

Campus Realengo

Bacharelado em Terapia Ocupacional

Rebeca Barros da Silva Cunha

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS
OFICINAS ORTOPÉDICAS HABILITADAS
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro
2020

REBECA BARROS DA SILVA CUNHA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS OFICINAS ORTOPÉDICAS HABILITADAS
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Rio de Janeiro
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.

Elaborada por Karina Barbosa dos Santos

Bibliotecária - CRB 7 nº 6212

C972

Cunha, Rebeca Barros da Silva.

Diagnóstico Situacional das Oficinas Ortopédicas habilitadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro. / Rebeca Barros da Silva Cunha, 2020.

42f. : il.

Orientadora: Dra. Luciana Castaneda Ribeiro

Coorientador: Rafael da Costa Jahara

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Terapia Ocupacional) – Instituto Federal do Rio de Janeiro, 2020.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Pessoas com Deficiência. 5. Atenção Secundária à Saúde I. Instituto Federal do Rio de Janeiro. Campus Realengo. II. Ribeiro, Luciana Castaneda. III. Jahara, Rafael da Costa. IV. Título.

COBIB/CReal

CDU 615.851.3

REBECA BARROS DA SILVA CUNHA

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS OFICINAS ORTOPÉDICAS HABILITADAS
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a Doutora Luciana Castaneda Ribeiro – Orientadora
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ)

Mestre Rafael da Costa Jahara – Coorientador
Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia da
Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE - UFRJ)

Prof^o Mestre Leonardo Valesi Valente – Membro titular
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ)

Bacharel em Fisioterapia Diego Ladeira Bento – Membro titular

Prof^a Especialista Caciana da Rocha Pinho – Membro suplente
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho as meus pais, por tudo o que fizeram por mim.

Dedico também ao meu namorado, parte dessa graduação.

Em memória de Danúbia Sá Freire. Ao mestre, com carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por terem me dado a educação que nunca tiveram e permitiram que eu me dedicasse exclusivamente aos estudos. Por apoiarem minha escolha de graduação, pelo investimento e por acreditarem em mim. O diploma é de vocês.

Ao meu namorado, por toda força e apoio durante toda a faculdade. São oito anos juntos, cinco só durante a graduação. Essa conquista é nossa, nada disso faz sentido sem você.

À minha família, por torcerem por mim. Por compreenderem a minha ausência em algumas (muitas) ocasiões por conta da faculdade, por comemorarem minhas conquistas e por me apoiarem mesmo sem entender muito bem o que é Terapia Ocupacional.

À Larissa e à Bruna, minhas orientadoras durante toda a faculdade. Obrigada por sempre tirarem minhas dúvidas e me divertirem em meio ao desespero da graduação. Obrigada pela companhia durante o ENETO e pela pipoca no Cato no intervalo das aulas.

À minha orientadora, Luciana Castaneda, por ter me dado a oportunidade de participar de um projeto de enorme potencial e por ser um espelho de profissional. Continuemos na luta pelo SUS.

Ao meu coorientador, Rafael Jahara, por abraçar a questão das Oficinas Ortopédicas, por aceitar o convite da construção desse trabalho e pela paciência e troca ao longo desse percurso. Também ao Rafael Soeiro por estar sempre disponível e me ajudar na elaboração dos dados.

Ao time #CERBRASIL, pela parceria, paciência, pelo compartilhamento de tantas angústias, mas também de muitas alegrias.

À professora Fernanda, por segurar a minha mão nos primeiros passos na graduação e pela sensibilidade em enxergar potencial onde eu nunca havia enxergado. E por proporcionar momentos de leveza em meio ao caos da graduação, obrigada pelo Quintas Sensíveis.

À professora Caciana, por ser meu exemplo de terapeuta ocupacional. Por me ensinar tanto no estágio e por me encorajar em momentos de hesitação.

Ao professor Marcelo, obrigada por acreditar em mim e acompanhar essa caminhada desde o Ensino Médio. Por apostar em mim e ter comprado minhas

“brigas” para chegar até aqui. Por ter se tornado um grande amigo e futuro padrinho de casamento.

À todos os professores que participaram dessa jornada, desde o jardim de infância até a graduação e se tornaram grandes amigos. Foram fundamentais na minha formação enquanto pessoa e profissional.

“Nada sobre nós, sem nós”.
Lema das pessoas com deficiência

RESUMO

A Oficina Ortopédica consiste em um serviço que visa à confecção, dispensação, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), subdividindo-se em Oficina Fixa e Oficina Itinerante. Em virtude da escassez de informação sobre essa modalidade de cuidado da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD), realizou-se um diagnóstico situacional sobre os fatores determinantes dos processos de trabalho nas quatro (4) Oficinas Ortopédicas fixas habilitadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e localizadas no estado do Rio de Janeiro (RJ). Foi elaborado um modelo lógico de cada serviço através da coleta de dados primários em entrevistas com os informantes-chave das oficinas e com dados secundários extraídos do DATASUS do ano de 2019. Este modelo lógico proposto contempla as dimensões de análise Missão, Demandas, Insumos, Capitais, Força de Trabalho, Processo/Atividades, Produtos e Resultados. Encontrou-se uma concentração desse serviço no Rio de Janeiro (4), ainda que não haja uma boa distribuição territorial de oficinas pelo estado. No tocante às dimensões de análise, encontraram-se diferentes resultados em cada oficina, o que justifica a elaboração de quatro modelos lógicos. Discute-se a melhor distribuição das oficinas do estado do RJ visto que, ao exemplo, do município de Niterói temos a concentração de 02 serviços e nenhum em vários outros municípios. As informações construídas a partir do modelo lógico fornecem subsídio aos gestores dos serviços para aprimorar a oferta de cuidado nas oficinas. Sugere-se a elaboração de novos estudos visando contemplar uma maior dimensão do processo de trabalho do serviço, construindo o modelo lógico em conjunto com a Matriz GUT.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Pessoas com Deficiência. Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT

The Orthopedic Workshop consists of a service aimed at making, dispensing, adapting, and maintaining orthoses, prostheses, and auxiliary means of locomotion, subdivided into Fixed and Itinerant Workshop. Due to the scarcity of information on this type of care from the Care Network for People with Disabilities, a situational diagnosis was made about the determining factors of the work processes in the four (4) Fixed Orthopedic Workshops enabled by the Unified Health System and closure in the state of Rio de Janeiro (RJ). The logical model of each service was elaborated through the collection of primary data in identification with the key informants of the workshops and with secondary data extracted from the DATASUS of the year 2019. This proposed logical model includes the dimensions of analysis Mission, Demands, Inputs, Capitals, Workforce, Process/Activities, Products, and Results. A concentration of this service was found in Rio de Janeiro (4), although there is no good territorial distribution of workshops across the state. Regarding the dimensions of analysis, different results are found in each workshop, which justifies the development of four logical models. The best distribution of workshops in the state of RJ is discussed as only the municipality of Niterói concentrates 02 services and none in several other municipalities. The information constructed from the logical model provides support to service managers to improve the care offered in the workshops. It is suggested that new specialized studies be prepared to include a larger dimension of the service's work process, building the logical model in conjunction with the GUT Matrix.

Keywords: Unified Health System. Health Management. Public Health Policy. Disabled Persons. Secondary Care.

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. MATERIAIS E MÉTODOS | 16 |
| 2.1 Delimitação da pesquisa | 16 |
| 2.2 Técnica de coleta de dados | 16 |
| 2.3 Aspectos éticos | 18 |
| 3. RESULTADOS | 20 |
| 3.1 Diagnóstico do estado do Rio de Janeiro | 20 |
| 3.2 Modelo Lógico | 23 |
| 3.2.1 Missão | 28 |
| 3.2.2 Demandas | 28 |
| 3.2.3 Recursos | 28 |
| 3.2.3.1 Insumos | 28 |
| 3.2.3.2 Capitais | 29 |
| 3.2.3.3 Força de Trabalho | 29 |
| 3.2.4 Processo/Atividades | 29 |
| 3.2.5 Produtos | 30 |
| 3.2.6 Resultados | 31 |
| 4. DISCUSSÃO | 33 |
| 5. CONCLUSÃO | 37 |
| REFERÊNCIAS | 38 |
| APÊNDICE | 42 |

1. INTRODUÇÃO

O Governo Federal brasileiro pelo Ministério da Saúde realizou na última década esforços e crescentes incentivos financeiros para qualificar e ampliar a oferta de atenção especializada em saúde para as pessoas com deficiência. Os esforços do Ministério da Saúde visaram o comprometimento do Estado em assegurar a redução das iniquidades no acesso a reabilitação. Mesmo a despeito das características do território brasileiro serem heterogêneas em perfil epidemiológico e os avanços do tema das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) na agenda das gestões locais e estaduais serem de baixa capacidade do Estado na cobertura requerem arranjos colaborativos do Sistema Único de Saúde (SUS) na tentativa de ampliação da capacidade instalada em atenção especializada em reabilitação. Ao longo dos últimos anos, o SUS assumiu maior protagonismo nas ações de reabilitação (BRASIL, 2014).

Assumindo o comprometimento do Brasil em orientar a oferta de atenção à saúde da pessoa com deficiência em rede de cuidados o SUS, nos últimos anos, logrou êxito no aumento da capacidade instalada de pontos de atenção especializada em reabilitação e Tecnologia Assistiva (TA) e consequente redução do vazio assistencial de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (BRASIL, 2014). As ações de rede de cuidado de atenção especializada em reabilitação são de responsabilidade da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída em 2012 (BRASIL, 2012a). Pelo aporte financeiro aos estados e municípios para investimentos em maior oferta de OPM, o Ministério da Saúde brasileiro incentiva financeiramente a indução da ampliação do acesso de maneira descentralizada e regionalizada aos territórios nacionais (BRASIL, 2012b).

Somam-se as ações positivas do Governo Federal, os avanços constitucionais interministeriais da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) da Pessoa com Deficiência — Estatuto da Pessoa com Deficiência —, em 2015. A LBI é a conquista social em que o Estado brasileiro ratificou o compromisso assumido na Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009; BRASIL 2015). No âmbito das ações prioritárias de reorganização da atenção secundária e dos serviços especializados no SUS, a orientação da política pública brasileira se conduz em atender as necessidades epidemiológicas da população. Os serviços são

orientados pelas Políticas Nacionais e na forma de Redes de Atenção à Saúde (PAIM et al., 2012).

A inauguração dos serviços de reabilitação no Brasil, com organização em rede pela RCPD, designa a atenção especializada em saúde para a pessoa com deficiência pelo Centro Especializado em Reabilitação (CER). Este deve ser ordenador do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para esse público. Nesse ponto de atenção à saúde, o projeto terapêutico deve ser articulado pela oferta concomitante de modalidade de reabilitação com base na condição de saúde e deficiência pré-estabelecida (auditiva, intelectual, física e visual). O CER pode ser habilitado para a oferta de duas a quatro modalidades de reabilitação. Os serviços que ofertam Reabilitação Física devem estar vinculados à equipamentos de saúde habilitados como Oficina Ortopédica Fixa. A Oficina Ortopédica é um serviço de saúde responsável por confeccionar, dispensar, adaptar e realizar a manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). Esse ponto de atenção subdivide-se em Fixa e Itinerante (BRASIL, 2012a, 2013a, 2013b).

Mesmo a despeito da orientação da oferta de cuidado para a população com deficiência em rede, a atenção secundária sofre com a oferta limitada de prestação de serviços especializados e a preferência do setor privado contratado pelos portadores de plano de saúde configuram enormes os desafios para o acesso a reabilitação e a OPM no SUS (PAIM et al., 2012). Ainda que o Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites (BRASIL, 2011), tenha como uma de suas diretrizes a ampliação e qualificação da RAS é inegável que o acesso aos serviços de média complexidade ainda é escasso. Soma-se a isso o percentual relativamente baixo (18,4%) de pessoas que utilizam os serviços de reabilitação em função da deficiência referida (deficiência física), contribuindo para o vazio assistencial na garantia de acesso à Tecnologia Assistiva (MALTA et al., 2016).

Nesse sentido, a RCPD pode incentivar e orientar as diretrizes nacionais e induzir os gestores do SUS no que tange à ampliação do cuidado em saúde para com as pessoas com deficiência, contribuindo assim para a qualificação dos serviços da atenção secundária, como o aprimoramento dos processos de concessão de OPM (BRASIL, 2014). Além disso, inquéritos de saúde, como a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), fornecem dados que também podem contribuir na tomada de decisão dos gestores desses serviços visando o mapeamento de

estratégias específicas para os usuários da RCPD. Ademais, há a necessidade de fortalecimento e ampliação de políticas públicas que estejam alinhadas aos princípios do SUS e que promovam o aumento do Estado de Bem Estar Social (MALTA et al., 2016).

Na lógica de monitoramento para o desenvolvimento dos serviços de saúde, é fundamental compreender os processos intrínsecos ao trabalho da atenção especializada em saúde. O trabalho que envolve a produção e dispensação de OPM é um tema escasso na literatura nacional sobre as Oficinas Ortopédicas. A identificação dos fatores envolvidos com a dinâmica da organização dos atores nos serviços de saúde pode ser orientada pelo modelo lógico de entendimento. O modelo lógico constitui-se enquanto um esquema visual, tornando explícito o funcionamento do Programa que se pretende avaliar (MEDINA et al., 2005). A avaliação é constituída pela pluralidade metodológica, podendo então ser composta por diversas fontes, incluindo pesquisas prévias, referências teóricas e participação dos atores envolvidos (HARTZ, 1999). Esse modelo de avaliação pode fornecer a representação gráfica dos componentes do funcionamento de um Programa permitindo assim a visualização dos resultados esperados pela gestão em saúde e, com isso, orientar as decisões para as práticas (HARTZ, 1999; MEDINA et al., 2005). A avaliação auxilia aos gestores na tomada de decisão, ao proporcionar a visualização de um conjunto de informações que permitem a definição de ações estratégicas (TAMAKI et al., 2012).

O modelo lógico pode se constituir enquanto procedimento específico de avaliação para compor um diagnóstico situacional. O diagnóstico situacional consiste em uma ferramenta de gestão visando programar ações específicas resultantes de pesquisas que contemplem a coleta, tratamento e análise de dados. Esses dados devem ser coletados no serviço que almeja-se traçar o diagnóstico e, para compor esses dados, os atores das instituições são fundamentais. Dessa forma, essa ferramenta permite planejar e desenvolver ações específicas, através do levantamento das condições de risco da população de estudo (SILVA; KOOPMANS; DAHER, 2016).

Como mencionado, o conjunto de evidências científicas para a gestão em saúde das Oficinas Ortopédicas no Brasil é escasso. Também não é possível verificar se as Oficinas Ortopédicas aderem aos princípios e às diretrizes definidos nas normativas da RCPD, nem parâmetros assistenciais desse ponto de atenção.

Portanto, caracterizar os fatores determinantes do processo de trabalho em saúde é fundamental para induzir a melhor orientação da organização do cuidado.

Dada a formação orientada aos princípios e diretrizes do SUS, é fundamental, enquanto parte da trajetória acadêmica de uma graduação da área da saúde, obter conhecimento além da clínica, compreendendo então os mecanismos de gestão dos serviços desse sistema de saúde. Assim, o profissional de terapia ocupacional é um profissional capacitado para trabalhar nesses espaços não somente no atendimento clínico como também no gerenciamento desses serviços, devendo então se apropriar dessa temática. Dessa forma, visto a necessidade de verificar os mecanismos de gestão dos serviços em questão visando a melhora da oferta de cuidado, o presente trabalho tem como objetivo construir o modelo lógico (Missão, Demandas, Insumos, Capitais, Força de Trabalho, Processo/Atividades, Produtos e Resultados) de cada um dos serviços habilitados como Oficinas Ortopédicas pelo Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Delimitação da pesquisa

O estado brasileiro possui trinta e seis Oficinas Ortopédicas fixas habilitadas pelo Ministério da Saúde para atendimento ao SUS no território nacional. Visando maior delimitação para aprofundamento do estudo, realizou-se um recorte do estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, o presente estudo contempla um diagnóstico situacional sobre os fatores determinantes dos processos de trabalho nas quatro (4) Oficinas Ortopédicas fixas habilitadas pelo SUS e localizadas no RJ. A quinta Oficina Ortopédica, do tipo itinerante terrestre, não foi incluída no presente estudo após ser desabilitada segundo a Portaria Nº 1044, de 18 de maio de 2020, devido à constatação de irregularidades na prestação de serviços.

2.2 Técnica de coleta de dados

Como metodologia para o preenchimento multimetodológico dos elementos do modelo da pesquisa foram elencadas estratégias de metodologia qualitativa com sensibilização dos informantes-chave durante os meses de abril a julho de 2019. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas com agentes-chave das referidas oficinas, realizadas a partir do aceite formal de participação. As entrevistas tiveram duração entre 90 e 120 minutos.

As oficinas avaliadas neste estudo foram denominadas A, B, C e D, para melhor apresentação dos resultados e visando preservar a identificação das instituições. Para participação nas entrevistas foram considerados funcionários com ao menos seis meses de experiência de trabalho na referida instituição e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A oficina A teve como entrevistado o funcionário de cargo da gestão; oficina B também teve a participação de um funcionário da gestão; já a oficina C contou com um funcionário da gestão e um responsável técnico. Por fim, a oficina D também contou com a participação de um funcionário da gestão e um responsável técnico.

Instrumento de coleta de dados

O instrumento da entrevista semiestruturada foi composto e adaptado pelos elementos do Modelo Lógico (HARTZ, 1999; MEDINA et al., 2005; TAMAKI et al.,

2012), com uso de perguntas. Para o presente estudo, as seguintes dimensões de análise, conforme elucidado por Tamaki et al. (2012) foram consideradas: Demandas, Recursos (divididos em Insumos, Capitais e Força de trabalho), Processo, Produtos e Resultados. Complementando, também serão consideradas a dimensão “Missão” e a dimensão “Processo” será acrescida da dimensão “Atividades”. A escolha pelo Modelo Lógico visou gerar uma representação gráfica que fornecesse aos pesquisadores evidências inéditas dos processos intrínsecos ao trabalho em saúde (HARTZ, 1999; MEDINA et al., 2005). Dessa forma, a diagramação do modelo lógico foi realizada com base no desenho de Tamaki et al. (2012). Foi construído um modelo lógico para cada serviço no estado do RJ, considerando que cada oficina possui suas particularidades e, portanto, diferentes modos de funcionamento.

Os dados primários das entrevistas aos informantes-chave foram coletados através do aplicativo REDCap (versão 4.9.1). O *Research Electronic Data Capture* (REDCap) consiste em um aplicativo de *software* para a coleta de dados em projetos de pesquisa no ambiente acadêmico. Sua interface possui ferramentas intuitivas que possibilitam a coleta, o armazenamento e a disseminação de dados da pesquisa clínica. Além disso, o aplicativo possui recursos como compartimento do acesso a dados entre os setores acadêmicos envolvidos na pesquisa, autenticação do usuário, além de acomodar diferentes projetos simultaneamente (HARRIS et al., 2009).

Fontes de dados/ Mensuração

Na abordagem quantitativa foi utilizado análise de dados secundários, por meio de um recorte do banco de dados do projeto de Pesquisa e Inovação CERBRASIL – Avanços, Desafios e Operacionalização dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) disponibilizado na plataforma Power BI para acesso e utilização a todos os participantes do projeto. Esse banco de dados conecta as informações do DATASUS, que é base de dados do governo brasileiro acerca dos procedimentos da saúde no âmbito do SUS, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a capacidade instalada das Oficinas Ortopédicas. Para a coleta de dados do site do DATASUS, o projeto realizou uma extração de dados da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais, que contém todos os procedimentos ambulatoriais feitos no Brasil. A coleta contemplou a produção de

todas as Oficinas Ortopédicas habilitadas pelo SUS no território nacional durante todos os meses do ano de 2019. Depois foi realizada uma segmentação dos dados para os procedimentos de saúde que o Ministério da Saúde considera como procedimentos de reabilitação, totalizando 286 procedimentos.

Os dados secundários serão exibidos nas dimensões de análise “Produtos” e “Resultados”. Esses dados referem-se à quantidade de entregas, incluindo a dispensação de produtos produzidos ou revendidos. Para maior delimitação e aprofundamento da pesquisa os seguintes produtos não foram considerados nessa análise: próteses mamárias; almofadas de assento para prevenção de úlceras de pressão; tábuas (pranchas) para transferência e mesa de atividades para cadeira de rodas (tábua mesa). Sobre os dados quantitativos coletados por meio das entrevistas, foi realizado um recorte para apresentação através de *dashboard* de indicadores, ferramenta com apelo visual objetivando realizar uma interseção entre os dados.

Por fim, para a dimensão de análise “Insumos”, utilizou-se como parâmetro de análise os requisitos mínimos de ambientes para as Oficinas Ortopédicas estabelecidos na Portaria nº 2.728/GM/MS de 13 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013C) e as atribuições assistenciais dos ambientes da Oficina Ortopédica estabelecidas no Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas (BRASIL, 2013b). Utilizou-se como critério de ambiência o programa mínimo para Oficina Ortopédica em relação à quantificação mínima de área/ambientes que o serviço deve possuir e, além disso, foi questionado aos responsáveis técnicos e os gestores se os serviços atendiam aos critérios de ambiência previstos pelo MS. Em relação às atribuições assistenciais, avaliou-se a quantidade de equipamentos que cada serviço possui, de acordo com o estabelecido pelo referido Manual.

2.3 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa se enquadrou nas normas e diretrizes preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos. A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e o protocolo de pesquisa foi conduzido mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Número do Parecer: 3.627.979). Além disso, a coordenadora do projeto de

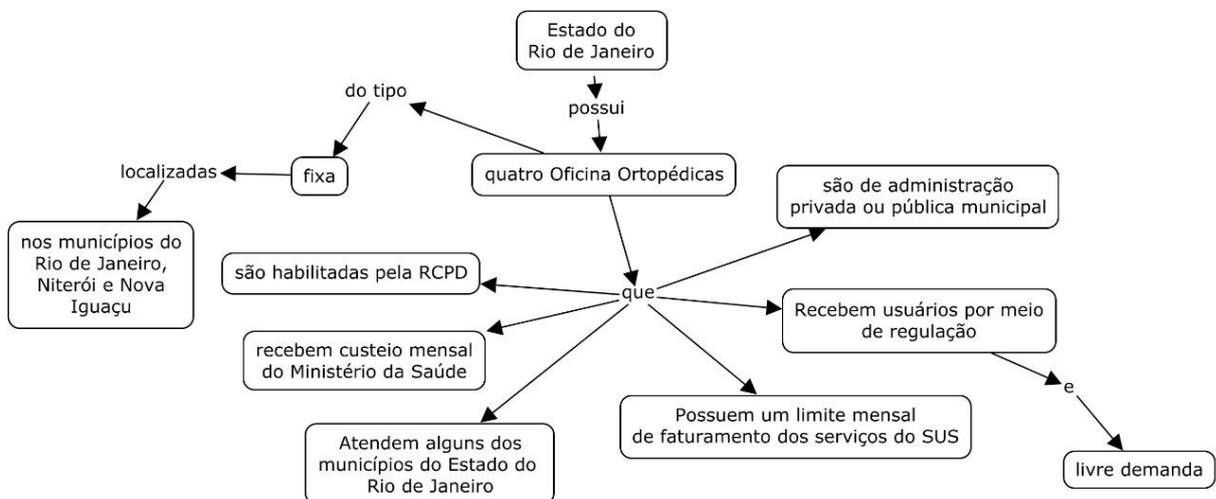
Pesquisa e Inovação CERBRASIL – Avanços, Desafios e Operacionalização dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) aprovou a utilização dos dados primários e secundários do recorte em que esse trabalho se insere e a declaração encontra-se no Apêndice A, sendo o recorte de dados estabelecido mediante pactuação entre a autora e a coordenação.

3. RESULTADOS

3.1 Diagnóstico do estado do Rio de Janeiro

Na Figura 1 é apresentado o mapa conceitual dos resultados obtidos. As Oficinas Ortopédicas recebem usuários através de regulações, que os direcionam aos atendimentos, e/ou por livre demanda, além do estabelecimento de limites financeiros mensais para os serviços prestados e uma quantidade determinada de municípios do estado atendidos.

Figura 1 – Mapa conceitual do diagnóstico do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração dos autores.

Indicadores do Modelo Lógico

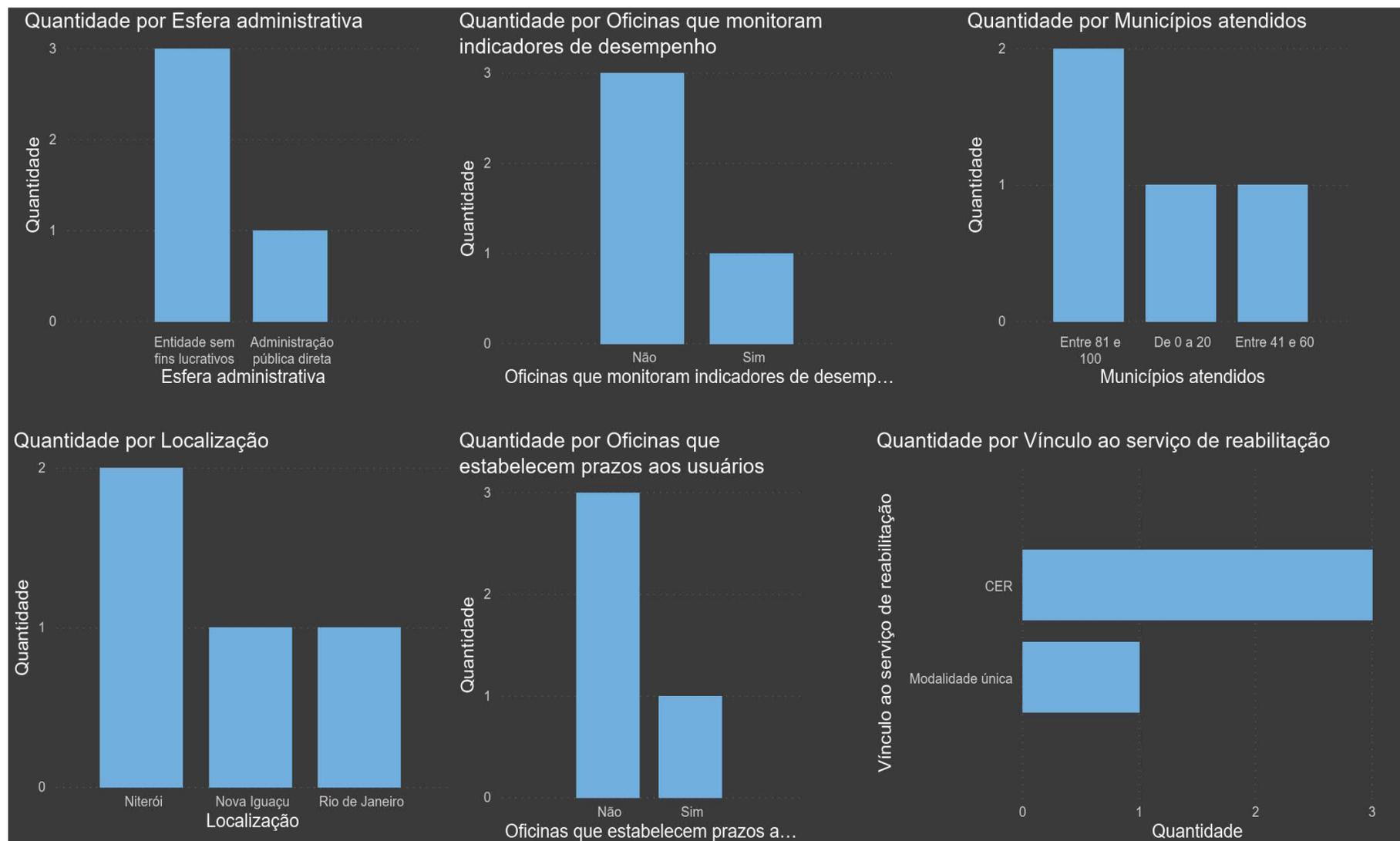
Foram estabelecidos 06 diferentes indicadores apresentados na Figura 2 através de *dashboard*. A partir dos indicadores é possível identificar as similaridades e disparidades existentes entre as instituições analisadas. Os indicadores avaliados foram: municípios em que as oficinas estão distribuídas; quantidade de municípios atendidos; vínculo a quais serviços de reabilitação; esfera administrativa; quantidade de serviços que estabelecem prazos para testagem e prova dos equipamentos; e a quantidade de oficinas que realizam o monitoramento de algum indicador de desempenho.

Identifica-se que o Rio de Janeiro é o segundo estado com maior número de oferta do serviço especializado de Oficina Ortopédica, concentrando quatro das trinta e seis Oficinas Ortopédicas fixas habilitadas pelo Ministério da Saúde para atendimento ao SUS no território nacional, localizada nos municípios do Rio de

Janeiro (01 instituição), Niterói (02 instituições) e Nova Iguaçu (01 instituição). Em relação ao raio de atuação, duas Oficinas (50%) apresentaram ter autorização de seus municípios para atenderem entre 81 a 100 municípios, contemplando todo o estado do Rio de Janeiro. Uma oficina atende entre 41 a 60 municípios e outra apresentou uma quantidade inferior a 20 municípios.

Sobre o vínculo ao serviço de reabilitação, apenas 25% são vinculadas à instituição do tipo modalidade única, enquanto 75% são vinculadas ao CER. No tocante a esfera administrativa, 75% dos serviços avaliados são administrados por entidades sem fins lucrativos. Apenas 25% são de esfera da administração pública direta. Em relação ao estabelecimento de prazos, ou seja, definições de datas para retorno do usuário já no ato da encomenda do equipamento, apenas uma Oficina (25%) relatou realizar tal procedimento. Os serviços que relataram não estabelecer prazos aos usuários, afirmaram que realizam um contato posterior para agendar procedimentos que envolvem a OPM apta para ser validada e entregue ao usuário. Por fim, a quantidade de oficinas que realizam o monitoramento de algum indicador de desempenho totaliza somente 25% em detrimento das que não realizam.

Figura 2 – Dashboard das Oficinas Ortopédicas do estado do Rio de Janeiro

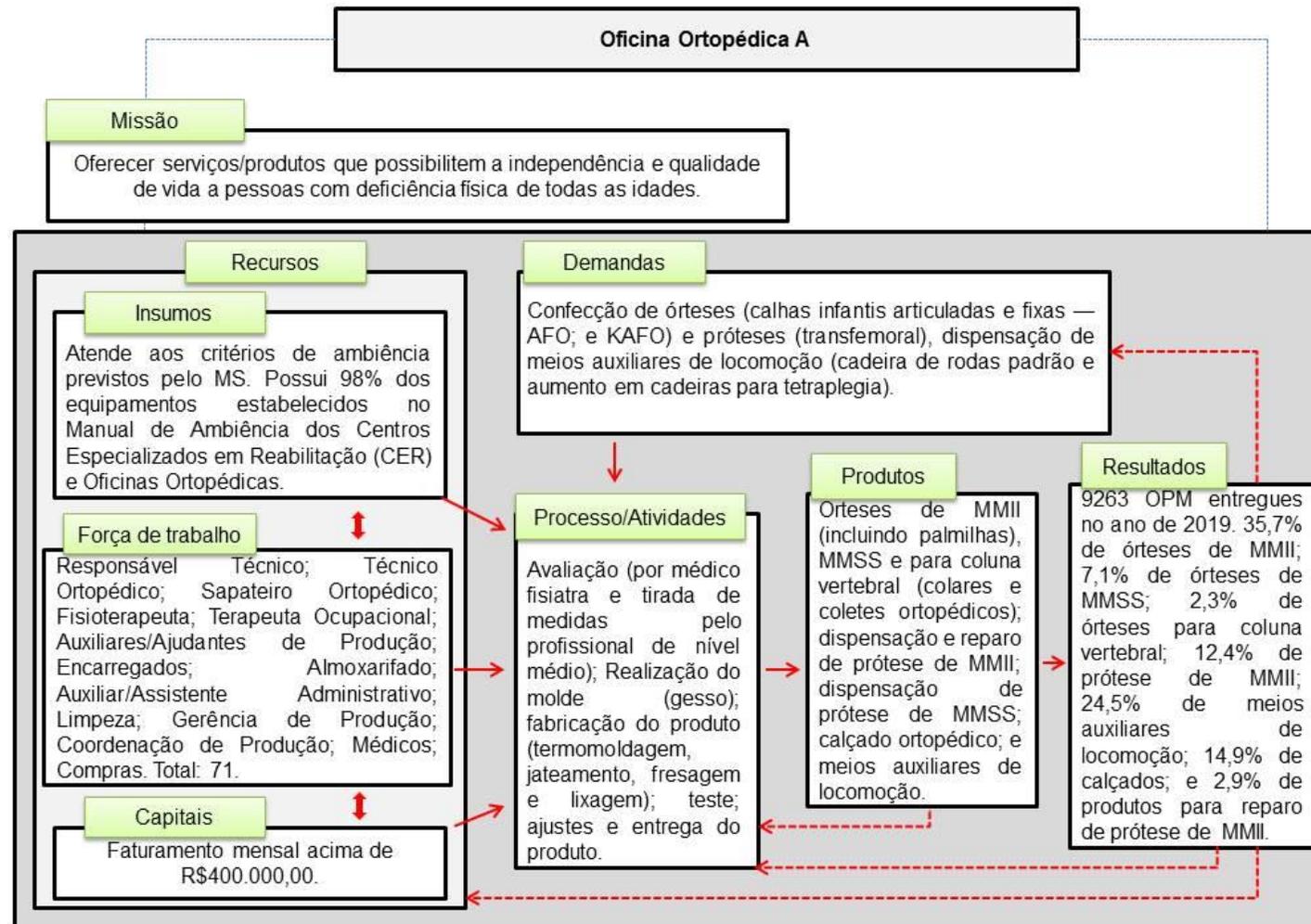


Fonte: Elaboração dos autores.

3.2 Modelo Lógico

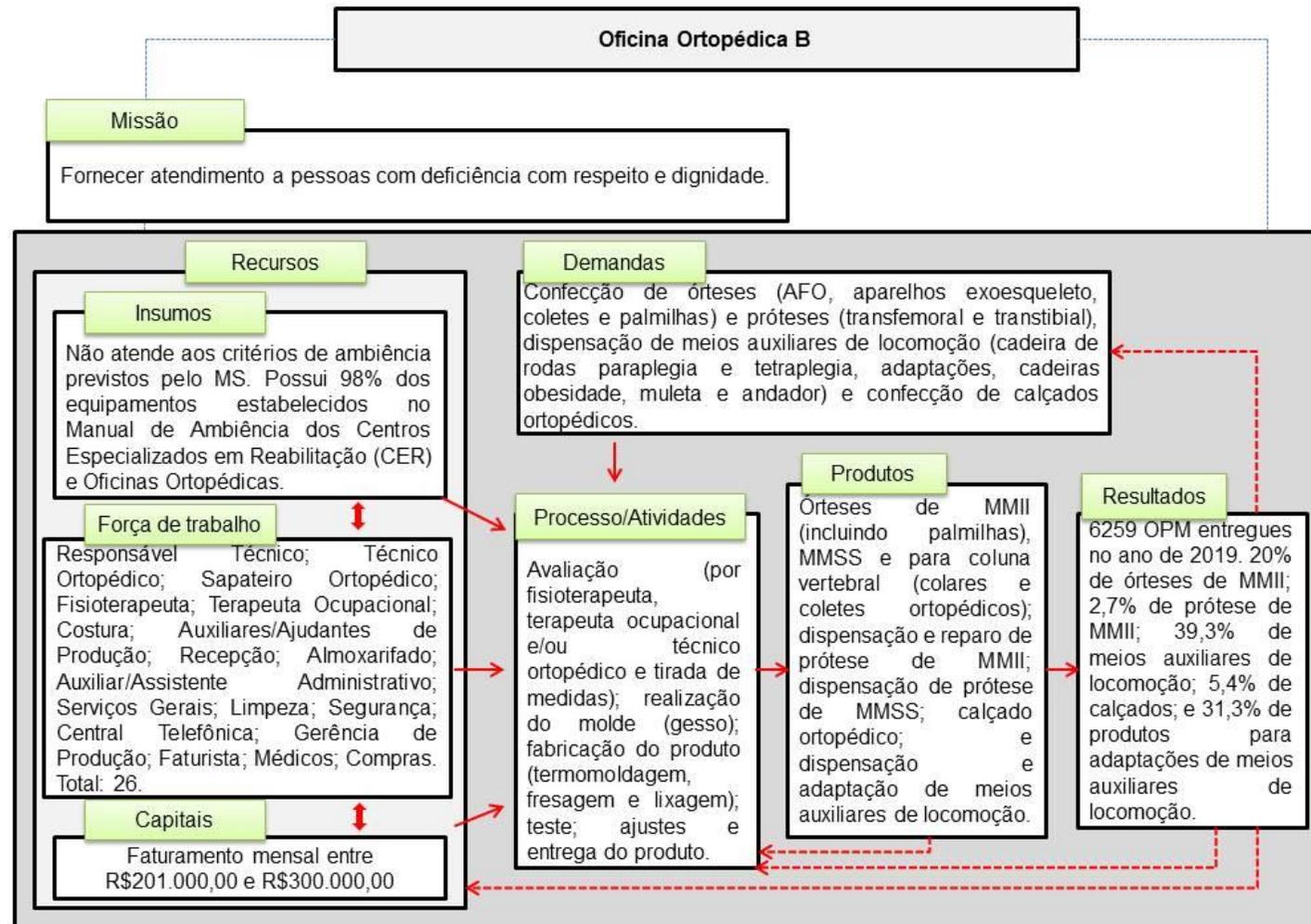
Dada as particularidades do modo de funcionamento das oficinas, quatro modelos foram construídos visando contemplar cada serviço do estado. Os modelos se encontram na Figura 3, Figura 4, Figura 5 e Figura 6. As dimensões de análise do modelo lógico (Missão, Demandas, Insumos, Capitais, Força de Trabalho, Processo/Atividades, Produtos e Resultados) serão apresentadas a seguir.

Figura 3 – Oficina Ortopédica A



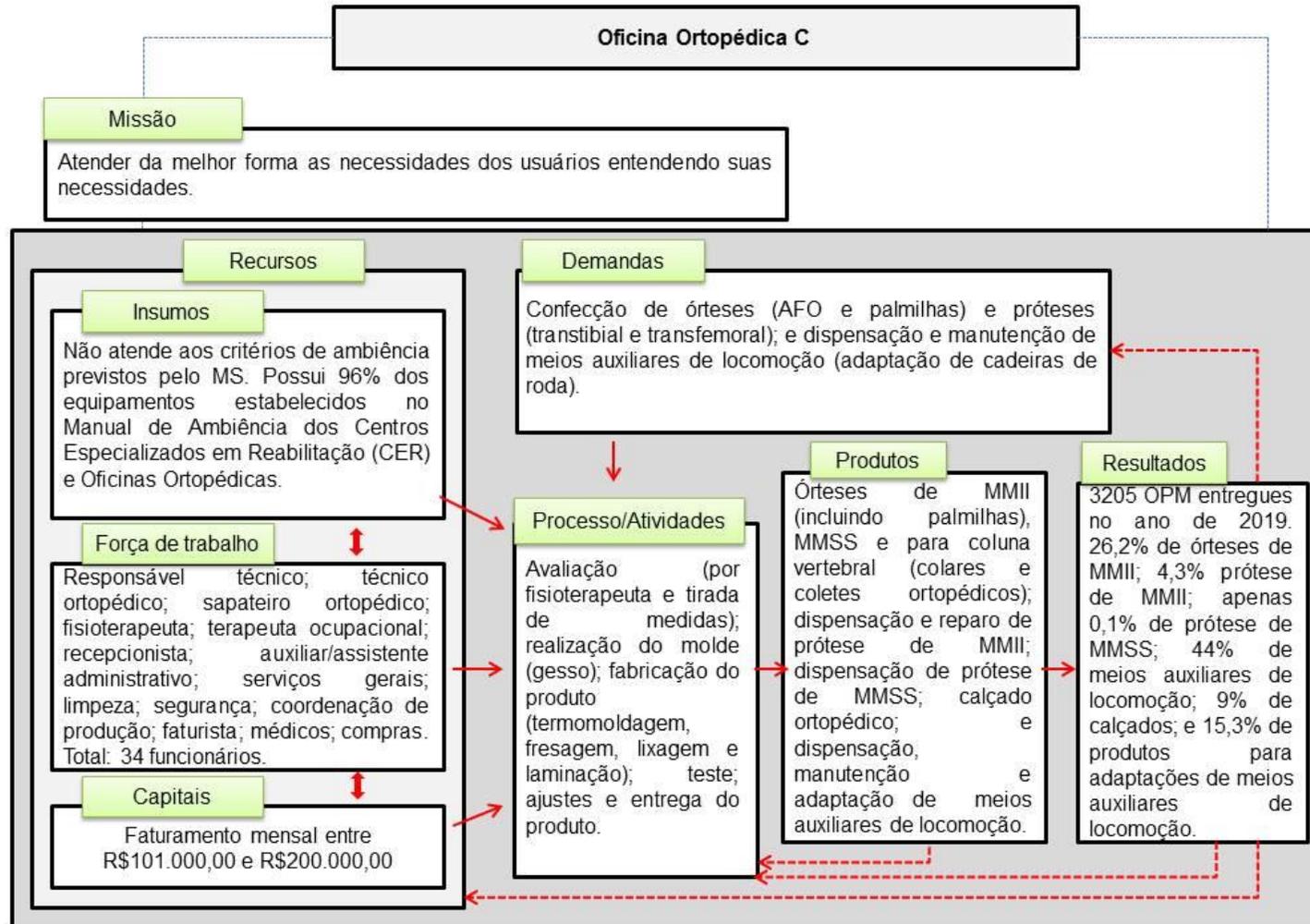
Fonte: elaboração dos autores.

Figura 4 – Oficina Ortopédica B



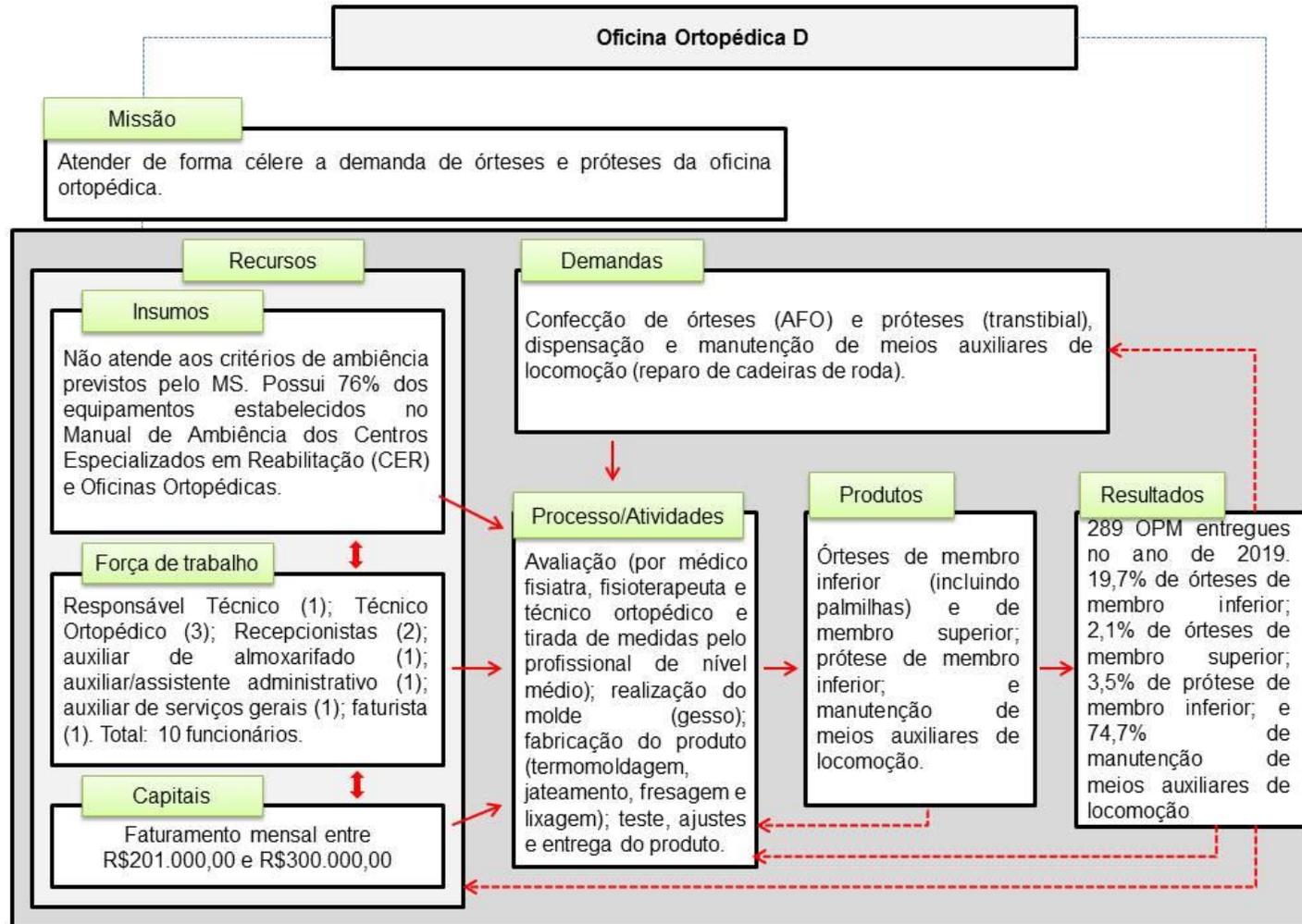
Fonte: elaboração dos autores.

Figura 5 – Oficina Ortopédica C



Fonte: elaboração dos autores.

Figura 6 – Oficina Ortopédica D



Fonte: elaboração dos autores.

3.2.1 Missão

A Missão corresponde aos princípios das oficinas em relação à oferta de cuidado.

“Oferecer serviços/produtos que possibilitem a independência e qualidade de vida a pessoas com deficiência física de todas as idades”. Oficina A.

“Fornecer atendimento a pessoas com deficiência com respeito e dignidade”. Oficina B.

“Atender da melhor forma as necessidades dos usuários entendendo suas necessidades”. Oficina C.

“Atender de forma célere a demanda de órteses e próteses da oficina ortopédica”. Oficina D.

3.2.2 Demandas

Foram avaliadas as principais demandas verificadas pelos profissionais das oficinas. Assim, pode-se perceber que as demandas em comum entre os serviços em relação à órteses são as do tipo “AFO” (órteses suropodálicas ou órteses tornozelo-pé ou *ankle-footorthosis*). As palmilhas (órteses plantares) também foram relatadas como demanda de órteses, sendo verificada em duas oficinas (Oficinas B e C). Em relação à prótese, as demandas consistem em próteses para amputação transfemoral (Oficinas A, B e C) e transtibial (Oficinas B, C e D). Sobre os meios auxiliares de locomoção, a demanda foi de cadeiras de rodas, sendo verificadas demandas em cadeiras para tetraplegia (Oficinas A e B) e adaptação das cadeiras (Oficinas B e C).

3.2.3 Recursos

Os Recursos subdividem-se em Insumos, Capitais e Força de Trabalho e estão detalhados abaixo.

3.2.3.1 Insumos

Sobre os Insumos, questionou-se aos gestores se os serviços atendiam aos critérios de ambiência previstos pelo MS. As oficinas A, B e D afirmaram que atendem. Somente a oficina C admitiu que não atende. Porém, em relação a quantidade mínima de sanitário/vestiário para funcionários independentes (feminino e masculino) estabelecidos pela portaria (mínimo de dois), verificou-se que as oficinas B e D relatam possuir apenas um, não atendendo, portanto, aos critérios de ambiência previstos. Em relação às atribuições assistenciais dos ambientes da oficina ortopédica, foi avaliada a quantidade de equipamentos que cada serviço

possui, de acordo com o critério estabelecido. As oficinas A e B relataram possuir 98% dos equipamentos estabelecidos, a oficina C se aproximou desse resultado, com 96%, em discrepância com a oficina D que possui 76% dos equipamentos.

3.2.3.2 Capitais

Em relação ao faturamento, a oficina A apresentou um faturamento mensal acima de R\$400.000,00, em discrepância com a oficina C, que obteve o menor faturamento das oficinas avaliadas, cerca de R\$101.000,00 e R\$200.000,00. Já as oficinas B e D apresentaram um faturamento mensal entre R\$201.000,00 e R\$300.000,00.

3.2.3.3 Força de Trabalho

Sobre a força de trabalho, a Oficina A dispõe de um total de setenta e um profissionais, sendo mais da metade (42) atuando diretamente na produção, em contraste com a Oficina D, que conta com quatro profissionais que atuam diretamente na produção e seis profissionais que atuam como apoio/suporte, totalizando apenas dez funcionários. A Oficina B totaliza vinte e seis funcionários, na qual quatorze atuam diretamente no processo produtivo. Já a Oficina C, dispõe de treze profissionais que atuam diretamente na produção e vinte e um profissionais que atuam como apoio/suporte, em um total de trinta e quatro funcionários.

A equipe das Oficinas Ortopédicas fixas é composta por responsável técnico, técnico ortopédico (ortesta e protesista), sapateiro ortopédico, fisioterapeuta e terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2013a). Dessa forma, pode-se perceber pela composição detalhada da dimensão “Força de Trabalho” no modelo lógico que apenas a Oficina D não atende os critérios de equipe mínima, já que esse serviço não apresenta em sua equipe um sapateiro ortopédico, um terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta.

3.2.4 Processo/Atividades

A dimensão “Processo/Atividade” traça aqui o caminho do usuário pelo serviço, desde sua chegada pelo sistema de regulação ou livre demanda, passando pela avaliação, as etapas de confecção do produto até a testagem, o ajuste e a entrega da OPM. Em um primeiro momento, todas as oficinas recebem o usuário através de algum tipo de sistema de regulação, estruturado de acordo com seu município de localização. Entretanto, verifica-se que a Oficina A, além de contar com a regulação, atende usuário de “livre demanda”, ou seja, externos ao sistema de regulação e que já chegam ao serviço com uma prescrição do equipamento

realizada por um profissional de saúde externo ao serviço. Essa mesma oficina relatou dificuldades com o encaminhamento do usuário ao serviço por motivos de: “falta de informação do usuário” e “desconhecimento da regulação sobre as especialidades da instituição”.

Quando o usuário chega ao serviço através da regulação, ele passa por uma avaliação específica visando identificar sua real necessidade em relação ao recurso prescrito. Apenas no caso da oficina A, em que o usuário também chega por livre demanda, o usuário não passa por essa avaliação. Essa avaliação é feita por médico fisiatra (Oficina A e D), por fisioterapeuta (Oficina B, C e D), por técnico ortopédico (Oficina B e D) e por terapeuta ocupacional em apenas uma (Oficina B). Para a tirada de medidas, o usuário passa por avaliação com o profissional de nível médio (Oficina A e D) e de nível superior (Oficina B e C). Como método para a tirada de medidas, a Oficina A relatou utilizar gesso e calçado por desenho; a Oficina B utiliza moldes/perimetria; já a Oficina C utiliza o gesso como método; por fim, a Oficina D utiliza fita métrica e atadura gessada.

Na fase de realização do molde, todas as oficinas utilizam o gesso. Sobre a fabricação do produto, as Oficinas A e D realizam a termomoldagem, o jateamento, a fresagem e a lixagem. As Oficinas B e C apenas não realizam o jateamento, na qual esta última também realiza a laminação. Sobre o teste, ajuste e entrega do produto, o profissional de nível médio é quem realiza essas etapas na Oficina A. Na Oficina B, essas etapas são realizadas pelo profissional de nível superior, acrescido pelo profissional de nível médio na etapa de ajustes. A Oficina C realiza todas as etapas por ambos profissionais. E, por fim, a Oficina D realiza a etapa de teste pelo profissional de nível superior e o ajuste e entrega pelo profissional de nível médio.

3.2.5 Produtos

Sobre os produtos, a Oficina A realiza a dispensação de órteses de membro inferior (incluindo palmilhas), de membro superior e para coluna vertebral (colares e coletes ortopédicos); dispensação e reparo de prótese de membro inferior; dispensação de prótese de membro superior; dispensação de calçado ortopédico; e dispensação de meios auxiliares de locomoção (excluindo par de muletas axilar tubular em alumínio regulável na altura).

A Oficina B realiza a dispensação de órteses de membro inferior (incluindo palmilhas), de membro superior e para coluna vertebral (colares e coletes ortopédicos); dispensação e reparo de prótese de membro inferior; dispensação de

prótese de membro superior; dispensação de calçado ortopédico; e dispensação e adaptação de meios auxiliares de locomoção.

Já a Oficina C realiza a dispensação de órteses de membro inferior (incluindo palmilhas), de membro superior e para coluna vertebral (colares e coletes ortopédicos); dispensação e reparo de prótese de membro inferior; dispensação de prótese de membro superior; dispensação de calçado ortopédico; e dispensação, manutenção e adaptação de meios auxiliares de locomoção.

Por fim, a Oficina D realiza somente a dispensação de órteses de membro inferior (incluindo palmilhas) e de membro superior; dispensação de prótese de membro inferior; e manutenção de meios auxiliares de locomoção.

3.2.6 Resultados

A Oficina A entregou (dispensação de produtos produzidos ou revendidos) 9263 produtos no ano de 2019; a Oficina B entregou menos do que a primeira, com 6259 dispositivos; esse número decrescente se manteve com a Oficina C, na qual 3205 OPM foram entregues. Em discrepância com as demais, a Oficina D obteve somente 289 entregas. Ressalta-se que os seguintes produtos não foram considerados nessa análise: próteses mamárias; almofadas de assento para prevenção de úlceras de pressão; tábuas (pranchas) para transferência e mesa de atividades para cadeira de rodas (tábua mesa).

Do total de produtos entregues pela Oficina A, 35,7% foram órteses de membro inferior, incluindo palmilhas; 7,1% de órteses de membro superior, apesar de esse serviço dispensar somente um tipo de produto dessa categoria (a saber, órtese estática imobilizadora axilo-palmar tipo aeroplano); 2,3% de órteses para coluna vertebral (coletes e colares ortopédicos); 12,4% de prótese de membro inferior; 24,5% de meios auxiliares de locomoção (excluindo par de muletas axilar tubular em alumínio regulável na altura, visto que essa oficina não dispensa esse produto); 14,9% de calçados; e 2,9% de produtos para reparo de prótese de membro inferior. Não houve número significativo de dispensação de prótese de membro superior (0,1%), tendo em vista que a oficina só dispensa um tipo de produto dessa categoria.

A Oficina B entregou 20% de órteses de membro inferior de seu total de produtos no ano de 2019; 2,7% de prótese de membro inferior; 39,3% de meios auxiliares de locomoção; 5,4% de calçados; e 31,3% de produtos para adaptações de meios auxiliares de locomoção. Como na primeira oficina, não houve número

significativo de dispensação de prótese de membro superior (0,1%), ainda que a Oficina B dispense dois tipos de produto nessa categoria. Também não houve número significativo de dispensação de órtese de membro superior (0,3%) e para coluna vertebral (0,5%) e de produtos para reparo de prótese de membro inferior (0,3%).

Já a Oficina C entregou 26,2% de órteses de membro inferior; 4,3% prótese de membro inferior; apenas 0,1% de prótese de membro superior (ainda que essa categoria possua três tipos de produtos diferentes); 44% de meios auxiliares de locomoção (dispensando um tipo a mais de bengala em comparação com os demais serviços já citados); 9% de calçados (apesar de esse serviço dispensar apenas um tipo de produto nessa categoria); e 15,3% de produtos para adaptações de meios auxiliares de locomoção. Não houve número significativo de dispensação de órtese de membro superior (0,1%, de mesmo tipo das oficinas supracitadas) e para coluna vertebral (0,8%) e de produtos para reparo de prótese de membro inferior (0,3%).

Por fim, a Oficina D contrasta com as demais ao não dispensar órteses para coluna vertebral, próteses para membro superior, meios auxiliares de locomoção e calçados ortopédicos. Do seu total de apenas 289 produtos entregues, 19,7% são de órteses de membro inferior, em discrepância com 2,1% de órteses de membro superior; 3,5% de prótese de membro inferior, contrastando com 74,7% de manutenção de meios auxiliares de locomoção.

4. DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo construir o modelo lógico (Missão, Demandas, Insumos, Capitais, Força de Trabalho, Processo/Atividades, Produtos e Resultados) das oficinas ortopédicas habilitadas pelo Ministério da Saúde no estado do Rio de Janeiro, visando caracterizar os fatores determinantes do processo intrínseco ao trabalho na atenção secundária. Espera-se que os dados sirvam aos gestores para induzir a melhor orientação da organização do cuidado e sirvam também para identificar elementos da política pública que subsidiem a qualificação da oferta de reabilitação e TA no SUS. O processo de trabalho desses serviços foi caracterizado em toda a população do estudo totalizando quatro das trinta e seis Oficinas Ortopédicas fixas habilitadas em território nacional.

Apesar do Rio de Janeiro possuir, em termos de quantidade, boa assistência de oficinas, visto que quatro das trinta e seis oficinas de modalidade fixa do território nacional se concentram no referido estado, e apesar de 50% das oficinas contemplarem sua oferta de serviço a todo estado, há uma distribuição geográfica desigual, visto que somente o município de Niterói concentra dois desses serviços. Uma solução seria a oferta da modalidade itinerante, visto que essa pode ser terrestre, sendo estruturada em veículos adaptados (BRASIL, 2012a, 2013a, 2013b).

Outro dado importante é o componente “esfera administrativa” das oficinas ortopédicas, visto que 75% são administradas por entidades sem fins lucrativos. Isso reforça a história das políticas de saúde marcadas pela estimulação do setor privado, promovendo a privatização do cuidado em saúde. As oficinas ortopédicas habilitadas pelo SUS recebem incentivo financeiro. Ao aumentar a capacidade instalada por contratualização, o SUS termina por promover a expansão do subsetor privado em detrimento do setor público que se torna subfinanciado, contribuindo cada vez mais para o sucateamento dos serviços públicos (PAIM et al., 2012)

O modelo lógico foi escolhido para estruturar o método qualitativo e por constituir uma fonte importante de elementos da política pública de saúde, sendo elaborado a partir das entrevistas com os responsáveis técnicos e os gestores dos serviços. No caso da oferta de OPM à população, a missão das instituições habilitadas pelo SUS deve guardar relação com a universalidade do acesso. Dessa forma, os serviços demonstram na dimensão “Missão” uma preocupação em garantir que a necessidade das pessoas com deficiência em relação à OPM seja atendida.

Ao relacionarmos a dimensão de análise “Demandas” com a dimensão “Resultados” podemos avaliar o que os profissionais entrevistados relatam como ser a maior demanda de OPM no serviço com os dados secundários. A demanda de todos os serviços em relação à órteses são as do tipo “AFO”, também conhecidas como órteses suropodálicas, órteses tornozelo-pé ou ainda *ankle-footorthosis* (AFO). A órtese AFO é um dispositivo de Tecnologia Assistiva que visa contribuir para melhoria da função e estrutura da articulação do tornozelo e do membro inferior e pode contribuir para a melhoria do desempenho dos pacientes com condições de saúde neurológicas e ortopédicas. (BRASIL, 2019). Verificou-se que entre todas as categorias de órteses — membro inferior, membro superior e para coluna vertebral — as órteses AFO são as mais dispensadas por todos os serviços, especificamente a do tipo sem articulação em polipropileno (infantil).

Outra demanda respondida pelos profissionais em relação à órteses são as palmilhas. Em dois serviços, esse tipo de órtese foi a mais dispensada depois das do tipo “AFO”. Em relação à prótese, os serviços avaliaram como principal demanda as próteses para amputação transfemoral e transtibial. Sobre as próteses para amputação transfemoral, três serviços relatam que a maior entrega de prótese foi a do tipo endoesquelética transfemural em alumínio ou aço. Sobre os meios auxiliares de locomoção, a principal demanda foi de cadeiras de rodas, sendo verificadas as maiores dispensações em cadeiras para tetraplegia e adaptação das cadeiras.

Ainda em relação à dimensão “Resultados”, ressalta-se que uma das oficinas obteve número considerável de dispensação de produtos para adaptações de meios auxiliares de locomoção. Esses produtos, modificados ou feitos sob medida, são utilizados para proporcionar a adequação postural em cadeiras de rodas, tendo como objetivo o alinhamento biomecânico, visando reduzir e prevenir deformidades e úlceras de pressão, e promovendo o conforto e maximização das funções do usuário. Os produtos para adaptação são confeccionados especificamente para cada usuário, com isso a adequação postural atende um público amplo e possui inúmeros benefícios como aumento/melhora da funcionalidade, desempenho, mobilidade e autonomia e controle postural, de deformidades e da distribuição de pressão. Dessa forma, recomenda-se que os outros serviços possam aderir ao processo de prescrição, confecção, prova e acompanhamento da adequação postural, sempre em equipe multiprofissional e considerando os fatores intrínsecos e extrínsecos ao usuário (BRASIL, 2019).

Sobre o quantitativo discrepante da força de trabalho entre algumas oficinas apesar de seu faturamento, conforme visto nas dimensões de análise “Força de Trabalho” e “Capitais”, respectivamente, uma possível explicação está relacionada aos critérios de repasse de financiamento aos serviços contratualizados com o agente público, que pode também contar com arrecadamento por emendas parlamentares e doações, podendo estar relacionados a maior quantitativo de força de trabalho nas oficinas administradas por instituições privadas.

Um fator importante na dimensão de análise “Processos/Atividades” é a avaliação dos usuários realizadas pelos profissionais de referência no cuidado dos serviços. Quando o usuário é encaminhado pela regulação e passa pela avaliação indica um nível de organização da unidade de saúde que reforça a preocupação das instituições em avaliarem as reais demandas dos usuários frente ao uso do recurso. Conforme a literatura consultada (COSTA et al, 2015; CRUZ; EMMEL, 2012), quando não há essa preocupação em avaliar as reais necessidades do usuário, supõe-se que o risco de abandono do dispositivo prescrito é maior. De acordo com Costa e colaboradores (2015), compreender a real demanda do usuário sobre o dispositivo assistivo contribui para maior adesão ao produto. Além disso, esses autores sugerem como medidas para diminuir o índice de abandono dos dispositivos a reavaliação e reajuste dos dispositivos de Tecnologia Assistiva. Ao realizar a reavaliação e o reajuste, tem-se a manutenção da OPM de acordo com as novas demandas do usuário. Na dimensão de análise “Resultados” uma das oficinas obteve um número considerável em relação à manutenção. Assim como no caso dos produtos para adaptações visando à adequação postural, sugere-se que as outras oficinas possam aderir ao processo de manutenção das OPM, visto sua importância para adesão do usuário ao dispositivo.

O modelo lógico vem sendo cada vez mais utilizado em pesquisas de saúde visando avaliar programas da Rede de Atenção à Saúde, das outras redes que a compõem e dos diferentes níveis de atenção, conforme a literatura, e se mostram como um importante instrumento para a tomada de decisão. O estudo de Emerich et al. (2020) mostra a construção do modelo lógico através da análise documental visando a avaliação da implantação do Programa Mais Médicos no estado de Espírito Santo. Já o estudo de Barros et al. (2020) visou avaliar a coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidroga resistente na cidade de Recife, e teve como uma de suas etapas o desenho do modelo lógico construído através de

referenciais teóricos. Por fim, a pesquisa de Lima e colaboradores (2019) construiu o modelo lógico visando organizar e avaliar Programas de Retorno ao Trabalho (PRT) por meio de estudo de caso único, integrado e retrospectivo.

Dessa forma, identificou-se que o modelo lógico é uma ferramenta para planejamento e análise dos dados, que permite a visualização esquemática do funcionamento de um programa e possibilita aos atores envolvidos o debate a respeito de todas as suas etapas (BARROS, 2020; EMERICH et al., 2020; LIMA, 2019). Ressalta-se que os estudos supracitados possuem diferentes diagramações de modelo lógico, corroborando com os achados de Medina e colaboradores (2005) que afirmam que o modelo lógico não possui uma única representação visual. Também foi possível perceber que a metodologia desses estudos foi realizada de diferentes formas, visto que cada estudo usou diferentes autores para construir seu modelo lógico, não havendo, portanto, uma única forma de construir o modelo (MEDINA et al., 2005).

Como limitação desse estudo tem-se a não contemplação de toda a dimensão do processo de trabalho do serviço, apenas um recorte. Para maior compreensão desse processo, outro instrumento como a Matriz GUT, uma ferramenta da gestão (CIERCO et al., 2003), pode ajudar na identificação dos problemas a serem resolvidos nas Oficinas Ortopédicas, de modo a melhorar o funcionamento da produção. Assim, sugere-se como futuro estudo, a utilização desse instrumento com os gestores dos serviços de saúde.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que o modelo lógico e os dados aqui apresentados são importantes fontes de informações sobre o processo de trabalho das Oficinas Ortopédicas do estado do Rio de Janeiro e constituem-se como evidência científica que justificam a importância desses serviços no território nacional, além de servirem como subsídios aos gestores dos referidos serviços visando aprimorar a oferta de cuidado em saúde nas instituições. O objetivo do estudo foi alcançado ao propor e construir o modelo lógico das Oficinas Ortopédicas do estado do Rio de Janeiro. Os resultados obtidos estão de acordo com o esperado, sendo a análise de dados primários e secundários fundamental para avaliar o que foi coletado nas entrevistas com o que realmente foi produzido nas oficinas, segundo os dados do DATASUS.

Mais estudos são necessários tendo em vista a pouca literatura sobre os serviços de reabilitação da RCPD e a escassez de dados que verifiquem os mecanismos de gestão e o processo produtivo das Oficinas Ortopédicas. Dessa forma, sugere-se como futuro estudo a elaboração do modelo lógico em conjunto com outro instrumento de avaliação como a Matriz GUT visando compreender toda a dimensão do processo de trabalho. Com a referida ferramenta será possível identificar e propor a resolução de possíveis problemas nas oficinas, visando melhorar o funcionamento do serviço e, conseqüentemente, a oferta de cuidado ao usuário.

Especificamente sobre o estado do Rio de Janeiro, sugere-se que haja a oferta da modalidade itinerante terrestre, através da regularização do serviço que está desabilitado, pois, dada a extensão territorial do estado, os habitantes dos municípios afastados da capital não precisariam se deslocar até os serviços já mencionados, visto que esses municípios não são contemplados com oficinas em seu território. Dessa forma, os usuários não teriam de se deslocar até esses serviços afastados, desinflando as oficinas que contemplam entre 81 e 100 municípios.

REFERÊNCIAS

BARROS, D. B. M. et al. Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidrogarresistente em Recife, Pernambuco, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 99-114, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100099>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 ago. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 02 nov. 2019.

_____. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.612-2011?OpenDocument>. Acesso em: 02 nov. 2019.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 02 nov. 2019.

_____. Portaria nº 835, de 25 de Abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 08 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual** (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Brasília – DF. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sem Limite - Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas**. Brasília – DF. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728/GM/MS de 13 de novembro de 2013. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2013c. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/sismob2/pdf/VSL%20-%20PORTARIA%20N%202.728%20DE%2013%20DE%20NOVEMBRO%20DE%202013.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 02 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Portaria Nº 1044, de 18 de maio de 2020. Suspende a transferência de recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial Hospitalar – MAC do Estado do Rio de Janeiro. **Diário Oficial da União**, 2020. Disponível em: <<https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-1-044-2/>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

CIERCO, A. A. et al. **Gestão da qualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

COSTA, C. R. et al. Dispositivos de tecnologia assistiva: fatores relacionados ao abandono. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 611-624, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1016/651>>. Acesso em: 11 maio 2020.

CRUZ, D.; EMMEL, M. Uso e abandono da tecnologia assistiva por pessoas com deficiência no Brasil. **EF Deportes. Rev. Digital**, v. 17, p. 1-8, 2012. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd173/tecnologia-assistiva-com-deficiencia-fisica.htm>>. Acesso em: 11 maio 2020.

EMERICH, T. B. et al. Implantação do Programa Mais Médicos no Espírito Santo, Brasil: modelo lógico e proposta de indicadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000505012&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 jun. 2020.

HARRIS, P. A. et al. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **J Biomed Inform.**, v. 42, n. 2, p. 377-81, abr., 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18929686/>>. Acesso em: 04 maio 2020.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 maio 2020.

MALTA, D. C. et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, p. 3253-3264, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003253>. Acesso em: 02 nov. 2019.

MEDINA M. G. et al. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 41-63.

LIMA, M. A. G. et al. Modelo lógico de um programa de retorno ao trabalho: instrumento orientador para prevenir a incapacidade. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100305>. Acesso em: 24 jun. 2020.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, 2012. Disponível em: <https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 7, n. 2, p. 30-33, 2016. Disponível em: <<http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345/526>>. Acesso em: 03 set. 2020.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, p. 839-849, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 maio 2020.

APÊNDICE

APÊNDICE A — Declaração



Rio de Janeiro, 23 de outubro de 2019

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação que o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Diagnóstico Situacional das Oficinas Ortopédicas habilitadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro” da discente do curso de Terapia Ocupacional Rebeca Barros da Silva Cunha, tem anuência para utilização de dados primários e secundários do projeto de Pesquisa e Inovação CERBRASIL - Avanços, Desafios e Operacionalização dos Centros Especializados em Reabilitação (CER).

O recorte de dados será estabelecido mediante pactuação entre a discente e a coordenação.

A handwritten signature in blue ink that reads "Luciana Castaneda".

Profª Draª Luciana Castaneda

SIAPE: 2199924

Docente e pesquisadora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do
Rio de Janeiro

Coordenadora Nacional do projeto CERBRASIL