



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Peixoto de Souza, Mariana Angélica; Fonseca Dias, Jane; Ribeiro Ferreira, Fabiane;
Cotta Mancini, Marisa; Noce Kirkwood, Renata; Ferreira Sampaio, Rosana
Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação:
análise a partir do acolhimento
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 10, octubre, 2016, pp. 3277-3286
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047756030>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento

Characteristics and functional demands of patients at a local rehabilitation network: analysis from first contact

Mariana Angélica Peixoto de Souza¹

Jane Fonseca Dias¹

Fabiane Ribeiro Ferreira¹

Marisa Cotta Mancini¹

Renata Noce Kirkwood¹

Rosana Ferreira Sampaio¹

Abstract The cross sectional study aims to create the patients' profile and understand their demands for seeking public rehabilitation services from Belo Horizonte. Data were analyzed from 516 patients who gained entry into the health care system by means of the Protocol for Identification of Problems for Rehabilitation (PLPR). It allows for gathering information related to one's health and the social context, including a brief functional description (BFD) with 25 items. Most patients were females, mean age of 57 years, and 54% declared to be responsible for the family income. Severe or complete difficulty in at least one item from the BDF was reported by 87%. Pain and Mobility domains showed greater disability. The patient's demand for services referred them mostly to physical therapy (89%), and psychology (14%); 77% were referred to basic care (BC) and 21% to specialized care (SC). Those that started rehabilitation in SC were younger, had increased number of high ratings in item's qualifiers and higher total score in the BFD, indicating increased functional limitation and restriction. It is intended that the information provided by the PLPR may contribute to the organization of patients' flow and the planning of actions.

Key words Rehabilitation services, First contact, Health evaluation, Protocols, International Classification of Functioning Disability and Health

Resumo Este estudo transversal objetiva traçar o perfil e conhecer as demandas dos usuários que buscaram os serviços públicos de reabilitação de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram analisados dados de 516 usuários acolhidos por meio do Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação (PLPR), que permite a coleta de informações sobre a saúde, contexto social e inclui uma Breve Descrição Funcional (BDF) com 25 itens, em 10 domínios. A maioria dos usuários era de mulheres, média de idade de 57 anos e 54% declararam ser o responsável pela renda familiar. Dificuldade grave ou completa foi relatada por 87%, em pelo menos um dos itens da BDF, sendo os domínios Dor e Mobilidade os de maior incapacidade. A demanda por profissionais foi, principalmente, para Fisioterapeuta (89%), e Psicólogo (14%); 77% foram indicados para iniciar o tratamento na Atenção Básica (AB) e 21% na Atenção Especializada (AE). Aqueles que iniciaram na AE eram mais jovens; com maior número de qualificadores altos e elevada pontuação na BDF, indicando maior limitação/restrição funcional. Espera-se que as informações disponibilizadas pelo PLPR possam contribuir para a organização do fluxo e o planejamento de ações.

Palavras-chave Serviços de reabilitação, Acolhimento, Avaliação em saúde, Protocolo, Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde

¹ Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Antonio Carlos, 6627, Campus Universitário, Pampulha, 31270-401 Belo Horizonte MG Brasil.
rosana.sampaio@pq.cnpq.br

Introdução

A saúde das pessoas com deficiência no Brasil vem recebendo atenção crescente, haja vista o número de políticas públicas referendadas em modelos de funcionalidade e incapacidade que norteiam a organização de serviços alinhados com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Destaca-se aqui o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, Viver sem Limites (2011), que traz em seu eixo a articulação de políticas de atenção à saúde, acesso à educação, inclusão social e acessibilidade. Esse plano tem as ações orquestradas pelo Ministério da Saúde por meio da criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Dando concretude a esta proposta, em 2012 foram publicadas a Portaria nº 793 implementando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência², a Portaria 835 definindo as regras de financiamento para estados e municípios³ e ainda, a Resolução nº 452 estabelecendo o uso da Classificação International de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no SUS e na Saúde Suplementar⁴.

É grande o desafio que se coloca para a consolidação e o fortalecimento da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência, diante da complexidade dos problemas e o crescimento das demandas deste segmento populacional, somados à carência de registros de experiências exitosas e inovadoras no país⁵. A rede é composta por diferentes serviços que incorporam a Atenção Básica, a Atenção Especializada, a Atenção Hospitalar (Urgência e Emergência). É preciso avançar no sentido de articular e alinhar as ações desenvolvidas nos diferentes pontos da rede, delineando claramente as responsabilidades de cada segmento e os fluxos de acesso dos usuários. Neste sentido, o acolhimento representa um procedimento chave para se compreender individualmente as demandas dos usuários, definir ações e facilitar a comunicação entre os profissionais e os serviços que compõem a rede local de saúde.

O acolhimento é um dispositivo da Política Nacional de Humanização para facilitar e organizar o trabalho de forma acolhedora e resolutiva com o objetivo de reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando e qualificando o acesso. Esta normatização possibilita a estratificação das demandas, substituindo o formato tradicional de organização do atendimento segundo a ordem de chegada, por uma nova lógica, ancorada no princípio de equidade^{6,7}.

Em Belo Horizonte, a história da reabilitação na rede pública de saúde é relativamente recente⁸. Atualmente o município conta com equipes multidisciplinares na Atenção Básica, alocadas em 58

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídos em seus nove Distritos Sanitários. Cerca de 400 profissionais trabalham nos NASF, dentre eles: fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, nutricionista, educador físico e farmacêutico⁹. A atenção especializada é representada pelos Centros de Reabilitação (CREAB) que se constituem como serviços secundários de referência onde é realizado diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva para usuários oriundos de áreas de abrangência pré-determinadas². Belo Horizonte conta com três CREAB que também possuem equipe multi-profissional composta por mais de 100 profissionais de reabilitação. O município dispõe ainda de serviços privados contratados, além de serviços públicos e filantrópicos conveniados e o serviço de reabilitação do Hospital Municipal Odilon Behrens. A atenção hospitalar em reabilitação é responsável por acolher as pessoas com deficiência em situações de urgências e emergências, instituir equipes de referência e garantir o acesso aos leitos para reabilitação hospitalar². A rede hospitalar de Belo Horizonte conta com um hospital próprio e cerca de 30 contratados e conveniados.

Assim como outros serviços do SUS, a rede pública de reabilitação se organiza de maneira territorial. Cada núcleo de NASF é responsável por um determinado conjunto de centros de saúde e, por sua vez, cada CREAB funciona como serviço de referência para distritos sanitários específicos. O acolhimento nesta rede se dá em todos os pontos ou serviços, nos diferentes níveis de atenção, respeitando essa divisão territorial do município. A partir de encaminhamento do médico da Equipe de Saúde da Família ou de um especialista, um usuário pode acessar a rede de reabilitação e ser acolhido pelo NASF, ou diretamente pelo CREAB responsável pela área de abrangência de sua residência.

No entanto, é no momento do acolhimento, a partir das demandas e necessidades de cada um, que deverão ser tomadas as decisões sobre o fluxo de atendimento do usuário: com quais profissionais e em qual nível de atenção (NASF ou CREAB) o processo de reabilitação será iniciado. Assim, ainda que o usuário seja acolhido no NASF, ele pode ser encaminhado para o CREAB (ou vice-versa). Um acolhimento adequado favorece a identificação acertada do melhor fluxo de atendimento do usuário naquele momento e favorece a comunicação entre todos os envolvidos no cuidado (usuário, família, profissionais e serviços). Porém, quando implementado de forma não sistematizada, o acolhimento pode, em muitas

situações, ocasionar a duplicidade de ações, encaixamentos desnecessários entre os diferentes níveis de atenção e o desgaste de profissionais e usuários, comprometendo suas potencialidades de articulação e resolubilidade, produzindo desta forma, a descontinuidade do cuidado.

Na tentativa de aprimorar a rede, acompanhando a legislação, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, desde 2009, vem desenvolvendo ações na área de reabilitação, visando à atenção integral à saúde por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, norteadas por um modelo assistencial baseado na CIF¹⁰. Essa classificação propicia uma padronização de conceitos e de linguagem e uma estrutura que possibilita a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde de forma universal¹¹.

Ao prover um marco teórico que permite identificar e descrever as necessidades de reabilitação pautadas na funcionalidade e de forma contextualizada, a CIF aponta para a necessidade de serviços mais completos que possam atender o indivíduo de forma integral. A efetiva aplicação desta perspectiva teórica nos serviços de reabilitação implica que os instrumentos e os testes empregados pelos profissionais durante o processo de avaliação e tomada de decisão sejam capazes de fornecer informações sobre todos os componentes do modelo¹².

Partindo das concepções de que o processo de reabilitação se inicia pela identificação de problemas e necessidades¹³ e que essa primeira etapa é fundamental para organizar o fluxo dos usuários entre serviços e segmentos da rede pública de reabilitação, foi construído um protocolo denominado Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação (PLPR). O PLPR é usado para sistematizar o acolhimento, ou seja, o primeiro contato do usuário com um serviço de reabilitação. Tem como finalidades coletar informações importantes para a tomada de decisões clínicas e de fluxo e possibilitar a criação de banco de dados que permita conhecer as demandas funcionais da população que procura e utiliza estes serviços¹⁴.

O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil e analisar a demanda funcional dos usuários acolhidos nos serviços públicos de reabilitação do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Método

Foi realizado um estudo observacional de corte transversal, com 516 usuários acolhidos na rede pública de reabilitação de Belo Horizonte, entre agosto de 2012 e junho de 2014. O estudo con-

sistiu na aplicação do PLPR, instrumento desenvolvido a partir da necessidade levantada pela coordenação da reabilitação, para sistematizar o acolhimento e organizar o fluxo de usuários com base no modelo da CIF¹⁴. Os dados foram coletados em diferentes pontos da rede de reabilitação do município, a saber: Unidades Básicas de Saúde e Centros de Reabilitação. Profissionais de reabilitação e acadêmicos do último período do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais que participavam do acolhimento, receberam treinamento prévio para a utilização do PLPR na rotina dos serviços.

A concepção do PLPR foi pautada na busca por um instrumento que permitisse alcançar a subjetividade do indivíduo e favorecesse uma perspectiva mais funcional e abrangente da saúde e dos problemas relacionados à saúde apontados pelo usuário¹⁴. O PLPR pode ser utilizado por qualquer profissional de reabilitação que acolher o usuário, ou seja, que realizar o primeiro atendimento. Além de sistematizar o acolhimento em toda a rede de serviços, o PLPR auxilia o profissional a identificar a demanda principal do indivíduo, os profissionais necessários na atenção ao caso e a definir o local para o início do cuidado.

O protocolo permite a coleta de informações funcionais, sociais e ambientais, conforme o modelo conceitual da CIF. Está dividido em três partes que possibilitam o levantamento das características do usuário, informações de saúde e uma Breve Descrição Funcional (BDF: Função do Corpo, Atividade e Participação). Inicialmente são coletadas informações referentes ao local do acolhimento e unidade de saúde de referência do usuário. Na seção “Resumo das Informações Sociais e de Saúde”, são coletados dados sociodemográficos, motivo da busca pela reabilitação e tempo de início dos sintomas, bem como dados antropométricos, fatores de risco, autoavaliação da saúde física e emocional, uso de recursos assistivos, necessidade de ajuda para realizar as atividades de vida diária, uso de medicamento ou outro tratamento e presença de deficiência permanente. A BDF é composta por 25 questões distribuídas em 10 domínios: Mobilidade, Comunicação, Eutrofia, Autocuidado, Dor e desconforto, Atividade interpessoal, Energia e sono, Afeto, Tarefas e demandas gerais e Trabalho remunerado.

Para a classificação da magnitude do problema, é apresentada ao usuário uma escala de 11 pontos, variando de 0 (nenhuma dificuldade ou deficiência) a 10 (dificuldade ou deficiência completa). Posteriormente é feita a conversão dessa escala para os qualificadores da CIF, conforme a tabela de conversão apresentada no manual da

classificação. Assim, o profissional deve registrar no protocolo, para cada questão da BDF, o valor já convertido em qualificador da CIF: 0 (nenhuma deficiência ou dificuldade), 1 (deficiência ou dificuldade leve), 2 (deficiência ou dificuldade moderada), 3 (deficiência ou dificuldade grave) ou 4 (deficiência ou dificuldade completa)¹¹. Para as análises deste estudo, os qualificadores 0, 1 e 2 foram considerados baixos, enquanto os qualificadores 3 e 4 foram considerados altos.

O PLPR disponibiliza ainda um escore final, calculado a partir de uma fórmula simples e de pesos que são atribuídos a cada um dos 10 domínios, dependendo do número de códigos que cada domínio possui, permitindo assim uma comparação do desempenho na BDF entre usuários. Este escore final pode auxiliar no planejamento dos serviços de reabilitação, incluindo o manejo da fila de espera e ações da regulação, a partir de critérios funcionais. Para finalizar, o profissional deve registrar a demanda principal apresentada pelo usuário, o local para início do cuidado, os profissionais envolvidos e um coordenador para os casos mais complexos que necessitam de diferentes equipes e locais de tratamento. Estas decisões são tomadas pelo profissional que realizou o acolhimento, ancoradas no seu raciocínio clínico e *expertise* e pautadas em todas as informações coletadas com o PLPR. Em teste piloto inicial, o tempo de aplicação do protocolo variou entre 15 e 30 minutos.

O software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 17.0 foi utilizado para gerenciamento e análise dos dados. Foram realizadas análises descritivas das informações coletadas, utilizando medidas de tendência central e dispersão. O coeficiente de correlação linear de Pearson foi usado para analisar a correlação entre a autoavaliação da saúde física, a autoavaliação da saúde emocional e o escore total na BDF. Para comparação das características dos usuários indicados para iniciar o cuidado na Atenção Básica e Atenção Especializada foi realizado teste t de Student. Nas análises foi considerado nível de significância estatística de 5%. Este estudo faz parte de um amplo projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e cumpre com todos os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram avaliados 516 usuários, a maioria do sexo feminino (75%), com média de idade de 57 anos (DP = 16). Pouco menos da metade (47%) infor-

mou viver com companheiro e 54% declararam ser o responsável pela renda familiar. Cerca de 30% dos usuários que buscavam atendimento de reabilitação informaram receber o auxílio de outras pessoas para a realização de suas atividades diárias e 2%, embora necessitassem, não recebiam ajuda. Quanto à escolaridade, 51% dos usuários acolhidos no período analisado não eram alfabetizados ou então possuíam, no máximo, ensino fundamental incompleto e menos da metade (46%) estavam ativos no mercado de trabalho.

Os principais fatores de risco relatados foram sedentarismo (65%) e sobrepeso (31%). Em relação à autoavaliação da saúde, 41% consideraram a sua saúde física como ‘Moderada’ e a emocional como ‘Muito boa/boa’ (43%). Destaca-se que, apenas 17% realizavam acompanhamento médico devido às queixas que motivaram a busca pela reabilitação. Entretanto, 19% faziam acompanhamento médico por outros problemas de saúde e mais da metade dos participantes utilizavam algum tipo de medicamento (59%). A descrição detalhada de algumas destas variáveis encontra-se na Tabela 1.

Na análise da BDF foi observado que 87% dos usuários relataram deficiência ou dificuldade grave ou completa (qualificadores 3 ou 4 da CIF) em pelo menos um item. Entre os usuários que relataram algum grau de deficiência ou dificuldade (qualificadores 1, 2, 3 ou 4 da CIF) na BDF, *sensação de dor* foi o item mais frequentemente classificado com deficiência ou dificuldade grave ou completa (58%), seguido por *mobilidade das articulações* (45%) (Tabela 2). Nas análises dos usuários com idade < 60 anos, as principais deficiências ou dificuldades graves ou completas relatadas foram: *sensação de dor* (60%), *mobilidade das articulações* (50%), *trabalho remunerado* (34%) e *funções de manutenção do peso* (33%). Entre aqueles com idade ≥ 60 anos, *sensação de dor* foi classificada como grave ou completa por 54%, seguida por *mobilidade das articulações* (40%), *dificuldades relacionadas ao sono* (31%) e *relações íntimas* (30%).

A média do escore total da BDF foi 23,89 (escala de 0 a 100). O cálculo do escore total de cada um dos 10 domínios mostrou que *Dor e desconforto* apresentou a média mais elevada (6,06; DP = 2,96), em escala de 0 a 10, seguido pelo domínio *Mobilidade* (3,43; DP = 2,43). O escore médio de todos os 10 domínios é apresentado no Gráfico 1.

Índices de correlação linear de Pearson revelaram correlação moderada e significativa entre a autoavaliação da saúde física com a da saúde emocional ($r = 0,450$; $p < 0,001$) e com o escore total da BDF ($r = 0,419$; $p < 0,001$). Da mesma

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica e de saúde dos participantes. Belo Horizonte, 2014.

Variável	n (%)
Sexo (n = 516)	
Feminino	385 (75)
Estado Civil (n = 513)*	
Solteiro	122 (24)
Casado/União Estável	243 (47)
Divorciado	55 (11)
Viúvo	93 (18)
Escolaridade (n = 493)*	
Não Alfabetizado	23 (5)
Ensino Fundamental Incompleto	231 (46)
Ensino Fundamental Completo	69 (14)
Ensino Médio Incompleto	23 (5)
Ensino Médio Completo	118 (24)
Superior Incompleto	5 (1)
Superior Completo	24 (5)
Situação de Trabalho (n = 455)*	
Ativo	211 (46)
Afastado	41 (9)
Desempregado	44 (10)
Aposentado	159 (35)
Fatores de Risco (n = 512)**	
Sedentarismo	334 (65)
Sobrepeso	160 (31)
Tabagismo	74 (15)
Etilismo	72 (14)
Auto-avaliação da saúde (n = 511)*	
Boa/Muito boa	171 (33)
Física Moderada	208 (41)
Ruim/Muito ruim	132 (26)
Boa/Muito boa	220 (43)
Emocional Moderada	179 (35)
Ruim/Muito ruim	112 (22)
Idade (anos) (n = 516)	Média: 57 anos (DP = 16)

* Valores percentuais calculados excluindo protocolos com dados incompletos. ** Na variável fatores de risco foram registrados todos os fatores que se aplicaram ao usuário.

maneira, a autoavaliação da saúde emocional também apresentou correlação moderada e significativa com o escore total na BDF ($r = 0,469$; $p < 0,001$). Esses valores apontam que quanto pior a autoavaliação da saúde física ou da emocional relatada pelo usuário pior a sua funcionalidade, ou seja, há tendência moderada para maior pontuação no escore total da BDF.

Entre os 516 usuários acolhidos no período analisado, 374 (73%) foram encaminhados para iniciar o tratamento com apenas uma das profissões que fazem parte das equipes de reabilitação na saúde pública no município; 117 (23%) demandaram duas profissões e 16 (3%) foram

acompanhados por três profissões distintas. A distribuição da demanda por profissionais após o acolhimento foi a seguinte: fisioterapeutas (89%), psicólogos (14%), nutricionistas (12%), terapeutas ocupacionais (6%) e fonoaudiólogos (2%).

Quanto ao local, 398 usuários (77%) foram indicados para iniciar o tratamento na Atenção Básica e 109 (21%) na Atenção Especializada. O local para início da atenção não foi especificado pelo profissional que realizou o acolhimento em nove protocolos. Três casos acolhidos na Atenção Básica não apresentavam demanda para continuidade do tratamento pela reabilitação e estes usuários receberam apenas orientações.

A Tabela 3 apresenta as médias de idade, número de qualificadores altos e escore na BDF, comparando os usuários indicados para iniciar a reabilitação na Atenção Básica e na Atenção Especializada. É possível observar que aqueles que iniciaram a reabilitação na Atenção Especializada eram mais jovens (51 anos; DP = 12,51), correspondendo à faixa etária produtiva; possuíam maior número de qualificadores altos (8,16; DP = 5,28), ou seja, deficiência ou dificuldade grave ou completa nos itens da BDF; e apresentavam maior pontuação total na BDF (34,81; DP = 15,58), indicando maior limitação e restrição funcional. Já os usuários que iniciaram a reabilitação na Atenção Básica eram, em média, mais velhos (58 anos; DP = 16,05), relataram menor número de qualificadores altos (5,22; DP = 5,35) e apresentaram menor pontuação total na BDF (26,00; DP = 17,16). As diferenças entre as médias foram significativas ($p < 0,001$), considerando um intervalo de confiança de 95% (Tabela 3).

Discussão

Este estudo revelou o perfil funcional e sociodemográfico dos usuários acolhidos nos serviços públicos de reabilitação do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Segundo os resultados, os usuários apresentam o seguinte perfil: maior parte era do sexo feminino, com média de idade de 57 anos, casados, ensino fundamental incompleto e responsáveis pela renda familiar. Inativos, no que se refere à situação de trabalho, sedentários e utilizavam pelo menos um tipo de medicamento. Consideraram sua saúde física e mental muito boa, boa ou moderada, e estas estão correlacionadas com o nível de funcionalidade documentado por meio da BDF. Relataram dificuldade grave ou completa em pelo menos um dos itens da BDF e identificaram os domínios de dor e mobilidade como de maior incapacidade. Tais usuários foram

Tabela 2. Percentual de usuários que relataram Deficiência ou Dificuldade grave ou completa nos itens da Breve Descrição Funcional, por faixa etária – Belo Horizonte, 2014.*

Breve descrição funcional	< 60 anos	≥ 60 anos	Total
Mobilidade			
b455 Funções de tolerância a exercícios	32	21	27
b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações	50	40	45
d410 Mudar posição básica do corpo	30	26	28
d450 Andar	25	26	25
d470 Utilização de transporte	24	27	25
Comunicação			
d330 Fala	8	13	10
d350 Conversação	10	11	11
Eutrofia			
b510 Funções de ingestão	4	9	6
b530 Funções de manutenção do peso	33	27	30
Autocuidado			
d510 Lavar-se	19	19	19
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção	11	22	16
d540 Vestir-se	24	20	22
d570 Cuidar da própria saúde	26	21	24
Dor e desconforto			
b280 Sensação de dor	60	54	58
Atividade interpessoal			
d710 Interações interpessoais básicas	6	14	10
d920 Recreação e lazer	30	25	28
Energia e Sono			
b130 Funções da energia e impulsos	24	23	24
b134 Funções do sono	32	31	31
Afeto			
b152 Funções emocionais	21	23	22
d240 Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas	22	25	24
d770 Relações íntimas	20	30	24
Tarefas e demandas gerais			
d230 Realizar a rotina diária	20	20	20
d640 Realização das tarefas domésticas	27	26	27
d660 Ajudar os outros	18	19	18
Trabalho remunerado			
d850 Trabalho remunerado	34	20	29

*Valores percentuais de deficiência ou dificuldade grave ou completa (qualificados 3 ou 4 da CIF) calculados entre os usuários que relataram algum nível de deficiência ou dificuldade no item (qualificados 1, 2, 3 ou 4 da CIF).

indicados para iniciar o tratamento de reabilitação na Atenção Básica com acompanhamento, a princípio, do fisioterapeuta da equipe.

O comportamento em relação à utilização de serviços de saúde é resultado de vários fatores que abrangem desde a organização da oferta, até o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários¹⁵. No Brasil, há uma maior prevalência do sexo feminino na busca por assistência à saúde, mesmo em idades mais avançadas, quando as necessidades de cuidados com a saúde são supostamente ampliadas, independente do sexo¹⁶. O presente estudo também confirma essa diferença

entre os sexos com porcentagem três vezes maior de mulheres buscando atendimento na Rede de Reabilitação em relação aos homens. Entre as justificativas para esse desequilíbrio estão principalmente questões relacionadas ao gênero, e ainda fatores como o horário de funcionamento dos serviços e a priorização das atividades laborativas entre os homens^{16,17}.

A presença de deficiência ou dificuldade grave/completa (qualificados 3 e 4) foi constatada na quase totalidade dos usuários avaliados neste estudo. Nestes serviços adotou-se o critério de indicação de tratamento de reabilitação para os

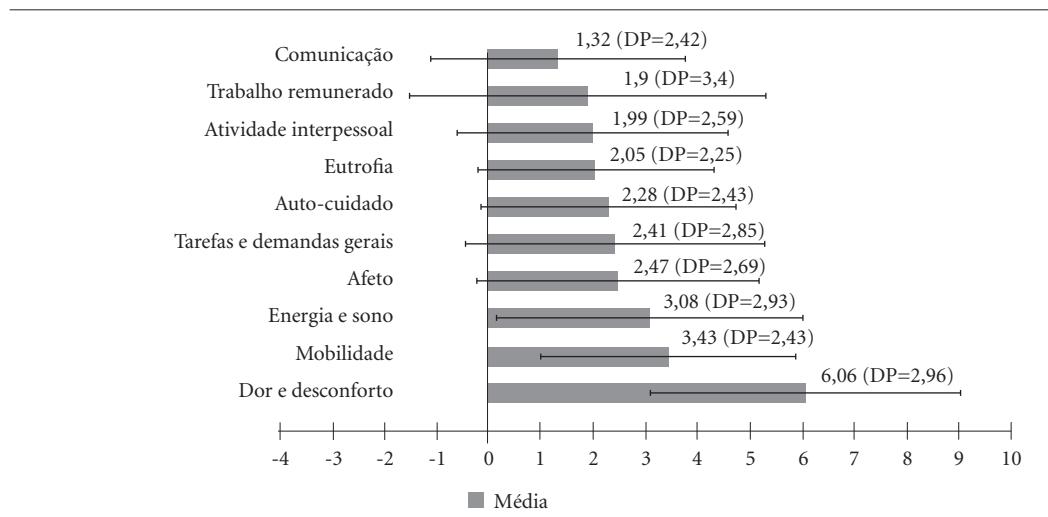


Gráfico 1. Escore médio em cada um dos 10 domínios da Breve Descrição Funcional (n=516). Belo Horizonte, 2014.

Tabela 3. Características dos usuários segundo Local definido para Início do tratamento (n = 507). Belo Horizonte, 2014.

	Local para Início da Reabilitação	N	Média	DP	Intervalo de Confiança de 95%
Idade (anos) (p < 0,001)	Atenção Básica Atenção Especializada	398 109	57,81 51,04	16,05 12,51	[3,90 : 9,62]
Número de qualificados altos (p < 0,001)	Atenção Básica Atenção Especializada	398 109	5,22 8,16	5,35 5,28	[-4,07 : -1,81]
Escore total na BDF (p < 0,001)	Atenção Básica Atenção Especializada	398 109	26,00 34,81	17,16 15,58	[-13,34 : -6,23]

usuários que apresentavam qualificados 2, 3 e 4. A porcentagem elevada dos qualificados mais altos demonstra a real necessidade de tratamento e acompanhamento desses usuários com demandas funcionais importantes. Entre os domínios que receberam maior número de qualificados 3 e 4 estão dor e mobilidade. Analisando esses qualificados altos em dois grupos de usuários categorizados em faixas etárias (< 60 anos e ≥ 60), dor e mobilidade permaneceram como primeiro e segundo domínios de maior importância entre os casos, respectivamente. Estes são domínios que podem influenciar de forma negativa a participação social dos indivíduos, o que inclui as atividades laborais, e ainda suas atividades de vida diária (AVD), o que pode ser verificado no cenário deste estudo onde aproximadamente um terço dos respondentes relataram necessitar de ajuda para realizar suas atividades de vida diária. Entretanto,

esta necessidade não se concretiza, obrigatoriamente, no recebimento da ajuda, o que aumenta a carga e o peso dessas atividades no cotidiano dessas pessoas¹⁸. Apesar da similaridade entre os grupos, pode-se observar que as demandas dos usuários mais jovens diferem das dos idosos. Enquanto entre os indivíduos menores de 60 anos o trabalho remunerado e a função de manutenção de peso aparecem como terceiro e quarto domínios com maior frequência de qualificados altos, entre aqueles com 60 anos ou mais, o sono e as relações íntimas são as demandas mais frequentes. Reconhecer essas diferenças nas demandas dos usuários colabora para o planejamento das ações a serem implementadas pelos serviços e orienta para intervenções centradas no indivíduo.

Foi possível perceber que mesmo com restrições funcionais, quase metade dos usuários considerou sua saúde física como moderada (41%) e

a emocional como ‘Muito boa/boa’ (43%), o que demonstra que outros aspectos de sua vida, como o bem estar e a satisfação com a própria vida¹⁹ e não apenas a presença de uma doença, interferem na avaliação de tais questões²⁰. Embora de natureza subjetiva, a autoavaliação do estado de saúde é amplamente utilizada em inquéritos populacionais pela sua relativa facilidade de aplicação e por sua validade como preditor de morbidade, uso de serviço de saúde e mortalidade^{19,21}. Na esfera da funcionalidade, Pollard et al.²² e Silva²³ analisaram o modelo da CIF e sua relação com a percepção de saúde e concluíram que esta última é um melhor preditor de funcionalidade do que o diagnóstico clínico. De fato, no modelo conceitual da CIF a relação entre a presença da doença (condição de saúde) e o impacto na funcionalidade não é linear, ou seja, uma mesma condição clínica pode afetar de maneira distinta diferentes indivíduos. Nessa perspectiva, torna-se importante que a avaliação dos casos que chegam aos serviços de reabilitação seja pautada em parâmetros funcionais, dada a atual sobrecarga da rede que reforça a necessidade de se estabelecer um fluxo de atendimento eficiente e novos parâmetros para se definir prioridades.

Diante do exposto, o escore total criado na BDF pode ser um recurso inovador e coerente para a definição de prioridade no atendimento na rede de pública de reabilitação. O valor médio do escore total de 23,89 (escala de 0-100), apresentando pela população analisada, mostra-se bastante significativo, visto que esses indivíduos, invariablymente, apresentaram alguma dificuldade em sua vida que os motivaram a buscar o serviço. Isso significa que, entre estes usuários, não há pontuação na BDF que possa ser desconsiderada. Embora uma pontuação crescente signifique pior funcionalidade, o fato de apresentar um escore zero na BDF não significa que o usuário não tenha um problema a ser abordado, revela apenas uma melhor funcionalidade diante de um grupo que teve acesso ao serviço de reabilitação. Portanto, a BDF pode ser utilizada para posicionar os indivíduos em um contínuo de prioridade com base na funcionalidade. Dito de outra forma, mesmo estando a média do escore total da BDF localizada no primeiro quartil da amplitude de pontuação, esta é expressiva e traduz a necessidade da abordagem terapêutica desses usuários.

Considerando os resultados deste e de outros estudos no que tange ao uso da autopercepção da saúde^{22,23} e de índices similares à BDF²⁴ para acessar o construto funcionalidade humana, foi analisada uma possível correlação entre essas variáveis. Os usuários que relataram boas condições

de saúde física, em geral, também relataram boas condições de saúde emocional. Ainda, tanto a percepção da saúde física quanto a mental apresentaram correlação moderada com o escore final da BDF mostrando que quanto mais funcional for o indivíduo em suas atividades, melhor percepção ele tem do seu estado de saúde. A implicação fundamental desta informação está relacionada com a postura de atuação profissional, uma vez que decisões relacionadas ao processo de reabilitação devem levar em consideração que as principais dificuldades e queixas dos usuários podem estar centradas nas consequências do diagnóstico clínico em todas as áreas de sua vida e não, necessariamente, no quadro clínico em si²⁰. Abordagens que influenciem a funcionalidade podem ter impacto na percepção de saúde e provocar mudanças nos padrões de morbidade e até mesmo mortalidade²⁰.

Os desfechos esperados após a aplicação e a interpretação do PLPR são: demanda principal do usuário; profissional ou profissionais mais adequados para iniciar e coordenar o cuidado; e o local, dentre os disponíveis na rede pública de reabilitação, para dar início à atenção. A maioria absoluta dos usuários acolhidos com o PLPR iniciaram o tratamento com a participação de apenas uma profissão da equipe de reabilitação. O fato do protocolo auxiliar na determinação da necessidade de atenção singular ou múltipla, no que se refere ao núcleo de atuação, pode otimizar a utilização dos serviços da rede e a produtividade dos profissionais. É importante ressaltar que o atendimento iniciado por apenas uma profissão não traduz uma abordagem distanciada dos princípios da integralidade e das ferramentas possibilitadas pelo trabalho em equipe interdisciplinar como, por exemplo, o matriciamento. Ao contrário, estabelece prioridades e viabiliza um fluxo coerente e parcimonioso. Este fato é verificado quando avaliamos a média do escore total da BDF entre os usuários aos quais foram indicados uma, duas e três profissões na abordagem do caso (dados não apresentados). Observamos um gradiente crescente do escore: 20,46; 32,74; e 51,02 respectivamente. Isso revela que aqueles usuários que demandaram um maior número de profissionais na abordagem de seu caso foram os com uma pior situação funcional, o que demonstra a sensibilidade do PLPR para atingir um de seus três objetivos.

Entre os profissionais indicados para o início do tratamento, o fisioterapeuta foi o mais citado, o que se justifica pela maior quantidade de queixas relacionadas a possíveis questões musculoesqueléticas, que podem ser percebidas pelos domínios ‘Dor e desconforto’ e ‘Mobilidade’ predominan-

temente citados como limitadores de funcionalidade. Além disso, a rede de reabilitação de Belo Horizonte conta com um quadro proporcionalmente maior de fisioterapeutas quando comparado aos demais profissionais de reabilitação.

A Atenção Básica foi o nível escolhido preferencialmente para o início do processo de reabilitação, o que reforça seu papel na coordenação do cuidado e demonstra sua resolubilidade também para as questões relacionadas a esta área. É reconhecida a potencialidade da Atenção Básica em resolver aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população²⁵, e é preferencialmente a partir dela que se acessa os serviços da Atenção Especializada. Segundo Campos et al.⁵, em uma antiga perspectiva da rede de reabilitação, a Atenção Especializada estava voltada exclusivamente para o fornecimento de equipamentos à população necessitada, constituindo-se numa estratégia insuficiente para o atendimento integral do sujeito. A nova perspectiva destaca que a Atenção Especializada deve ser entendida como um ponto de aplicação de ações específicas e de articulação entre os demais pontos da atenção do sistema, ou seja, neste nível de atenção devem ser priorizados atendimentos mais complexos e que necessitam de mais recursos para uma resolução mais ágil dos casos.

Dois grupos distintos podem ser caracterizados a partir dos resultados do PLPR: aqueles cuja indicação para o inicio do cuidado foi a Atenção Básica e aqueles em que a Atenção Especializada foi escolhida como local mais adequado. Os usuários que iniciaram o processo de reabilitação na Atenção Especializada estavam numa faixa etária produtiva e apresentaram maior número de qualificadores altos nos itens da BDF, sendo indicado para seu cuidado um serviço equipado com tecnologia dura²⁶, no sentido de acolher adequadamente estas demandas, permitindo maior agilidade no retorno às suas atividades e ao mercado de trabalho. Levando-se em consideração as características da Atenção Especializada e o que é preconizado sobre sua função dentro da rede de serviços, podemos considerar que o PLPR foi assertivo na condução da tomada de decisão do local para início do cuidado, o que é demonstrado pela adequação do perfil do usuário para este nível de atenção. Já os usuários que iniciaram a reabilitação na Atenção Básica eram, em média, mais velhos e com menor comprometimento nos itens da BDF. Estes usuários, por apresentarem quadros de

menor complexidade, podem ser atendidos com qualidade em um serviço menos especializados como os encontrados na Atenção Básica.

A implementação de um protocolo ancorado na CIF no acolhimento dos serviços públicos de reabilitação pode favorecer a melhora da comunicação entre profissionais e serviços, condição essencial para o bom funcionamento de uma rede verdadeiramente integrada. Seu uso sistematiza a coleta de informação no primeiro contato do usuário com a rede, permite a identificação das demandas funcionais mais relevantes e contribui para a definição de um fluxo terapêutico adequado – incluindo a identificação do local e os profissionais que devem ser envolvidos no cuidado. Espera-se que o PLPR possa ser informatizado e adotado na rede pública de reabilitação, organizando o fluxo, agilizando a transição entre serviços de diferentes níveis de complexidade e potencializando os equipamentos e os profissionais disponíveis para o cuidado em reabilitação.

Colaboradores

MAP Souza, FR Ferreira e RF Sampaio foram as autoras do PLPR (Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação), e participaram da concepção, desenho, análise, interpretação dos resultados e elaboração do artigo. JF Dias acompanhou todas as fases do estudo enquanto aluna de Iniciação Científica, participando da coleta de dados, análise e interpretação dos resultados. MC Mancini e RN Kirkwood participaram da interpretação dos resultados, escrita e revisão crítica do manuscrito.

Agradecimentos

Os autores agradecem às seguintes fontes de financiamento: 1) Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde – Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS); 2) MCTI/CNPq; 3) Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Referências

1. Alves MA. *Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores de reabilitação do SUS/BH* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 25 abr.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 26 abr.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº452, de 10 de maio de 2012. Institui a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF no Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar. *Diário Oficial da União* 2012; 11 maio.
5. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(52): 207-210.
6. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa Reception in Primary Health Care: na integrative review. *Saúde Debate* 2015; 39(105):514-524.
7. Speroni AV, Menezes RA. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro The User Embrace ment senses: a study about the access to primary health care services in Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet* 2014; 22(4):380-385.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços*. Brasília: MS; 1995.
9. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde (SMS -BH). *Gerência de Reabilitação. Profissionais de Reabilitação nos Serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMS-BH; 2013 (documento interno)
10. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde (SMS -BH). Gerência de Reabilitação. *Diretrizes da Política de Reabilitação do SUS-BH*. Belo Horizonte: SMS-BH; 2009. (documento interno)
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Brasília: OMS; 2003.
12. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3):475-483.
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre a Deficiência*. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2011.
14. Souza MAP, Ferreira FR, César CC, Furtado SRC, Cos ter WJ, Mancini MC, Sampaio RF. Development of a first-contact protocol to guide assessment of adult patients in rehabilitation services networks. *Braz J Phys Ther* 2015; 20(2):148-157.
15. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sócio demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.
16. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4):1263-1274.
17. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cien Saude Colet* 2007; 23(3):565-574.
18. Lebrão ML, Duarte YAO. *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
19. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores socio-demográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):723-734.
20. Bostan C, Oberhauser C, Stucki G, Bickenbach J, Cieza A. Biological health or lived health: which predicts self-reported general health better? *BMC Public Health* 2014; 14:189.
21. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, Morbidade, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
22. Pollard B, Johnston M, Dieppe P. Exploring the relationships between International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) constructs of Impairment, Activity Limitation and Participation Restriction in people with osteoarthritis prior to joint replacement. *BMC Musculoskelet Disord* 2011; 12(97). [acessado 2015 jun 5]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/97>
23. Silva FCM. *Análise empírica do modelo teórico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
24. Mont D, Loeb M. A functional approach to assessing the impact of health interventions on people with disabilities. *ALTER, European Journal of Disability Research* 2010; 4(3):159-173.
25. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAPG, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira, na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* 2014; 38(Especial):252-264.
26. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1953-1957.

Artigo apresentado em 14/10/2015

Aprovado em 01/06/2016

Versão final apresentada em 03/06/2016