

# DESCAMINHOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

## Strayed from the care network for people with disabilities

Eduardo Santana de Araujo<sup>1</sup>  
Ana Cristina de Oliveira Brasil<sup>2</sup>

### Resumo

É sabido que o desempenho humano tem íntima relação com o contexto no qual se vive, formado pela interação de fatores pessoais e ambientais. Também temos por princípio que o conhecimento do perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico de cada região é essencial para a formulação ou adequação de políticas públicas em geral. No que se refere à políticas voltadas à promoção da funcionalidade humana e prevenção de incapacidades, avaliar e intervir nos fatores ambientais são as diretrizes mais importantes. A mera existência de serviços especializados não será capaz de resolver a questão.

Descritores: políticas, fatores ambientais, funcionalidade.

### Abstract

It is known that the human performance has a close relationship with the context in which one lives, formed by the interaction of personal and environmental factors. We also have a principle that the knowledge of demographic, socioeconomic and epidemiological profile of each region is essential for the formulation of public policies in general. With regard to policies created for promoting human functioning and preventing disability, to assess and to intervene in environmental factors are the most important guidelines. The mere existence of specialized services will not be able to solve the issue.

Descriptors: political, environmental factors, functionality.

<sup>1</sup> Doutor em Saúde Pública, USP/2012. Mestre em Saúde Pública, USP/2008. "Fellow Senior" da Ordem dos Hospitaleiros Ortodoxos. Chefe de admissão e Coordenador do Programa HODU-CIF Brasil.

<sup>2</sup> Professora da Universidade de Fortaleza - Fortaleza.

## Introdução

Dizem respeito à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas condições de bem-estar físico, mental e social. Sendo assim, a saúde tem como fatores determinantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos serviços essenciais, entre outros.

O plano e a rede, aos quais se refere este documento, definem a existência de um grupo populacional específico que, dentre outras condições, apresentam singularidades relativas às restrições da participação social, limitação de atividades, problemas em funções ou estruturas do corpo.

A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. As leis também esclarecem que as políticas, sistemas e serviços devem se basear em justificativas consistentes relativas ao diagnóstico situacional completo, incluindo o uso e a análise de indicadores demográficos, sociais, econômicos, ambientais e epidemiológicos. Isso aponta para uma rede diferenciada nas diferentes regiões de saúde, impedindo a criação de uma modelo igual em todos os locais onde se quer instalar qualquer tipo de rede assistencial.

No início da década de 1980, as Nações Unidas mostraram que vários países tinham estatísticas sobre pessoas com incapacidade. No entanto, ainda que tivessem a potencialidade para subsidiar políticas públicas, as informações eram pouco utilizadas. Analistas indicaram que a falta de coordenação entre dados coletados e a área de planejamento, assim como a falta de capacitação para análise dos dados poderiam explicar esse panorama. A situação em Barueri tem se configurado de forma diferente, mais ampla e completa, tomando por base um diagnóstico situacional detalhado.

Uma ferramenta capaz de dar conta dessas necessidades foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 e se chama Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Ela foi aprovada pela OMS, indicada para uso pelos países membros por força da Resolução OMS 54.21/2001 e tem importância reconhecida nas áreas do ensino, da pesquisa, da clínica, permitindo diferentes abordagens em setores como Educação, Trabalho, Estatísticas de Saúde, Políticas Públicas, Saúde, Seguridade Social, entre outros. Uma resolução do Conselho Nacional de Saúde (452/12) também indica como ela deve ser utilizada e também já foi adotada em Barueri. A

Portaria 793/12, apesar de considerar a CIF, não estabelece com a clareza necessária a aplicação do instrumento, nem prevê seu uso para dimensionamento dos serviços, o que é uma grande falha que pode levar a um investimento equivocado.

O modelo biopsicossocial 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 pessoais. Ele contrapõe um antecessor modelo linear, no qual a Portaria 793 se baseia, onde a desvantagem social era o resultado de problemas que ocorriam em cascata, começando pelo transtorno/doença, passando pela deficiência e depois pela incapacidade. Sabe-se, entretanto, que a análise dos fatores ambientais é primordial para conhecimento de determinantes da saúde. Assim, o uso da CIF e do modelo biopsicossocial podem ser caminhos para garantia de uma abordagem ampla.

## Discussão

O primeiro ponto a ser adequado é o modelo. O modelo apresentado é extremamente assistencialista. Para tal mudança, fases devem ser estabelecidas:

1. Diagnóstico situacional ambiental dos Municípios (tecnologias, ambiente físico, situação de apoio e relacionamentos, outros fatores sociais, acesso à serviços essenciais, como, educação, trabalho, emprego, transporte, segurança, entre outros).
2. Diagnóstico da situação de funcionalidade dos munícipes (índices de restrição da participação social, da limitação de atividades, de alterações funcionais e estruturais).
3. Determinação de estratégias que evitem problemas ambientais e de funcionalidade.
4. Determinação de estratégias assistenciais que corrijam o ambiente, que previnam a incapacidade e que promovam a funcionalidade humana.

O segundo ponto a ser adequado é a linguagem. A nomenclatura utilizada influencia diretamente nas ações exercidas. A “reabilitação” constitui-se simplesmente de um processo, não de uma especialidade. Ela também significa o retorno de alguém à sua atividade social de origem, o que depende de diversos fatores fora dos limites da área da saúde. Dessa forma o título “Centro Especializado em Reabilitação” é inconcebível por dois motivos: (1) não é especialidade, (2) não é possível concentrar num local os subsídios necessários para tal processo.

Às pessoas com restrição da participação social deve-se instituir um processo multiprofissional e intersetorial que vise à reinserção biopsicossocial. Mesmo assim, ao final do processo, um indivíduo pode ser considerado:

- **recuperado** - quando consegue recuperar movimentos e outras funções perdidas, porém não consegue retomar o desempenho social anterior;
- **reabilitado** - quando recuperado total ou parcialmente, que consegue retornar à sua atividade social de origem, igual ou próximo ao desempenho anterior ao acidente ou doença;
- **readaptado** - quando não recuperado e não reabilitado, porém que consegue desempenhar outra atividade que não a anterior ao acidente ou doença incapacitante.

Outra questão mais importante deve ser relacionada no que se refere à nomenclatura: o exercício pleno das atividades profissionais na área da saúde. Tomando o fonoaudiólogo como exemplo, sabemos que suas atribuições vão muito além do que a mera participação no processo de reinserção social/reabilitação. Esse profissional tem vasta gama de ações de promoção e prevenção em saúde. Um modelo “reabilitacionista” impede o acesso dos usuários a todas as possibilidades que um fonoaudiólogo oferece. No lugar de

estar num “Centro de Reabilitação”, esse profissional deve estar num “Centro Especializado em Funcionalidade Humana”, termo muito mais amplo, muito mais abrangente e muito mais adequado a atividade exercida, de forma a garantir o exercício profissional pleno e o acesso integral à população.

## Considerações Finais

A simples criação de centros especializados poderá produzir uma situação que, embora possa melhorar os níveis de capacidade dos indivíduos, não melhorará o desempenho das suas atividades, já que isso depende da avaliação e da readequação ambiental. Os centros não terão competências suficientes para possibilitar que os pacientes se reabilitem, tampouco que tenham suas restrições da participação social diminuídas. Por outro lado, a existência dos centros possibilitará o aquecimento do mercado de tecnologias voltadas à mera assistência por meio das condições globais das pessoas com incapacidades, fato que deve ser fiscalizado, especialmente, pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Assim, o posicionamento ideal é o de assumir a atenção à saúde de forma completa e adequar o modelo conforme nossa realidade local, estimulando a

atuação intersetorial e impedindo o favorecimento do mercado as custas de pessoas com problemas de saúde de alta complexidade.

## Referências

- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Genebra, 2001.
- Buchalla MC. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica* 10(1):29-31, 2003.
- Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2011; 64(5):938-46.
- Brasil ANC. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, 2013; 26(1):1-4.
- Bentzen N (Ed.) *Wonca dictionary of general/family practice*. Wonca International Classification Committee (WICC). Copenhagen, 2003.
- WONCA. *Classificação Internacional de Atenção Primária*. Brasil, 2009.
- Araujo ES. CIF: uma discussão sobre a linearidade do modelo biopsicossocial. *Revista Fisioterapia & Saúde Funcional*, 2013; 2(1):6-13.
- Landsberg GAP, Lotufo P, Bensenor IM. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(11):3025-36.
- Veitch C, Madden Ros, Britt H, Kuipers P, Brentnall J, Madden R, Georgiou A, Llewellyn G. Using ICF and ICPC in primary health care provision and evaluation. Meeting of the WHO collaborating centres for the family of international classifications, 2009.
- Francescutti C, Gongolo F, Simoncello A, Frattura L. Description of the person-environment interaction: methodological issues and empirical results of an Italian large-scale disability assessment study using an ICF-based protocol. *BMC Public Health*, 2011; 11(4):511.
- Araujo ES, Buchalla CM. Utilização da CIF em Fisioterapia do Trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. *Acta Fisiátrica*, 2013; 20(1):1-7.
- Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009; 25(3):475-83.
- Iunes DH, Castro FA, Salgado HS, Moura IC, Oliveira AS, Grossi DB. Confiabilidade intra e interexaminadores e repetibilidade da avaliação postural pela fotometria. *Rev Bras Fisioter*. 2005; 9(3):327-34.