



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JOAO HENRIQUE LOPES MEULMAN

MICRO REGULAÇÃO NA UBS DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA E
DEGENERATIVAS ATRAVÉS DO USO DA CIF (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL
DE FUNCIONALIDADE).

SÃO PAULO
2020

JOAO HENRIQUE LOPES MEULMAN

MICRO REGULAÇÃO NA UBS DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA E
DEGENERATIVAS ATRAVÉS DO USO DA CIF (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL
DE FUNCIONALIDADE).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CRISTIANE LOPES DE SOUZA

SÃO PAULO
2020

Resumo

O aumento das doenças crônico-degenerativas e músculo-esqueléticas tem lançado um desafio para os serviços de saúde, em especial entre a articulação da Atenção Básica (AB) e da Atenção Especializada (AE). Com o grande aumento de encaminhamentos para a AE, tal como a ortopedia, os usuários enfrentam uma longa fila de espera e pouca resolutividade em suas demandas, que ficam, muitas vezes, restrita ao uso de medicamentos e sem um olhar profissional para sua funcionalidade. Dessa forma, buscou-se com esse projeto implantar uma microrregulação dos encaminhamentos para a AE, em especial para ortopedia, na Unidade Básica de Saúde (UBS), a partir de três ferramentas: o matriciamento entre médico e fisioterapeuta; a avaliação da funcionalidade dos usuários com dores crônicas através da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF); e microrregulação dos casos com triagem e conduta conforme as necessidades funcionais do usuário. Para isso, foi reservada uma hora semanal na agenda médica junto à fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para avaliação de pacientes e dos casos com queixas de dor crônica ou doença músculo-esquelética, tendo em mãos a CIF e avaliação clínica e ortopédica. Após essa triagem, os pacientes são encaminhados para ortopedia com maiores informações e avaliação mais completa do seu caso, de forma singular, ou encaminhadas para o cuidado continuado na própria UBS com ofertas locais, tais como grupo de dor, auriculoterapia, orientações e educação em saúde, grupo com nutricionista e/ou de saúde mental, conforme cada caso. Há ainda possibilidade de reavaliação e mudança de conduta conforme alterações no quadro dos pacientes, como reagudização do sintoma. Dessa forma, os profissionais tem ampliado seu olhar para o cuidado em saúde, diminuído os encaminhamentos desnecessários para a AE, ampliado a oferta de forma resolutiva na UBS, compartilhado o cuidado em saúde e centrado a atenção para as reais necessidades dos pacientes, com enfoque na integralidade.

Palavra-chave

Política de Saúde. Doenças Musculoesqueléticas.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A grande demanda de usuários com dor crônica e problemas musculoesqueléticos, o alto número de encaminhamentos para especializada, em especial para ortopedia, a escassez de vagas para a reabilitação, a demora por espera, e uma cultura de queixa-conduta baseada na espera de resultados imediatos dos problemas crônicos, tem sido realidade no município de São Berardo do Campo - SP, em especial na Atenção Básica (AB).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Batistini está localizada na periferia do município, onde uma população vulnerável apresenta, além de altos índices de condições crônicas de saúde que necessitam de cuidados continuados especializados, dificuldade de locomoção para os serviços de reabilitação e ortopedia, que se encontram na região central do município. Estas dificuldades estão relacionadas às condições econômicas, em que muitos não possuem transporte para deslocamento, associados à dificuldade de locomoção devido às condições físicas.

Somados a isso, a fila de espera para um ortopedista geral demora cerca de 18 meses para a primeira consulta e, muitas vezes, o usuário é novamente encaminhado a uma subespecialidade, tal como ortopedia de ombro, joelho, coluna, etc, demorando mais 24 meses de espera, em média. Quando os mesmos conseguem a consulta, em grande maioria, recebem medicação específica e encaminhamento para reabilitação física. Poucos são os casos que necessitam de indicação cirúrgica.

Dessa forma, todos estes problemas geram um grande número de encaminhamentos na Unidade, sem nenhum cuidado ofertado de fato a população. Ademais, os determinantes sociais em saúde, a funcionalidade e outros aspectos eram deixados de lado, gerando nos usuários uma longa espera por especialidade que não olha para sua integralidade e possui pouca resolutividade.

Diante do exposto, se faz necessário um outro olhar para a qualificação dos encaminhamentos e do cuidado em saúde para usuários com condições musculoesqueléticas crônicas.

ESTUDO DA LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por uma Rede de Atenção articulada entre Atenção Básica, Atenção Especializada (AE), Hospitalar e demais equipamentos de saúde, institucionais ou não. A AB é a porta de entrada preferencial da rede, realizando a coordenação do cuidado, encaminhamentos que se fizerem necessários e atenção continuada dos usuários e seus familiares na lógica de território. Já a Atenção Especializada é caracterizada por um conjunto de ações e serviços à nível ambulatorial, pontual ou contínuo, conforme necessidades dos usuários. Esta ainda deve ofertar um acesso qualificado e em tempo oportuno para uma população que apresentem queixas diferenciais e mais intensivas que a Atenção Básica. A maior dificuldade da Atenção Especializada está em sua resolutividade em tempo hábil e na dificuldade da Atenção Básica, junto à população, em ser eficaz nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Além disso, o aumento e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas evidencia uma população crescente com morbidades que potencializam grandes síndromes geriátricas, doenças crônico-degenerativas, acometimentos físico-motores incapacitantes, imobilidade, fragilidade e necessidade de reabilitação frequente ou até mesmo institucionalização. Com isso, aumenta-se também a demanda para o acesso aos serviços especializados, somadas à fragilidade de ofertas de cuidado de reabilitação. E neste aspecto, a regulação e a clínica ampliada são fundamentais para execução do acesso e da equidade nos serviços da Rede de Atenção à Saúde.

É na AE que as doenças crônicas e deformidades aparecem com mais frequência, em especial na ortopedia, com as questões músculo-esqueléticas e de reabilitação física. Segundo o Ministério da Saúde, os principais acometimentos ortopédicos estão nas doenças degenerativas e traumas, tais como as artroses, mialgias, tendinopatias, síndromes e dores articulares e lesões na coluna, sendo estas um dos principais agravos à saúde da população brasileira que vêm se alastrando cada vez mais. Somados a isso, tem-se o problema da violência externa que vem agravando os quadros traumático-ortopédicos com necessidade de reabilitação, o que eleva os gastos em saúde e se torna um problema de gestão.

O uso de tecnologias para ampliação do olhar para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, associados ao trabalho em equipe, contempla atualmente um modelo de política de saúde que enfoca não somente estruturas e funções corporais, mas também a importância da participação e do desempenho de atividades, assim como fatores pessoais e ambientais, tal qual preconiza a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). A CIF mede e avalia a funcionalidade de usuários para além de seu diagnóstico, sendo importante ferramenta para avaliar os casos de dor crônica, por exemplo.

Dessa forma, cabe à Rede de Atenção à Saúde agir de forma articulada e integrada para o enfrentamento destes problemas e melhora da resolutividade no cuidado em saúde para a população. A regulação em saúde é uma das estratégias de organização da rede para situações como esta, e é competência de todos os profissionais da saúde, em especial quando se trata de uma regulação local e autônoma, como a microrregulação.

AÇÕES

A estratégia dos cuidados colaborativos (matriciamento) prevê que as condutas e decisões sejam compartilhadas e haja apoio à articulação da rede de atenção à saúde, isso que a unidade básica de saúde Batistini implementou, através deste projeto, como estratégia para resolução do problema de regulação, encaminhamento e demanda reprimida de pacientes com doenças e dores crônico-degenerativas.

Pretende-se ainda criar uma cultura local de microrregulação com olhar centrado na funcionalidade para evitar encaminhamentos desnecessários e otimizar os serviços de saúde. Dessa forma, profissionais da equipe de Estratégia Saúde de Família (ESF) - Médico, e NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) - Fisioterapeuta, da Unidade Básica de Saúde (UBS) - Batistini, em São Bernardo do Campo (SP), está utilizando a partir de consultas compartilhadas e discussão de casos, o matriciamento para o uso da CIF com o objetivo de qualificar o olhar para o cuidado, encaminhamento/ microregulação local de pessoas com doenças crônicas em fila de espera para especialidade de Ortopedia.

Trata-se de um espaço de uma hora semanal na agenda médica e da profissional sanitária da equipe do NASF, neste espaço há análise da situação dos usuários, recolhimento histórico, avaliação funcional e dos determinantes sociais em saúde, onde se é elaborado um código CIF para cada usuário. A partir da classificação identifica-se, pelo critério limitação funcional moderada/ grave ou total, se o usuário deve ser encaminhado para serviços especializados ou, se com limitação funcional leve ou nenhuma, fica na Atenção Básica participando das ofertas, de cuidados locais como grupos (de dor, nutrição e/ou saúde mental), atividades física, educação em saúde e auriculoterapia.

Após alguns meses de implementação, pretende-se ainda avaliar as filas e tempo de espera dos usuários para averiguar a efetividade e eficácia dessas ações.

RESULTADOS ESPERADOS

Este espaço na agenda do médico e do fisioterapeuta na unidade básica de saúde têm qualificado os encaminhamentos para o serviço especializado e o olhar da equipe para a funcionalidade dos usuários, bem como ampliado a clínica dos profissionais para atuação e manejo da dor crônica na atenção básica de maneira corresponsabilizada e compartilhada. Diante do exposto, tal experiência só se torna possível com a colaboração da gestão local, da disponibilidade médica e da relação entre as equipes estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família, em que o trabalho em equipe e o matriciamento são cruciais na produção de cuidado que seja mais equânime, integral e resolutivo.

A partir da CIF tem se identificado pelo critério da limitação funcional se o usuário deve ser encaminhado para serviços especializados ou permanece com as ofertas locais. Qualificou se também a efetividade dos grupos e das prescrições da equipe (antes e depois), em que com a melhora, estabilidade ou piora do quadro há oferta de nova opção de cuidado ao usuário: encaminhamento especializado; prescrição medicamentosa, de exercícios, auriculoterapia e/ ou orientações; retorno aos grupos locais (Grupo Cuidar Mais); ou alta com retorno semestral, ou crise agudizada, para acompanhamento e reavaliação.

Portanto, alguns resultados já estão sendo apresentados no cotidiano vivo do trabalho e, espera-se ainda, que a demanda para ortopedia reduza e o cuidado na Unidade Básica de Saúde se torne mais efetivo, com um olhar mais ampliado.

REFERÊNCIAS

CRUZ, D. M. C. Terapia Ocupacional e deficiência física: CIF e Educação Especial. In: COSTA, et al. Aspectos da Educação Especial: um olhar multidisciplinar. São Carlos: Pedro & João Editores, 2011. p. 15-36. GAZZOLA, Juliana Maria et al. Caracterização funcional do equilíbrio de idosos em serviço de reabilitação gerontológica. Rev Fisioter Univ São Paulo. 2004 jan./jun.; 11(1):1-14.

RIBEIRO, C. T. M. et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010; 28(1): 43-8.

SANTOS, F. P.; MERHY, E.E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006

www.saude.gov.br. Disponível em 26/04/2020.