

A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo

Camila Caminha Caro^a, Paloma Soares Pereira Faria^b, Tatiana Barbieri Bombarda^b,
Iracema Serrat Vergotti Ferrigno^b, Marina Silveira Palhares^a

^aPrograma de Pós-graduação em Terapia Ocupacional – PPGTO,
Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil
^bUniversidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil

Resumo: Objetivo: Identificar o processo de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (doravante, OPM) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região (DRSIII) do Estado de São Paulo e, também, realizar um mapeamento dos serviços de reabilitação física existentes nessa região e *posteriori* correlação dos dados com as leis vigentes. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal exploratório, de abordagem qualitativa, no qual os sujeitos participantes da pesquisa foram os principais profissionais atuantes no processo de dispensação de OPM ou responsáveis pelo fluxo de aquisição destas nas cidades. Enquanto instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, elaborado pelas próprias pesquisadoras, que envolve questões direcionadas para a identificação dos centros de reabilitação física nos municípios, composição da equipe envolvida, fornecimento de tecnologia assistiva por meio do SUS, tempo para recebimento e existência de lista de espera. **Resultados e discussão:** Os dados obtidos foram mensurados estatisticamente, categorizados e descritos, sendo correlacionados com as legislações vigentes voltadas à garantia e acesso à tecnologia assistiva. Observou-se que a prática em torno desse recurso no referido DRS concentra-se em um único polo assistencial, causando longo tempo de espera e pouca efetividade dos serviços prestados, além de ainda manter um caráter assistencialista. **Conclusão:** O presente trabalho trouxe indícios de que, embora o direito de acesso à tecnologia assistiva seja garantido legalmente, ainda existem muitas dificuldades e desafios em torno dessa prática.

Palavras-chave: *Tecnologia Assistiva, Legislação, Reabilitação, Pessoas com Deficiência.*

Orthotics, prosthesis and mobility aids (OPM) dispensation in the Regional Health Department of the 3RD Region of Sao Paulo State

Abstract: Objective: To identify the process of dispensation of orthotics, prostheses and mobility aids (OPM) by the Unified Health System (SUS) in the Regional Health Department of the 3rd Region (DRSIII) of Sao Paulo state; perform a mapping of the existing physical rehabilitation services in that region; and subsequently correlate the data with applicable laws. **Methodology:** This is an exploratory cross-sectional qualitative study whose subjects were the main professionals involved in the process of OPM dispensation, or responsible for their acquisition flow in the cities of that region. Data collection was carried out through a semi-structured questionnaire, developed by the researchers themselves, composed of questions aiming to identify the physical rehabilitation centers in the towns, the staff members involved, the provision of assistive technology through SUS, delivery time and existence of waiting lists. **Results and discussion:** The data were statistically measured, categorized, described and correlated with the current legislation aimed to guarantee access to assistive technology. We observed that the practice around

this resource in the 3rd region concentrates in a single care center, causing long waits and poor efficiency of the services provided, in addition to maintaining a paternalistic aspect. **Conclusion:** This study provides evidence that, although the right to access to assistive technology is legally guaranteed, there are still many difficulties and challenges around this practice.

Keywords: *Self-help Devices, Legislation, Rehabilitation, Disabled Persons.*

1 Introdução

Anteriormente a 1988, o modelo assistencial em saúde no Brasil era responsabilidade de vários ministérios, separando a população em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social, os trabalhadores com carteira assinada; e os que não possuíam direito algum (BRASIL, 2013a).

Com a promulgação da nova Constituição Federal, em 1988, foi determinado enquanto dever do Estado a garantia de saúde a toda a população. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu a descentralização da gestão, em que a administração deixa de ser exclusiva do Poder Executivo Federal, passando a ser também gerenciada por estados e municípios. Nesse contexto, a oferta assistencial é garantida a todo cidadão, bem como abrangente aos três níveis: primário (prevenção), secundário (tratamento) e terciário (reabilitação) (BRASIL, 1988).

Em 1990, o funcionamento do SUS foi determinado através da aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde, sendo estabelecidos os seus princípios: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização. Dentre os avanços obtidos, destaca-se a descentralização, que propõe a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais, visando que os indivíduos sejam tratados nas suas cidades de origem e evitem grandes deslocamentos ao realizarem tratamentos de saúde (BRASIL, 1990).

A criação do SUS propiciou avanços significativos no tocante à atenção à saúde da população, garantindo melhorias correlacionadas ao acesso e tratamento. Nesse contexto estão incluídos também ganhos significativos em relação às pessoas com deficiência.

A atenção à saúde dos indivíduos com deficiência foi assegurada constitucionalmente pela existência de normas, como o artigo 23, inciso II da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que determina como competência comum dos entes federados – União, Estados Membros, Distrito Federal e Municípios – cuidar da saúde e assistência

pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; bem como pelo artigo 25 do Decreto n. 6949, de 25 de agosto de 2009¹, que reitera o direito da pessoa com deficiência à saúde e ao acesso a todos os bens e serviços da saúde, sem discriminação. Dispõe no seu artigo 25:

Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. (BRASIL, 1988, 2009a).

O Estado também assegura o direito aos deficientes físicos de acesso específico aos serviços de saúde, reabilitação e integração ou reintegração social; conforme disposto na Lei Estadual n. 9938, de 17 de abril de 1998, a qual dispõe sobre os direitos da pessoa com deficiência. De acordo com o artigo 4º dessa lei, o direito à reabilitação compreende o provimento de ações terapêuticas em favor do sujeito com deficiência, bem como o financiamento para a aquisição de dispositivos de uso pessoal que permitam a correção, diminuição e superação de suas limitações, através de programas próprios do estado e municípios (SÃO PAULO, 1998).

Desde 9 de setembro de 1993, a Portaria MS/SAS 116 inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIASUS a concessão de órteses e próteses e materiais especiais, bem como a adaptação e treinamento do paciente, realizada por unidades públicas de saúde designadas pelas Comissões Intergestores Bipartite, cabendo ao gestor estadual/municipal, em conformidade com o Ministério da Saúde, definir critérios e estabelecer fluxos para essa dispensação (BRASIL, 1993a).

Em complementaridade à lei anterior, a Portaria MS/SAS 146, de 14 de outubro de 1993, estabelece diretrizes gerais para a concessão de órteses e próteses pela assistência ambulatorial, ficando sob a responsabilidade das secretarias estaduais e municipais a definição de critérios e fluxos para a dispensação, bem como a coordenação, a supervisão, a avaliação e o controle (BRASIL, 1993b).

Atualmente o termo utilizado para a distribuição de OPM é “dispensação”, que foi adotado, conforme

verifica-se em outras normas, pela Portaria do Ministério da Saúde n. 818, de 5 de junho de 2001, que criou mecanismos para implementação e organização de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (BRASIL, 2001).

Os recursos de tecnologia assistiva de reabilitação física disponibilizados pelo SUS foram publicados na Portaria n. 2848/GM/MS, de 6 de novembro de 2007, na tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, e incluem: próteses (membros superiores e membros inferiores); órteses (membros superiores, membros inferiores, coletes, colar, suspensório); cadeiras de rodas/carrinhos (adulto/infantil); cadeiras de banho; calçados (anatômicos, ortopédicos, submetidas, para pés diabéticos, etc.); muletas; bengalas; andadores; palmilhas; substituição/troca de espuma, meia e luva e outros componentes de próteses (BRASIL, 2007).

Em 17 de novembro de 2011, através do Decreto n. 7612, o governo federal corroborou o seu compromisso com a Convenção da ONU, lançando o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, que prevê um investimento total no valor de R\$ 7,6 bilhões até 2014. Dentre as diversas ações planejadas, prevê-se a ampliação das redes de produção e acesso à OPM, através da facilitação no acesso e criação de oficinas ortopédicas e aumento da oferta das mesmas. Complementarmente, também objetiva-se apoiar programas de inovação em tecnologia e aquisição de tecnologia assistiva, propiciando o incentivo à pesquisa e desenvolvimento de novos produtos (BRASIL, 2011).

Para isso a Portaria GM/MS n. 2109 de 21 de setembro de 2012 estabelece recurso no valor de R\$ 24.555.240,52, a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para as despesas previstas com dispensação de OPM (BRASIL, 2012).

Através desse plano, em 2013, o Ministério da Saúde já promoveu a revisão da tabela dos dispositivos oferecidos pelo SUS e iniciou a ampliação da mesma com a inclusão de novos procedimentos. Novas portarias preveem dispensação de cadeira de rodas motorizada², cadeira de rodas tipo monobloco e de cadeira de rodas para pessoas com mais de 90 kg³, adaptação postural em cadeiras de rodas⁴, cadeira de rodas para banho em concha infantil, cadeira de rodas para banho com encosto reclinável e cadeira de rodas para banho com aro de propulsão⁵ (BRASIL, 2013b).

A revisão das tabelas é necessária e exige um olhar permanente para atualizações, visto a necessidade de adequações na relação entre as demandas existentes e os recursos de tecnologia assistiva disponíveis para efetivamente garantir o direito constitucional da pessoa com deficiência.

A prescrição e dispensação dos procedimentos deverão ser feitas por profissionais capacitados, que verificarão a indicação segura e necessária para prescrição dos materiais. Tais circunstâncias ainda ficam condicionadas ao preenchimento e emissão de laudo com justificativa, conforme normas para prescrição estabelecidas, e à autorização prévia pelo gestor do Distrito Federal, Estadual ou Municipal, o qual também deverá considerar a justificativa apresentada na prescrição (BRASIL, 2013b).

Considerando as leis vigentes supracitadas, pode-se afirmar que a tecnologia assistiva apresenta-se constitucionalmente como um direito do cidadão, sendo o foco principal deste trabalho.

1.1 Definições de Tecnologia Assistiva e breve histórico

No Brasil, tais recursos, assegurados por leis, são referidos por diversos termos, como: Tecnologia Assistiva (EUA), Tecnologia de Assistência (CIF/OMS) e Ajudas Técnicas (Ministério da Saúde). O primeiro refere-se à tecnologia assistiva como uma ciência que engloba uma série de equipamentos, serviços, estratégias e práticas a fim de reduzir o problema das pessoas com deficiência. O segundo termo traz como definição: qualquer produto, equipamento, instrumento ou tecnologia adaptada ou projetada para melhorar a funcionalidade de uma pessoa incapacitada. O último refere-se a elementos que permitem compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais com o objetivo de superação das barreiras da comunicação e da mobilidade (ROCHA; CASTIGLIONI, 2005).

Adotamos como referencial para esse trabalho o termo tecnologia assistiva, bem como sua definição aprovada pelo Comitê de Ajudas Técnicas (CAT), em 2007, visando uma unificação das pesquisas e trabalhos nesse campo, considerado uma:

[...] área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social. (BRASIL, 2009b, p. 9).

Considera-se uma tecnologia assistiva quando esta é utilizada para auxiliar no desempenho funcional de atividades, minimizando incapacidades nos diversos domínios cotidianos, tanto nas atividades de vida diária quanto de vida prática de três grupos de indivíduos com necessidades especiais: idosos, pessoas com deficiência e pessoas com doenças crônicas (MELLO, 1997, 2008).

Rocha e Castiglioni (2005) apontam que a tecnologia assistiva é um fenômeno multidimensional que envolve aspectos mecânicos, biomecânicos, ergonômicos, funcionais, cinesiológicos, éticos, estéticos, políticos, afetivos e subjetivos. Os autores também expressam que tais recursos envolvem duas dimensões: o objeto – equipamento ou instrumento – chamado de tecnologia concreta e o conhecimento requerido no processo de avaliação, criação, escolha e prescrição, conhecido como tecnologia teórica.

As áreas de aplicação são: adaptações para atividades de vida diária, sistemas de comunicação alternativa, dispositivos para a utilização de computadores, unidades de controle ambiental, adaptações estruturais em ambientes domésticos, profissionais ou público, adequação da postura sentada, adaptações para déficits visuais e auditivos, equipamento para mobilidade e adaptações em veículos. (ROCHA; CASTIGLIONI, 2005).

O avanço das tecnologias tem permitido melhorias na qualidade de vida de indivíduos que em algum momento de suas vidas sofreram alterações em seu curso de desenvolvimento. A proposta da utilização desse recurso envolve a superação de barreiras a fim de que os sujeitos possam desempenhar suas atividades sentindo-se inseridos ativamente na vida cotidiana (CRUZ, 2011).

O uso de tais tecnologias, associado ao desenvolvimento da assistência à pessoa com deficiência e à atuação de diferentes profissionais, contempla atualmente um modelo de política de saúde que enfoca não somente estruturas e funções corporais, mas também a importância da participação e do desempenho de atividades, assim como fatores pessoais e ambientais para a condição de saúde plena, tal qual preconiza a Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF (CRUZ, 2012).

Para tanto, é possível afirmar que a tecnologia assistiva também emerge enquanto resultado de décadas de luta através de uma série de movimentos políticos e sociais mundiais, nos quais as pessoas com deficiência foram os grandes atores (ibidem).

Nas últimas duas décadas, a pesquisa, o desenvolvimento e a construção de práticas

acerca da tecnologia assistiva vêm aumentando consideravelmente (CRUZ, 2012). Apesar desses indicativos, ainda são escassos os trabalhos voltados à investigação do acesso das pessoas com deficiência física aos dispositivos de tecnologia assistiva por meio do SUS, bem como pesquisas voltadas à compreensão do processo de prescrição, treino e acompanhamento desses dispositivos.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo a identificação de dispensação de tecnologia assistiva no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região (DRSIII) do Estado de São Paulo, em que se mapearam os serviços de reabilitação física existentes, realizando enfoque maior na oferta de tecnologia assistiva e efetivando a correlação com as leis vigentes.

Considera-se que a visualização do quadro situacional de oferta de tecnologia assistiva no DRSIII permitiu identificação de parâmetros para discussões voltadas a melhorias na assistência do setor terciário, em específico acerca do fluxo de dispensação de tais recursos.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado enquanto trabalho final da disciplina “Reabilitação, Tecnologia Assistiva e Funcionalidade” inserida na grade curricular do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

A proposta foi de verificar a dispensação de tecnologia assistiva no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região (DRSIII), o qual é composto por 24 municípios, cuja somatória populacional envolve uma média de 921 mil habitantes (SÃO PAULO, 2012).

Enquanto instrumento metodológico para coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, elaborado pelas próprias pesquisadoras, envolvendo questões voltadas à identificação de centros de reabilitação física nos municípios, composição da equipe envolvida e fornecimento de tecnologia assistiva por meio do SUS. A estruturação do questionário envolveu informações como: fluxo de dispensação de dispositivos de tecnologia assistiva, tempo para recebimento e existência de lista de espera.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os principais profissionais atuantes no processo de dispensação de tecnologia assistiva ou responsáveis pelo fluxo de aquisição destas. Procedemos, então, à aplicação do questionário com um representante de cada município, totalizando 24 participantes.

Com relação aos procedimentos éticos, é importante proferir que este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e aprovado conforme parecer 204221. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) anterior à aplicação do questionário, em que se expressa a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos, a possibilidade de desistência a qualquer momento sem acarretar prejuízos aos participantes, bem como a preocupação em minimizar qualquer tipo de constrangimento aos respondentes durante sua participação.

Para a coleta de dados foram realizadas as seguintes etapas:

- Realização de contato telefônico com a Secretaria de Saúde de cada cidade pertencente ao DRSIII para explanação do trabalho e solicitação de indicação do sujeito mais qualificado a responder o questionário, sendo o critério indicativo: o responsável ou o sujeito com maior envolvimento no processo de dispensação de tecnologia assistiva. Posteriormente foi solicitado o contato do participante (nome, e-mail e telefone do local de trabalho);
- Realização de contato telefônico com o participante indicado, visando apresentação da proposta do trabalho e verificação da disponibilidade em efetivar participação;
- Aceito o convite, foi enviado por meio de endereço eletrônico ofício com esclarecimentos do estudo, o questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados obtidos foram mensurados estatisticamente, categorizados e descritos, sendo correlacionados com as legislações vigentes voltadas à garantia e acesso de tecnologia assistiva.

3 Resultados e discussão

3.1 Caracterização da amostra

Da pretensão de amostra geral, 66,7% dos participantes responderam o questionário e 33,3% não realizaram devolutiva.

Considerando os respondentes, a indicação dos sujeitos apontados pelas secretarias de Saúde enquanto pessoa mais qualificada a responder acerca do fluxo e dispensação de T.A. consistiu em: gestores de saúde (25%), chefe do setor administrativo de saúde (25%), enfermeiro (18,75%), terapeuta ocupacional (18,75%), fisioterapeuta (6,25%) e assistente social (6,25%).

Considerando as 16 cidades respondentes, analisou-se que: 81% não apresentam centro de reabilitação física conforme ilustrado na Tabela 1.

Da amostra, 13 cidades relataram inexistência de um centro de reabilitação física, mas mencionaram possuir alguns profissionais de algumas especialidades, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional (Tabela 1), que atuam com uma clientela diversa na atenção básica em saúde, incluindo as pessoas com deficiências físicas.

Dos três centros de reabilitação física informados (cidade A, B e C), apenas um fornece recursos de tecnologia assistiva, sendo que os outros dois preferiram realização de encaminhamentos. Mediante a necessidade desses recursos, 68,75% dos municípios referiram efetivá-los para a cidade A. Porém, 18,2% afirmaram dificuldades nos encaminhamentos, uma vez que os pacientes retornam ao município sem assistência. Houve também relatos de encaminhamentos para outros locais, como Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (25%) e Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) (18,75%), que não são pertencentes ao DRSIII.

A cidade A é a referência do DRSIII para reabilitação e dispensação de tecnologia assistiva. Possui uma equipe composta por médico

Tabela 1. Características do universo.

Existência de centro de reabilitação física no município	N	%
Sim	3	18,8
Não	13	81,3
Serviços oferecidos nas cidades que não possuem centro de reabilitação física	N	%
Fisioterapeuta	12	92,3
Terapeuta Ocupacional	9	69,2
Fonoaudiólogo	6	46,2
Psicólogo	6	46,2

ortopedista, técnica em enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga e terapeuta ocupacional. Em relação ao tempo de espera dos usuários para acesso aos dispositivos de tecnologia assistiva nessa cidade, foi relatada uma média de 2 anos e 6 meses.

Alguns municípios (56,25%) que não possuem centro de reabilitação e dispensação de tecnologia assistiva mencionaram oferta de alguns dispositivos auxiliares de locomoção por meio do serviço social. Os dispositivos são emprestados mediante uma avaliação de renda e adequação a um perfil socioeconômico preestabelecido. Não há uma avaliação para verificação da indicação dos dispositivos, assim como não há treinamento e acompanhamento multiprofissional especializado nessa sistematização.

3.2 Reflexões acerca das práticas de tecnologia assistiva no DRS III

Apesar das legislações vigentes, a prática com relação à tecnologia assistiva mostrou-se pouco efetiva no DRSIII, sendo descrita por um respondente como “*um vazio assistencial*”. Observou-se carência correlacionada à assistência especializada em reabilitação física, bem como a oferta de recursos de tecnologia assistiva no DRSIII, com concentração em um polo assistencial, o que ocasiona longo tempo de espera e consequentemente prejuízos funcionais aos pacientes.

Os encaminhamentos para regiões fora do DRSIII refletem dificuldades em relação à reabilitação do paciente, devido às longas viagens, desgaste físico e emocional, interferindo também na aceitação e aderência ao uso da tecnologia assistiva. Essa realidade ocasiona embate aos princípios do SUS, em específico o de regionalização e descentralização.

Os municípios encontram como alternativa para a falta de recursos de tecnologia assistiva os empréstimos realizados por intermédio do serviço social e a assistência por meio de instituições filantrópicas como a AACD, o que perpetua o caráter assistencialista em relação à pessoa com deficiência.

Pozzoli (2008) aponta a caridade e paternalismo como marcas na história das pessoas com deficiências, sendo essas formas de enfrentamento encontradas pela sociedade para lidar com as demandas trazidas por esses indivíduos. Ao longo da história, a atenção em saúde, especialmente em relação ao acesso a dispositivos de tecnologia assistiva, transitou em torno da causa religiosa e filantrópica, o que tornava o acesso dependente de doações.

Segundo Figueira (2008), esses mecanismos de políticas assistencialistas foram construídos histórica

e culturalmente e perduram nos dias atuais, conforme observado nos achados desse trabalho, demonstrando uma perpetuação da concepção de benevolência em relação ao deficiente e não validação das leis que asseguram o acesso aos recursos disponibilizados pelo SUS.

Os empréstimos por meio da assistência social não respeitam a necessidade individual e não se mostram eficazes devido à falta de prescrição por um profissional da área capacitado para avaliar as demandas do usuário. Beiral e Zulian (2006) apontam que a falta da avaliação de uma equipe transdisciplinar na prescrição de um dispositivo de tecnologia assistiva leva a um direcionamento errôneo do recurso, levando muitas vezes ao abandono do mesmo.

Pesquisas apontam que é alto o índice de subutilização de dispositivos de TA e indicam como possíveis causas: a não aceitação da incapacidade; as barreiras arquitetônicas; a baixa qualidade de alguns produtos; fatores relacionados à reabilitação, tais como a demora na entrega devido a processos burocráticos e mudança da demanda ao longo do tempo, instrução inapropriada e falta de treino para a aquisição dos produtos por parte dos profissionais; falta de acompanhamento de processos que envolvem a aquisição dessas tecnologias, assim como falta de manutenção e acompanhamento dos equipamentos prescritos (CRUZ, 2012; MELLO, 2006; 2008).

Apesar de leis que assegurem o acesso à tecnologia assistiva, ainda há pouco investimento nessa área no Brasil e por conta disso sua utilização ainda é limitada. Constata-se por meio dos dados obtidos que há uma fragilidade na assistência terciária do DRSIII, com escassez de locais estruturados, de profissionais qualificados e de recursos para dispensação de tecnologia assistiva, enquanto garantia do direito do cidadão. É importante ressaltar, que na dispensação dos equipamentos nem sempre há treinamento e acompanhamento dos usuários, o que contribui para ineficácias na reabilitação e abandono do uso da tecnologia assistiva.

Pesquisas apontam enquanto fatores que contribuem para essa realidade a ausência de recursos financeiros para aquisição de tais dispositivos; custeio insuficiente de tecnologia assistiva por parte dos órgãos públicos de saúde; desconhecimento técnico dos profissionais de reabilitação em relação aos produtos de tecnologia assistiva; e falta de treinamento específico desses profissionais para se tornarem provedores de tecnologia assistiva. O desconhecimento dos usuários não somente sobre os dispositivos existentes disponíveis pelo SUS, mas

também sobre os seus direitos também é apontado (CRUZ, 2012; MELLO, 2006; 2008).

Outra questão que pode vir a contribuir para a não efetivação ou para atrasos nos serviços de concessão é a dificuldade profissional no processo de prescrição, o que envolve a necessidade do conhecimento acerca da metodologia de preenchimento e de emissão dos laudos conforme as normas preestabelecidas e fluxo de encaminhamentos.

Os dados apresentados relacionam-se com a indicação do profissional qualificado para responder as questões referentes à dispensação de tecnologia assistiva, uma vez que se destaca o percentual referente a profissionais do setor administrativo (50%). O terapeuta ocupacional foi indicado em 18,75% das cidades como profissional competente para responder as questões referentes aos serviços de reabilitação e dispensação de órteses e próteses, assim como citado em 61% das respostas referentes a profissionais existentes no município que atuam entre outras assistências na reabilitação. Comparativamente com outras categorias mencionadas, observa-se que o terapeuta ocupacional, dentro de suas atribuições legais, vem ocupando importante papel no SUS.

Cruz (2012) expressa que nas últimas duas décadas, a pesquisa, o desenvolvimento e a construção de práticas acerca da tecnologia assistiva vem aumentando consideravelmente; expandindo também a importância do terapeuta ocupacional enquanto coordenador mundial de um processo de prescrição ou processo clínico interdisciplinar de tecnologia assistiva; enfatizando a necessidade de tal profissional nas equipes multidisciplinares de reabilitação, na atuação com indivíduos com deficiências permanentes ou temporárias.

Pelosi e Nunes (2009) apontam a importância do terapeuta ocupacional no processo de tecnologia assistiva, no que se refere a avaliação das necessidades dos usuários; habilidades físicas, cognitivas e sensoriais; receptividade do indivíduo frente ao dispositivo; condição sociocultural e ambiental, além da instrução do uso apropriado e orientação às pessoas envolvidas no processo.

Diante do conteúdo exposto, observa-se a necessidade de discutir o quadro situacional observado na busca por melhorias no assistencialismo terciário, em especial acerca de se garantir o direito de aquisição de recursos de tecnologia assistiva.

Enquanto proposições de melhorias ao acesso à tecnologia assistiva e prevenção da subutilização dos equipamentos e busca por doações, visualiza-se enquanto estratégias: a necessidade do aprimoramento do sistema de dispensação de tecnologia assistiva

pelo SUS; revisão e atualização das tabelas de dispositivos de OPM do SUS, a fim de atender as demandas diversificadas e individualizadas dos usuários; a formação de equipes treinadas para preenchimentos dos documentos referentes ao processo de dispensação e para avaliar e prescrever os dispositivos de acordo com a necessidade de cada usuário; o acompanhamento e manutenção dos dispositivos pelos serviços que os forneceram; elaboração de instrumentos que avaliem a qualidade de vida dos usuários e o sistema de oferta; bem como o empoderamento da população, a fim de que esta busque seus direitos e faça valer as leis vigentes, incluindo o que diz respeito ao acesso à tecnologia assistiva (CRUZ, 2012; MELLO, 2006; 2008).

4 Considerações finais

O presente trabalho trouxe indícios que a atenção em reabilitação física, bem como a prática em torno da tecnologia assistiva, ainda não é efetiva no DRSIII, havendo a concentração em um polo assistencial, com longo tempo de espera. As cidades, em sua grande maioria, mantêm um caráter assistencialista, com empréstimos de dispositivos de tecnologia assistiva por meio da assistência social, sem que haja um profissional capacitado para avaliação e prescrição individualizada da tecnologia assistiva.

Embora sejam inúmeros os avanços relacionados aos direitos das pessoas com deficiência, a precariedade na garantia das leis vigentes leva à perpetuação de ideais assistencialistas, que interferem na inclusão social e melhoria da condição de saúde desses indivíduos (BERNARDES et al., 2009).

Observou-se que apesar dos esforços e das leis que asseguram o acesso à tecnologia assistiva, verificou-se que ainda existem déficits em relação ao processo de concessão desses recursos no DRS III. Esse fato, hipoteticamente, pode estar relacionado a custeio insuficiente de tecnologia assistiva por parte dos órgãos públicos de saúde e/ou desconhecimento por parte dos profissionais e usuários acerca das leis, especialmente em relação à dispensação desses dispositivos pelo SUS.

Ressalta-se que para melhorias nesse quadro, se faz necessário o aprimoramento do sistema de dispensação de tecnologia assistiva pelo SUS, com formação de equipes treinadas para avaliação das necessidades dos usuários, acompanhamento e manutenção dos dispositivos. Torna-se essencial a elaboração de instrumentos e de pesquisas que avaliem a qualidade de vida dos usuários, os programas de dispensação de órteses e próteses do

SUS, apresentando sua dinâmica e características, bem como trabalhos que investiguem a satisfação dos usuários com deficiências físicas em relação aos dispositivos de tecnologia assistiva ofertados (CRUZ, 2012).

Partindo do pressuposto de que a efetivação das leis e a eficaz destinação dos recursos dependem da participação política da população, enquanto instrumento efetivo de validação dos direitos constitucionalmente instituídos e de mudança social, torna-se fundamental o incentivo ao empoderamento da população, a fim de que esta faça valer as leis vigentes, incluindo as que dizem respeito ao direito de acesso à tecnologia assistiva.

Referências

- BEIRAL, J. A. R.; ZULIAN, M. A. R. *Parceria no caminho da implementação de tecnologia assistiva na área das TICs, nos casos de graves comprometimentos motores: o olhar da terapia ocupacional*. Campinas: [s.n.], 2006.
- BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 9 fev. 2013.
- BRASIL. Lei nº 8080, 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 jan. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 116, de 9 de setembro de 1993. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 set. 1993a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/beneficioseventuais/arquivos/portaria-no-116-de-9-de-setembro-de-1993.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 146 de 14 de outubro de 1993. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 out. 1993b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html>. Acesso em: 10 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 818 de 5 de junho de 2001. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jun. 2001. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/port_def/GM_P818_01port_def_reab.doc>. Acesso em: 25 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2848 de 6 de novembro de 2007. Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm. Acesso em: 9 fev. 2013.
- BRASIL. Comitê de Ajudas Técnicas - CAT. *Tecnologia assistiva*. Brasília: CORDE, 2009b. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-tecnologia-assistiva.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2013.
- BRASIL. Decreto nº 7612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acessado em: 18 de fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2109 de 21 de setembro de 2012. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2109_21_09_2012.html>. Acesso em: 28 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Do sanitário à municipalização*. Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126>. Acesso em: 9 fev. 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1272, de 25 de junho de 2013. Inclui Procedimentos de Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeira de Rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 2013b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/119535-1272.html>>. Acesso em: 16 out. 2013.
- CRUZ, D. M. C. *Papéis Ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo*. 2012. 229 f. Tese (Doutorado em Educação Especial)-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.
- CRUZ, D. M. C. Terapia Ocupacional e deficiência física: CIF e Educação Especial. In: COSTA, et al. *Aspectos da Educação Especial: um olhar multidisciplinar*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2011. p. 15-36.

FIGUEIRA, E. *Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil*. São Paulo: Giz, 2008.

MELLO, M. A Tecnologia assistiva no Brasil. In: FÓRUM DE TECNOLOGIA ASSISTIVA E INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA DEFICIENTE, 1.; SIMPÓSIO PARAENSE DE PARALISIA CEREBRAL, 4., 2006, Belém, PA. *Anais...* Belém: Universidade do Estado do Pará - UEPA, 2006, p. 05-10.

MELLO, M. A tecnologia assistiva no Brasil. In: OLIVEIRA, A. I. A.; LOURENÇO, J. M. Q.; LOURENÇO, M. G. F. *Perspectivas da Tecnologia Assistiva no Brasil: pesquisa e prática*. Belém: UEPA, 2008. p. 7-14.

MELLO, M. Tecnologia assistiva. In: GREVE, J. M. D.; AMATUZZI, M. M. *Medicina de reabilitação aplicada à ortopedia e traumatologia*. São Paulo: Manole, 1997. p. 407-419.

PELOSI, M. B.; NUNES, L. R. O. P. Formação em serviço de profissionais da saúde na área de tecnologia assistiva: o papel do terapeuta ocupacional. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 435-444, 2009.

POZZOLI, L. Direitos humanos e o direito internacional da pessoa portadora de deficiência. *Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos*, Baururu, v. 43, n. 50, p. 1-192, 2008.

ROCHA, E. F.; CASTIGLIONI, M. C. Reflexões sobre recursos tecnológicos: ajudas técnicas, tecnologia assistiva, tecnologia. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 97-104, 2005.

SÃO PAULO. Lei Estadual nº 9.938 de 17 de abril de 1998. Dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de deficiência. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 18 abr. 1998. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/deflei9938.htm>>. Acesso em: 9 fev. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Mapa Regional de Saúde: RRAS 13 - Araraquara-Barretos-Franca-Ribeirão Preto*. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XWXXVkJEzIroJ:www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/mapa_de_saude_rras13_exemplo.docx+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 17 de jan. 2013.

Contribuição dos Autores

Camila Caro, Paloma Soares Pereira e Tatiana Bombarda foram responsáveis pela concepção do texto, organização de fontes e análises. Iracema Ferrigno e Marina Palhares foram responsáveis pela orientação da pesquisa e pela revisão do texto.

Notas

¹ O Decreto n. 6949/2009 promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados nos termos do parágrafo 3º do artigo 5º da Constituição Federal, portanto seu texto produz efeitos equivalentes ao de Emenda Constitucional.

² Portaria n. 18/SCTIE/MS, 7 de maio de 2013.

³ Portaria n. 19/SCTIE/MS, 7 de maio de 2013.

⁴ Portaria n. 19/SCTIE/MS, 7 de maio de 2013.

⁵ Portaria n. 20/SCTIE/MS, 7 de maio de 2013.