

PMAQ: a inclusão de indicadores de funcionalidade humana
QAMP: including human functioning indicators

Eduardo Santana de Araujo¹, Vivian Chagas²

1 Fisioterapeuta, Doutor em Saúde Pública pela USP, Ordem dos Hospitaleiros Ortodoxos, edusantana@usp.br

2 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Mario Schenberg

Resumo

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) objetiva avaliar o desempenho da assistência à saúde. Ele possui um conjunto de indicadores para essa avaliação. No entanto, nenhum indicador de funcionalidade humana foi incluído o que o torna incompleto. Este trabalho busca propor alguns desses indicadores para melhor avaliar o desempenho da atenção primária no Brasil.

Descritores: indicadores, atenção primária, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Abstract

The Quality and Access Health Program for Primary Care (QAMP) aims to assess the health care performance. It has an indicator group for that. However, there is none functioning health indicator to be assessed, turning the program an incomplete form. This paper propose some functional health indicators to get a better assess about primary care in Brazil.

Key words: indicators, primary care, International Classification of Functioning, Disability and Health

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária (AP) segue os princípios da Reforma Sanitária, e por isso é designada como Atenção Básica à Saúde (AB) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para enfatizar que o modelo é assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Os centros de saúde de atenção primária e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas deveriam ser resolvidos em um primeiro momento pelos profissionais da AB. Os casos que não fossem possíveis de serem resolvidos com os recursos disponíveis nesse setor de atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde, conforme Matta e Morosini (2008).

Entretanto para que essa hierarquização ocorra da maneira com está regida pelas leis, é necessário que existam dados completos sobre as condições de saúde em que se encontram as populações. Para esse fim surgiu a Pmaq, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Esse Programa gera indicadores, ou seja, dados que informam ao sistema de saúde diversas condições do estado de saúde das populações, tendo como principal objetivo ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com

garantia de um padrão de qualidade nacional (Brasil, 2012). Atuando regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Entretanto, não existem indicadores específicos sobre a funcionalidade humana. Será que podemos melhorar a qualidade da atenção básica sem que existam indicadores sobre a funcionalidade?

Assim, o objetivo deste estudo é sugerir indicadores sobre funcionalidade e incapacidade para inclusão no PMAQ, partindo do princípio da abordagem biopsicossocial e da influência dos fatores ambientais no desempenho humano, seja na presença ou na ausência de doenças.

MÉTODOS

Esse trabalho teve como procedimentos metodológicos uma revisão dos indicadores existentes do PMAQ, em especial, os utilizados para a área de Saúde Bucal.

A partir dessa análise, desenvolvemos possibilidades de fórmulas para uso da área de Saúde Funcional, englobando, Acessibilidade, Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Após o estudo dos indicadores de Saúde Bucal, foi feita uma correlação dos indicadores deles com as principais alterações que afetam a funcionalidade em cada uma das áreas citadas.

A adoção do modelo de funcionalidade e incapacidade humana

possibilita ao fisioterapeuta, em seus procedimentos de avaliação e de intervenção, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo. Norteados por esse modelo, o profissional pode identificar as capacidades e as limitações nos três níveis que envolvem a saúde e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente. Portanto, a avaliação deve ser voltada para o paciente, considerando com o mesmo grau de importância todas as dimensões da saúde, incluindo as atividades e a participação social (SAMPAIO et al., 2005).

A CIF é uma ferramenta que permite várias abordagens. Podendo ser usada em muitos setores que incluem a saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas, políticas públicas entre outras. Sua importância pode ser colocada para as práticas clínicas, ensino e pesquisa. Na área clínica, ela se enquadra no modelo de atendimento multidisciplinar, atendendo as várias equipes e os vários recursos de que dispõem os serviços, podendo ser utilizada por todos os profissionais da saúde. Uma das vantagens que o modelo apresenta é a possibilidade de se utilizar uma linguagem padrão, que permita a comunicação entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

A Classificação Internacional de Funcionalidade é então a ferramenta ideal para compreender, avaliar e classificar a funcionalidade humana, buscando compreender por completo as alterações que ocorrem na saúde e

achando as melhores alternativas para solucioná-las.

As informações coletadas através desta revisão nos atualizam sobre as novas questões abordadas com referência à saúde e serve como base para a compreensão da proposta deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos indicadores de saúde bucal e utilizando estes como referências foram sugeridos os seguintes indicadores de saúde funcional:

Acessibilidade

1. Proporção de pontos de ônibus adaptados;
2. Quantidade de semáforos adaptados para pessoas com deficiência visual grave
3. Razão entre portadores de incapacidades e quantidade de transporte público adaptado
4. Kilometragem de calçadas acessíveis a pessoas com incapacidades
5. Proporção de pessoas portadoras de incapacidades
6. Quantidade de portadores incapacidades que atuam no mercado de trabalho
7. Proporção de escolas com adaptações para portadores de incapacidades

Fisioterapia

1. Proporção de escolas que receberam ação coletiva de Educação Postural
2. Cobertura da primeira consulta para avaliação

3. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas fisioterapêuticas
4. Proporção de abandono de tratamento
5. Número de órteses prescritas
6. Taxa de alta
7. Chance de retorno à funcionalidade
8. Prevalência de dificuldade de locomoção após alta

Fonoaudiologia

1. Proporção de escolas com ação coletiva sobre síndrome de respiração bucal
2. Cobertura da primeira consulta para avaliação
3. Cobertura da primeira consulta de atendimento a crianças com doenças neurológicas com conseqüentes alterações na fala
4. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas fonoaudiológicas
5. Taxa de incidência alterações auditivas em escolares
6. Taxa de incidência alterações da linguagem oral em escolares
7. Taxa de incidência de pacientes com alterações na deglutição

Terapia Ocupacional

1. Proporção de domicílios com ação coletiva de prevenção de quedas - idosos
2. Cobertura da primeira consulta para avaliação
3. Cobertura da primeira consulta de atendimento de tendinite
4. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas de terapia ocupacional.
5. Número de órteses produzidas

6. Número de atendimentos a pacientes com neurológicos com necessidades de adaptações em suas moradias
7. Taxa de incidência de alterações em membro superiores de pacientes com AVC

O primeiro indicador criado foi o de *Proporção de ação coletiva de Educação Postural*. Sabe-se que nos dia de hoje aproximadamente 70 a 85% dos indivíduos já tiveram dor lombar durante a sua vida, e mais de 80% deles vão relatar episódios recorrentes. Estima-se que 80 a 90% dos indivíduos vão se recuperar dentro de seis semanas, independentemente do tipo de tratamento, no entanto, 5 a 15% irá desenvolver lombalgia crônica (LIDDLE et al., 2004). Indicadores de média de ações coletivas, calculados sobre toda população, ajudam a identificar alterações funcionais que precedem ou que colaboram com o desenvolvimento de doenças, dado muito importante para a atenção básica.

Outro exemplo sugerido foi *Cobertura da primeira consulta para avaliação*. De acordo com Gavim et al. (2012) a avaliação cinesiológica compreende os métodos e técnicas utilizadas para a realização do prévio diagnóstico e avaliação, tendo por finalidade detectar o real estado do paciente, e a partir disso prescrever os métodos e técnicas a serem desenvolvidas para o tratamento, traçando os objetivos mediante as condições clínicas do paciente. Ao final de cada atendimento uma nova avaliação deve ser feita para decidir sobre a continuidade do tratamento, dar

alta ou manter acompanhamento periódico.

Portanto, a avaliação específica de cada paciente é de extrema importância sendo que é a partir dela que os dados, para que o tratamento mais eficaz a aquele indivíduo, será delineado.

Também tomando a Saúde Bucal como exemplo, Outro indicador criado através deste estudo foi a *Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas fisioterapêuticas*. Esse indicador irá trazer uma informação importantíssima ao sistema de saúde, pois irá dizer sobre todas as pessoas que fizeram uma avaliação quantas concluíram o tratamento, e a partir dos dados obtidos será possível identificar possíveis falhas em diversos setores do atendimento da atenção primária, como: difícil acesso, desistência pela não melhora do problema que levou o paciente a procurar o sistema de saúde, ausência de profissionais de fisioterapia suficientes, baixa qualidade de atendimento entre outras.

Já a *Quantidade de prescrição de órteses* é um indicador com o objetivo de quantificar quais indivíduos, de todas as idades, tem necessidades do uso desse recurso auxiliar. De acordo com Petten e Ávilla. (2010) este dispositivo se caracteriza por objetivos como: proteger a cicatrização de estruturas; manter ou promover a amplitude de movimento de determinada articulação; auxiliar uma função; prevenir deformidades; oferecer repouso articular; reduzir a dor, entre outros. Sendo assim o uso da órtese é aplicado em diversas alterações funcionais e seu uso como terapia

complementar é extremamente importante. Cury et al. (2005) realizou um estudo com vinte crianças com Paralisia Cerebral e comparou o desempenho motor dessas crianças com órtese e sem órtese. Ao final do estudo Cury percebeu que o uso de órteses suropodálicas proporcionou benefícios tanto nos parâmetros qualitativos da marcha, quanto no desempenho motor grosso nas crianças com Paralisia Cerebral.

Desde o início da história as intervenções terapêuticas têm sido guiadas pelo modelo médico. Esse modelo tinha como definição a saúde como a ausência de doenças e, por isso a avaliação e o tratamento eram focados apenas nos sinais e nos sintomas da patologia, considerando apenas o nível físico (SAMPAIO et al,2005).

Além disso, as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocaram a prioridade no controle da morbidade e mortalidade (FLECK, 2000).

Atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como: “um completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” deixando o conceito muito mais amplo (WHO, 1946 apud FLECK, 2000).

Uma das missões da Organização Mundial da Saúde é a produção de Classificações Internacionais de Saúde que representam modelos consensuais a serem incorporados pelos Sistemas de Saúde, gestores e usuários, visando à utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou

intervenções em saúde (FARIAS e BUACHALLA, 2005).

Esses modelos terapêuticos demonstram a mudança que ocorreram na definição da saúde, indicando que fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e a qualidade de vida.

A fisioterapia necessita de um modelo teórico que guie sua prática e sua pesquisa, demarcando seu papel na sociedade. Dessa forma, a aplicação de um modelo teórico mais adequado à atuação dos fisioterapeutas possibilitaria melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo, desde a instalação da doença até suas consequências funcionais (SAMPAIO et al., 2005).

A necessidade de se conhecer o que acontece com os pacientes após o diagnóstico, com o decorrer do tempo, principalmente em relação às doenças crônicas e aos acidentes, torna-se cada vez mais importante para a área da saúde (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

E devido à necessidade desse olhar mais amplo sobre a saúde humana, surgiu o termo “funcionalidade humana” que conceitua a inter-relação entre as estruturas e as funções do corpo, a atividade individual e a participação na sociedade dentro de uma experiência humana relacionada à saúde (STUCKI, 2009).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi lançada pela Organização Mundial de Saúde em 2001 e foi criada para responder às necessidades de se conhecer as consequências das doenças e do envelhecimento.

Com o aumento da expectativa de vida, tornou-se fundamental

conhecer em que condições vivem as pessoas, com doenças crônicas ou mesmo aquelas saudáveis.

A CIF permite conhecer os estados de funcionalidade, incapacidade, graus de atividade e de participação e classificá-los sob aspectos ambientais, facilitadores ou barreiras, além de propor o uso de fatores pessoais na determinação das esferas envolvidas nas condições de saúde e de vida das pessoas (ARAUJO e BUCHALLA, 2011).

A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa "pode ou não pode fazer na sua vida diária", tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive.

Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares: a informação sobre o diagnóstico gerado pela CID, associado ao estado da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo ou de determinadas populações. Por exemplo, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

O enfoque principal da CIF é a influência dos fatores contextuais (ambientais e pessoais) e seus impactos, tanto positivos quanto negativos, nas três dimensões das condições de saúde: estrutura e função do corpo, atividade e participação social.

Nessa classificação, todos os domínios de saúde e os conteúdos relacionados interagem e apresentam a mesma relevância para descrever o processo de funcionalidade e incapacidade.

Essa classificação constitui uma abordagem com múltiplas perspectivas para descrever a funcionalidade e a incapacidade como um processo interativo e evolutivo (SAMPAIO et al., 2005).

Segundo o modelo da CIF a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação.

Portanto a Classificação Internacional é baseada, em uma abordagem biopsicossocial que

incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PMAQ visa melhorar a qualidade do acesso à atenção primária e para se alcançar este objetivo à criação da Área de Saúde Funcional se mostra necessária. A inserção dos indicadores sugeridos por este estudo no PMAQ irão complementar o atendimento a atenção básica promovendo melhora do atendimento e qualidade de vida da população brasileira. A coleta das informações sugeridas ampliará a visão sobre as condições de saúde em que se encontram determinadas populações e criará a possibilidade de intervenções cada vez mais eficazes e a melhoria tanto da saúde das pessoas quanto da qualidade do atendimento direcionado a elas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAUJO, E. S.; BUCHALLA, C. M . **Uma proposta de uso da CIF em Fisioterapia**. Fisiobrasil, v. 15, p. 22-27, 2011.
2. BONETTI, F.; C, S.; MATTIOLI, MUGNAI, R.; VANTI, C.; Violante, F. S. PILLASTRINI, P.; **Effectiveness of a 'Global Postural Reeducation' program for persistent Low Back Pain: a nonrandomized controlled trial**. BMC Musculoskeletal Disorders 2010, 11:285.
3. BRASIL (2007a). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- 4.
5. BRASIL (2011a). Ministério da Saúde. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo

- Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.
6. BRASIL (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação o SUS. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 26 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 7. BRASIL (2011c). Presidência da República. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 29 set. 2013.
 8. BRASIL (2012a). Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 9. BRASIL (2012b). Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde).
 10. BRASIL (2012c). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional De Melhoria Do Acesso E Da Qualidade Da Atenção Básica (Pmaq) Documento Síntese Para Avaliação Externa**. Brasília – DF 2012.
 11. CARMEN LAVRAS. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
 12. CARMEN TEIXEIRA. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.
 13. COELHO, L. O. **Método Mézières ou a revolução na ginástica ortopédica: o manifesto antidesportivo ou a nova metodologia de treino**. Revista de motricidade; v:4, n°2, 2008.
 14. CUNHA, A. C. V.; BURKE, T. N.; FRANÇA, F.J.R.; MARQUES, A. P.; **Effect of global posture reeducation and of static stretching onto pain, range of motion, and quality of life in women with chronic neck pain: a random clinical trial**. Clinics. 2008; 63:763-70.

15. CURY, V. C. R.; FONSECA, S. T.; SAMPAIO, R. F. **Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral.** Rev. bras. fisioterapia, v. 10, n. 1, p. 67-74, 2006.
16. FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. **The international classification of functioning, disability and health: concepts, uses and perspectives.** Rev. bras. epidemiol. vol.8 no.2 São Paulo June 2005.
17. FLECK, LEAL, LOUZADA. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** Rev Bras Psiquiatr, 21 (1), 2000.
18. GAVIM, A. E. O.; OLIVEIRA, I. P. L.; COSTA, T. V.; OLIVEIRA, V. R; MARTINS, A. L.; SILVA, A. M. **A Influência da Avaliação Fisioterapêutica na Reabilitação Neurológica.** Saúde em Foco, 1-6, 2012.
19. GIOVANELLA, L; DE MENDONÇA, M. H. M. **16. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** 2009
20. LIDDLE, D. S.; G. BAXTER, D.; GRACEY H.; J. **Exercise and chronic low back pain: what works?** Pain 107 (2004) 176–190.
21. MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde. Dicionário da educação profissional em saúde/Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde.–Rio de Janeiro: EPSJV, pag 23, 2006.**
22. MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: OPAS; 2012.
23. NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. **O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade.** Rev Bras Epidemiol 2008; 11(2): 324-35.
24. PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
25. PICCOLI, A.; WELER, W. R. KUTCHAK, F.; RIEDER, M. M. **Indicações para Inserção do Profissional Fisioterapeuta em uma Unidade de Emergência.** ASSOBRAFIR Ciência. 2013 Abril; 4(1): 33-41.

26. PINTO et al. **RECIIS – R.** Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012. Disponível em <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/texto_13.pdf>. Acesso em 05 out. 2013.
27. ROCHA, M. S., ROCHA, E. S., & DE SOUZA, J. P. C. **Fisioterapia em queimados:** uma pesquisa bibliográfica acerca dos principais recursos fisioterapêuticos e seus benefícios. TEMA-Revista Eletrônica de Ciências. 9 (13/14) - (2010).
28. SAMPAIO, R. F., MANCINI, M. C., GONÇALVES, G. G. P. BITTENCOURT, N. F. N., MIRANDA, A. D. E FONSECA, S. T. **Aplicação Da Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde (Cif) Na Prática Clínica Do Fisioterapeuta.** Rev. bras. fisioter. Vol. 9, No. 2 (2005), 129-136.
29. SANTANA, C. M. L.; BRITO, C. F.; COSTA, A. C. S. M. **Importância da Fisioterapia na Reabilitação do Paciente Queimado.** Rev Bras Queimaduras. 2012; 11(4): 240-5.
30. STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/Ministério da Saúde, 2002.
31. STUCKI G, REINHARDT JD, GRIMBY G, MELVIN J. **O desenvolvimento da Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação a partir de uma perspectiva abrangente.** ACTA FISIATR 2008; 15(1): 63 – 69.
32. VAN PETTEN, A. M. V. N., & ÁVILA, A. F. (2010). **Efeito do uso de órtese de punho na ativação da musculatura flexora e extensora do punho.** Revista Brasileira de Ortopedia, 45(1).