituições sobre atribuições profissionais, composição de equipe, mobiliário, estrutura e também enfatiza ser essencial que o processo de habilitação e reabilitação garanta o devido treino e adaptação das OPM (Brasil, 2020).

Além disso, em seu processo de licitação para adquirir equipamentos de mobilidade para a população do Rio de Janeiro, a prefeitura apoia-se na Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017 para a justificativa da sua aquisição (Brasil, 2017) e em seu termo de referência que

é disponibilizado aos licitantes expõe condições para a contratação do serviço, dentre as suas solicitações, é determinado que: “ *após o envio das medidas dos pacientes para a confecção dos equipamentos, as empresas licitantes deverão efetuar as entregas dos mesmos no prazo máximo de 20 dias úteis, a contar do recebimento das medidas, sob pena de multa.*” (Coordenação De Reabilitação, 2020). Desta forma, espera-se que no fluxo de assistência do paciente do CMROC, o mesmo seja avaliado em sua integridade e que a instituição esteja articulada com a empresa licitante para providenciar o equipamento para o qual o indivíduo necessita dentro das condições normativas.

Entretanto, o desfecho pode não estar alinhados as normas, regulamentos e leis, pois ao entrar na fila de espera do SISREG para avaliação de cadeira de rodas, e atendendo aos critérios de elegibilidade, a pessoa com deficiência é recebida pelo setor de Terapia Ocupacional do CMROC em uma consulta classificada como “1º vez” (Figura 17), onde é avaliada pelo profissional terapeuta ocupacional e com base em um estoque previamente selecionado e recebido pela instituição da empresa licitante, o paciente poderá ter 3 (três) tipos de desfechos : 1º Receber o equipamento no mesmo dia da avaliação caso suas necessidades estejam alinhadas com algum equipamento do estoque; 2º Aguardar uma nova remessa de cadeira de rodas a ser entregue na instituição com o equipamento que necessita, pela empresa licitante, e retornar à unidade pela 2º vez na modalidade de consulta “retorno”; 3º Não receber a cadeira de rodas que necessita por não estar disponível no estoque e ser orientado a retornar ao fluxo de solicitação do serviço pelo SISREG para uma nova consulta de “1º vez” em outra instituição habilitada que possa oferecer o equipamento que necessita (CMROC, 2024b).

Figura 17- Fluxograma sobre a atual forma de dispensação de equipamentos de mobilidade do CMROC.



Fonte: Elaboração própria

Nas três soluções apresentadas, existe uma série de problemáticas que estão em desacordo com o preconizado nas políticas de apoio à pessoa com deficiência que merecem ser detalhadas. Iniciando pela análise da própria entrada da pessoa com deficiência no CMROC, que é apenas direcionado para o serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade representado por uma única categoria profissional, desconsiderando o preconizado no instrutivo de reabilitação que garante ao indivíduo encaminhado ao CER a avaliação e acolhimento por uma equipe multidisciplinar capaz de, dentro das suas especificidades, identificar demandas e elaborar um plano de tratamento, afinal o sujeito que necessita de uma cadeira de rodas poderá ter outras demandas a nível social, psicológico e físico, por exemplo, treinamentos para usabilidade do equipamento ou mesmo a melhora do seu condicionamento físico, o que não é resolvido em apenas 1 sessão. O cuidado deve ser integral e qualificado.

Para Caro e Cruz (2020) o treinamento de habilidades com cadeiras de rodas é um aspecto fundamental na reabilitação de sujeitos com deficiência, sendo considerado um passo imprescindível nos serviços de prescrição e dispensação de cadeiras de rodas, apoiado em

protocolos consolidados e considerações do tempo necessário. Além disso, um ensaio controlado randomizado com pessoas mais velhas concluiu que cerca de duas sessões de um Treinamento de habilidades em cadeira de rodas com tempo de 1 hora cada, melhoram a confiança no uso de uma cadeira de rodas entre usuários inexperientes. (Sakakibara , 2013)

O que também viola profundamente os direitos das pessoas com deficiência são os casos enquadrados no 3º defecho, onde mesmo o indivíduo enfrentando todo o fluxo determinado SISREG e do CMROC para o acesso a sua cadeira de rodas, o mesmo não será contemplado com o seu equipamento, pois a sua condição de saúde não está alinhada com as cadeiras de rodas ofertadas pela instituição, sendo o mesmo excluído do processo, e não tendo garantia alguma de que receberá a sua cadeira de rodas pelo serviço público. Uma logística de funcionamento que vai contra ao preconizado na rede de cuidados a pessoa com deficiência que determina o: “desenvolvimento de estratégias que visem à eliminação das barreiras e facilitem o acesso das pessoas com deficiência às ações e serviços de saúde ofertados no SUS” (Brasil, 2023b)

Compreende-se aqui que há uma ação contrária a real inclusão, onde o ser humano é excluído e fica em segundo plano, pois o seu corpo não se enquadrar em uma cadeira de rodas com modelo e tamanho previamente estabelecidos e que nesta ocasião estão primeiro plano. A OMS (2023) recomenda o fornecimento de cadeiras de rodas através de um modelo de serviço que proporcione, no mínimo: avaliação e seleção individual; preparação e adaptação da cadeira de rodas para o cadeirante; informações e treinamento para usuários de cadeiras de rodas para maximizar o uso seguro e eficiente e o cuidado do produto; e acompanhamento para garantir que a cadeira de rodas continue atendendo às necessidades do usuário. Além disso, há evidências que identificam que os sistemas de dispensação de cadeira de rodas fragmentados causam danos significativos aos seus usuários em áreas da saúde, inclusão social e econômica.

5 AVALIAÇÃO SOBRE A ATUAL DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE

Considerando o repertório teórico e contextualizado até o momento, esta seção pretende trazer os principais relatos dos indivíduos envolvidos no serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade do CMROC da prefeitura do Rio de Janeiro, tanto os pacientes contemplados pelo serviço, como os profissionais atuantes em algum momento. O que nos permite a compreensão de mais uma camada deste serviço associado ao que a literatura pode nos oferecer.

As entrevistas ocorreram entre dezembro de 2022 a abril de 2023. No caso dos pacientes, foram agendados 116 indivíduos para avaliação de cadeira de rodas pelo sistema SISREG para o CMROC. Destes pacientes, 38 receberam o equipamento na primeira consulta, 18 pacientes receberam posteriormente após a consulta retorno com a chegada do 2º lote de equipamentos, 6 pacientes não receberam o equipamento que necessitavam por não existir no estoque da instituição e retornaram para fila do SISREG, 49 pacientes faltaram e 5 pacientes não estavam dentro dos critérios de elegibilidade.

Dos 38 indivíduos que receberam sua cadeira de rodas na primeira consulta, 20 indivíduos foram selecionados para realização das entrevistas, sendo 18 por chamadas telefônicas e 2 pessoalmente. Com os demais pacientes não foi possível completar as chamadas telefônicas. Cabe salientar que os pacientes avaliados, mas que não receberam a cadeira de rodas, por falta do equipamento no estoque, por exemplo, não foram entrevistados.

No caso dos profissionais, 13 profissionais elegíveis foram convidados, 3 não responderam as 4 tentativas de chamadas e mensagens, 10 aceitaram participar e concederam as entrevistas, sendo 9 por chamada telefônica, e 1 pessoalmente. Destaca-se que o questionário semiestruturado de entrevista dos profissionais auxilia no resgate de uma vivência que pode ou não envolver a entrega da cadeira de rodas ao paciente, pois os profissionais atendem pacientes que não são contemplados com os equipamentos em estoque.

5.1 O QUE OS PACIENTES TÊM A DIZER?

Os relatos dos pacientes entrevistados revelam 4 temáticas importantes:

1. Características do público beneficiado,
2. Sentimentos presentes com o uso da cadeira de rodas,
3. Apoio de tecnologia da informação e comunicação,
4. Legislação para pessoas com deficiência.

Quanto à primeira temática sobre características do público beneficiado, foram entrevistados 20 pacientes, ou seus responsáveis, contemplados pelo atual serviço de dispensação de cadeira de rodas do CMROC, e faixa etária variando entre 10 a 86 anos, sendo estes diagnosticados com diversos quadros de incapacidade física como: A paralisia cerebral, Acidente Vascular Cerebral, Amputação, Alzheimer, Paraplegia, Paralisia supranuclear progressiva, Síndrome de rett e Parkinson. São pessoas com quadros clínicos de origem neurológica ou traumática com alterações permanentes em sua marcha.

A OMS (2023) considera que existem grupos de pessoas com maior probabilidade de necessitar de cadeiras de rodas, isto inclui crianças, idosos, pessoas com deficiência motora e pessoas com condições crônicas de saúde. Os diagnósticos clínicos corroboram com os estudos de Branowski e Sydor (2013) que apresentam em seus achados as maiores causas de incapacidade que tornam necessário o uso de cadeira de rodas pela população, exceto para o quadro de Alzheimer identificado em nossos entrevistados. Além disso, os autores classificam pessoas que necessitam de cadeiras de rodas em três grupos característicos: Pessoas com dependência completa ou prolongada da cadeira de rodas, sem possibilidade de caminhar; Pessoas com dependência parcial e prolongada da cadeira de rodas, possibilidade limitada de caminhar; e Pessoas com dependência temporária da cadeira de rodas, são pessoas temporariamente incapacitadas.

Pode-se considerar que o público entrevistado está dentro do quadro de pessoas com dependência completa ou prolongada da cadeira de rodas, e desta forma, muitos estão recebendo o equipamento pela segunda vez. Fato garantido nos termos da lei através da portaria nº 388, de 28 de julho de 1999, que afirma “A concessão de substituição de órtese ou prótese só poderá ser reivindicada ao final de 2 (dois) anos, ou de um período julgado adequado pelos médicos responsáveis. ” (Brasil, 1999). O trecho da entrevista a seguir corrobora com esta discussão:

“Quando ele recebeu a primeira, ele era pequenininho ainda, ele tinha meses [...] Hoje ele tem 13 anos” (Responsável A1)

Isto evidencia a importância das instituições planejarem e estarem preparadas para a continuidade do cuidado com o retorno do indivíduo assistido, que ao passar do tempo cresce, adquire novos padrões corporais, experimenta novos ambientes facilitadores ou dificultadores do seu deslocamento que refletem diretamente na estrutura do equipamento.

Todavia, o acesso a cadeira de rodas nem sempre é garantido no momento em que o indivíduo necessita, pois percebem-se casos de sujeitos que por um longo tempo desconheciam a existência do serviço pelo sistema público de saúde e conseqüentemente não o acionaram:

“Eu tentei pela internet, pedi em alguns lugares de doação, mas eu nunca consegui.”(Responsável W2)

Ou sujeitos que conhecem o serviço, mas ficam aguardando na fila de espera por um período de tempo extenso para o seu acesso a um primeiro ou segundo equipamento, e neste intervalo podem recorrer ao acesso a cadeira de rodas por um processo judicial, o aluguel, a compra, o empréstimo ou doação, que muitas vezes não atende às suas necessidades físicas e podem até prejudicar o seu quadro clínico, mas que se torna a sua única forma de deslocamento diante de suas condições socioeconômicas:

“Essa lá que ela recebeu, deve ter 8 anos atrás. É a última cadeira dela até essa troca. Fiquei seis anos sem receber cadeira, né? fiquei aguardando.” (Responsável E4)

“Eu entrei com uma ação, aí me ligaram e pediram pra eu ir, assim me deram a cadeira.”(Responsável J5)

“[...] a gente vinha alugando nessa cadeira, [...] aí pôde devolver a cadeira alugada e poder pegar pelo SUS.”(Responsável A6)

“Essa que ele usava, nós compramos com sacrifício da pior marca que tinha” (Responsável V7)

“[...] é , foi doada, mas estava fora do tamanho dela, aí começou a machucar ela e quebrou [...] a gente já está tendo problema na coluna de tanto virar a cadeira” (Responsável R8)

“[...] ele usava do vizinho aqui quando a gente tinha que ir ao médico . E a gente ficava botando ele no colo dos meus filhos, né? Aí botava na cadeira, botava na cama. Até ele poder ter uma. Aí como o médico passou, né? Aí nós fomos aí buscar” (Responsável S9)

“[...]ele ficou um bom tempo sem cadeira, eu levando ele no braço, às vezes eu tinha alguém para me ajudar, às vezes não tinha, ele ficou até um tempo sem ir para Fisioterapia, porque eu não aguento o peso dele, entendeu? Então isso me prejudicou um pouco.” (Responsável T3)

Quanto a segunda temática dos sentimentos presentes no uso da cadeira de rodas, em nossa análise percebe-se relatos tanto dos usuários quanto seus responsáveis no favorecimento de independência e acessibilidade após o uso rotineiro do equipamento, expandindo o acesso para ambientes externos:

“[...] e pode ir no mercado aqui perto com ela (cadeira de rodas), porque ela anda praticamente na calçada, a outra não andava. E ela não sente dor nos quadris e nem nas costas. Porque ela senta melhor nessa, consegue ficar assim algumas horinhas.” (Responsável R8)

“Foi ótimo, porque às vezes eu tenho que sair com ela e ela é muito grande, entendeu? Foi ótimo, hoje mesmo eu já saí com ela umas 4 vezes já.” (Responsável M10)

Com os estudos de Rousseau-Harrison (2009) no Canadá identificou-se uma melhora significativa na participação social de pessoas que receberam cadeiras de rodas gratuitas do governo. Além disso, um estudo Sueco com 208 indivíduos em posse dos seus equipamentos de mobilidade, cadeira de rodas ou andador, mostrou uma alta satisfação com o seu uso diariamente, sensação de segurança, independência e autoestima do usuário (Wressle, 2004).

Entretanto, apesar dessa perspectiva atual, no passado a crença de independência e participação com o uso de cadeira de rodas não existia. Antigos paradigmas impediam a aceitação dessa forma de mobilidade, devido a soberania de um modelo de reabilitação pautado na cura e recuperação de funções, onde a introdução de uma cadeira de rodas representava o fracasso do indivíduo no seu processo de recuperação.

A literatura aponta casos de crianças americanas em uso de equipamentos de mobilidade devido às sequelas da poliomielite entre 1940 e 1950 que eram frequentemente estigmatizadas como aleijadas e a antipatia cultural por estes equipamentos de mobilidade significava que os sobreviventes da poliomielite muitas vezes tinham de superar uma resistência emocional e psicológica à sua utilização (Wilson, 2005).

Tremblay (1996) relata que nos anos 40 no Canadá não havia perspectiva de muito tempo de vida para pessoas com lesão medular, os seus destinos eram internações hospitalares e o transporte em cadeira de rodas com modelos primitivos era apenas para o deslocamento de

um setor a outro, a morte destas pessoas já era esperada pela medicina por quadro de infecção. Até mesmo no mundo da arte e do cinema, Wolfson (2014) identifica que a cadeira de rodas era comumente vista pelos cineastas como objeto de humor, maldade, desamparo, confinamento, engano e desumanização.

O que se percebe é que a depender do contexto e época, a compreensão sobre a utilidade de cadeira de rodas modifica-se, a sociedade sai de uma compreensão mais excludente, limitada e preconceituosa para uma visão de funcionalidade e participação, o que interfere na adesão do sujeito. E com o conceito ampliado de saúde e reabilitação, salientado por um governo como observado na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2023b), compreende-se a adaptação e utilização de TA como um fator considerável na promoção da independência e qualidade de vida, o que reflete na sociedade em sentimentos de liberdade e relatos de participação da população:

“[...] é ter como me locomover. não tinha como se locomover no prédio, pra ir aqui, pra ir à igreja. pra se locomover pra onde quisesse” (Paciente W11)

A independência também é ampliada com as possibilidades de variabilidade dos equipamentos que estão sendo cada vez mais produzidos considerando as características do indivíduo. Para Wolfson (2014) às cadeiras de rodas tornam-se cada vez mais personalizadas ao longo do tempo, são equipamentos que se ajustam ao corpo tão bem quanto um sapato ou uma luva, e a própria oferta de catálogo com modelos diferentes disponíveis já estavam presentes desde o século XIX. É necessário que o profissional esteja frequentemente atualizado para indicar o melhor equipamento possível ao seu paciente, pois isto reflete em sua satisfação:

“[...] a própria cadeira, né? Um modelo bom, ajustou bem, é moderna, até mais moderna do que a gente alugava, né?” (Responsável A6)

“[...] porque essa do Oscar Clark foi feita conforme o peso, tamanho dela e mobilidade para poder sair um pouco com ela, levar na praça, levar ao mercado, porque ela fica muito dentro de casa. A outra não andava na rua não. [...] ela anda na calçada, né? A outra não andava. Ela roda, ela desliza facilmente, Né? Tem como encolher, botar, por exemplo, dentro de um táxi.” (Responsável R8)

“Ótimo em todos os sentidos, até porque essa cadeira de hoje me ajuda a pegar o Uber. Antes ninguém queria me levar, porque a cadeira que eu tava usando era muito antiga.”

E essa cadeira, ela é toda desmontável. Tanto que os Uber perguntavam logo se a cadeira desmonta? Eu nem sabia que cadeira era essa que era desmontável. Eu falei: Eu não tô entendendo o que eles estão falando. Ai depois a gente veio saber que era essa cadeira aí. Entendeu?.”(Paciente B12)

Além disso, a satisfação dos usuários se estende para a instituição e profissionais envolvidos, cabe salientar que todos os profissionais envolvidos na dispensação de cadeira de rodas da instituição são terapeutas ocupacionais. Para Galvão (2013) o terapeuta ocupacional está diretamente ligado a facilitação da execução das atividades de vida diária e tem formação para descrever os equipamentos alinhados às necessidades dos usuários. Assim, os entrevistados puderam destacar sua satisfação com os serviços prestados pela instituição concedente da cadeira de rodas e os terapeutas ocupacionais que lhes assistiram:

“[...] Aí eu gostei, eu gostei muito aí do atendimento.” (Responsável A1)

“Sinceramente eu tô muito satisfeito.” (Responsável W2)

“Bom, sobre a primeira vez que eu fui atendida, aí eu gostei muito. Gostei mesmo. Porque se eu não tivesse gostado eu ia falar também a verdade, entendeu?” (Responsável V7)

“Eles nos atenderam muito bem, entendeu? Então eu só tenho que agradecer.”(Responsável S9)

“Olha só, o atendimento pra mim foi ótimo, eu não posso reclamar. A moça da cadeira então é excelente pessoa, muito boa.”(Paciente B12)

“ [...] eu adorei o atendimento, foi ótimo. sai super satisfeito, foi ótimo.” (Paciente P13)

A terceira temática relevante nesta análise é a Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) presente em nossa sociedade. Para Bender et al (2024) a TIC trata-se de recursos capazes de produzir, armazenar, transmitir e garantir a segurança e o acesso a informações, e que no campo da saúde define-se como *e-health* e auxilia no suporte de materiais relacionados à saúde na prestação de cuidados, vigilância, literatura e educação em saúde para otimizar a assistência na tomada de decisões tanto na prática clínica quanto no monitoramento.

Desta forma, o serviço de dispensação de cadeira de rodas passa a existir com a intermediação de uma TIC, o software SISREG possibilitou uma nova organização do fluxo de atendimento aos usuários. Pacientes antigos e novos da instituição passaram a chegar no

serviço de dispensação de cadeira de rodas por meio da regulação do software SISREG e trouxeram impressões positivas do processo:

“[...] a gente estava esperando que fosse ficar mais tempo na fila e tudo, mas até tanto lá no Posto de saúde quanto aqui também, foi...e tudo, né? Foi assim, nós achamos até que foi um tempo pequeno, né? Vamos dizer, foram uns dois, dois, três meses, assim, talvez. E na médica e fazer a solicitação lá, foi uns três meses.” (Responsável A6)

Entretanto, para que a TIC possa auxiliar indivíduos no segmento da saúde, a população deve reconhecer qual é a tecnologia disponível, condições e benefícios com o seu uso, sendo assim, para que o indivíduo possa receber a sua cadeira de rodas no sistema de saúde municipal, é importante que ele saiba antes de tudo da existência do serviço de dispensação e como chegar até ele através do software SISREG.

“Olha, o que acontece é o seguinte, eu acho que esse serviço de vocês a prefeitura tem que divulgar mais. Tá muito pouco divulgado. Eu mesmo não conhecia esse local, não sabia que existia algo tão eficiente, então acho que tem que se tornar mais visível, tá entendendo? Tem que fazer isso. De repente muitas pessoas não sabem como procurar.” (Responsável W2)

Witte (2018) ressalta que a TIC é fundamental para qualquer sistema de prestação de TA, portanto essas informações devem estar disponíveis para os usuários finais, bem como para os profissionais envolvidos. A sensibilização eficaz é um desafio e o fornecimento de informações deve ser considerado como um diálogo contínuo e não como uma transação única.

A quarta temática corresponde ao reconhecimento das leis que apoiam as pessoas com deficiência no acesso à cadeira de rodas pelos pacientes ou seus responsáveis, as respostas dos entrevistados representam uma ausência de conhecimento. O mais próximo que conseguem ir é quando escutam de um profissional que eles tem direito sim, mas não sabem especificar qual seria:

“Então, como a Y. é atendida pelo SUS, todos os médicos, pediatras, sempre falaram que[...]me deram um papelzinho para que eu pudesse tá encontrando a cadeira, que ela tem direito a uma cadeira de rodas.” (Responsável J5)

“De qual é, eu não sei muito não, mas que ela tem direito eu sei.”

(Responsável A14)

“Não, eu fiquei sabendo que ela tinha direito a cadeira de rodas conversando com a assistência social.” (Responsável D15)

Desconhecer legislações que apoiam serviços primordiais para as pessoas com deficiência, os distanciam do seu protagonismo nos direitos e no controle social das políticas públicas. Para Silva (2019) a criação das organizações e as mudanças sociais frente à deficiência motivaram e também foram influenciadas pela participação social das pessoas com deficiência nos contextos micro e macrosociais. É essencial que as pessoas com deficiência sejam capacitadas e tenham acesso a informações sobre as políticas públicas existentes, para terem as mesmas possibilidades de acesso aos bens materiais e serviços e a chance de participar na dinâmica democrática e da organização social.

5.2 O QUE OS PROFISSIONAIS TÊM A DIZER?

Quanto aos profissionais, foram entrevistados 10 terapeutas ocupacionais, ativos ou desvinculados do CMROC devido a questões de aposentadoria, exoneração ou mudança de instituição. Entre eles, profissionais com entrada no serviço público municipal datando de 1992. Todos atuaram ou atuam na dispensação de equipamentos de mobilidade da instituição. Com a análise das entrevistas, chegou-se a quatro temáticas de discussão: 1- Atuação e contribuições dos profissionais envolvidos; 2-aspectos ausentes na dispensação de cadeira de rodas; 3- licitação e participação do profissional 4- legislações.

Na primeira temática sobre as contribuições dos profissionais envolvidos, destacam-se sua influência no processo de aperfeiçoamento dos equipamentos de mobilidade e qualificações que recebiam ao longo de sua atuação, para uma adequada avaliação e tomada de decisões:

“Para mim, o melhor de tudo foi a questão de você ampliar o quadro de compras. A gente melhorou a qualidade do equipamento. Então, a gente pedia cadeiras de rodas com apoio de cabeça, com assento e encosto anatômico, com variedade de cintos, tanto cinto...torácico, como cinto pélvico. A gente melhorou também nas cadeiras, você ter a possibilidade de ajustar a altura dos membros, dos pés; não só na altura, mas a profundidade dos membros inferiores, o apoio de cabeça também passou a existir. Então todas essas melhorias nas

cadeiras de rodas, elas proporcionaram postura, posicionamento adequado e conforto.”(Profissional, L6)

“Uma coisa que eu sempre elogiei é que os equipamentos que eu via serem dispensados no Oscar Clark, eles tinham uma qualidade muito boa, uma durabilidade, eram equipamentos bons. Eu tive a oportunidade de ir em outro serviço e ter acesso a outras dispensações e vi a diferença na qualidade desses materiais [...] O terapeuta ocupacional tem uma competência técnica muito boa nessa percepção da funcionalidade, da necessidade do equipamento, do ajuste, do entendimento do ajuste do equipamento à disposição e as possibilidades do paciente.” (Profissional, N8)

De acordo com Graça (2008) para uma correta dispensação de cadeira de rodas o terapeuta ocupacional deve ter como objetivos de assistência promover uma postura adequada, oferecer conforto, aliviar pontos de pressão, favorecer função motora e cardiopulmonar, favorecer mastigação, sucção, deglutição e digestão, considerar as necessidades do paciente e características do contexto familiar.

Para além disso, Branowski e Sydor (2013) afirmam que uma cadeira de rodas deve atender requisitos importantes de funcionalidade, aceitabilidade pessoal, durabilidade, fácil aprendizado das operações do equipamento, fácil manutenção, conforto, transportabilidade e segurança.

Um estudo realizado com familiares de crianças australianas com distúrbio neuromuscular que receberam recomendação para uso de cadeira de rodas, mostrou uma percepção e receptividade positiva dos familiares em relação à funcionalidade e participação das crianças (Paguinto, 2020). A indicação de uma cadeira de rodas para o usuário pelo profissional qualificado reflete também em sentimentos positivos para os seus responsáveis e familiares:

“Então, essas mães estavam ali se lamentando pelos filhos terem que sair do carrinho de bebê e irem para a cadeira de rodas, e conversando com a gente para receber todas as orientações e de repente seus filhos começaram a tocar a cadeira e um correr atrás do outro na cadeira de rodas[...] Então foi uma cena emocionante porque criança é criança. E mesmo na cadeira de rodas eles acharam uma forma de brincar. Então assim, elas entenderam que...a cadeira de rodas dava independência para o filho, dava uma postura, dava

autonomia e enquanto elas estavam ali chorando, no lado de fora, eles estavam rindo, se divertindo e mesmo sem a orientação de um terapeuta ocupacional, eles mesmo estavam tocando a cadeira de roda e brincando, correndo um atrás do outro. Então assim[...] Isso mostra também o quanto que as pessoas tinham a visão errada sobre a cadeira de rodas” (Profissional L6)

Para Best, Miller e Routhier (2014) serviços de cadeiras de rodas prestados por profissionais bem treinados têm sido associados ao aumento da satisfação entre os usuários de cadeiras de rodas. O autor defende que o treinamento de profissionais deve ser inserido ainda nos seus processos de graduação e se estender para após a graduação. Os entrevistados reconhecem a importância do treinamento proporcionado a eles pela instituição para atuar na dispensação de equipamentos de mobilidade. E no início do processo o treinamento era feito de profissionais experientes para profissionais sem experiência:

“Então, eu também tive o grato prazer de, na ocasião, praticamente treinar, capacitar todos os terapeutas ocupacionais que trabalham com deficientes. Então, tinha que ter certeza que o profissional, ao indicar o produto, ele sabia o que estava fazendo [...] enquanto rolava o processo de licitação, nós planejamos um grande treinamento para todos que trabalham com crianças e adultos naquela época no município do Rio de Janeiro. [...] Atualmente este treinamento é uma condição obrigatória para as empresas licitantes [...] Os terapeutas ocupacionais foram altamente qualificados para trabalhar na reabilitação física, porque isso envolve tanto a dispensação de equipamentos quanto a adequação das cadeiras, de adaptações, das cadeiras de rodas.” (Profissional F4)

A literatura aponta que o treinamento inadequado dos profissionais de saúde que fornecem cadeiras de rodas é identificado como um fator importante a ser abordado (Goldberg et al. 2024). Visagie (2015) em sua pesquisa sobre o uso de cadeira de rodas por pessoas em Zimbábue revela que a prestação inadequada de serviços neste estudo teve um impacto negativo na avaliação, adequação, formação dos utilizadores, função e direitos dos utilizadores. A capacitação do CMROC aplica-se tanto a profissionais do setor, como também foi estendida para outros contextos de desenvolvimento humano, como o envolvimento de profissionais da educação que atuam diretamente com crianças em escolas:

“Então a gente fez capacitações para as professoras na época, porque isso gerou, elas poderem entender, não só receber a criança, mas entender o que era o cinto pélvico, o que era você fixar o encosto com o cinto para a criança não sair daquela postura, e a necessidade dela ter que colocar e não deixar a criança, entre aspas, na ponta na cadeira. Então isso tudo gerou uma rede de transferência de conhecimento.”(Profissional L6)

Os profissionais também puderam ultrapassar o ambiente de suas análises e contribuir com a indústria brasileira no processo de concepção e ajustes de cadeiras de rodas. Fato que Woods (2015) revela situação similar em seus estudos, onde os técnicos de empresas estrangeiras consagradas de cadeiras de rodas, ao escutar e realizar reparos dos equipamentos dos usuários, desenvolviam projetos de inovação mudando a forma de funcionamento da tecnologia e gradativamente aperfeiçoando o produto com participação direta dos beneficiados. Para nossos entrevistados as sugestões ocorriam também como condição determinante no processo de participação da empresa na disputa por licitação:

“[...]E nisso eu sou muito feliz. Sabe, alguns equipamentos que hoje estão no mercado, nós contribuímos. Tipo, olha mexe nesse encosto, mexe nesse assento, transforma o assento em anatômico.. [...]E a partir daquele processo de busca dos equipamentos, alguns fornecedores ou fabricantes ouviram a nossa experiência profissional. [...]E aí vários fornecedores, ou seja, construtores, né? Eles modificaram o equipamento por nossa solicitação. E se eles tivessem adequado às nossas exigências eles teriam oportunidade de entrar e ganhar o processo. E mesmo se não conseguissem ganhar o processo, eles teriam um bom equipamento no mercado, no mercado, nas lojas de material ortopédico. Então, assim, com uma supervisão gratuita.
(Profissional F4)

Além disso, a consideração do ambiente para uso da cadeira de rodas também é levada em consideração pelos profissionais em seus processos iniciais. Compreender condições de calçamento inadequado nas ruas da cidade, realidade que muitas vezes não é considerada por empresas fornecedoras, fez com que os profissionais fossem mais assertivos em suas escolhas e recomendações:

“sugerir modificar a estrutura dos equipamentos, explicar a geografia do Rio de Janeiro com a necessidade de um equipamento de

qualidade, a diferença do equipamento que fica em casa do equipamento que vai para a rua, todas as questões de acessibilidade e isso tudo ficou paralelo a montar licitação” (Profissional F4)

“A gente passou a ter cadeiras específicas para pessoas mais pesadas, né? Que não fossem tão frágeis, porque a gente tem uma cidade que não é adaptada. A gente tem uma cidade que não é inclusiva, muitos dos nossos pacientes moram em comunidade. Então, são tantos detalhes que também não adianta você ter uma cadeira super nova se ela não resistir à dinâmica da nossa cidade. Então, às vezes você vai precisar daquela cadeira que não é tão sofisticada, tão moderna, mas aguentar a buraqueira, aguenta o local que essa pessoa mora.”(Profissional L6)

Para Visagie (2015) projetos de cadeira de rodas não são apropriados para uso em terrenos irregulares, como pavimento quebrado, areia, terra e lama comumente encontrados em locais com menos recursos, resultando em estresse indevido e maiores necessidades de reparos e substituição, até o abandono do equipamento, o autor considera a durabilidade como a característica mais importante da cadeira de rodas para os seus usuários.

Na segunda temática de destaque identificados nas entrevistas com os profissionais, vem os aspectos ausentes na dispensação das cadeiras de rodas. Para além da qualificação técnica e facilitação na entrega do equipamento adequado, os profissionais destacam fatores fundamentais para a continuidade do cuidado e sucesso no uso a longo prazo da cadeira de rodas que não existem ou são pouco explorados. Oferecer condições de estruturar o acompanhamento no uso equipamento é uma das questões pontuadas:

“A gente não tem só um problema de dispensação, né? A gente também tem a qualificação do programa que é o acompanhamento após a dispensa, né? Que eu acho que isso nunca a gente conseguiu” (Profissional O3)

O acompanhamento do usuário em uso do equipamento é necessário porque as demandas dos usuários mudam ao longo do tempo com necessidades que podem exigir um equipamento novo ou adaptado, dentre os principais motivos para abandono do equipamento de mobilidade está a mudança de necessidade (Wressle,2004). Além do mais, o acompanhamento necessita de um espaço equipado e estruturado para promover ajustes e manutenções adequados:

“[...]ela (cadeira de rodas) também se quebra, ela se deteriora e ela precisaria estar sendo sempre revista e avaliada por um terapeuta ocupacional. E esta lá no código de procedimentos inclusive, adaptações em cadeiras de rodas. A gente tem código pra isso. Entendeu? ” (Profissional F4)

“Eu acho que o grande problema hoje é a falta de oficinas, porque a gente precisa de muitos ajustes. Pessoalmente, eu sempre penso na criança com paralisia cerebral que é o público que é mais difícil, que precisa mais de adequação postural, era o que eu atendia também. A gente precisa de oficina, junto com o serviço de dispensação. ”
(Profissional B5)

Este fato é similar a registros constatados desde a década de 60 quando estudantes da Califórnia precursores do movimento de vida independente militavam e abordavam sobre a necessidade do fornecimento de suprimentos e reparação das suas cadeiras para o alcance da sua independência (Woods; Watson,2004). O próprio Ministério da Saúde em seu Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de OPM considera a manutenção, reparo e acompanhamento como uma das principais etapas de concessão de seus equipamentos de acordo com sua realidade no SUS (Brasil, 2019), além de incentivar a criação de ferramentas de monitoramento e avaliação da qualidade e resolutividade dos serviços de saúde no âmbito da RCPD (Brasil, 2023). Segundo Witte (2018) é necessária uma estrutura que incorpore um cronograma de manutenção e um mecanismo de reparo dos dispositivos para garantir o desempenho ideal para o usuário.

Para apoiar esta necessidade, atualmente existem instrumentos de entrevistas padronizados que auxiliam os profissionais no acompanhamento de usuários de TA como o QUEST 2.0 (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology) que engloba tanto parâmetros do equipamento, quanto do serviço para dispensação do equipamento, auxiliam no acompanhamento, avaliação de custo-benefício e tomada de decisões (Samuelsson, 2008). Avaliar os resultados na área dos dispositivos de assistência é de interesse vital devido a questões econômicas e preocupações de qualidade em relação aos custos (Wressle, 2004).

Além das dificuldades de acompanhamento do usuário cadeirante, aos mesmo tempo em que os entrevistados reconhecem o terapeuta ocupacional como um profissional qualificado para atuar do serviço, destacam o número insuficiente de profissionais para a quantidade de trabalho que envolve o serviço, gerando questões como sobrecarga:

“O que eu acho positivo é só ser terapeuta ocupacional, porque o nosso olhar é muito, muito qualificado. Tiveram algumas tentativas de outros profissionais, mas não deu certo. É o olhar, né? O nosso olhar é muito diferenciado [...] Lembrei de um ponto negativíssimo agora, diminuir a quantidade de papel porque é muito papel para preencher. Então assim, é um papel de faturamento para encosto cabeça, é um papel para almofada do encosto, é um papel para almofada do assento, é um papel para mesa de atividade, que está junto com um papel que vai à cadeira, e é um papel para o apoio de pés, e é um papel para almofada, se você quiser uma outra almofada separada. Então é muito papel que não pode ser digitalizado, tem que ser preenchido e assinado na mão, A gente não tem efetivo, a gente não tem efetivo administrativo para fazer essa burocracia. Então acaba que isso desgasta mais a gente, porque além de você estar medindo, orientando o paciente, como que vai proceder, o tipo de cadeira, não sei o que, dispensar, você tem que assinar uma papelada enorme, explicar porque o paciente está assinando aquilo. Isso é desgastante! Tem que ter mais terapeuta ocupacional, está faltando” (Profissional T9)

A questão do número reduzido de profissionais qualificados para prescrição de cadeira de rodas também é um problema mundial, de acordo com estudos de Goldberg (2021). No passado, apenas profissionais médicos poderiam assinar a prescrição de cadeira de rodas permitido pela tabela SIGTAP, sendo autorizados no SUS, mesmo que toda a avaliação e indicação partisse de outra categoria profissional, a validação só existia após a certificação do carimbo e assinatura médica:

“[...]mas até pouco tempo era assim, a avaliação é do terapeuta ocupacional e ele dispensa. Agora existia um documento que a assinatura não é do terapeuta ocupacional, é do médico. Então, o documento que sai para o SUS do Oscar Clark tem que ter o carimbo do médico.” (Profissional F4)

Posteriormente a permissão se estendeu a terapeutas ocupacionais por meio da portaria nº 661, de 02 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010) e salientado pela Resolução nº 458, de 20 de novembro de 2015 que dispõe sobre o uso da TA pelo terapeuta ocupacional, incluindo auxiliares de mobilidade (COFFITO, 2015). Entretanto, ainda com a ampliação da permissão

para outras categorias e reconhecimento da atuação dos terapeutas ocupacionais, o número de profissionais em setores de dispensação de equipamentos de mobilidade é insuficiente na dinâmica de trabalho, o que prejudica diretamente a população necessitada.

Além disto, os terapeutas ocupacionais da instituição têm mais uma função neste segmento, que é a participação ativa no processo de escolha dos equipamentos desde o processo de compra por licitação, o que abre a discussão para a terceira temática: licitação e participação do profissional.

O processo de compra de cadeira de rodas pela prefeitura do Rio de Janeiro ocorre por meio de licitações, que são acompanhadas por profissionais da área administrativa municipal junto aos profissionais da assistência do CMROC e outras instituições, desde a elaboração do termo de referência, análise das amostras das empresas participantes, logística do recebimento, estocagem e fluxo de saída dos equipamentos (Coordenação de Reabilitação, 2020, 2021):

“Nós também passamos a participar da montagem do processo de licitação por volta de 2002. Então, antes eles não falavam em cadeiras de rodas infantil, por exemplo, você só tinha cadeira de rodas tetraplégica e a cadeira de rodas paraplégica para adulto. E também não tinha uma variação de tamanhos de cadeiras de rodas. Então era assim, você precisava de uma cadeira e eles te entregavam. Não tinha aquela avaliação minuciosa para saber qual é o tamanho específico, a largura do seu quadril, profundidade da cadeira que tem a ver com a medição que é importante para que o sujeito consiga ficar sentado da melhor forma possível e hoje em dia, depois dessa mudança, os estudos foram intensificados e isso foi levado também para a área de licitação porque a gente começou a mudar os equipamentos.” (Profissional L6)

A dispensação de cadeira de rodas exige um envolvimento dos terapeutas ocupacionais que vai além da sua atuação técnica para integrar o cuidado. De acordo com Mei (2020) para evitar interrupções nos serviços e lacunas nos processos de tratamento de recuperação da saúde e de qualidade de vida, a gestão dos equipamentos públicos vem se aproximando dos processos da gestão de suprimentos, entre eles o planejamento de compras, o controle e gestão dos estoques, o desenvolvimento de condições de compra e recepção e armazenagem dos referidos estoques.

Contudo, a compra de equipamentos de mobilidade por meio de um sistema de licitações com foco em garantir um estoque antes mesmo do profissional especialista avaliar o indivíduo, pode contemplar alguns sujeitos, mas também prejudicar a saúde de outros ou mesmo excluí-lo do acesso a sua cadeira de rodas adequada:

“Por causa da licitação, alguns equipamentos não eram tão bons para a demanda que estava vindo e já tinham sido comprados, então ficava ali aquela coisa obsoleta. Eu lembro que lá na garagem do CIAD ficaram várias cadeirinhas tetra 24, que é uma cadeirinha que praticamente você não dispensa porque a criança pequenininha você bota no carrinho de bebê não tem essa necessidade de você ter uma cadeirinha tão pequenininha assim, e aí ficou. A gente começou a pegar toda criança que chegava assim muito jovenzinha e entrar em contato com a maternidade pra poder dispensar se não ficava encalhada.”(Profissional T9)

“Então a gente, às vezes o paciente era 38 de largura e você dava 40. Ou o paciente era 42 de largura e você dava 40. Era o que tinha. Na hora a gente tentava meio que não deixar de dispensar, não é dispensar errado, né? Não era dispensar errado. Mas a gente sabia que a gente talvez não recebesse outro equipamento. Ou era aquele que você estava dando para aquela pessoa ou você não ia dar nada, ela ia ficar sem nada.”(Profissional T9)

“Uma coisa é comprar uma grande quantidade de cadeiras de rodas, andadores e muletas e esperar o cliente vir. Então, aí o cliente vem, é avaliado por sua deficiência e leva aquele equipamento. A grande questão é que nem sempre aquele equipamento responde com a incapacidade que o cliente apresenta. Ou seja, o cliente tem que se adaptar ao produto que foi entregue.” (Profissional F4)

“[...]a maior dificuldade era sabermos que existia equipamentos mais adequados para cada patologia e não contemplava alguns”
(Profissional E1)

Segundo Witte (2018), governos que adquirem TA com foco na redução de tempo, esforço e custos, mas sem a participação do usuário, aumentam a distância entre as necessidades e os resultados dos utilizadores finais e as decisões de compra. O uso do software SISREG na organização do acesso do usuário a instituição é citado pelos

profissionais como um recurso novo, entretanto, mesmo com a forma de entrada do usuário a instituição atualizada com o software, o modo de aquisição do equipamento pela instituição sofreu poucas mudanças, e ainda deixa lacunas quanto a garantia de acesso do usuário a sua cadeira de rodas:

“Então, o paciente vem agendado pelo SISREG, é feita uma avaliação, ela tem uma padronagem para você fazer as medidas mais integralmente do paciente. E aí o paciente pode ser que receba a cadeira que no momento a gente tem, né? E se não for receber essa cadeira, existe a história da gente receber o segundo lote de cadeiras, que não é 100% fiel, vamos dizer assim, e aí o paciente fica para um segundo lote para receber. O paciente recebe o equipamento pode trocar em dois anos. Em princípio, se nesse período de dois anos houver uma próxima licitação, esse paciente vai receber.”(Profissional T9)

A ausência de continuidade entre uma licitação e outra faz com que exista um tempo de espera da instituição para receber novos equipamentos, o que também não garante que o usuário que fez a avaliação receba o equipamento conforme suas necessidades atuais, afinal o corpo muda com o decorrer do tempo, principalmente crianças em fase de desenvolvimento e pessoas com doenças crônicas progressivas:

“[...]esse estoque não era renovado com frequência né. No município, o responsável pela compra era a Coordenação de Reabilitação, pelo menos quando eu estava lá. E aí, essa compra era muito flutuante. Dependia de verba, disponibilidade. A demanda era grande. Muitas pessoas na fila de espera. Às vezes essa demora levava muito tempo, depois que ela era avaliada até ela receber a cadeira. E aí quando ela recebia a cadeira, ou quando ela era chamada, a demanda dela já não era aquela, a cadeira já não era mais a que ela usava, a medida mudou, então assim, se a gente avaliava essa pessoa previamente, depois essa avaliação não servia, porque a demora para a entrega da cadeira era um período maior.”(Profissional S10).

“[...]se não tivesse na ocasião nenhum equipamento condizente para aquele tipo de deficiência a pessoa não ia levar e era explicado:- olha

“você merece um equipamento do seu tamanho que te posture melhor, então vamos aguardar.”(Profissional F4)

Entretanto, sabe-se que esta forma de dispensação de equipamentos de mobilidade não é a única dentro dos CER integrantes do SUS no país. A Cidade de São Paulo e o Estado do Rio Grande do Norte atuam e registram suas ações com modelos de compra de licitação de equipamentos de mobilidade centrados na individualidade do cliente desde o processo de avaliação até o pedido e entrega do equipamento dentro de um tempo reduzido (Galvão, 2013; Almeida, et al 2024; Mei, 2020) o que pode ser avaliado e considerado para o CMROC.

Em São Paulo o indivíduo que necessita de uma cadeira de rodas é encaminhado pela rede de saúde a um CER que possui a modalidade física, através do procedimento *Avaliação multiprofissional em reabilitação*. Após uma avaliação multiprofissional, o sujeito é incluído na instituição para dispensa da cadeira de rodas e tratamento de outras disfuncionalidades (Almeida, et al 2024). A escolha do equipamento é considerada junto ao paciente, e os profissionais enviam as medidas para a fábrica responsável pela confecção, a qual retorna o produto nominal e montado para a instituição (Mei, 2020).

Além disso, a cidade vem evoluindo no cumprimento das legislações com a oferta de serviços de adequação postural para os seus pacientes, incluindo a dispensação de assentos em células de ar no seu protocolo de conduta. De acordo com Almeida e colaboradores (2024), “adequação postural feita nas cadeiras de rodas são adaptações personalizadas, de forma a adequar a cadeira às necessidades anatômicas e assegurar a melhor condição postural e funcional da pessoa com deficiência”. Pacientes com indicação de adequação postural são encaminhados para a oficina de referência e acompanhados pelo seu respectivo CER.

No Estado do Rio Grande do Norte as cadeiras de rodas são feitas pelas fábricas nas medidas solicitadas para atender às especificidades de cada indivíduo, ademais, o serviço conta com a parceria dos técnicos das oficinas ortopédicas para quando necessário realizar a confecção de adaptações, para usuários com deformidades e necessidades específicas. Outra estratégia utilizada pelo Estado para a garantia da entrega de equipamentos individualizados o ano inteiro dentro dos editais de licitações é a expressão de pedidos de compras trimestrais conforme a demanda (Galvão, 2013).

A última temática de destaque das entrevistas com os profissionais da instituição, adequa-se ao que definimos como legislação. Durante a existência do serviço de dispensação de cadeira de rodas na instituição, os profissionais depararam-se com o termo doação de cadeira de rodas pelo público e outros colegas, entretanto demonstraram esclarecimento quanto à maneira equivocada da utilização da palavra naquele contexto por outras pessoas,

pois reconhecem o respaldo do serviço como cumprimento de leis e garantia de direitos da população:

“[...]a pessoa falava em doação, eu dizia que o público não doa, ele dispensa, não existe doação, doação é uma caridade, era uma fala impregnada [...] Então, essa questão cultural também, de uma certa forma, a gente tinha que trabalhar.”(Profissional A2)

“[...]tratavam a questão como doação.. E não é uma doação porque é pago pelos impostos das pessoas.”(Profissional L6)

Entretanto, sabe-se que mesmo na atualidade muitas pessoas com deficiência dependem de doações para adquirir a sua cadeira de rodas. É o que Toro (2016) constata em seus estudos, onde a maioria dos usuários de cadeira de rodas em todo o mundo depende de organizações não governamentais, organizações de caridade e outras organizações internacionais para acessar cadeiras de rodas. Até mesmo no Estado de São Paulo, existem cidades investigadas no estudo de Caro (2014) que apresentam uma cultura caritativa com o fornecimento de TA a população, recorrendo a empréstimos realizados por intermédio do Serviço Social e a assistência por meio de instituições filantrópicas como a AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente), o que perpetua o caráter assistencialista em relação à pessoa com deficiência e impede o progresso e fortalecimento dos seus direitos.

A legislação em apoio ao acesso a cadeira de rodas é diversa (Apêndice C), há de se destacar que os profissionais entrevistados possuem um conhecimento considerável. O que os qualifica ainda mais em seu campo de atuação e rompimento de antigos paradigmas.

“A lei 8080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre direito fundamental do ser humano ter acesso aos bens e serviços essenciais. Portaria 1272 de 25 de junho de 2013 que inclui os procedimentos de cadeira de rodas e adaptação postural em cadeira de rodas na tabela de procedimentos, junto com órteses e próteses. Portaria 480 de 23 de março de 2016.”(Profissional E1)

“Eu acho que foi um período de conquistas de direitos mesmo das pessoas com deficiência pela convenção e depois a Lei Brasileira de Inclusão[...]O que eu sei são as portarias sobre a acessibilidade, da obrigatoriedade do Estado de cumprir, né? tanto de prédios como também na entrega de equipamentos.”(Profissional O3)

“Sei da tabela SUS, a própria legislação da LBI que garante a dispensação [...]a política nacional, acho que é de saúde da pessoa com deficiência, o Viver sem limite”(Profissional B5)

6 CONCLUSÃO: EM DIREÇÃO A UMA FORMA DE DISPENSAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE MAIS JUSTA

O trabalho de compreender para melhorar um serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade em uma instituição pública de saúde de uma cidade brasileira muito complexa como o Rio de Janeiro, embute a necessidade de um estudo aprofundado e diversificado sobre diversos segmentos que circundam este serviço, o que inclui questões históricas, políticas, sociais e tecnológicas.

A relação da pessoa com deficiência com a sua cadeira de rodas e participação na comunidade sofreu diversas transformações ao longo do tempo, saindo de uma visão excludente, fracassada e incapaz, para o reconhecimento de que a cadeira de rodas é um instrumento de luta por igualdade, identidade e independência. Pode ser percebida como uma TA em constante evolução e necessária para a humanidade, sendo uma possibilidade do indivíduo para estender o seu corpo, suas expressões e emoções.

Desde o final da década de 70 as pessoas com deficiência vêm se articulando expressivamente para ter voz, espaço e direitos reconhecidos na sociedade brasileira. Pode-se considerar a constituição federal e a regulamentação SUS como as primeiras leis que impulsionaram o surgimento das políticas, decretos, regulamentos e instrutivos em apoio ao cuidado e fortalecimento da pessoa com deficiência.

O CMROC com os seus mais de 90 anos de existência, foi fundado como uma instituição caritativa com foco na saúde da criança escolar, e hoje é um CER diante da rede de cuidados à pessoa com deficiência e que conforme a lei, fornece equipamentos de mobilidade a população pelo SUS. Em seu processo de aprimoramentos e transformações, identificou-se que a sociedade teve acesso aos equipamentos de mobilidade em 3 configurações distintas:

- A primeira forma de dispensação era pouco técnica, com dois modelos de cadeira de rodas, tinha como principal critério de elegibilidade a baixa renda do indivíduo e era popularmente chamada de doação;
- A segunda forma já passou a incluir uma avaliação de uma equipe especializada na área, introdução do sistema de compras por licitação, oferecia mais opções de cadeira de rodas e o paciente solicitava o serviço por meio de inscrição na própria unidade;

- A terceira forma (a atual) mantém semelhanças com a anterior, exceto a substituição da inscrição presencial pela utilização do software SISREG na regulação das inscrições e atendimentos.

Cabe ressaltar que todas as formas de dispensação de equipamentos apresentam questões positivas para a sua época e outras que necessitam ser melhoradas para ampliar o acesso da população. Não existe modelo perfeito, mas quanto mais reduzimos a distância da pessoa com restrição de mobilidade a uma cadeira de rodas, melhor será o modelo de dispensação.

Para a avaliação do atual sistema de dispensação de equipamentos de mobilidade, contou-se com a percepção dos pacientes e profissionais beneficiados. Onde seus relatos permitiram a análise e interpretação de 4 grandes temáticas para cada público que merecem ser considerados para o aprimoramento do atual serviço. Para os pacientes as 4 temáticas de discussão foram:

- 1- Características do público beneficiado onde ressalta questões da sua faixa etária, perfil clínico e funcional;
- 2- Sentimentos presentes com o uso da cadeira de rodas pelos pacientes e familiares, que destacam questões de independência e acessibilidade, além da satisfação com o atendimento profissional;
- 3- Apoio da TIC com impressões positivas dos pacientes sobre o acesso a instituição pela regulação do software SISREG, mas com ressalvas para a importância da divulgação;
- 4- Legislação para pessoa com deficiência, onde há um desconhecimento por parte dos pacientes.

Já com os profissionais, as 4 temáticas de discussão foram:

- 1- Atuação e contribuições dos profissionais envolvidos, que destaca as mudanças positivas implementadas após a entrada de terapeutas ocupacionais no setor com qualificação, treinamento, aprimoramento da cadeira de rodas e consideração do contexto do indivíduo;
- 2- Aspectos ausentes nas dispensações de cadeira de rodas, como número reduzido de profissionais e ausência de oficinas para ajustes e reparos do equipamento, que se tornam destaques fundamentais a serem considerados na visão dos profissionais para a melhoria do serviço;
- 3- Licitação e participação do profissional, onde são apresentadas críticas do modelo atual que apresenta falhas ao não contemplar todos os usuários que

buscam o serviço, contrapondo com modelos semelhantes e mais integrados a população;

4- Legislações, onde os profissionais apresentam o reconhecimento das leis importantes que apoiam ou apoiaram a sua atuação na dispensação de cadeira de rodas.

É inegável que o CMROC se desenvolveu ao longo do tempo e apresentou mudanças significativas em seu funcionamento, afinal no desenvolvimento social, observa-se o aperfeiçoamento das leis, mudança de quadro profissional, evolução da medicina, reformulação de paradigmas e a tecnologia cada vez mais próxima da vida humana. O que se vive hoje é o resultado de uma série de mudanças e tentativas de melhorar o serviço, mas é necessário que essas mudanças continuem, e que sejam respaldadas em materiais normativos e científicos para uma adequada destinação de recursos considerando a aproximação do serviço a realidades da população.

Não devemos esquecer que a instituição tem forte potencial para se manter como referência em CER para o município do Rio de Janeiro a nível local e também para vir a tornar-se referência na rede de saúde nacional, coadunando com as recomendações mundiais amplamente divulgadas por órgãos articuladores como a OMS, ONU, UNICEF que fortalecem serviços para cadeira de rodas essenciais, eficazes, seguras e sustentáveis, alinhadas a pautas da inclusão e direitos humanos.

Cabe ressaltar que durante a realização desta pesquisa, identificou-se a necessidade de aprofundamentos em outras áreas, pois enriquecem a temática estudada, porém não foi possível realiza-la diante da metodologia e objetivos escolhidos, entretanto pode-se aqui pontuar que devem ser considerados em trabalhos futuros, como a origem dos equipamentos de mobilidade no Brasil partindo do olhar de seus produtores locais e industriais, as características regionais influentes, como cultura e renda da população, hábitos e crenças, meio ambiente, disponibilidade de matéria bruta, disponibilidade de tecnologia de baixo a alto custo. Tudo isso molda a formação de uma população e sociedade.

Espera-se que com essa apresentação sistemática e contextualizada do serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade no Rio de Janeiro, focando no CMROC com os apontamentos de seu funcionamento e aspectos a serem melhorados, se possa contribuir para o aprimoramento constante do serviço e garanta cada vez mais o acesso da população com deficiência ao seu equipamento de mobilidade.

Deve ser promovido um esforço de divulgação para que este estudo também sirva de apoio para gestores em suas tomadas de decisões, profissionais da saúde, da assistência, da administração, da área jurídica, assim como professores e alunos do segmento. Além disso, este trabalho tem um grande potencial para guiar as próprias pessoas com deficiência e seus familiares, no sentido de garantir o seu empoderamento e embasamento na busca pelo reconhecimento dos seus direitos e inclusão.

REFERÊNCIAS

ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação. **A ABBR: Histórico**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://abbr.org.br/>. Acesso em: 10 agosto. 2024.

ALMEIDA, L. G. R. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Rio de Janeiro**. 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ALMEIDA, S. M. V. T et al. **Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência**. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: 2024. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/diretrizes_reabilitacao_deficiencia_jan24.pdf > Acesso em: 07 jul. 2024.

ATSCALE- Global Partnership for Assistive Technology 2022. Disponível em: <https://atscalepartnership.org/> Acesso em: 28 jun. 2024.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1ª Ed. São Paulo: Edições 70, 2016

BENDER, J. N. et al. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciênc. saúde coletiva** 29 (1) • Jan 2024.

BEST K. L; MILLER W. C; ROUTHIER F. A description of manual wheelchair skills training curriculum in entry-to-practice occupational and physical therapy programs in Canada. **Disabil Rehabil Assist Technol**.10(5):401-6. 2015.

BRANOWSKI, B. ; SYDOR, M. Wheelchairs – stagnation, evolution or revolution in development. **Ergonomics For The Disabled**. Lodz University of Technology. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm > Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989**. Brasília: 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20apoio%20C3%A0s,P%C3%ABblico%2C%20define%20crimes%2C%20e%20d%C3%A1 >. Acesso em: 04 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm > Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria NS/SAS 116, de 9 de setembro de 1993**. Brasília: 1993 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 388, de 28 de julho de 1999**. Brasília: 1999 Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0388_28_07_1999.html#:~:text=Art.,garantia%20para%20o%20material%20fornecido. Acesso em: 08 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 818, de 05 de Junho de 2001**. Brasília: 2001a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html>. Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 185, de 5 de junho de 2001**. Brasília: 2001b. Disponível em: <https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1099/file/NAT/Reabilita%C3%A7%C3%A3o/Portaria_185_de_05_06_2001%20ortes%20e%20protese.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Brasília: 2004. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 04 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.904, de 21 de setembro de 2006**. Brasília: 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/decreto/d5904.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%205.904%2C%20DE%201,guia%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.>. Acesso em: 04 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias nº 321, de 08 de fevereiro de 2007**. Brasília: 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007.html> Acesso em: 05 ago. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto Legislativo nº 186, de 2008**. Brasília: 2008. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm>. Acesso em: 04 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 6.949, De 25 De Agosto De 2009**. Brasília: 2009. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm> Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 661, de 02 de dezembro de 2010**. Brasília: 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0661_02_12_2010.html>. Acesso em: 29 .set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/viversem limite/plano-nacional-dosdireitos-da-pessoa-com-deficiencia>>. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Brasília: 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> Acesso em: 04 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.357, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2013**. Brasília: 2013a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1357_02_12_2013.html> Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.272, de 25 de junho de 2013**. Brasília: 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1272_25_06_2013.html>. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.723, de 9 de dezembro de 2014**. Brasília: 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2723_09_12_2014_rep.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.723%2C%20DE%209,do%20Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.> Acesso em: 05 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015**. Brasília: 2015. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm> Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017**. Brasília: 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVI> Acesso em: 06 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção**. Brasília: 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_manutencao_orteses_protetes_auxiliares_locomocao.pdf. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual**. Brasília: 2020. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzQ4NTE%2C>> Acesso em: 27 junho 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023**. Brasília: 2023a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20232026/2023/decreto/d11793.htm>. Acesso em: 04 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Brasília: 2023b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html> Acesso em: 04 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços Habilitados em Todo Território Nacional: Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas**. 2023c. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/cer.>> Acesso em: 10 ago. 2024.

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, 2014.

CARO, C. C.; CRUZ, D. M. C. Treinamento de habilidades com cadeiras de rodas manuais: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 661-681, 2020.

CARLSON, T. et al. The Birth of the Brain-Controlled Wheelchair. J International Conference on Intelligent Robots and Systems. **Vilamoura**, Algarve, Portugal, pp. 5444-5445. 2012.

CMROC -Centro Municipal De Reabilitação Oscar Clark. **Quem somos**. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <<https://cmroscarclark.blogspot.com/>>. Acesso em: 6 jan. 2024.

CMROC –Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark. **Preparo para realização do procedimento**. 2024a. Disponível em:<https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index>. Acesso em: 10 agosto. 2024.

CMROC –Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark. **Consulta de agenda profissional**. 2024b. Disponível em:<https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index>. Acesso em: 10 agosto. 2024.

COFFITO.Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução Nº 458, De 20 De Novembro De 2015**. Brasília: 2015.Disponível em:<<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3221>> Acesso em: 29 .set. 2024.

COORDENAÇÃO DE REABILITAÇÃO- Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. **Termo de referência processo 09/002.712/2020**. 2020. Documento interno. Acesso em: 28 jun. 2022.

COORDENAÇÃO DE REABILITAÇÃO. **Rede de Cuidados da pessoa com deficiência-RCPD**. 2021. Apresentação do Power Point. Acesso em: 28 jun. 2023.

FIGUEIRA, E. **As Pessoas Com Deficiência na História do Brasil: Uma trajetória de silêncio e gritos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2021.

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, 2013.

GARCIA, V. **Cadeira de rodas e sua evolução histórica**. 2012. Disponível em: <<https://www.deficienteciente.com.br/cadeira-de-rodas-e-sua-evolucao-historica.html>>. Acesso em: 20 jan. 2024.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B. et al. Cadernos de reabilitação. Da clínica escolar ao centro de reabilitação: Descrevendo práticas e reflexões. Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark. SMS. Ano 1, nº1 ,v.1 Rio de Janeiro, Nov., 2008.

GOLDBERG, et al. Wheelchair service provision content in professional rehabilitation organisations' standards documents and contemporary initiatives: a rapid review. **Disabil Rehabil Assist Technol**. Jan;19(1):78-89. 2024.

GRAÇA, M. C. Q. **O programa de dispensação de cadeira de rodas: Fortalecendo e qualificando uma realidade na cidade do Rio de Janeiro**. Ano 1, nº1, Rio de Janeiro: SMS, 2008.

HUMMEL, R. T. **Relato autobiográfico**. 1. Ed. Barão. 2009. 25p.

IEZZONI, L. et al. Mobility difficulties are not only a problem of old age. **J Gen Intern Med.**;16(4):235–43. 2001.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pessoas com deficiência : 2022 / IBGE**, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

JÚNIOR, M. C. M. L. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil**. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. 443p.

JUSTO, C. et al. **Relatório de Gestão dos anos de 2017 a 2020**. Rio de Janeiro : SMS, 2020.

MEI, A. E. et al. Integralidade nos processos de dispensação de cadeiras de rodas: estudo de caso de um centro de referência em reabilitação. **Rev. gest. sist. saúde**, São Paulo, 9(1), 52-70. 2020.

MOBILITY. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.mobilitybrasil.com.br/cadeira-de-rodas-veypr-sub4-de-fibra-de-carbono-rgk>. Acesso em: 27 jul. 2024.

OMS. CIF. **International classification of functioning, disability and health (ICF)**. Geneva: World Health Organization; 2001 Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>. Acesso em: 28 jun. 2024.

OMS. **Diretrizes sobre o fornecimento de cadeiras de rodas manuais em locais com menos recursos**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43960/9789241547482_por.pdf?sequence=38. Acesso em: 07 jul. 2024.

OMS. **Priority Assistive Products List (APL)**. Geneva: World Health Organization; 2016 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/priority-assistive-products-list>. Acesso em: 28 jun. 2024.

OMS. **Wheelchair Service Training of Trainers package**. Geneva: World Health Organization; 2017 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512398>. Acesso em: 06 jul. 2023.

OMS. **Resolution WHA71.8. Improving access to assistive technology**. In: Seventy-first World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R8-en.pdf. Acesso em: 06 jul. 2023.

OMS. **Assistive product specifications and how to use them**. Geneva: World Health Organization; 2021 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020283>. Acesso em: 28 jun. 2024.

OMS. UNICEF. **Relatório global sobre tecnologia assistiva**. Geneva: OMS, 2022, Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/354357> Acesso em: 06 jul. 2023.

OMS. **Wheelchair provision guidelines**. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074521>. Acesso em: 07 jul. 2024.

ONU. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)**. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2006 Disponível em: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2023.

ONU. **The Sustainable development goals report**. New York. 2016. Disponível em: <https://mdgs.un.org/sdgs/report/2016/The%20Sustainable%20Development%20Goals%20Report%202016.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2024.

ONU.**Flagship Report on Disability and Development**. United Nations New York; 2018. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/10/UN-flagship-report-on-disability-and-development.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2024.

ORTOBRAS. **Nossa História**. Barão:RS. 2013. Disponível em: <https://ortobras.com.br/nossa-historia>. Acesso em: 4 ago. 2024.

PREFEITURA RIO- Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.**Primeira-dama Sylvia Jane Crivella é madrinha de campanha para doação de cadeira de rodas**. 2017. Disponível em:<<https://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=6821737>> Acesso em: 27 Jun 2024.

PREFEITURA RIO-Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.**Prefeitura e Abrace o Rio se mobilizam em apoio a projeto que troca tampinhas por cadeiras de rodas**. 2019. Disponível em:<<https://prefeitura.rio/categoria/rio-acontece/>> Acesso em: 27 Jun 2024.

PAGUINTO, S. G. et al. "It's not just the wheelchair, it's everything else": Australian parents' perspectives of wheelchair prescription for children with neuromuscular disorders. **Disabil Rehabil**. Dec;42(24):3457-3466. doi: 10.1080/09638288.2019.1595749. 2019.

ROUSSEAU-HARRISON, K. et al. Impact of wheelchair acquisition on social participation, **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, 4:5, 344-352. 2009.

SAKAKIBARA B. M. et al. Wheelchair skills training to improve confidence with using a manual wheelchair among older adults: a pilot study. **Arch Phys Med Rehabil**. Jun;94(6):1031-7. 2013.

SASSAKI, R. K. Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão – Parte 1. **Revista Nacional de Reabilitação**, ano X, n. 57, p. 8-16. 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Nota técnica nº 001: Dispensação de Tecnologia Assistiva pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para pessoas com Deficiência**. Rio de Janeiro : SMS, 2018.

SAMUELSSON, K.; WRESSLE, E. User satisfaction with mobility assistive devices: an important element in the rehabilitation process. **Disabil Rehabil**.;30(7):551-8. 2008.

SILVA, H. M. **A higiene escolar além das palavras: Oscar Clark e o tratamento médico escolar**. 2017. 1 recurso online (312 p.) Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP.2017 Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1631719>. Acesso em: 26 mai. 2024.

SILVA , A. C.C.; OLIVER, F. C. Pessoas com deficiência no caminho da democracia participativa. **Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos**, v. 27, n. 2, p. 279-292, 2019.

SISREG –Sistema de Regulação. **Página principal**. 2023. Disponível em:https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 10 agosto. 2024.

SNDDPD – Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Novo Viver sem Limite**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2024. Disponível em: <https://novoviversem limite.mdh.gov.br/>. Acesso em: 27 jul. 2024.

TEFFT D, et al. Cognitive predictors of young children's readiness for powered mobility. **Dev Med Child Neurol** ;41(10):665–70. 1999.

TREMBLAY, M. Going Back to Civvy Street: A historical account of the impact of the Everest and Jennings wheelchair for Canadian World War II veterans with spinal cord injury. **Disability & Society**, 11(2), 149–170. 1996.

TORO, M. L.; EKE, C.; PEARLMAN J. The impact of the World Health Organization 8-steps in wheelchair service provision in wheelchair users in a less resourced setting: a cohort study in Indonesia. **BMC Health Serv Res**. 22;16:26. 2016.

VISAGIE S. et al. Is any wheelchair better than no wheelchair? A Zimbabwean perspective. **Afr J Disabil**. Nov 20;4(1):201. 2015 .

WERNER, D. Nothing About Us Without Us: Developing Innovative Technologies For, By, and With disable person. **Healthwrights**.Jan. 350.1998.

WILSON, D. J. Braces, Wheelchairs, and Iron Lungs: The Paralyzed Body and the Machinery of Rehabilitation in the Polio Epidemics. **Journal of Medical Humanities**, Vol. 26, Nos. 2/3, Fall 2005.

WITTE, L. et al. Assistive technology provision: towards an international framework for assuring availability and accessibility of affordable high-quality assistive technology. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, 13(5), 467–472. 2018.

WOLFSON, P. L. Enwheeled: Two centuries of wheelchair design, from furniture to film. Cooper-Hewitt, National Design Museum, and Parsons The New School for Design. 2014.

WOODS, B.; WATSON, N. A Short History of Powered Wheelchairs. **Assistive Technology**, v. 15, n. 2, p. 164–180, 31 dez. 2003.

WRESSLE, E., SAMUELSSON, K. User Satisfaction with Mobility Assistive Devices. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, 11(3), 143–150. 2004.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO DO PACIENTE

Data: ____/____/____

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DO PACIENTE**1. SUJEITO ENTREVISTADO**

Paciente beneficiado

Familiar responsável legal

2. Qual a sua idade?

3. Qual o seu diagnóstico?

4. Há quando tempo faz uso dos equipamentos de mobilidade?

5. Há quando tempo é beneficiado pelo serviço de dispensação de mobilidade oferecido no CMROC?

6. Antes do CMROC ofertar o serviço, como era o seu acesso ao equipamento de mobilidade?

7. Em caso de paciente contemplado pelo serviço mais de uma vez: Como foi a sua forma de acesso da primeira vez?

8. Como foi a sua forma de acesso ao serviço atualmente?

9. Você consegue identificar as principais mudanças da primeira vez para atualmente?

10. Quais os fatores positivos e negativos do serviço atualmente?

11. Está satisfeito com a forma atual de dispensação de equipamentos? Caso não, porque?

12. Você tem alguma sugestão de melhoria do serviço?

13. Você tem conhecimento sobre a legislação que apoia este serviço? Em caso de afirmativo, quais?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO DO PROFISSIONAL

Data: ____/____/____

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DO PROFISSIONAL**1. CATEGORIA DO ENTREVISTADO**

- () Profissional do serviço público ativo
- () Profissional do serviço público aposentado
- () Outros _____

2. O que existia antes do serviço de dispensação de equipamentos de mobilidade no município do Rio de Janeiro para suprir as demandas de mobilidade dos pacientes da unidade?

3. Em que momento você teve contato com o serviço de dispensação de equipamentos no município do Rio de Janeiro?

4. Houve algum fator social determinante para a implantação do serviço de dispensação de equipamentos no município do Rio de Janeiro?

5. Como você descreve o funcionamento do serviço de dispensação nesta época?

6. Quais os fatores positivos nesta época?

7. Quais os fatores negativos nesta época?

8. Como era o fluxo de acesso dos pacientes aos equipamentos nesta época?

9. Quais os setores e profissionais envolvidos nesta época?

10. Como você descreve o funcionamento do serviço de dispensação atualmente?

11. Quais os fatores positivos?

12. Quais os fatores negativos?

13. Como é o atual fluxo de acesso dos pacientes aos equipamentos?

14. Quais os setores e profissionais envolvidos?

15. Quais as principais mudanças comparando o período de criação do serviço ao atual?

16. O que você sugere melhorar o serviço de dispensação de equipamentos?

17. Você tem conhecimento sobre a legislação que apoia este serviço? Em caso de afirmativo, quais?

18. Quais pessoas ou setores no sistema de dispensação de equipamentos que você poderia indicar para aprofundar esta pesquisa?

APÊNDICE C – QUADRO 1: PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS EM APOIO AO ACESSO A EQUIPAMENTOS DE MOBILIDADE

Quadro 1- Principais legislações brasileiras em apoio ao acesso a cadeira de rodas

ANO	LEGISLAÇÃO	DESCRIÇÃO
1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	Ressalta que é de competência comum da união, dos estados, do distrito federal e dos municípios cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência.
1990	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
1993	Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993	Determina incluir no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do anexo único.
1999	Portaria nº 388, de 28 de julho de 1999	Estabelece que a empresa de Ortopédica Técnica, fornecedora de Órtese e Prótese Ambulatorial, deverá, mediante instrumento próprio, oferecer garantia para o material fornecido
2001	Portaria nº 818, de 05 de junho de 2001	Determina criar, na forma do disposto nesta portaria, mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física.
2001	Portaria nº 185, de 05 de junho de 2001	Determina que para a dispensação ambulatorial de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, as unidades deverão seguir as normas constantes da portaria.
2004	Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004	Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
2007	Portaria 321, de 8 de fevereiro de 2007	Institui a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS.
2008	Decreto legislativo nº 186, de 2008	Aprova o texto da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e de seu protocolo facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.
2009	Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

2010	Portaria nº 661, de 02 de dezembro de 2010	Reconhece a competência dos profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais na prescrição de órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico.
2011	Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência -Plano Viver Sem Limite.
2012	Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012	Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde.
2013	Portaria 1.272, de 25 de junho de 2013	Inclui procedimentos de cadeiras de rodas e adaptação postural em cadeira de rodas na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde.
2013	Portaria nº 1.357, de 2 de dezembro de 2013	Habilita Centros Especializados em Reabilitação (CER).
2014	Portaria nº 2.723, de 9 de dezembro de 2014	Inclui os procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais (OPM) do sistema único de saúde.
2015	Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
2015	Resolução nº 458, de 20 de novembro de 2015	Dispõe sobre o uso da Tecnologia Assistiva pelo terapeuta ocupacional e dá outras providências.
2017	Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do anexo VI;
2020	Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual	Tem por objetivo nortear a implementação e implantação de serviços de reabilitação, bem como, o cuidado às pessoas com deficiência
2023	Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023	Altera as portarias de consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2023	Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver Sem Limite.

Fonte: Elaboração própria