

Para a elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil, dois aspectos devem ser levados em consideração, a saber, a transição demográfica e a transição epidemiológica. Cada vez mais, observa-se um aumento no número de pessoas idosas convivendo com inúmeras incapacidades e, ainda, um perfil epidemiológico.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998-2003 indica uma distribuição de doenças crônicas que, conseqüentemente, tem gerado um número expressivo de incapacidades. Essas pessoas com incapacidades necessitam dos serviços de saúde, e os utilizam quando conseguem ter acesso a eles. Contudo, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso ou à saúde das pessoas com deficiência são de alto custo e, em alguns aspectos, não se apresentam eficientes, demandando estratégias de prevenção e equipamentos de saúde destinados à manutenção ou recuperação da saúde de uma população mais envelhecida. Desse modo, a agenda de política pública do Brasil deveria priorizar a manutenção da funcionalidade dos idosos, com monitoramento das condições de saúde, ações preventivas específicas de saúde e educação, e cuidados buscando uma atenção multidimensional e integral, não necessariamente centrada na doença⁽¹⁾.

A necessidade de se elaborar políticas e estratégias, em especial de promoção de saúde, com um olhar descentralizado da doença se justifica porque os problemas de saúde advêm não somente de doenças, mas de qualquer outra condição ou circunstância de saúde, tais como agravos, gravidez, envelhecimento, estresse, predisposição genética – todas classificadas pela CID-10, contudo, sem poder mensurar as mudanças de estado relativas à condição de saúde, e muito menos classificar para descrever o contexto em que esses problemas acontecem, o que dificulta e compromete o planejamento e a resolubilidade das ações e dos serviços em saúde, diferentemente dos dados por meio de qualificadores que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) tem possibilidade de gerar⁽²⁾.

O Brasil é um país-membro da Organização Mundial de Saúde, signatário da Resolução WHA54.21-OMS54.21, que recomenda o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), traduzida para o português em 2003. O principal paradigma que a CIF traz é a mudança de um olhar centrado na doença para um olhar centrado na funcionalidade humana⁽³⁾.

Somente em maio de 2012 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a resolução 452 para que o Ministério da Saúde faça uso da CIF, entre outros usos, como geradora de indicadores da funcionalidade humana⁽⁴⁾.

Funcionalidade humana, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde, é um termo macro que designa os elementos do corpo, suas funções e estruturas, as atividades humanas e a participação do ser humano nos processos sociais, indicando os aspectos positivos da interação dos indivíduos com determinada condição de saúde e o contexto em que ele vive no que diz respeito aos fatores pessoais e ambientais (estruturais e atitudinais)⁽³⁾.

**Ana Cristhina de Oliveira
Brasil⁽¹⁾**

1) Universidade de Fortaleza (UNIFOR), coordenadora adjunta do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS) representando o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), membro titular da Comissão Intersectorial de Práticas Integrativas e Complementares do SUS do Conselho Nacional de Saúde.

Contudo, a informação em saúde se apresenta incompleta, uma vez que os dados acerca da funcionalidade humana ainda são insignificantes para que as políticas desenvolvidas de modo intersetorial possam apresentar os resultados esperados frente às incapacidades representadas pelas deficiências, limitações nas atividades e restrições da participação⁽⁵⁾.

Diante do exposto, é necessária uma mudança de direção nos caminhos das políticas públicas de saúde no Brasil, deixando de ver a doença apenas como aspecto biológico, e sim como problema de saúde produzido pela sociedade. Portanto, é preciso desenvolver informações que registrem não só a doença, mas também os demais aspectos da situação de saúde dos indivíduos.

A funcionalidade humana sofre direta influência tanto na presença de doenças, em especial, das crônicas (representando a mudança provocada pela transição epidemiológica), quanto na presença de fatores contextuais negativos, como as barreiras ambientais de diferentes aspectos, sejam elas físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras⁽⁵⁾.

Esses problemas de saúde que geraram as referidas incapacidades acarretam prejuízos não só aos cidadãos, mas também ao Estado, porque onera a seguridade social (saúde, assistência social e previdência), gerando a diminuição da qualidade de vida, principalmente dos acometidos pelos referidos problemas.

Apesar da constatação de fatos como os grandes gastos com média e alta complexidade na saúde, auxílio-doença e aposentadorias precoces que poderiam ter sido evitadas, nota-se uma ausência de ações específicas e corretamente planejadas, cuja implementação depende de vontade político-administrativa e mudança de paradigma no que tange ao foco ampliado na etiologia de todos esses problemas de saúde.

Contudo, não se tem conhecimento, no Brasil, de políticas públicas que acompanhem, de modo transversal e integral, todas as fases do ciclo de vida ou delineiem o perfil da funcionalidade e o acompanhamento da incidência de incapacidades, como também, em especial, de ações sobre as futuras gerações, com base no conceito ampliado de saúde proposto pela OMS e defendido nos princípios e diretrizes do SUS.

Muito mais necessário do que simplesmente criar serviços de reintegração é evitar/prevenir a restrição social. Para tanto, são necessárias políticas desenhadas com um novo olhar sobre o ser humano, que respeite os princípios e as diretrizes constitucionais do SUS e atendam às consequências das transições demográficas

e epidemiológicas, a fim de promover saúde para que as pessoas vivam sem grandes incapacidades numa expectativa de vida aumentada que já começou no Brasil.

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a proposta inédita nº 144 no Eixo II - Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e a moção nº 84, para se elaborar e implantar uma política nacional de saúde funcional, transversal a todas as políticas de saúde em seus diversos níveis, em especial, nas áreas que envolvem a saúde do trabalhador, da pessoa idosa, da pessoa com deficiência, do escolar, da mulher, do homem e dos demais ciclos de vida, garantindo a interdisciplinaridade e a atuação multiprofissional⁽⁶⁾.

A partir de uma discussão técnica, é possível considerar a saúde funcional como o estado de funcionalidade e bem-estar individual e das coletividades em todas as fases do ciclo de vida, no desempenho das atividades e na participação social, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania.

A detecção precoce deve ser o primeiro passo para as ações de saúde funcional, além das linhas de promoção e cuidado para dar visibilidade às ações profissionais de recuperação da saúde e prevenção de incapacidades, entendida, aqui, num sentido muito mais amplo, na busca de um excelente desempenho das atividades humanas e da mais completa possível participação social.

Fica evidente, então, a necessidade de garantir ações de promoção de saúde funcional, prevenção de alterações estruturais e disfunções/incapacidades com ou sem doença de base, e recuperação efetiva das disfunções para a superação das limitações e/ou restrições impostas por esse tipo de transtorno que afeta a saúde funcional.

Uma política dessa forma traz, entre todas as vantagens de seus resultados, uma redução dos prejuízos à seguridade social, advindos dessas incapacidades, assim como uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, apresentando um baixo custo agregado, já que as ações demandam, basicamente, a atuação de profissionais específicos, insumos de tecnologia leve e a máxima possibilidade de sua ênfase na atenção básica.

Com base no que foi escrito neste editorial é que a Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS), apoiada em seus artigos centrados em educação e promoção de saúde, mostra a necessidade da adoção de medidas visando a elaboração de políticas públicas voltadas para a funcionalidade humana, por meio da identificação epidemiológica de grupos de risco, baseada na CIF, com a finalidade de otimizar as ações e a oferta de serviços aos

usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e da Previdência Social que tenham como referência o paradigma da saúde funcional, gerando um importante fator de promoção, prevenção e recuperação da saúde funcional, e propiciando o desenvolvimento e a reintegração social, que, constitucionalmente, devem ser garantidos à população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):548-54.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
3. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Acta Fisiátrica. 2003;10(1):29-31.
4. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 452 de 10 de maio de 2012 [acesso em 2013 Mar 9]. Disponível em: URL: http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm
5. Araujo ES. Manual de utilização da CIF em saúde funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

