

Sobre o processo de triagem em centros de reabilitação

The triage process in rehabilitation centers

Marcelo Riberto¹, Sueli Satie Hamada Jucá², Margarida Harumi Miyazaki³, Linamara Rizzo Battistella⁴

RESUMO

O processo de triagem em centros de reabilitação consiste numa avaliação das condições do paciente potencial usuário dos serviços prestados nessas unidades do sistema de saúde. Em geral ela ocorre no primeiro contato com a equipe clínica. Por meio de agendamento, o paciente é submetido a entrevista com um médico, um assistente social e um psicólogo num só momento, onde são verificadas as condições clínicas, aspectos de dinâmica de relacionamento e psicopatológicos, bem como requisitos sociais para participação regular e supervisionada nas atividades propostas. O objetivo do processo de triagem não é obstruir o acesso de qualquer pessoa aos serviços disponíveis, mas sim direcionar o potencial usuário para a forma mais ágil de atendimento ou mais apropriada às suas necessidades. Ao final do processo de triagem o paciente pode ser

eleito para intervenção multiprofissional em vários dias da semana, outras alternativas de intervenção, seja terapêuticas ou de orientação, com recrutamento de número diferente de profissionais ou contatos semanais. Considerando a realidade de reabilitação no Brasil, que não contempla a internação, pode-se esperar um aproveitamento integral do programa de reabilitação somente em condições otimizadas. Os recursos para reabilitação não são ilimitados, assim, a sua otimização é necessária e o processo de triagem viabiliza o melhor aproveitamento desses recursos, e uma distribuição mais justa e ética dos mesmos.

Palavras-chave: Centros de Reabilitação, Administração em Saúde, Triagem, Pessoas com Deficiência/reabilitação

ABSTRACT

The triage process in rehabilitation centers consists of an evaluation of the conditions of a patient who might use the services of these units in the health system. In general it takes place at first contact with the clinical team. By schedule a patient is interviewed by a doctor, a social worker, and a psychologist at the same time whereby they verify the clinical conditions, relationship dynamics and psychopathological aspects, as well as the social requirements for regular supervised participation in the prescribed activities. The object of the triage process is not to obstruct access of anyone to the services available, but to guide the potential user either to the easiest form of treatment or to that most appropriate to his needs. At the end of the triage process the patient may be chosen for

multi-professional intervention several days a week or other alternative interventions, either therapeutic or guiding, with the recruitment of any number of professionals or weekly contacts. Considering the reality of rehabilitation in Brazil, which does not include internment, one can expect full service of the rehabilitation program only under optimal conditions. Resources for rehabilitation are limited, therefore its optimization is necessary, and the triage process enables the best use of these resources with a fair and ethical distribution.

Keywords: Rehabilitation Centers, Health Administration, Triage, Disabled Persons/rehabilitation

¹ Médico Fisiatra, Instituto de Reabilitação Lucy Montoro - Unidade Ribeirão Preto

² Médica Fisiatra, Instituto de Reabilitação Lucy Montoro

³ Médica Fisiatra, Instituto de Medicina de Física e Reabilitação HC FMUSP

⁴ Médica Fisiatra, Instituto de Medicina de Física e Reabilitação HC FMUSP

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v17i3a103369

O que é a triagem

O processo de triagem aqui descrito corresponde à prática desenvolvida e aprimorada no IMREA - Instituto de Medicina de Física e Reabilitação HC FMUSP nos últimos 33 anos. Entende-se por triagem o processo de avaliação de pacientes com relação aos pré-requisitos clínicos, sociais e afetivos que viabilizam a sua participação no programa terapêutico. Em geral, a triagem é o primeiro contato físico entre o usuário e o serviço de saúde e tem por objetivo a avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos clientes às unidades ou especialidades adequadas à sua assistência.¹

Como rotina, o processo de triagem em nosso serviço pressupõe três entrevistas, com o serviço médico, social e de psicologia.

A entrevista médica concentra sua atenção na definição da síndrome incapacitante que o paciente apresenta, a estabilidade de seu quadro clínico, especialmente com relação aos sistemas corpóreos que poderão interferir de forma mais determinante no programa de reabilitação, como convulsões, doenças cardiovasculares, respiratórias ou diabetes. Outro aspecto decisivo com relação à intervenção médica nesse momento é a verificação de intervenções de reabilitação previamente a esse momento de triagem. Essa investigação deve observar a duração e adequação do processo de reabilitação já realizado, sua abrangência e as áreas não contempladas. Nesse aspecto, convém investigar especificamente as intervenções necessárias e não realizadas, pois são freqüentes os pacientes que relatam já ter realizado fisioterapia, mas em freqüência semanal pequena, por curta duração ou com técnicas insuficientes ou inadequadas. Também é necessário verificar se aspectos multidisciplinares foram abordados, pois não raramente os pacientes foram submetidos apenas a intervenção fisioterapêutica, sendo que aspectos necessários como atividades de vida diária, questões emocionais ou de comunicação não foram abordadas, caracterizando o processo realizado anteriormente como incompleto. Nos pacientes que já foram submetidos a programas completos de reabilitação, este momento pode servir para identificar novas demandas do paciente que não foram alvo de intervenção anteriormente ou que surgiram após a alta, como o controle de espasticidade, necessidade de nova órtese ou substituição de componentes de tecnologia assistiva que estejam em mau estado, justificando novo ciclo de atenção de reabilitação.

A participação do serviço de psicologia no processo de triagem inicia-se com o questionamento quanto às expectativas com o processo de reabilitação, caracterizá-la clara-

mente a partir do discurso do paciente e dos familiares a fim de torná-lo claro para a equipe em termos precisos e técnicos. Nesse aspecto é necessário constatar até que ponto a expectativa do paciente é realista e condiz com seu quadro clínico. A identificação de expectativas não coerentes com as possibilidades reais do paciente ou objetivos do serviço permite reorientar o paciente em termos cognitivos e iniciar a definição do contrato terapêutico definindo objetivos possíveis e reduzindo a sensação de frustração com o programa terapêutico. Nesse aspecto, a orientação dada ao paciente e seus familiares no momento de triagem por qualquer um dos profissionais participantes também tem efeito terapêutico ao trazer esses personagens para um entendimento mais claro das intervenções e resultados possíveis.

Ainda faz parte da avaliação psicológica a verificação de sinais e sintomas de afecções psiquiátricas ou sofrimento emocional. Por outro lado, uma breve avaliação de funções cognitivas permite avaliar deficiências grosseiras que podem interferir no aproveitamento do programa de reabilitação, como deficiências da memória ou atenção. Essas avaliações permitem identificar a necessidade de avaliações médicas especializadas - psicológica ou neurológica - para elucidação diagnóstica e orientação terapêutica. Finalmente, aspectos comportamentais que podem interferir no tratamento são avaliados. Nesse aspecto, atenção direcionada a agressividade, desinibição sexual, uso abusivo de drogas ilícitas ou mesmo o envolvimento prévio com situações de contravenção permite identificar fontes de possíveis problemas do paciente com a equipe terapêutica ou administrativa do serviço.²

A terceira avaliação à qual este paciente é submetido é realizada pelo assistente social. Seu foco é direcionado para a caracterização inicial da rede de apoio disponível para o paciente, as pessoas que podem acompanhá-lo no tratamento e no deslocamento para o centro de reabilitação. A reabilitação em contexto ambulatorial ocorre na freqüência de 2 a 4 encontros semanais, o que pode ser potencializado com o treinamento dos acompanhantes para que haja continuidade e repetição do treinamento em casa. Também é caracterizada a disponibilidade de recursos de transporte para o centro de reabilitação, seja por meios próprios, empréstimos ou transporte público.

Neste momento, os pacientes ou seus acompanhantes podem ser orientados quanto às medidas para obtenção de gratuidade no transporte público, acesso ao transporte adaptado ou outros benefícios sociais. Este profissional está incumbido também de, após a discussão dos ca-

sos pela equipe de triagem, comunicar a decisão ao paciente, explicando as regras do serviço e os passos seguintes para marcação de consulta ou busca de outros serviços.

A discussão de casos ocorre com a presença de todos os profissionais. Esse é o momento de serem confrontadas as informações obtidas pelas entrevistas e exames. Por meio dessa prática, é possível que aspectos que passaram despercebidas por um profissional, porque não são do seu espectro de investigação, possam ser expostos aos demais e ponderados quando ao impacto no processo terapêutico. As decisões da equipe de triagem podem ser:

Eleito para tratamento: significa que o paciente e familiares têm expectativas adequadas quanto ao processo de reabilitação, não apresenta aspectos sociais ou cognitivos-emocionais que impeçam a adesão ao tratamento, há prognóstico de ganhos funcionais e está clinicamente estável.

Eleito experimentalmente para tratamento: corresponde àquele paciente no qual apesar de terem sido observados aspectos que poderiam significar uma barreira ao aproveitamento e adesão ao programa, ainda assim a equipe de triagem julga que com intervenções específicas ele poderá ser beneficiado. Neste caso estão, por exemplo, aqueles pacientes com histórico de alcoolismo ou psicopatologia ativa, que são fatores de inelegibilidade, mas que em virtude de estarem sob tratamento especializado, acredita-se que esses fatores não impedirão a adequação comportamental ou aceitação das orientações terapêuticas. Nesta categoria podem estar também os pacientes que apesar de terem completado programa de reabilitação em outros centros de reabilitação, portanto sem indicação de repetição do mesmo, podem ser admitidos no centro de reabilitação para controle da espasticidade, dor ou adaptação de uma nova órtese, prótese ou auxiliar de locomoção ou cadeira de rodas. Finalmente, fatores relacionados ao envelhecimento e surgimento de novas demandas podem ser contemplados, como é o caso de crianças com deficiência que já tiveram altas e precisam de novo acompanhamento para orientações de questões específicas do crescimento ou da adolescência. Nestes três últimos exemplos, o paciente é eleito para intervenções pontuais, muito mais limitadas que um programa multidisciplinar de reabilitação multiprofissional e interdisciplinar.

Inelegido no momento: refere-se aos pacientes que em virtude da existência de qualquer fator de inelegibilidade não pode ser incluído no programa de reabilitação ou mesmo no acompanhamento fisioterápico, porém, com a adequação

desses fatores essa condição pode ser mudada no futuro próximo. Nessa categoria estão os pacientes que estão, por exemplo, com instabilidade clínica, ou comorbidades inadequadamente diagnosticadas ou controladas, mas que após um atendimento médico específico por vir a ser acompanhado pelo centro de reabilitação. Também ocorrem casos nos quais os pacientes não dispõem de meios de transporte para o centro de reabilitação no momento, contudo por meio de providências com familiares e amigos os mesmos podem vir a estar disponíveis em médio prazo, viabilizando o tratamento.

Ineleito: é o paciente que não tem prognóstico de reabilitação porque já completou o programa noutra ocasião ou noutra serviço. A família já está adequadamente treinada, mas pode ter expectativas (e o paciente também) de ganhos somatórios com a realização de mais intervenções já realizadas. Pode tratar-se também de um paciente cujas condições clínicas, sociais ou psicológicas definitivamente não permitem a participação no programa de reabilitação ou mesmo em atividades de orientação e intervenções terapêuticas pontuais. Pode ser necessário o encaminhamento para um recurso social, médico ou de reabilitação mais adequado para o paciente. Nestes casos o processo de triagem deve terminar com um cuidadoso processo de esclarecimento sobre a impossibilidade da continuidade do acompanhamento do paciente neste serviço de reabilitação.

A experiência do nosso serviço é de que até 25 pacientes podem passar numa triagem num período do dia, manhã ou tarde, com uma equipe composta por um médico, dois psicólogos e dois assistentes funcionais. Os pacientes são agendados em dois grupos, no primeiro são marcados todos os pacientes no mesmo horário do início do período. No momento em que todos esses pacientes tiverem sido avaliados pelos três profissionais, os casos são discutidos, com a apresentação dos aspectos decisivos para a definição da conclusão do processo de triagem, resguardando os aspectos relativos ao sigilo profissional. A segunda metade do grupo de pacientes a serem triados é marcada para a segunda metade do período, o que permite que os primeiros sejam avaliados, discutidos e recebam as devolutivas quanto ao status de eleição ou não para o tratamento com uma espera máxima de 2 horas, ocorrendo o mesmo com o segundo grupo.

Justificativas para a triagem

Um dos maiores problemas da administração de serviços de saúde é, por um lado, como lidar com as faltas dos usuários a consultas marcadas, e por outro, organizar a sobrecarga do serviço com solicitações não programadas, como

intercorrências e solicitações de atendimentos extras ou fora de horário. Os recursos não são ilimitados, portanto o melhor uso dos mesmos é fundamental para compatibilização do equilíbrio entre investimento e retorno social, bem como garantia de uso mais justo dos mesmos.³

A razão para a realização da triagem nos serviços de reabilitação é a garantia do melhor uso do recurso terapêutico pelo paciente,⁴ portanto, dirige-se ao primeiro problema citado no parágrafo acima. A expressão recurso terapêutico refere-se a todos os equipamentos e horários de atendimento ao paciente com deficiência no centro de reabilitação. De um ponto de vista administrativo, é lógico entender que o uso mais eficiente desses recursos é aquele que os otimiza garantindo que não haja horários inutilizados e a lógica por trás desse pensamento é que o horário de atendimento ou de uso de um equipamento não significa apenas a necessidade de organização dos terapeutas, mas também de equipe de suporte ao atendimento, como pessoal administrativo, limpeza, portaria entre outros⁵.

Todavia, a redução de faltas não tem intenção apenas de reduzir o desperdício de recursos ou otimizar o uso de equipamentos e horários da equipe terapêutica. Também é fundamental entender que do ponto de vista de justiça social a não-utilização do recurso público significa a negação de atendimento a pessoas necessitadas que estejam numa fila de espera. Assim, apesar de uma falta isolada ao programa terapêutico parecer sem importância, à somatória de faltas na análise de todos os

usuários do serviço pode significar a exclusão de uma quantidade significativa de pessoas que se beneficiariam.

A figura 1 apresenta os resultados dos processos de triagem, mês a mês na Unidade Clínicas do IMREA - Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP no ano 2009. Foram avaliados em triagem 945 pacientes ao longo desse ano, sendo que 837 (88,6%) deles foram considerados *eleitos*, 108 foram considerados *ineleitos*, somando os *ineleitos no momento* (45) e aqueles *definitivamente não eleitos* (63). Para fins de comparação, na Unidade Vila Mariana do IMREA, durante o mesmo ano foram avaliados 184 pacientes em triagem, dos quais 169 (91,8%) foram considerados *eleitos* e apenas 15 classificados como *ineleitos*. Ambos os resultados indicam uma porcentagem pequena de pacientes que não atendem aos critérios de elegibilidade desses serviços, indicando que o encaminhamento por profissionais de saúde de outros serviços e a procura espontânea dos pacientes tem ido ao encontro dos objetivos assistenciais do serviço. Esses dados também indicam que a triagem não é um sistema cruel de exclusão de pacientes, visto que a grande maioria dos mesmos é incluída para atendimento nos serviços.

DISCUSSÃO

Nos centros de reabilitação maiores é comum que haja grupos terapêuticos especializados, ou seja, os pacientes recebem atendimentos por

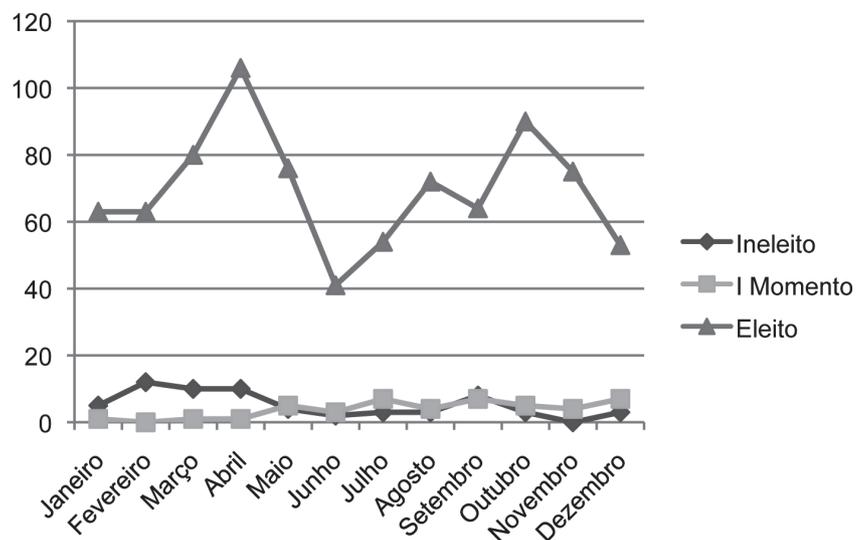


Figura 1 - Resultados de triagem na Unidade Clínicas do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP no ano 2009.

equipes com treinamento diferenciado para afecções neurológicas, musculoesqueléticas, dor, amputados etc. Nesse contexto, um paciente que é encaminhado equivocadamente para a equipe que não corresponde ao seu problema representa desconforto e perda de tempo do paciente e do médico avaliador. Não é raro que os pacientes sejam encaminhados e não saibam descrever suas deficiências no momento de marcação de consulta ou que tenham em mãos encaminhamentos médicos pouco esclarecedores. Nestas situações equipe de triagem pode definir precisamente qual é o grupo no qual o paciente deverá ser atendido.

A triagem em serviços de reabilitação não visa negar atendimento às pessoas, mas identificar qual tipo de atendimento está mais adequado para a condição do paciente. Aqueles que são admitidos no centro de reabilitação, ou seja, classificados como *eleitos* ou *eleitos experimentalmente*, são, necessariamente direcionados para uma consulta médica de avaliação inicial com um especialista treinado e, eventualmente, subespecializado nos problemas que ele apresentar.

O *programa de reabilitação* é o conjunto de ações integradas de reabilitação promovidas por profissionais de formação variada, com objetivos compartilhados e definidos pela filosofia de trabalho institucional. Entendemos que este programa só é efetivo se ocorrer em uma frequência de pelo menos duas vezes por semana e houver continuidade noutros momentos da semana, como, por exemplo, na repetição domiciliar. Assim, uma condição necessária para garantir essa continuidade é a presença de um acompanhante durante as intervenções terapêuticas que possa repeti-las posteriormente. Parte substancial da tarefa do terapeuta torna-se, portanto, capacitar o cuidador-acompanhante e verificar as dificuldades que podem impedir o desempenho desse papel.

Por vezes o paciente pode não ter mais indicação de participação no programa multidisciplinar de reabilitação do centro de reabilitação pelos motivos citados acima. No entanto, pode ser necessária a adequação do tratamento para espasticidade, dor, depressão ou convulsões. Alternativamente, pode ocorrer desgaste de componentes de órteses, próteses e cadeiras de roda. Nos grupos infantis, a chegada da adolescência pode trazer novas demandas, associadas às mudanças das dimensões corpóreas, sexualidade e papel social esperado.

Como já foi ressaltado anteriormente, o paciente pode ser eleito experimentalmente porque apesar de ter um bom potencial de aquisição dos objetivos funcionais, ele não dispõe de transporte ou acompanhantes para o centro de reabilitação na frequência, horários

ou frequência esperada. Nessas situações, o paciente pode, após a avaliação médica inicial, ser direcionado para os grupos de orientação.

Os *grupos de orientação* são atendimentos realizados por uma equipe multiprofissional, voltados para grupos de 4 a 8 pacientes com uma determinada síndrome incapacitante, coordenados de forma a repetirem-se a cada mês ou bimestralmente, cujo objetivo principal é o fornecimento de instruções aos pacientes e cuidadores sobre as estratégias que podem ser usadas em ambiente rotineiro para lidar com as limitações impostas pela deficiência, bem como o treinamento de intervenções que podem ser realizadas em terapia, mas que deverão ser seguidas em casa, por causa da impossibilidade da presença do paciente em programa terapêutico.

A eficiência de uma equipe de triagem pode ser medida pelo número de pacientes ou cuidadores e responsáveis avaliados. Esse número reflete a capacidade de atendimento inicial à demanda local e referenciada. Todavia, uma medida melhor dos resultados dessa rotina é o número de pacientes que permanecem em tratamento até o final do programa. Esse número indica que os pacientes que não poderiam acompanhar o programa de reabilitação, seja por problemas clínicos mal controlados, limitações nas relações interpessoais ou determinantes sociais foram identificados precocemente e direcionados para o atendimento que melhor lhes cabia, sejam eles mais breves, pontuais ou com uma equipe menor, reservando as intervenções mais complexas para aqueles com maior adesão.

CONCLUSÃO

O processo de triagem é uma forma eficiente de viabilizar a distribuição de recursos de forma justa, pautada nas condições particulares de cada paciente, pois identifica o mecanismo mais apropriado para que cada potencial usuário do serviço seja contemplado. O atendimento de triagem deve ser transdisciplinar e pressupõe uma discussão de cada caso para a tomada de decisões por uma equipe madura. A eficiência do processo de triagem é definida pela quantidade de pessoas que após a inclusão no programa de reabilitação interdisciplinar não o abandona por motivos identificáveis nesse período inicial. A triagem se torna necessária para melhor utilização de recursos de reabilitação, uma vez que os mesmos não são ilimitados e a reabilitação em contexto ambulatorial - como ela é realizada no Brasil - implica numa série de condições favorecedoras.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo JMR, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. Rev Enferm UERJ. 2007;15(1):33-9.
2. Gouveia P, Bolognani S, Brucki S, Fabrício A, Buenos O. Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida. Rev Psiq Clin. 2001;28(6):295-9.
3. Bennett S, Chanfreau C. Approaches to rationing antiretroviral treatment: ethical and equity implications. Bull World Health Org. 2005;83(7):541-7.
4. Azevedo JMR. O serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás: promovendo o acolhimento e a reorganização institucional [Dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2004.
5. Leal AF. Triagem de pacientes para implante coclear através do questionário on-line. Perfil do grupo de pacientes pré e perilinguais não convocados. Arq Int Otorrinolaringol. 2010;14(2):184-91.