

Eduardo Santana de Araujo¹, Luis Eduardo Maggi² e Tatiana Tanaka Reichert³

¹Prefeitura Municipal de Barueri/SP

E-mail: edusantana@usp.br

²Universidade Federal do Acre

E-mail: luis.maggi@gmail.com

³Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba/SP

E-mail: tatianatra2012@gmail.com

Resumo

Até onde se tem informação, o termo “**Saúde Funcional**” foi adotado a partir de 1998, nas Conferências Municipais de Saúde da cidade de Santos/SP, no lugar de “**reabilitação**”, para definir campos de saúde nas deliberações das conferências. Mais amplo que esse antigo termo, o novo, Saúde Funcional, foi aceito e é até hoje utilizado nas divisões de grupo das Conferências Municipais santistas. Com o passar dos anos, foi possível se conceber uma política de saúde funcional, tendo a CIF como ferramenta norteador nos sistemas de informação em Saúde.

Palavras-chave: saúde funcional, CIF, políticas.

Abstract

*As far as figures are available, the term “**Functional Health**” was adopted from 1998 in the Municipal Health Conference at Santos/SP, in place of “**rehabilitation**”, to set health fields in the deliberations of the conference. Broader than the old term, the new, Functional Health, was accepted and it is still used in group divisions of Santos Municipal Conference. Over the years, it was possible to design a functional health policy, and the ICF using as a guiding tool in health information systems.*

Keywords: functional health, ICF, policies.

Introdução

Em se tratando de literatura, muitos artigos científicos atuais utilizam o termo “*funcional*”. Porém, o termo “*saúde funcional*” parece ter sido utilizado pela primeira vez num livro brasileiro publicado em 2009, chamado “*Envelhecimento e Institucionalização: construindo uma história de pesquisas*” que, em seu segundo capítulo, vemos o título “*Controle postural, equilíbrio e saúde funcional dos idosos*”.

Do ponto de vista político, temos que na 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007), representações das profissões de Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social convergiram no sentido da criação de uma política reformuladora, transversal e multisetorial, juntamente com as representações da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional. Esse movimento culminou na aprovação da proposta da Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF) nas 10 plenárias temáticas simultâneas, cada uma delas com cerca de 300 delegados, sem a necessidade de aprovação na plenária final.

No ano de 2010, visando oficializar a proposta que foi

protocolizada no Ministério da Saúde (MS), o COFFITO e o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) formaram grupos de trabalho, onde foram inseridas a ABRATO (Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais), a ABENFISIO (Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia), a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, a Academia Brasileira de Audiologia e a Ordem dos Hospitaleiros Ortodoxos, contando com apoio de profissionais dos mais diversos segmentos das áreas social, de saúde e demais entidades científicas.

A PNSF, então, uniu-se a cerca de 3.000 propostas arquivadas no Ministério da Saúde para uma futura utilização. No entanto, alguns municípios (tais como, Barueri, Jandira e Santana de Parnaíba) têm se adiantado na execução da política, que exige muito mais uma reforma estrutural e administrativa do que custos financeiros para sua execução. Como se trata, essencialmente, de uma política de informação em saúde, ela pode ser implantada com uma pequena parcela do financiamento federal de programas

como o ParticipaSUS e mantida com programas do Bloco Vigilância em Saúde (ex.: piso fixo de vigilância e promoção da saúde – PFVPS), ou ainda das redes do MAC (Média e Alta Complexidade) ou do Bloco de Gestão do SUS.

O foco da construção de indicadores de saúde, que sempre se concentrou na mortalidade e na morbidade, deve agora se deslocar para a funcionalidade e incapacidade¹.

No entanto, os debates sobre as teorias existentes para explicar a incapacidade podem ajudar na concepção de indicadores de saúde mais específicos², bem como na elaboração de políticas públicas mais efetivas.

A experiência da incapacidade é única e individual, levando a crer que a atenção à saúde precisa ser revista por meio de uma lente mais ampliada, uma perspectiva holística de cuidado, de modo que se atente para a necessidade de restabelecimento do mundo da vida dos sujeitos utilizando-se de manejos mais positivos, ou seja, intervenções com bases dialógicas e que primam pela valorização da fala dos sujeitos³.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma ferramenta capaz de dar conta dessas necessidades e esta foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001. Ela foi aprovada pela OMS, indicada para uso pelos países membros por força da Resolução OMS 54.21/2001, traduzida em 2003 e adotada no Brasil pela Resolução CNS nº 452/2012. Ela tem importância reconhecida nas áreas do ensino, da pesquisa e da clínica, permitindo diferentes abordagens em setores como Educação, Trabalho, Estatísticas de Saúde, Políticas Públicas, Saúde, Seguridade Social, entre outros⁴.

A CIF, além de um esquema de codificação, traz um modelo sobre como se entender sobre funcionalidade e incapacidade. O modelo proposto baseia-se na junção de dois modelos dicotômicos: o de interesse da deficiência e o de interesse social. Uma abordagem denominada biopsicossocial e espiritual é usada para se obter uma integração dessas várias dimensões da saúde, por isso, o modelo também é chamado de integrativo⁵.

O modelo biopsicossocial e espiritual de funcionalidade e incapacidade da OMS admite uma complexa interação e uma completa multidirecionalidade entre seus componentes: transtorno/doença, funções/estruturas, atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais⁶

Considerando-se que os indivíduos estão sempre inseridos em um determinado contexto de vida profissional habitual, a análise dos fatores ambientais ganha importância para conhecimento de determinantes da saúde⁷. Eles podem agir positiva ou negativamente, propiciando uma melhora no desempenho das atividades ou um prejuízo para uma ou mais funções corporais. Assim, o uso da CIF e do modelo biopsicossocial e espiritual podem ser caminhos para garantia de uma abordagem ampla.

Serviços, Sistema e Política de Saúde Funcional

Tem funcionalidade aquele indivíduo que consegue fazer o que quer e o que precisa fazer em seu cotidiano. Aquele que não tem essa possibilidade é considerado um

indivíduo com incapacidade. Considerando que é natural que parte de uma população, de qualquer lugar, seja rica ou pobre, é passível de incapacidades. Assim, o Setor-Saúde deve oferecer três princípios assistenciais básicos no que se refere às ações de promoção da funcionalidade e prevenção da incapacidade: os serviços de saúde funcional, o sistema de saúde funcional e a política de saúde funcional.

SERVIÇO

Tem por finalidade proporcionar intervenções junto aos indivíduos, seja de promoção, prevenção ou recuperação da saúde. Ocorre em diferentes locais, tais como, comunidade, domicílio, escola, unidade básica, hospitais e centros especializados.

SISTEMA

Tem por finalidade executar métodos de administração e supervisão dos serviços. Define normas de acesso, tais como, quais são os serviços de livre demanda, quais são os de busca ativa e quais são os de outro tipo de acesso. Define fluxos internos, seja de pacientes, seja de documentos ou de informações relativas ao perfil da

demanda ou ao resultado das intervenções.

POLÍTICA

Tem por finalidade avaliar os resultados por meio de indicadores populacionais de saúde e criar estratégias de intervenção, por meio de um processo de planejamento, avaliação, controle e monitoramento, que possam definir prioridades, estruturação, cobertura assistencial, regiões prioritárias e ações inter-setoriais que interfiram no estado de saúde da população.

A adoção desses princípios independe da existência de um programa específico, como os que são oferecidos pelo MS (Rede Cegonha, Saúde da Família, Campanhas de Vacinação, entre outros). Trata-se apenas de uma reorganização de um tipo de assistência muito carente na área pública. Vê-se que, com o aumento da frequência de doenças crônicas (sejam causadas pelo avanço da média de idade, por fatores genéticos ou pela nova forma de trabalho), é necessário que atitudes globais envolvendo a prevenção das incapacidades e a promoção da funcionalidade sejam tomadas. Para isso, o potencial de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas

ocupacionais deve começar a ser aproveitado na Atenção Primária, já que na maioria das vezes, esses profissionais têm suas habilidades parcialmente aproveitadas pelo setor público a partir do momento em que são rotulados apenas como atores da Atenção Especializada.

Passo a passo

Para implantação da Política de Saúde Funcional, enquanto diretriz de trabalho, existem ações que necessitam de financiamento e outras que não necessitam.

O QUE NÃO PRECISA DE FINANCIAMENTO?

1. Agregação dos profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais num conjunto denominado “Saúde Funcional”;
Juntamente com os departamentos de Saúde Materno-Infantil, Saúde Mental e Saúde Bucal (que naturalmente já fazem parte da Atenção Primária), inclui-se o de Saúde Funcional, para direção das três áreas;
2. Substituição dos termos “sessão” e “reabilitação” do vocabulário profissional e da documentação do município,

- seja nos prontuários ou nos subsistemas internos de comunicação e agendamento, substituindo-os por “consulta/procedimentos/ atendimentos” e por “recuperação funcional”. Isso porque “sessão” dá a ideia de repetição de procedimentos, o que remete a um modelo há muito ultrapassado, pelo qual não se espera uma assistência moderna e efetiva. Já o termo “reabilitação” é inadequado por se relacionar com reinserção social e não com recuperação da saúde, conforme descreve a Lei nº 8080/1990;
3. Instituição a “triagem” (ou consulta inicial) para determinar prioridades, objetivos, plano de tratamento e prognóstico (incluindo a previsão de alta);
 4. Instituição da busca ativa na comunidade por agentes comunitários, atendimento de casos simples de forma descentralizada e em equipamentos de “porta de entrada”;

Rev. CIF Brasil. 2015;3(3):49-61

5. Apoio à adesão aos Programas do MS que possam ter relação, mesmo que indireta, com as diretrizes da Política de Saúde Funcional;
6. Adequação de programas em andamento às diretrizes e filosofia da Política de Saúde Funcional.
7. Publicação de uma Resolução do Conselho Municipal de Saúde e de uma Portaria da Secretaria Municipal de Saúde adotando a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) as diretrizes da saúde funcional. Usar a Resolução CNS nº 452/2012 como referência.

O QUE PRECISA DE FINANCIAMENTO?

1. Treinar os profissionais, de forma permanente, para aplicação da CIF;
2. Criar um formulário para condensar os dados da CIF periodicamente;
3. Incluir indicadores e resultados assistenciais medidos pelo uso da CIF no

- processo formal de planejamento em saúde;
4. Criar uma ligação entre a Atenção Básica e o Planejamento em Saúde por meio das informações e indicadores gerados como uso da CIF;
 5. Instituir o uso da CIF pelo Agente Comunitário e pelos profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais;
 6. Estudar o perfil da demanda para dar início a um processo de descentralização dos Serviços de Saúde Funcional, considerando a complexidade dos casos e a região de origem;
 7. Adequar serviços (como o serviço especializado proposto pelo “Viver sem Limite”) no que se refere à alteração da nomenclatura para “Centro Especializado em Saúde Funcional” e à instituição de um sistema de informações baseado na CIF para diagnóstico geo-referenciado que possa permitir o contato inter-setorial co-responsabilizando outras Secretarias no

processo de diminuição barreiras ambientais e de facilitação do desempenho da participação social de pessoas com incapacidades de grau 2, 3 ou 4 (conforme qualificadores da CIF).

Perspectivas

O uso da CIF como ferramenta estatística que permita a obtenção de informações sobre funcionalidade humana pode ser considerado a sua mais importante aplicação⁸. Apesar de transcorridos 14 anos de sua publicação, ainda não existem dados sobre funcionalidade de forma generalizada no Brasil baseados na linguagem comum e padronizada oferecida pela classificação. Os sistemas formais de informação em saúde contêm atualmente apenas dados da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), ou seja, o código da doença ou condição/lesão. O foco da CID é a morbidade e a mortalidade. Portanto, os sistemas de informação sobre saúde geram informações importantes, porém, incompletas do ponto de vista dos determinantes das condições de funcionalidade. O

uso da CIF poderá trazer dados mais amplos tanto sobre a funcionalidade, como em relação ao ambiente e ao desempenho das atividades relacionadas a ele⁹. Muito mais do que estabelecer uma linguagem comum, e de estabelecer um padrão para a área, a CIF pode servir como ferramenta norteadora de ações estratégicas que melhorem a produtividade, a eficiência do trabalho e o direcionamento dos recursos financeiros.

A CIF possui mais de 1400 categorias. Isso significa que podem ser gerados, para uma mesma pessoa, mais de 1400 códigos. Cada categoria é transformada em código ao ser completada por qualificadores (que são números que dão a magnitude de um problema dentro de uma categoria específica). Em regras gerais, o classificador deve selecionar as categorias e os qualificadores que identificam e expressam cada caso.

Considerando-se a alta complexidade que envolve o uso da CIF, acredita-se que um modelo introdutório resumido, a ser usado pelas equipes de saúde, permitindo a vigilância contínua, a fim de gerar informações sobre funcionalidade e

Rev. CIF Brasil. 2015;3(3):49-61
incapacidade, independentemente da condição de saúde, pode ser um caminho inicial para posterior ampla abordagem¹⁰.

Financiamento

Embora não se tenha um programa de financiamento específico nos Blocos dos Fundos Municipais de Saúde para uma política de Saúde Funcional, sabemos que se trata de uma política de informação em saúde. Sendo assim, as ações que necessitam de financiamento podem ser financiadas com os seguintes programas:

- ParticipaSUS (avaliação/monitoramento/controle), do Bloco de Gestão;
- Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, do Bloco VISA;
- Teto de Redes (no geral) que tenham relação com custeio de ações, incluindo Educação Permanente, do Bloco MAC;
- Incentivos da Atenção Básica que tenham relação com custeio de ações, contratação de serviços temporários e Educação Permanente, do Bloco da Atenção Básica.

- Políticas de atenção a pessoas com doenças crônicas.

Pode haver outras formas de financiamento de acordo com a realidade de cada ente federativo, considerando a existência de possíveis emendas parlamentares ou até mesmo de financiamento próprio, por se tratar de um investimento acessível.

Considerações finais

Em primeiro lugar, a implantação da CIF (e de seus respectivos indicadores) aumentará o potencial da informação em saúde. A qualidade de cada dado ganhará detalhes antes escurecidos. Como a maior parte dos pacientes atendidos por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais tem problemas crônicos, o código da CID-10 (atualmente a única classificação em uso) não mudará após as intervenções terapêuticas, dando a impressão de que “nada mudou” na condição de saúde do paciente ou no ambiente onde ele vive. Pelo contrário, os dados da CIF qualificam os resultados das intervenções, bem como, indicam riscos ambientais que interferem no desempenho humano.

A implantação deverá ainda:

- desburocratizar o acesso, possibilitando o início do tratamento o mais rápido possível, o que vai gerar períodos de tratamento mais curtos;

- diminuir as filas ao longo do tempo por aumentar o acesso às ações de diagnóstico ambiental, de conhecimento de riscos (e intervenção neles), por preconizar recursos de tratamento que duram menos tempo e por organizar o atendimento por meio de uma triagem de casos, estabelecendo prioridades e diferenciando o tipo de assistência;

- aumentar a segurança para criação ou reformulação de serviços, já que o sistema vai gerar informações mais precisas sobre o estado de funcionalidade (estado de saúde funcional) da população, em relação ao ambiente (geo-referenciamento);

- melhorar a construção de justificativas para adesão à programas que tenham interface com a funcionalidade (saúde do idoso ou saúde do trabalhador, por exemplo), aumentando as chances de financiamentos específicos;

- aumentar a clareza do planejamento em saúde no que se refere à construção do Plano

Plurianual ou das Programações Anuais de Saúde;

- facilitar o contato com outros setores municipais (como, transporte público, meio ambiente, promoção social, arquitetura e urbanismo) que têm influência na saúde da população;

- aproveitar a capacidade assistencial de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais na Atenção Primária, podendo evitar a sobrecarga imposta às outras áreas (de enfermagem, médica, social, entre outras).

Para utilização da CIF a partir de listas específicas, tem sido usual a execução de um processo de consenso entre especialistas¹¹. Essa parece ser a forma mais apropriada, sendo o método *Delphi* o mais utilizado desde o início do processo de elaboração dessas listas.

As atividades da atenção primária envolvem a promoção, a prevenção e o tratamento. É importante que uma ficha de notificação seja amigável¹², que o tempo de preenchimento seja curto e suficiente para atingir os objetivos propostos na geração de informações.

Em estudo de revisão verificaram que a unificação da linguagem é uma das necessidades atuais da área de Funcionalidade Humana¹³. Há uma contribuição neste sentido com a criação desta ferramenta. O envolvimento dos profissionais de saúde com sistemas de informação de saúde ainda é pequeno, pois parece haver falta de entendimento sobre a importância das informações geradas por eles para a Saúde Pública. O reconhecimento da importância, aplicabilidade e vantagens do uso da CIF depende de diversos fatores, como a clareza sobre o que essas informações podem gerar de retorno para a atividade da área¹⁴. O que se defende é que o instrumento que facilita o uso da CIF tenha uso amplo e que possa ser utilizado com segurança, garantindo o esclarecimento da verdade sobre o estado de funcionalidade de determinada população.

Com dados gerados pelo uso da classificação, estudos sobre prevalência, incidência, comparação de coeficientes, estudos de riscos ambientais, entre outros, poderão ser desenvolvidos para conhecimento do estado de

funcionalidade, assim como já se faz em relação aos dados de morbidade e mortalidade¹⁵. O programa a ser criado deve ser um instrumento de fácil uso, que pode ser adaptado aos prontuários físicos ou até mesmo aos prontuários eletrônicos, em serviços e sistemas de saúde. Assim, determina-se uma forma rápida e viável de aplicação da classificação por meio de um instrumento prático, capaz de gerar informações sobre a funcionalidade, mesmo que de forma superficial. É importante salientar que dados essenciais para o conhecimento da

Rev. CIF Brasil. 2015;3(3):49-61

evolução, da incidência e da prevalência de incapacidades nas populações, estão numa situação de invisibilidade atualmente no Brasil, apenas com o uso da CID. Sendo CIF e CID complementares entre si, existe a necessidade clara de um sistema de informação mais completo.

Com isso, o SUS poderá ser beneficiado com dados que vão além das doenças e causas de morte, ampliando a informação para funcionalidade, incapacidade e fatores ambientais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, Ustun TB, Stucki G. Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2002; 34: 205-10.
2. Sampaio RF, Madel TL. Funcionalidade e Incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (3): 475-83.
3. de Pedro-Cuesta J, Comin Comin M, Virues-Ortega J, Almazan Isla J, et al. ICF-based disability survey in a rural population of adults and older adults living in Cinco Villas, Northeastern Spain: design, methods and population characteristics. *Neuroepidemiology*. 2010; 35(1):72-82.
4. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Editora USP.2003;

5. Riberto M. Core Sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(5): 938-46.
6. Fernandez-Lopez JA, Fernandez-Fidalgo M, Cieza A. Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF). *Revista Espanola de Salud Publica.* 2010; 84(2):169-84.
7. Finger ME, Escorpizo R, Glassel A, Gmunder HP, Luckenkemper M, Chan C, Fritz J, Studer U, Ekholm J, Kostanisek N, Stucki G, Cieza A. ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disability and Rehabilitation.* 2012; 34(5): 429-38.
8. Hinsch KD, Zick . International classification of function, disability and health (ICF): Basis for cutaneous rehabilitation management. *Hautarzt* 2010; 61(4):294-301.
9. Kalay L, Fujimori S, Suzuki H, Minamoto K, et al. Description of environmental determinants of quality of life in children with intellectual disability in Japan using the Delphi technique. *Environmental Health and Preventive Medicine.* 2010; 15(2):73-83.
10. Araujo ES, Junior JCO. A aplicação da CIF por agentes comunitários de Saúde. *Revista CIF Brasil.* 2014;1(1):18-26;
11. McDougall J, Wright V, Rosenbaum P. The ICF model of functioning and disability: Incorporating quality of life and human development. *Developmental Neurorehabilitation.* 2012; 13(3):204-211.
12. Araujo ES. Uso da CIF no SUS: a experiência do município de Barueri/SP. *Revista CIF Brasil.* 2014;1(1):10-17;
13. Palisano RJ. A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: a framework for evidence-based decision making. *Physical Therapy.* 2006; 86 (9): 1295-305.
14. Pollard B, Dixon D, Dieppe P, Johnston M. Measuring the ICF components of impairment, activity limitation and participation restriction: an item analysis using classical test theory and item response theory. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2009; 7(41).

15. Weigl M, AC, CA, BK, et al. Identification of relevant ICF categories in patient with chronic health conditions: A Delphi exercise. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004; *Supplement (44)*:12-21