DISQUE SAÚDE 136

Funcionalidade no cuidado em saúde da pessoa com deficiência

UNA-SUS UFMA
saite Saúde • Inovação Tecnologia • Educação
UFMA Universidade Federal do Maranhão
dted DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO
UNA-SUS Universidade Aberta do SUS
FIOCRUZ
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Créditos

Coordenação do Projeto
Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenação Geral da DTED/UNA-SUS/UFMA
Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenação de Gestão de Projetos da UNA-SUS/UFMA
Deysianne Costa das Chagas

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA
Paola Trindade Garcia

Coordenação de Ofertas Educacionais da UNA-SUS/UFMA
Elza Bernardes Monier

Coordenação de Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA
Mário Antonio Meireles Teixeira

Coordenação de Comunicação e Design Gráfico
Bruno Serviliano Santos Farias

Professor-autor
Shamyr Sulyvan de Castro

Validadores Técnicos
Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD/DAET/SAES/MS)
Amanda Oliveira do Vale Lira
Ana Priscila da Silva Teixeira
Angelo Roberto Gonçalves
Denise Maria Rodrigues Costa
Diogo do Vale de Aguiar
Flávia da Silva Tavares
Natália Turri da Silva

Validação Pedagógica
Larissa Di Leo Nogueira Costa
Katia Danielle Araújo Lourenço Viana

Revisão Textual
Talita Guimarães Santos Sousa

Design Instrucional
Helen Maysa Belfort Sousa

Design Gráfico
Gabriel Victor Oliveira Barrozo

COMO CITAR ESTE MATERIAL

CASTRO, Shamyr Sulyvan de. Funcionalidade no cuidado em saúde da pessoa com deficiência. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Atenção à Pessoa com Deficiência III: gestão de serviços de reabilitação, atenção à saúde da pessoa com estomia, com lesão medular, com síndrome de pós-poliomielite e comorbidade, estimulação precoce para crianças de zero a três anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, ferramentas de gestão do cuidado à pessoa com deficiência nos serviços de reabilitação, ferramentas para boas práticas de gestão de órteses, próteses e materiais especiais não cirúrgicos e funcionalidade no processo de avaliação e cuidado em saúde da pessoa com deficiência. **Incorporação da funcionalidade no processo de avaliação e cuidado em saúde da pessoa com deficiência.** UNA-SUS; UFMA, 2022

© 2022. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Universidade Federal do Maranhão. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial, sem a autorização expressa dos seus autores, conf. Lei de Direitos Autorais – LDA (Lei n.º 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

Sumário

Apresentação 4
1 A FUNCIONALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.... 5
1.1 Funcionalidade e equidade em saúde..... 5
1.2 O modelo biopsicossocial na avaliação clínica e na intervenção terapêutica 6
1.3 Funcionalidade na qualificação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) 9
Considerações Finais.....13
Referências.....14

Apresentação

Olá, aluna(o)!

A prestação do cuidado em saúde visa oferecer ao usuário a assistência da qual ele necessita, contemplando sua característica de ser biopsicossocial. Para a efetivação desse cuidado, é fundamental que o sistema de cuidado seja funcional e reconheça a realidade de cada pessoa.

Você sabe qual a importância de um cuidado funcional? Como a funcionalidade no cuidado se alinha à compreensão do modelo biopsicossocial do indivíduo?

Neste recurso, será abordada a funcionalidade no cuidado à Pessoa com Deficiência, assim como o uso desse indicador na Rede de Atenção à Saúde (RAS) à oferta de assistência contínua e integral ao usuário dos serviços de saúde.

Vamos lá?

OBJETIVO

Ao final deste recurso educacional, você será capaz de compreender o uso da funcionalidade no cuidado em saúde da Pessoa com Deficiência.

1 A FUNCIONALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A discussão e adoção da perspectiva da funcionalidade no processo de cuidado em saúde se faz necessária atualmente. Considerando que o perfil populacional tem se alterado gradualmente em direção a uma população com maior prevalência de doenças crônicas, demandando maior volume de cuidados complexos em saúde e com custo mais elevado[1]. Nesse sentido, este recurso trará alguns elementos para que você compreenda a necessidade de adoção do modelo Biopsicossocial (BPS) no processo de cuidado em saúde, principalmente no campo da reabilitação.

1.1 Funcionalidade e equidade em saúde

O conceito de funcionalidade tem se mostrado de suma importância na compreensão e percepção do cuidado em saúde, em alinhamento com o preceito da equidade em saúde.

A equidade pode ser compreendida como princípio da igualdade social, observando a garantia da justiça como critério de julgamento ou tratamento. Buscar atender indivíduos diferentes, conforme suas necessidades, é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS)[2].

Fonte: UNA-SUS/UERJ

Nesse sentido, trabalhar com os indicadores de saúde clássicos pode ser um problema, uma vez que eles são baseados em número de óbitos (**mortalidade**) e de ocorrência de doenças (**morbidade**), que não são suficientes para expressar a necessidade de cuidado em saúde das pessoas. Ao refletir a respeito desse panorama, fica a seguinte dúvida:

Será que saber a quantidade de pessoas que adoecem e/ou morrem segundo os tipos de doenças seria suficiente para prestar serviço de saúde na medida de sua necessidade? Por exemplo, do que adiantaria saber quantas pessoas morrem ou sofrem AVC se esses indicadores não são suficientes para mostrar a necessidade de saúde dos sobreviventes?

A funcionalidade poderia ser a resposta para o desenho do perfil de saúde e necessidade de cuidados em saúde ao expressar os impactos associados a essas condições de saúde. Sendo assim, a funcionalidade tem sido sugerida como um terceiro indicador de saúde, capaz de oferecer informações suficientes para um planejamento de cuidado em saúde mais equitativo[3].

1.2 O modelo biopsicossocial na avaliação clínica e na intervenção terapêutica

A adoção do modelo BPS na prática clínica se torna cada vez mais necessária, dado o gradual aumento da prevalência de doenças crônicas na população, com consequente aumento do custo do cuidado em saúde[1]. Alguns exemplos do uso do modelo BPS na prática do cuidado em saúde já têm sido relatados pela literatura. Serão apresentadas aqui algumas opções, mas lembramos que o modelo é uma ferramenta, por isso, seu uso é dinâmico, cabendo ao seu usuário encontrar a melhor estratégia de uso no seu contexto particular de aplicação.

Ressaltamos que o uso do modelo BPS na prática clínica não deve ficar restrito aos exemplos aqui apresentados. Além disso, cabe destacar que entender, dominar e aplicar adequadamente os conceitos apresentados pela ferramenta é mais importante que executar o processo de codificação.

A produção dos códigos do paciente pode ser interessante para a geração e alimentação de sistemas de informação em saúde. Entretanto, primordialmente, o profissional de saúde deve aplicar os conceitos trazidos pela Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em sua rotina de cuidado em saúde, garantindo assim, o atendimento adequado de seu paciente.

A imagem abaixo nos apresenta uma experiência de uso dos componentes do modelo BPS proposto pela CIF em agricultores expostos ao uso de agrotóxicos[4]. Pode-se observar que o uso dessa estratégia favoreceu a visualização panorâmica dos principais componentes ou queixas relacionados ao perfil de saúde e funcionalidade dos sujeitos, podendo assim, viabilizar a avaliação e o planejamento de intervenções mais adequadas.

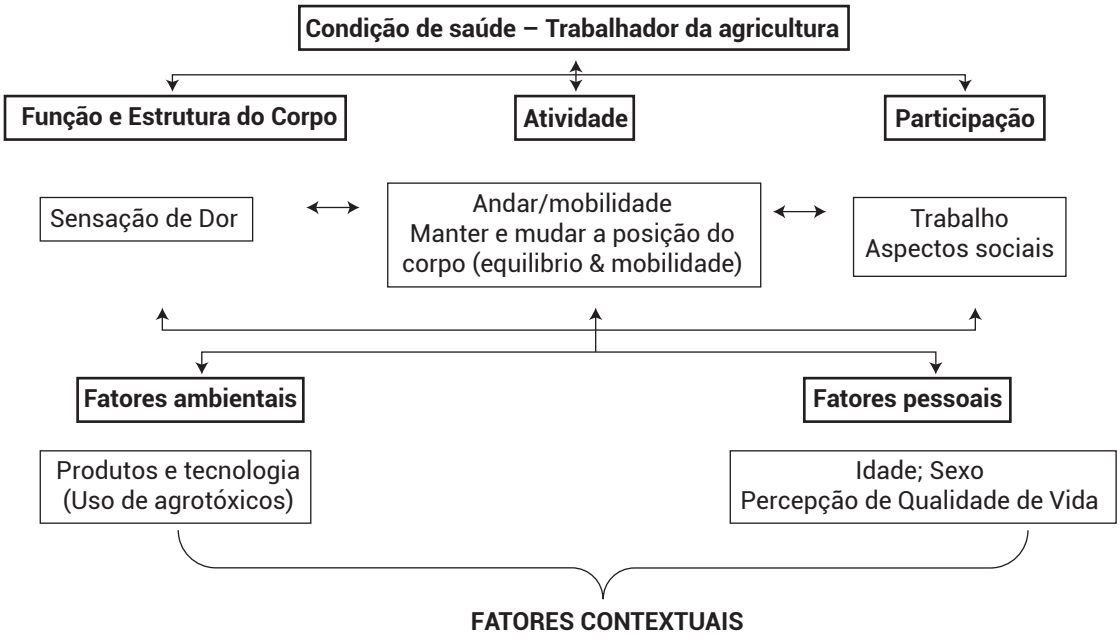


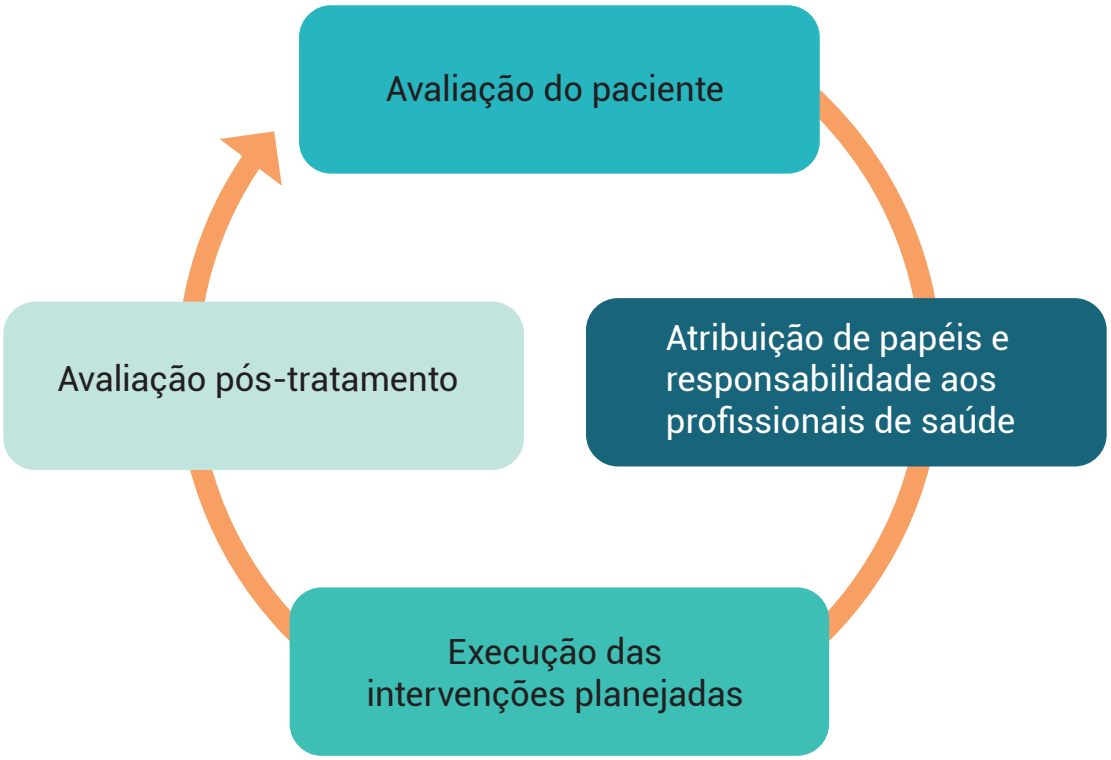
Figura 1 – Modelo BPS da CIF usado para descrever a saúde e funcionalidade de agricultores expostos à agrotóxicos.
Fonte: Adaptado de MIRANDA *et al.*, 2019.

Os domínios do modelo apresentado pela CIF também têm sido usados para orientar o processo de avaliação de pacientes de uma forma mais estruturada, compondo a ficha de avaliação do paciente, com destaque para os campos pertinentes ao modelo[5]. Observe a figura abaixo, ela apresenta uma adaptação de ficha de avaliação com essa proposta.

Nome do usuário:		Idade:	
Setor de Atendimento:		Data da avaliação:__/__/___ ( ) inicial ( ) revisão de objetivos ( ) alta	
Avaliador(es):			
Queixa principal:			
Condição(ões) de Saúde:			
Problemas e Incapacidades Relato do paciente/familiares	#Presença de dor; #Alteração de sensibilidade na pele	#Dificuldade de andar; #Não consegue manter a posição do corpo;	#Não consegue mais trabalhar; #Tem dificuldade para ir ao culto;
Funções e estruturas	⇔	**Atividades**	⇔ **Participação**
Problemas e Incapacidades Profissionais de saúde	#Presença de dor (aferida pela Escala numérica de dor); #Alteração de sensibilidade na pele confirmada por teste de sensibilidade; #Diminuição da força muscular pelo Teste Muscular Normal (TNM);	#Marcha alterada verificada pelo Timed Up e Go teste; #Alteração de equilíbrio confirmado pelo teste de Romberg;	
Fatores Contextuais			
Fatores Ambientais Facilitadores		**Fatores Ambientais Barreiras** #Uso de agrotóxicos	**Fatores Pessoais** #Idade; #Sexo;

Figura 2 – Ficha de avaliação adaptada incluindo os domínios da CIF como campo para entrada das respectivas informações.
Fonte: Adaptado de STEINER *et al.*, 2002.

O Rehab-CYCLE[6] é outro exemplo de estratégia de incorporação do modelo BPS na prática clínica. Essa é uma proposta mais robusta e ampla, com caráter longitudinal, que nortearia o cuidado em saúde e consiste na adoção do modelo BPS ao longo de todo o processo de cuidado em saúde. Dessa forma, o modelo BPS estaria envolvido na avaliação do paciente, seleção dos profissionais de saúde encarregados de seus cuidados, determinação dos campos de atuação de cada profissional e indicadores do processo de reabilitação. O ciclo de cuidado em saúde se daria em 4 etapas, conforme descrito abaixo:



Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Esse ciclo pode ser interrompido ao final da etapa 4 em caso de alta. Mas pode também ser reiniciado, a depender do estado de saúde do paciente e da avaliação da equipe. O processo de seleção dos profissionais de saúde e seus papéis também é orientado pela CIF. Existe uma lista de códigos aplicados ao perfil do paciente e para cada código que representa um domínio acometido, são eleitos profissionais de saúde, metas e indicadores.

Como será visto adiante, a aplicação de todos os códigos de todos os capítulos da CIF é praticamente inviável no ambiente de prática clínica, dado o tempo requerido. Por isso, estratégias de aplicação mais rápida, como a proposta nesse relato são oferecidas. No caso do artigo usado nesse parágrafo, a equipe era composta por enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, médicos e arquitetos. A experiência relatada ocorria em um centro especializado em tratamento de pessoas com lesão medular[6].

Outra experiência que merece relato nessa seção é relativa ao projeto INTERMED[7]. Essa iniciativa tratou de desenvolver uma ficha de avaliação do paciente com pontuações sob a perspectiva BPS. A estruturação da ficha é por meio de quatro colunas, que são elas:

Componentes | Histórico | Estado atual | Prognóstico

Nas linhas da ficha constam informações sobre fatores biológico, psicológico, social e cuidado/serviço de saúde[8]. O quadro abaixo apresenta a organização dos elementos e traz conteúdos hipotéticos para um paciente qualquer.

Quadro 1– Ficha de coleta de dados do projeto INTERMED com informações hipotéticas de um paciente.

Componentes	Histórico	Estado atual	Prognóstico
Biológico	Cronicidade	Severidade dos sintomas	Complicações e ameaça vital
Psicológico	Disfunção psiquiátrica	Resistência ao tratamento; sintomas psiquiátricos	Saúde mental ameaçada
Social	Restrições de integração	Restrições no contato social	Vulnerabilidade social
Cuidado/Serviço de saúde	Experiência com tratamento	Organização do cuidado	Necessidade de coordenação do cuidado

Fonte: LEIGH; FEINSTEIN; REISER, 1980.

PARA SABER MAIS

Existe um portal na internet onde você pode acessar material pedagógico sobre a CIF e seus diversos usos. Embora o portal esteja em inglês, experiências em português também podem estar disponibilizadas. Para visitar o site, acesse:

- ICF EDUCATION.

1.3 Funcionalidade na qualificação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como:

> [...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada com equidade — e com responsabilidades sanitária e econômica gerando valor para a população[9].

Os componentes das RAS teriam como principais características[9]:

- Missão e objetivos comuns;
- Operação de forma cooperativa e independente;
- Intercâmbio constante de recursos;
- Ausência de hierarquia entre os pontos de atenção;
- Atendimento contínuo do nível primário ao terciário;

- Coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS);
- Atenção à saúde prestada de maneira oportuna (no tempo e lugar apropriados);
- Foco no ciclo completo de atenção à saúde;
- Responsabilidade sanitária e econômica pela população atendida; e
- Geração de valor à sua população.

Para a implantação das RAS, é necessário que alguns aspectos sejam observados[10]:

- Definição de população e território;
- Diagnóstico situacional;
- Criação de uma proposta objetiva para a superação dos vazios assistenciais;
- Articulação dos setores de serviços públicos e privados;
- Planejamento pela efetiva necessidade;
- Criação de um sistema logístico e de suporte;
- Investimento nas pessoas/equipes;
- Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e
- Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados.

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) é uma das redes priorizadas pelas RAS, o que foi decidido de forma pactuada em um Grupo Técnico de Atenção (GTA) no contexto da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e tem como objetivos:

- Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às Pessoas com Deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias;
- Ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de Atenção Primária e outros pontos de atenção especializada; e
- Desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta[10].

Os níveis de atenção da RCPD são: I) Atenção Básica; II) Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e III) Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência[11].

Entre as regras de funcionamento dos pontos de atenção da RCPD, podemos verificar no Art. 16 da Portaria de Consolidação das normas sobre as redes do SUS, a seguinte diretriz:

> "melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual."[11]

A clara menção ao termo funcionalidade deixa evidente a necessidade de abordagem do processo de cuidado em saúde nessa perspectiva. Além disso, o Brasil é signatário da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, documento em que o artigo 25º trata exclusivamente das questões de saúde: "Os Estados Partes reconhecem que as Pessoas com Deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às Pessoas com Deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero"[12].

Em especial, os Estados Partes[12]:

A Oferecerão às Pessoas com Deficiência programas e atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral;

B Propiciarão serviços de saúde que as Pessoas com Deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos;

C Propiciarão esses serviços de saúde às Pessoas com Deficiência, o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural;

D Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às Pessoas com Deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das Pessoas com Deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das Pessoas com Deficiência;

E Proibirão a discriminação contra Pessoas com Deficiência na provisão de seguro de saúde e seguro de vida, caso tais seguros sejam permitidos pela legislação nacional, os quais deverão ser providos de maneira razoável e justa;

F Prevenirão que se negue, de maneira discriminatória, os serviços de saúde ou de atenção à saúde ou a administração de alimentos sólidos ou líquidos por motivo de deficiência.

Dessa forma, percebe-se que a inserção do cuidado em saúde para as Pessoas com Deficiência no âmbito das RAS e da RCPD claramente deve ter alinhamento consistente com preceitos internacionais que recomendam o uso da perspectiva BPS.

Considerações Finais

Ao longo deste recurso, você pôde compreender que a funcionalidade do cuidado na assistência à Pessoa com Deficiência se faz fundamental, uma vez que, como indicador de saúde reconhece o indivíduo como um ser biopsicossocial com necessidades individuais.

Além disso, você pôde perceber que a funcionalidade, especialmente quando aplicada na RAS, permite a inclusão da Pessoa com Deficiência nos meios sociais, melhorando sua qualidade de vida e garantindo uma assistência de maneira contínua e integral.

Esperamos que os conteúdos apresentados neste recurso tenham sido valiosos e que, além disso, tenham lhe agregado mais conhecimento. Agora é sua vez de compartilhar em seu espaço de trabalho e em sua comunidade o que você adquiriu ao estudar este material.

Até a próxima!

Referências

1. WILD, B. *et al.* Significance and costs of complex biopsychosocial health care needs in elderly people: Results of a population-based study. **Psychosomatic Medicine**, v. 76, n. 7, p. 497–502, 2014.

2. CARVALHO, S. C. *et al.* Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 711–718, jun. 2014.

3. STUCKI, G.; BICKENBACH, J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. E**uropean journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 53, n. 1, p. 134–138, fev. 2017.

4. MIRANDA, C. B. DE *et al.* Estudo transversal da saúde física e funcional de agricultores expostos a agrotóxicos: uma aplicação do modelo biopsicossocial da CIF na perspectiva da fisioterapia. **ConScientiae Saúde**, v. 18, n. 2, p. 227–239, 2019.

5. STEINER, W. A. *et al.* Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Physical therapy**, v. 82, n. 11, p. 1098–107, nov. 2002.

6. RAUCH, A.; CIEZA, A.; STUCKI, G. How to apply the international classification of functioning, disability and health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 44, n. 3, p. 329–342, 2008.

7. DE JONGE, P. *et al.* Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: The INTERMED project. A**ustralian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 39, n. 9, p. 795–799, 2005.

8. LEIGH, H.; FEINSTEIN, A. R.; REISER, M. F. The patient evaluation grid. A systematic approach to comprehensive care. **General Hospital Psychiatry**, v. 2, n. 1, p. 3–9, 1980.

9. MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.o 793, de 24 de abril de 2012.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

12. BRASIL. **Decreto n.º 6.949.** 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. 2009.

DISQUE SAÚDE 136

UNA-SUS UFMA

saite Saúde • Inovação Tecnologia • Educação

UFMA Universidade Federal do Maranhão

dted DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO

UNA-SUS Universidade Aberta do SUS

FIOCRUZ

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL