

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL

Construindo MAIS saúde para a população

Histórico, justificativa e relevância, conceituação, princípios, objetivos e diretrizes

"Saúde Funcional é o estado de funcionalidade e de bem-estar individual e das coletividades, em todos os ciclos de vida, no desempenho das atividades e na participação social, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania"

BRASÍLIA, 16 DE DEZEMBRO DE 2011



SUMÁRIO

<u>Como se trata de uma política com novos paradigmas, se faz necessária a apresentação de conceitos estruturantes:.....</u>	<u>17</u>
<u>RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS.....</u>	<u>23</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>27</u>

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF) está ancorada no olhar sobre a funcionalidade e incapacidade que os sujeitos podem sofrer em condições de risco para a saúde ou na presença de doenças, ou mesmo, na ausência de doenças. A proposta visa potencializar o desempenho funcional, otimizando as atividades consideradas limitadas e evitando a restrição da participação social, do ponto de vista do sujeito e das outras pessoas que convivem com ele. No que tange as estruturas públicas de saúde, a política propõe ações de cuidado nos serviços de saúde, que contemplem a visão ampliada do ser humano e a intra e inter relação entre as esferas de atenção e da gestão pública, subsidiada e compatível com outras políticas já existentes.

A **Saúde Funcional** envolve a própria condição de vida saudável, explorada ao máximo pelas competências (motoras, intelectuais, expressivas, relacionais e outras) das pessoas, segundo suas características físicas ou psicológicas, relacionadas aos ciclos de vida, gênero e das identidades sociais e culturais a que pertence e, ainda, em função daquilo que são os seus valores pessoais e as suas necessidades de participação.

A proposta dessa política tem como base as leis 8080/90, 8142/90 e o decreto 7508/11, que democratizam a participação de novos atores sociais e favorecem a discussão ampliada da Constituição Federal no campo da Saúde. No Brasil, o direito pleno à saúde foi conquistado na publicação da Constituição Federal de 1988, especialmente, pelo artigo 196: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. Mais que a prática assistencial, prevê ações no campo econômico e no campo social para garantia da saúde, visto que a

definição de saúde também vai além da ausência de doença e está mais próxima da plena qualidade de vida, traduzida no satisfatório desempenho e capacidade para realização das atividades e pleno gozo da participação social (BRASIL, 2008).

Dois fóruns promovidos pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) conduziram discussões acerca da terminologia **Saúde Funcional**, que acabaram por apontá-la como adequada, até que, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, representações das profissões de Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social convergiram no sentido da criação de uma política reformuladora, transversal aos programas e políticas de saúde e de caráter intersetorial.

Esse movimento culminou na aprovação da proposta nº 144 (no eixo 2) e de uma moção de nº 084, da PNSF nas 10 plenárias temáticas simultâneas, cada uma delas com cerca de 300 delegados, sem a necessidade de aprovação na plenária final, constante no relatório final da referida conferência.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada nos dias 14 a 18 de novembro de 2007, no Pavilhão de Feiras e Exposições do Parque da Cidade, Brasília/DF. Teve como tema central: *“Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”* e seus eixos temáticos eram: 1) *“Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento”*; 2) *“Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde”*; 3) *“A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde”*. Dela participaram 4700 pessoas que representavam cerca de 77% de todos os municípios do país.

O objetivo fundamental das Conferências é possibilitar espaço que permita oportunidade de consolidação democrática dos direitos sociais onde todos podem ajudar na construção certa e produtiva do Sistema Único de

Saúde. Trata-se do momento máximo de discussões e deliberações de Políticas Públicas de Saúde para os anos subseqüentes.

A PNSF ganhou tamanha amplitude que chegou também a ser discutida na Oficina de Produto no Eixo Cidadania no Congresso da Rede Unida (2010), com o título “Saúde Funcional: definindo passos para a construção de uma política”.

Também no ano de 2010, visando oficializar uma proposta a ser protocolada no Ministério da Saúde, o COFFITO e o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) formaram grupos de trabalho, onde estão inseridas a Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais, a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia, a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, a Academia Brasileira de Audiologia, contando com apoio de profissionais dos mais diversos segmentos das áreas social, de saúde e demais entidades científicas. Este documento é o produto do trabalho desses grupos e contém as mais relevantes faces de uma política nacional e de Estado para a garantia da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida dos brasileiros.

Em tempos contemporâneos, vive-se um momento muito distinto de todo resto da história reducionista da saúde no mundo. O Brasil passa por um processo chamado transição epidemiológica, no qual as doenças infecto-contagiosas deixaram de ser as principais causas de morte. A situação atual é de aumento progressivo da expectativa de vida, acompanhado do aumento da incidência de agravos e doenças crônico-degenerativas, com geração de incapacidades e altos custos para a seguridade social o país.

Com a transição epidemiológica, há uma gradual modificação na ênfase da saúde pública para doenças crônicas e para os riscos ambientais (LAURENTI; BUCHALLA, 1999), as quais não são adequadamente representadas nas estatísticas de morbi-mortalidade.

Diante desse fato, tornou-se necessária uma mudança de contexto, deixando de considerar a doença como apenas biológica e sim como problema socialmente produzido, assim como social e historicamente construídos (BARRETO, 1998), ou seja, deve-se desenvolver medidas que registrem não somente os níveis de doença, como também outras dimensões do sofrimento humano.

A funcionalidade humana, então, sofre influência direta tanto da presença de doenças, em especial, os agravos e as crônico-degenerativas, como da presença de fatores contextuais negativos, ou seja, barreiras ambientais dos diferentes gêneros, tais como, físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras.

Assim, as políticas de promoção ou intervenção na saúde devem estar organizadas para identificar os aspectos facilitadores e as barreiras enfrentadas pelos sujeitos visando evitar a restrição social, mais do que criar serviços de reintegração. Para tanto, uma política com um novo olhar sobre o ser humano, que respeite literalmente todos os princípios e diretrizes constitucionais, se faz necessária nesse momento crucial pelo qual o país passa.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Considerando a transição epidemiológica, no geral, as transformações demográficas, sociais e econômicas acontecem em conjunto com mudanças ocorridas no tempo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte, que caracterizam uma população específica. Este processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-

mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (OMRAM, 1971., SCHRAMM et al, 2004).

Após a identificação da ocorrência desta transição epidemiológica, ao longo dos anos, políticas de saúde estão sendo propostas, no âmbito internacional e nacional, com o objetivo de propiciar melhora na qualidade de vida das pessoas acometidas por certas doenças crônicas. No Brasil, tais políticas propõem ações de estruturação da rede de serviços que visam dar suporte a população **em geral** e englobam desde a prevenção e a promoção, o diagnóstico precoce e o tratamento completo, propiciando condições para que as pessoas afetadas possam viver na sociedade de maneira saudável. Além disso, políticas sociais, tais como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Proteção aos Direitos da Criança e do Adolescente, complementam as ações propostas, ao nível social, educacional e ocupacional, permitindo a adequação da sociedade para receber as pessoas com algum nível de incapacidade.

Um exemplo da adequação dos diversos setores devido às transformações demográficas, sociais e econômicas foi a introdução de portarias e regulamentações a favor dos idosos, após a identificação do aumento da expectativa de vida da população brasileira. Este processo gerou uma nova necessidade e um novo desafio para as ciências da saúde: promover o aumento da expectativa de vida livre de incapacidades (ROSA et al., 2007) e a diminuição das barreiras ambientais, incluindo as atitudinais, que dificultam o desempenho das atividades e participações sociais dessa população.

Sabe-se que aumento da idade não vem, necessariamente, acompanhado de uma satisfatória capacidade física, intelectual, expressiva e

relacional, uma vez que a presença de doenças e de outros fatores que acompanham o avanço da idade influencia na funcionalidade ou na incapacidade dos indivíduos.

Dessa forma, a partir da década de 60, com o envelhecimento rápido da população brasileira, a sociedade se deparou com um tipo de demanda por serviços de saúde e de assistência social, outrora restrito aos países industrializados. O Estado, ainda às voltas em estabelecer o controle das doenças transmissíveis e a redução da mortalidade infantil, não foi capaz de desenvolver e aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, levando a uma perda de autonomia e da qualidade de vida e, com o passar dos anos, com a continuação desse processo, grandes problemas na Seguridade Social foram gerados (CHAIMOWICZ, 1997).

Observando isso, entre os anos de 1999 e 2006, o Estado procurou dar conta dos problemas atuais da população idosa por meio de novas portarias e regulamentações. Visto que a perda da autonomia e a incapacidade eram os principais fatores que prejudicavam a saúde dessa população, uma nova idéia foi estabelecida pela Portaria GM/MS (N. 2528/2006), que estabelece a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na tentativa de atentar para todos os setores da vida dos idosos e promover a funcionalidade das pessoas com mais de 60 anos, certamente acometidas de uma ou várias doenças crônicas.

Mesmo com a atualização das informações de saúde acontecendo rapidamente sobre a prevalência, incidência e conseqüências das doenças nos mais diversos segmentos da sociedade, salienta-se que algumas condições de saúde não são absorvidas pelos serviços, onde, por muitas vezes, não estão suficientemente organizados para contemplar uma série de incapacidades que podem ou não estar vinculadas às doenças. Desta forma, rever o **acesso**

previsto pelo sistema, a partir da Atenção Primária como porta de entrada, em relação às incapacidades e seu posterior encaminhamento aos serviços especializados, é um nó crítico a ser desvelado.

O processo linear que coloca a doença como o único ponto de partida para a incapacidade e para a restrição social não é mais tido como verdadeiro. Segundo o modelo de funcionalidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), a doença é apenas um dos fatores influenciadores da saúde e divide espaço com os fatores ambientais, fatores pessoais e, principalmente, com os fatores sócio-culturais. Estes fatores sociais, aos quais aqui se faz referência, são: acesso aos serviços de saúde, medicamentos, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, capacidade e desempenho funcional, entre outros (OTTAWA, 2010).

A principal debilidade do esquema teórico da transição epidemiológica é a de enfatizar a tecnologia como principal alternativa interveniente no curso da transição, desconsiderando o papel que as variáveis econômicas, sociais e funcionais desempenham neste processo (BARRETO; CARMO, 1995), o que implica na segregação de alguns segmentos da sociedade, que ainda não encontram espaço para desempenhar seu papel, apesar da atual rapidez das informações que permeiam todos os setores da vida humana.

Por muito tempo, a doença foi encarada como ponto de partida para qualquer ação terapêutica. Em saúde, muitas vezes, o tratamento das incapacidades era direcionado para o que se conhecia como conseqüências de determinada doença.

Obviamente que isso pode representar uma situação verdadeira, porém, também pode representar uma situação falsa (BRASIL *et al*, 2010). Nem todas as pessoas que experimentam uma deficiência na estrutura do corpo, como ausência de algum membro, ou mesmo na função, como a dificuldade

de ouvir, necessariamente apresentam limitações de atividades ou tem participação restrita na sociedade, mas a falta de organização dos serviços de saúde pode levar a incapacidade, caso não seja facilitado o acesso dessas pessoas ao tratamento necessário e adequado. Dessa forma, o foco não é mais a doença e sim os fatores ambientais que podem alterar as condições de vida dessas pessoas. Então como romper com um modelo de saúde que não contempla todos os aspectos da vida humana?

Na discussão desse modelo linear, a Organização Mundial da Saúde iniciou um processo de revisão da *ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps)*, que apontou as principais fragilidades, tais como: a falta de relação entre as dimensões que a compõe, a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, entre outras (BARRETO, 1998). Essa classificação nunca fez parte da Família de Classificações da OMS, mas o processo levou a publicação da CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Esta sim, é parte da Família de Classificações Internacionais.

O diagnóstico por meio da utilização da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão), provê informações insuficientes sobre as consequências e impacto da doença na funcionalidade humana.

A Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de ampliar a investigação sobre os aspectos de saúde, lançou em 2001, após mais de 25 anos de desenvolvimento, a CIF. Os dados gerados pelo uso desta classificação poderão descrever o estado de funcionalidade como componente de saúde da população, permitindo conhecer amplamente o estado de saúde, não só a partir pelos dados de morbi-mortalidade.

Além disso, no modelo de organização de serviços de saúde atual, em que as equipes se constituem de diferentes profissionais (como assistentes

sociais, biólogos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogo, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros), o uso de uma ferramenta em comum poderá facilitar o acompanhamento da respectiva intervenção profissional na população, ajudando a verificar se os resultados da recuperação funcional estão sendo alcançados. Isto possibilita ao serviço a reordenação e a execução das suas ações, redimensionando-as de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

O Brasil, enquanto país membro da OMS, foi urgido a utilizar a CIF por força da Resolução OMS 54.21/2001. Esta não contém classificação de doenças, mas outros componentes que influenciam na saúde, tais como: funções, estruturas, atividades, participação social e fatores ambientais.

Com o uso da CIF é possível estabelecer padrões de funcionalidade populacional por meio de avaliações ou acompanhamento de tratamentos individuais. A identificação de possíveis riscos a saúde, detectada pela possibilidade de uma alta prevalência de códigos alterados da CIF, podem indicar uma futura incapacidade, a qual auxiliará no estabelecimento de estratégias que contenham ou impeçam o aparecimento de alteração da funcionalidade ou até a própria incapacidade

Apesar das experiências exitosas com o uso da CIF em países desenvolvidos (como Alemanha, Suíça e Portugal) e em países em desenvolvimento (como Colômbia e Uruguai) sobre o uso dessa ferramenta proposta pela OMS para o delineamento das ações em saúde voltadas para a manutenção ou melhoria da funcionalidade humana, o Brasil tem utilizado em seus centros educacionais e de pesquisa na área da saúde. Pode-se citar a USP (desde 2003), a UFMG (desde 2001), a UFTM, a UnB, a UFC, a UNIFOR, a UDESC, UniVale entre outras instituições públicas e privadas. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), juntamente com o

Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), também adotou a ferramenta como norteadora para liberação do Benefício de Prestação Continuada desde 2009. Torna-se necessária apropriação desta ferramenta por parte da saúde brasileira.

Essa visão ampliada poderá permitir ao setor saúde avaliar e acompanhar de modo transversal e integral todos os ciclos de vida, além de delinear o perfil de funcionalidade e incapacidade na população, como também, em especial, prever ações futuras com base no conceito ampliado de saúde proposto pela OMS e defendido nos princípios e diretrizes do SUS.

Os indicadores usados até o momento para este fim têm uso restrito que, com a CIF, poderia ser ampliado e agrupado aos indicadores baseados na CID para informações epidemiológicas de saúde mais consistentes.

A proposta de uma Política Nacional de Saúde Funcional, que contempla esta nova concepção, deve respeitar as outras políticas de saúde já implantadas e implementadas e agregar meios de melhorar as intervenções propostas pelas mesmas, além de melhorar o acesso das populações que não têm uma rede de serviços organizada para o seu atendimento. Poderá acrescentar dados às avaliações em saúde já propostas, ampliando a gama de informações sobre a efetividade e a eficiência das intervenções e, dessa forma, permitir a reformulação das ações de saúde em áreas não diagnosticadas até o momento.

Uma dos aspectos não explorados dentro dessas áreas sem diagnóstico se referem ao envelhecimento populacional e a ausência de políticas que previnam a incapacidade causada pela longevidade e seu impacto na seguridade social.

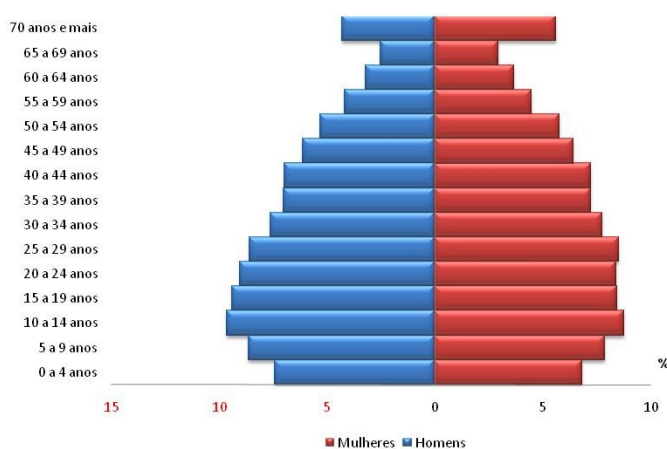
Levando-se essa situação em consideração, a perspectiva para 2050 é extremamente preocupante já que se julga, por justificativas científicas consistentes, que a pirâmide populacional tende a inverter-se, com aumento

expressivo da população de idosos no país, conforme apresentado na **Figura 1**. Caso nada de grande impacto seja feito atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) terá que se preparar para prestar assistência a milhões de idosos incapacitados, que necessitarão de internações hospitalares recorrentes e medicamentos de alto custo, além de cuidados especiais .

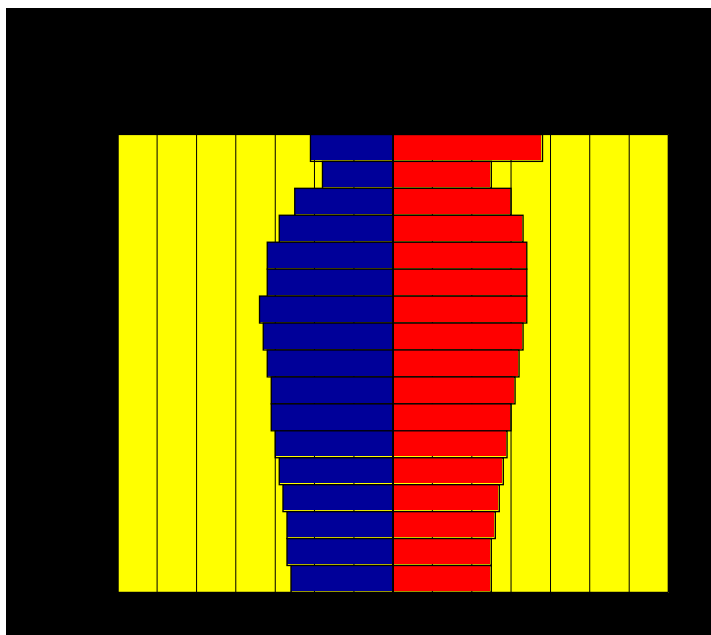
A parcela produtiva da população será proporcionalmente menor, sendo que, caso o idoso de 2050 tenha o perfil do idoso contemporâneo, será impossível manter os sistemas de saúde, previdência e assistência social, causando um colapso financeiro na seguridade social do país.

Figura 1 – Pirâmides populacionais de 2008 e 2050.

2008



Perspectiva para 2050:



Fonte IBGE/PNAD, 2008

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao adulto jovem economicamente produtivo. O crescente desenvolvimento tecnológico e a necessidade da produção de serviços e materiais no mundo tornaram corriqueira a prática de atividades laborais, para cuja execução com qualidade, exige grande capacidade e esforço físico ou mental por parte do ser humano submetido aos fatores ambientais e carregando seus fatores pessoais, mas sem que estes fatores sejam levados em conta, nem por quem demanda a produção do trabalho e nem por si próprios.

A excessiva realização de atividades repetitivas, executadas obrigatoriamente e de modo automatizado no dia a dia pelo ser humano, como por exemplo, a manutenção de padrões posturais por tempo prolongado, uso excessivo da voz, acabam por ocasionar uma série de alterações estruturais e, por conseguinte, as alterações funcionais, que podem ou não estar relacionadas às doenças, e ainda, como consequência podem promover a limitação na realização das atividades e restrição na participação social.

Por outro lado, a dupla jornada, em especial, das trabalhadoras, a inclusão e socialização das pessoas com deficiência e das com necessidades

especiais, são elementos que predisõem os cidadãos aos mais diversos problemas de saúde, que afetam diretamente ou indiretamente a funcionalidade da máquina humana e restringe sobremaneira a prática das atividades, sejam estas cotidianas, da vida diária ou laborativas.

Sabendo que as doenças crônicas são um grande problema do ponto de vista social e econômico, assim como individual, que leva a gastos elevados, escassez de força de trabalho, marginalização e exclusão (Swedish Government Official Report, 2002), os gastos na saúde, com o financiamento de procedimentos na média e alta complexidade na saúde, na área social, com a disponibilização do auxílio doença e aposentadorias precoces podem ser evitados a partir da nova concepção de funcionalidade.

Esta mudança de paradigma requer aprendizado e prática na identificação da funcionalidade e da incapacidade, no acompanhamento da evolução e prognóstico, na padronização de termos e ações, na geração de dados e informações epidemiológicas que sirvam realmente para a alimentação e retroalimentação do sistema de informação da gestão, baseado no uso da CIF, fato que não dispensa outras ferramentas para informação, tais como a CID e os inquéritos de saúde.

Nesse sentido, é necessário o planejamento adequado de ações político-administrativas que contemplem, além da prevenção, promoção e tratamento da doença, ações de potencialização da funcionalidade, na ausência ou presença de doenças na população.

Daí a necessidade de uma reflexão aprofundada sobre a impossibilidade de trabalhadores e usuários do SUS terem acesso aos serviços de profissionais habilitados para o desenvolvimento destas ações tão específicas relativas aos transtornos de funcionalidade.

Desta forma, a PNSF não tem abrangência sobre uma população ou coletividade específica. Toda a população brasileira pode estar em situação de

vulnerabilidade no que tange à funcionalidade, incluindo as crianças, os idosos, as pessoas com deficiências, os indígenas, as populações quilombolas, ribeirinhas e das florestas, as pessoas em situações de catástrofes e calamidades, os trabalhadores e as trabalhadoras formais e informais.

Uma Política neste sentido traz, entre todas as vantagens de seus resultados, uma redução dos prejuízos à seguridade social advindos destes transtornos da funcionalidade, 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, inicialmente com os já disponíveis na rede, insumos de tecnologia leve e a máxima possibilidade de sua ênfase na atenção básica.

A adoção de medidas para a elaboração, implantação e implementação de uma Política Nacional de Saúde Funcional, por meio da identificação epidemiológica de grupos de risco, terá a finalidade de potencializar o componente de Funcionalidade da Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e da Previdência Social, propiciando o desenvolvimento e a reintegração social que constitucionalmente devem ser garantidos à população brasileira.

Contudo, tendo de um lado fatos históricos como a transição epidemiológica e suas conseqüências socioeconômicas e, de outro lado, o sub-aproveitamento e a invisibilidade* estatística para o Estado do resultado do trabalho e das potencialidades dos profissionais da área de Saúde, a PNSF apresenta-se como norteadora de um novo paradigma, estabelecendo transversalidade com outros programas e políticas públicas, objetivando o aumento da expectativa de vida livre de incapacidades com conseqüências positivas em todos os aspectos para sociedade brasileira (CAMARGOS, 2009).

Conceitos estruturantes

Como se trata de uma política com novos paradigmas, se faz necessária a apresentação de conceitos estruturantes:

(1) Saúde Funcional é o estado de funcionalidade e bem-estar individual e das coletividades, em todos os ciclos de vida, no desempenho das atividades e na participação social, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania.

(2) Invisibilidade de processo e resultado na informação em saúde é a limitação dos sistemas de informação em explicitar ou processar os diagnósticos de funcionalidade e a evolução da saúde funcional dos indivíduos, comprometendo a eficiência do planejamento, controle, avaliação e regulação das ações e serviços de saúde.

Para fins de esclarecimento, apresenta-se o exemplo abaixo.

Um paciente ser assistido por um serviço de saúde, com diagnóstico classificado pela CID, pode ter alta do tratamento e continuar com seu diagnóstico classificado pelo mesmo código, a exemplo das doenças crônicas, sem poder ter objetiva e estatisticamente mensurada na rede de saúde, a qualidade da evolução da sua capacidade funcional.

Embora a grande maioria dos idosos possua diagnóstico de, pelo menos, uma doença crônica (Ramos et al., 1993), nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se

comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas, comprometendo sua autonomia, aliás, a base das discussões da saúde funcional, é independência e autonomia, que implica na capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios.

Uma pessoa idosa, hipertensa, diabética, cardíaca e depressiva, com um tratamento bem-sucedido, mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente. É uma pessoa idosa saudável.

Um bebê prematuro com sonda nasogástrica terá maior dificuldade ou facilidade para introdução do leite materno se houver a possibilidade da mãe permanecer no hospital, se houver o acompanhamento profissional específico, se não existirem outros fatores orgânicos que dificultem a deglutição. Assim a interação da avaliação destes fatores por diferentes profissionais possibilita a identificação do que interfere na saúde desta criança em particular.

Uma outra pessoa com a mesma idade e as mesmas doenças, porém sem controle destas, poderá apresentar um quadro completamente diferente. Inicialmente sob a influência da depressão, essa pessoa poderá apresentar uma progressiva reclusão social, com tendência ao sedentarismo, déficit cognitivo, perda de auto-estima e abandono de autocuidados. Paralelamente, a diabete e o problema cardíaco, que de início não limitavam, passam a limitar fisicamente, agravando o problema mental e aumentando o risco para complicações cardiovasculares. Nesse momento a capacidade funcional encontra-se já bastante comprometida, com dependência física e mental para a realização de atividades da vida diária mais complexas, como, por exemplo, limpar a casa, fazer compras, cuidar das finanças.

No momento seguinte, ao advento de um acidente vascular cerebral ou infarto do miocárdio não fatais pode remeter essa pessoa para um novo

patamar de dependência, no qual será necessária assistência continuada para a realização das atividades mais básicas da vida cotidiana, como comer, vestir, ou tomar banho. Eventualmente, o adequado tratamento dessas doenças pode reverter o quadro, mas não a ponto de retornar ao patamar inicial. Essa pessoa seria vista como doente.

Portanto, o bem-estar, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS

A integralidade tem sido mais do que um princípio e uma diretriz do SUS, se tornando uma bandeira de luta dos usuários e dos profissionais de saúde, não só uma imagem objetiva num enunciado qualquer.

As políticas públicas, na verdade, trabalham em paralelo, sem haver real integração entre as ações. É necessário diminuir a distância entre as áreas sociais e de saúde, tais como, Educação, Transportes, Saneamento, Economia e Segurança Pública.

A integralidade deve ser um conceito que permita uma identificação dos sujeitos como um todo, ainda que não seja alcançável em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir.

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada, se prolonga pela qualidade dos serviços prestados, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática interdisciplinar. O cuidado de pessoas, grupos e coletividades deve perceber o usuário como um sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

Neste cenário se evidencia a importância de se articular ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo, que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

PRINCÍPIOS

A Política Nacional de Saúde Funcional se apoia nos princípios doutrinários e organizacionais do SUS e, especificamente, propõe os seguintes princípios:

1. *Transversalidade* – integração das políticas públicas e programas já existentes, propiciando a coesão e a efetividade das ações específicas;
2. *Visibilidade* – geração de informação, visando a avaliação, controle dos processos e práticas profissionais do cuidado em saúde, na busca da qualidade da assistência, bem como, o acompanhamento evolutivo do problema de saúde de modo individual e coletivo, indo além da identificação das doenças, ampliando para a funcionalidade humana e suas interfaces com o ambiente;
3. *Sustentabilidade* – manutenção do potencial produtivo do cidadão no exercício de suas atividades e na participação, minimizando o ônus para a Seguridade Social.

A PNSF possibilitará a promoção da qualidade de vida em todos os seus ciclos vitais, a geração de indicadores próprios e comparáveis em todo território nacional sobre funcionalidade e incapacidade e a diminuição dos custos do Estado com as conseqüências do aumento da prevalência de doenças crônicas.

DIRETRIZES

1. *Inclusão de todos os brasileiros no Sistema Nacional de Informação em Saúde*, com dados advindos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
2. *Formação acadêmica e profissional* tendo como pressuposto a funcionalidade humana. A atualização sobre funcionalidade humana é fundamental, já que o olhar unidirecional, voltado para doença como ponto de partida para ações de saúde, está enraizado nas estratégias, nas políticas, na formação profissional e em algumas leis do país.
3. *Educação em Saúde* em todos os ciclos vitais com a finalidade de desenvolver capacidades e de melhorar o desempenho humano, aumentando sua produtividade e diminuindo suas restrições ao longo da vida.

As alterações da capacidade e desempenho para realização de atividades aparecem como resultado de um processo de perda funcional, de uma doença ou de barreiras contextuais que justificam a educação em saúde voltada à funcionalidade humana por meio de ações de promoção e prevenção visando criar um ambiente facilitador e saudável, essencial para a qualidade de vida.

OBJETIVOS

Os objetivos que se pretende alcançar com a PNSF, são os seguintes:

- a) Ampliar e tornar visível e eficiente o cuidado com a saúde funcional dos indivíduos no âmbito de suas capacidades cognitivas, motoras, intelectuais, compreensivas e expressivas, inter-relacionais, ocupacionais e sociais;
- b) Valorizar a funcionalidade como processo de atenção à saúde dos indivíduos e coletividades, independentemente da existência de doenças;

c) Articular ações e ampliar a integração entre as esferas governamentais, a fim de conferir eficiência, visibilidade e resolubilidade às ações preventivas e terapêuticas;

d) Propiciar o monitoramento do impacto das ações realizadas em contexto ampliado de saúde considerando a influência dos fatores pessoais e ambientais;

e) Fornecer indicadores que determinem alocação de recursos físicos, materiais e financeiros, assim como o redimensionamento de profissionais e trabalhadores da saúde às instâncias de gestão e gerenciamento envolvidas;

f) Tornar visível a qualidade dos processos das atividades profissionais de saúde e integrar as respectivas ações.

Os princípios, as diretrizes e os objetivos aqui definidos implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores.

Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando o estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos.

É necessário buscar, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde deverá articular com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados:

Educação

a) inclusão nos currículos do Ensino Fundamental de disciplinas voltadas à educação em saúde que abordem a funcionalidade humana;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático para formação de profissionais na área da saúde, com inclusão da CIF e funcionalidade nos conteúdos programáticos;

Previdência Social

a) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta política.

Trabalho e Emprego

a) inserção de informações acerca da funcionalidade humana, obtidas por meio da CIF, em normas regulamentadoras, protocolos, programas de controle ocupacional, entre outros;

b) implantação de ações para a eliminação de fatores ambientais de risco nos postos de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção das pessoas no mercado, considerando a funcionalidade individual do trabalhador.

Desenvolvimento Urbano

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade, de modo a garantir a autonomia e a manutenção da independência das pessoas;

b) promoção de ações educativas com relação aos riscos ambientais à capacidade funcional destinadas a agentes executores e beneficiários de programas habitacionais;

c) implantação de ações que permitam e/ou facilitem a mobilidade do cidadão, dispendo de recursos de tecnologia assistiva, quando necessário.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Para a efetiva implantação e implementação da PNSF, sugere-se as seguintes ações e estratégias nas três esferas de governo:

Gestão Federal

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde funcional;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;

- c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde funcional;
- d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta política;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde Funcional;
- h) estimular pesquisas nas áreas de interesse em Saúde Funcional;
- i) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde Funcional no Conselho Nacional de Saúde

Gestão Estadual

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde funcional;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da política;
- e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

- g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- h) divulgar a Política Nacional de Saúde Funcional;
- i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde Funcional e a ações decorrentes no seu âmbito;
- j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde Funcional no Conselho Estadual de Saúde.

Gestão Municipal

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde funcional;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da política;
- e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde Funcional;
- h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde Funcional no Conselho Municipal de Saúde;
- i) criação de Centros Especializados em Funcionalidade Humana (CEFH).

AÇÕES E SERVIÇOS (a serem finalizadas em grupos específicos)

A PNSF terá suas ações baseadas nos ciclos de vida, considerando as diferenças de gêneros e as necessidades específicas das populações. A partir da observação das capacidades, do desempenho de atividades e fatores, como, os contextuais, pessoais, culturais, étnicos, de gêneros, geracionais e ambientais, iniciam-se as ações visando identificar, o mais precocemente possível, sinais e sintomas indicativos de futuras alterações, desvios e doenças.

Para tal, se faz necessária elaboração de um Procedimento Operacional Padrão de detecção precoce como primeiro passo para as ações em saúde funcional, que possibilitará estabelecer linhas de promoção, cuidado e recuperação. Essas ações assistenciais terão, principalmente, a execução dos serviços de sete diferentes locais:

- (1) Nas maternidades;
- (2) Nas escolas;
- (3) Nas Unidades Básicas de Saúde;
- (4) Na Estratégia de Saúde da Família;
- (5) Nos hospitais;
- (6) Nos locais de trabalho;
- (7) Nas instituições de apoio a idosos.

A Política Nacional de Saúde Funcional preconiza, em essência, a atividade multiprofissional e interdisciplinar. Para que a atenção a saúde possa ser realizada em todo o ciclo de vida em bases interprofissionais, tendo como escopo a saúde funcional, é fundamental que se estimule a formação de profissionais treinados, mediante educação permanente, a abertura de disciplinas nas universidades, de residências multiprofissionais, e de linhas de financiamento e pesquisas.

Medidas de intervenção visando a saúde funcional devem tornar-se prioridade do sistema de saúde, dentro de uma perspectiva de reestruturação programática realmente sintonizada com a saúde e o bem-estar da população. O objetivo principal do sistema deve ser a manutenção e promoção da saúde, possibilitando a participação de cada cidadão na comunidade, gozando ao máximo sua independência e autonomia.

REFERÊNCIAS

1. BARRETO ML, Carmo E. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In C Monteiro (org) velhos e novos males da saúde no Brasil. Hucitec. São Paulo, 1995; 17-30.
2. BRASIL. Constituição Federal. 5ª ed atual. Até a EC n. 56, Barueri: Manole, 2008.
3. BRASIL, ACO. Assistência às Pessoas Portadoras de Deficiência Física: acessibilidade aos serviços especializados no município de Fortaleza. (Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará) Fortaleza, 2002.
4. BRASIL, ARAUJO, STAHLSCHMIDT; FÉLIX; ARAUJO. Nova nomenclatura fisioterapêutica: Diagnóstico Cinesiológico-Funcional e Classificação Internacional de Funcionalidade, 2010).

5. BUCHALLA CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*. 2003; 10(1): 29-31.
6. CAMARGOS, MCS; RODRIGUES, RN; MACHADO, CJ. Expectativa de Vida Saudável para Idosos Brasileiros. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 14“5”: 1903-09. 2009.
7. CHAIMOWISCZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública* 31(2): 184-200.
8. CECCIM R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Vol.9, nº 16 Botucatu Sept./FEB. 2005.
9. DEFINE DV, FELTRIN MIZ. A Fisioterapia no Brasil. *Atualização Brasileira de Fisioterapia*. 1986; 3(4): 22-4.
10. FARIAS N, BUCHALA CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005. 8(2): 187-93.
11. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Delphi exercise. *Physical Therapy*. 2006; 86 (9): 1203-20.
12. FRENK J. La transición epidemiológica em América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 111(6): 485-96.
13. HEERKENS Y, BRUG YVD, NAPEL HT, RAVENSBERG DV. Past and future use of the ICF (former ICIDH) by nursing and allied health professionals. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(11,12): 620-7.

14. MICHAELIS 2000: modern dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Reader's Digest; São Paulo: Melhoramentos, 2000.
15. NORDENFELT L. Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(18): 1075-9.
16. NOVAES RRJ. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas antigas entidades representativas. *Revista Estudos*. Santos; 2000.
17. OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. EDUSP. São Paulo; 2003.
18. OMRAM AR. The epidemiologic transition: a theory of epidemiology population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1971; 29 (1): 509-38.
19. OTTAWA, Carta. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Nov 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acessado em: 12 de setembro de 2010.
20. PALISANO RJ. A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: a framework for evidence-based decision making. *Physical Therapy*. 2006; 86 (9): 1295-305.
21. PAIVA PTA, WAJNMAN S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. *Revista Brasileira de estudos populacionais*. 2005; 22(2): 13-15.
22. PEREMBOOM RJM, CHORUS AMJ. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25: 577-87.

23. REBELATTO JR, BOTOME SP. Fisioterapia no Brasil. Editora Manole. São Paulo; 1999.
24. ROSA TE, BENÍCIO MHA, LATORRE MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Ver. Saúde Pública. 2007; 37(1): 24-31.
25. SAMPAIO RF, MANCINI MC, GONÇALVES GGP, BITTENCOURT NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2005; 9: 129-36.
26. SANCHEZ EL. Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo. Atualização Brasileira de Fisioterapia; 1984.
27. SCHAMM JMA, OLIVEIRA AF, Leite IC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência Saúde Coletiva. 2007; 9(4): 897-908.
28. SCHEURINGER M, STUCKI G, HUBER EO, BRACH M, SCHWARZKOPF SR, KOSTANJSEK N, STOLL T. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities. Disability and Rehabilitation. 2005; 27: 405-10.
29. STEINER WA, RYSER L, HUBER E, UEBELHART D, AESCHLIMANN A, STUCKI G. Use of the model as a clinical problem-solving tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. Physical Therapy. 2002; 82 (11):1098-107.
30. SWANSON G, CARROTHERS L, MULHORN KA. Comparing disability survey questions in five countries: a study using ICF to guide

- comparisons. Informa Healthcare, Disability and rehabilitation. 2003; 11:665-75.
31. UEDA S, OKAWA Y. The subjective dimensioning of functioning and disability: what is it and what is it for? Disability and rehabilitation. 2003; 25: 596-601.
32. USTUN TB, CHATTERJI S, BICKENBACH J, KOSTANJSEJK N, SCHNEIDER M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disability and Rehabilitation. 2003; 25: 565-71.
33. WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health– ICF. Geneva; 2002.