

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

LUDIMILA DE SOUZA MARTINS

**AS DEMANDAS FUNCIONAIS DOS USUÁRIOS DA REABILITAÇÃO
NEUROLÓGICA ATENDIDOS EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO DE MINAS GERAIS: o uso do WHODAS COMO INSTRUMENTO
DE AVALIAÇÃO**

UBERLÂNDIA

2023

LUDIMILA DE SOUZA MARTINS

**AS DEMANDAS FUNCIONAIS DOS USUÁRIOS DA REABILITAÇÃO
NEUROLÓGICA ATENDIDOS EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO DE MINAS GERAIS: O USO DO WHODAS COMO
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia (PPSAT), da Universidade Federal de Uberlândia como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gerusa G. Moura

UBERLÂNDIA

2023

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

M386 Martins, Ludimila de Souza, 1975-
2023 AS DEMANDAS FUNCIONAIS DOS USUÁRIOS DA REABILITAÇÃO
NEUROLÓGICA ATENDIDOS EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO DE MINAS GERAIS [recurso eletrônico] : O
USO DO WHODAS COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO / Ludimila
de Souza Martins. - 2023.

Orientador: Gerusa G. Moura.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.560>
Inclui bibliografia.

1. Geografia médica. I. Moura, Gerusa G., 1975-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.
III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



18/10/2023, 09:59 SEI/UFU - 4842432 - Ata de Defesa - Pós-Graduação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde
Ambiental e Saúde do Trabalhador

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia MG, CEP
38400 902

Telefone: 34-3239-4591 -

www.ppgat.ig.ufu.br

ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	14/09/2023	Hora de início:	19h:30	Hora de encerramento:	21h:30
Matrícula do Discente:	11912GST001				
Nome do Discente:	Ludimila de Souza Martins				
Título do Trabalho:	As demandas funcionais dos usuários da Reabilitação Neurológica atendidos em um Centro Especializado em Reabilitação de Minas Gerais: o uso do WHODAS como instrumento de avaliação				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Gerusa Gonçalves Moura, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e orientadora da candidata; Ana Cláudia Frontarolli, da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) ; Poliana Castro de Resende Bonati, da Prefeitura Municipal de Uberlândia.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Gerusa Gonçalves Moura apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

https://www.sei.ufu.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=5414063&infra_siste... 1/2
18/10/2023, 09:59 SEI/UFU - 4842432 - Ata de Defesa - Pós-Graduação

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cláudia Frontaroli, Usuário Externo**, em 21/09/2023, às 15:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Poliana Castro de Resende Bonati, Usuário Externo**, em 22/09/2023, às 06:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gerusa Gonçalves Moura, Professor(a) do Magistério Superior**, em 17/10/2023, às 18:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4842432** e o código CRC **1BA5A4B9**.

Referência: Processo nº 23117.068709/2023-03 SEI nº 4842432

AGRADECIMENTOS

Este é um momento muito esperado e especial para mim.

Quero agradecer por esta oportunidade primeiramente a Deus e a espiritualidade amiga que me amparou para seguir em frente.

Agradeço à Prof^a Dra. Geresa pela sua dedicação, paciência, disponibilidade e orientações.

Agradeço a Cidinha a qual não estaria neste lugar e a Ligia por toda disponibilidade em me ajudar.

Agradeço a Lilian Dornelas pelos conhecimentos práticos, teóricos e por compartilhar comigo novos caminhos.

Agradeço ao meu amigo Mario Psicoya pelo sempre carinho e disposição em ajudar.

Aos docentes e colegas do PPGAT/UFU, com quem compartilhei aprendizado e momentos agradáveis, em especial à Elaine e Naessa.

Agradeço a Jéssica por me ajudar na lucidez e auto conhecimento tão necessários nas nossas vidas.

Aos participantes da pesquisa, agradeço pela disposição em colaborar com essa experiência, em especial a minha banca pelas contribuições: Marcelle, Rosimar, Ana Claudia e Poliana.

Aos profissionais do Centro Especializado em Reabilitação e à gestão do serviço que constroem o cenário dessa pesquisa.

Agradeço a todos meus familiares pelo apoio incontestável em todos os momentos da minha vida.

Agradeço em especial ao meu marido Ricardo pelo apoio e dedicação para que eu pudesse realizar todos os meus sonhos e ao meu filho Lucas por me incentivar a ser melhor ...

Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz doces.
Recomeça
(Cora Coralina)

RESUMO

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam alguma forma de deficiência e praticamente todos nós experimentaremos limitações em algum momento de nossas vidas. São várias as causas das deficiências sendo elas congênitas, adquiridas ou hereditárias. O Centro Especializado em Reabilitação (CERIII) é um dos pontos de Atenção Ambulatorial Especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde no Território. O cuidado às pessoas com deficiência deve ser pensado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) em função das necessidades da população. **Objetivos:** compreender o perfil de usuários adultos da reabilitação neurológica no serviço especializado e suas demandas funcionais. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa quantitativa retrospectiva com dados de 2019, onde foram analisados questionários aplicados do Instrumento WHODAS (*WHO Disability Assessment Schedule 2.0*). O WHODAS é uma ferramenta para a aferição de funcionalidade e incapacidade segundo os principais domínios da vida: cognição, mobilidade, auto cuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação social. A pontuação do questionário produz um *score* que varia de 0 a 100 para cada domínio. Foram analisados 208 questionários tabulados em uma planilha contendo código do usuário, data de nascimento, gênero, grau de instrução, atividade laboral, diagnóstico, tempo de acometimento desta e valores de cada domínio. **Resultados:** Verificou-se que 127 (61,1%) dos usuários entrevistados eram homens e 81 usuários (38,9%) mulheres, com predomínio dos diagnósticos AVE (Acidente Vascular Encefálico) acometendo 110 usuários, seguido de TCE (Traumatismo cranioencefálico) com 17 usuários e, posteriormente, a doença de Parkinson, com 13 casos nesta amostra. O domínio com pior desempenho foi Orientação e Mobilidade, seguido de Auto Cuidado, Participação Social, Cognição/Comunicação e Relações Pessoais. Dentre os entrevistados, 30 usuários relataram dificuldades globais comprometendo de 0 a 24% de sua capacidade total; 76 usuários sentiram-se limitados de 25% a 49% de sua capacidade total e 78 relataram dificuldades maiores, comprometendo de 50% a 75% de sua capacidade total. Verificou-se que 24 usuários apresentam dificuldade extrema ou até mesmo a impossibilidade de realizar quaisquer atividades do dia a dia (limitações de 75% a 100% de realizar essas atividades). **Conclusão:** a medida da funcionalidade e incapacidade pode prever informações sobre as necessidades dos usuários relacionados ao cuidado e nível de atenção que estes necessitam. Indivíduos com sequelas neurológicas apresentam demandas complexas as quais requerem a atuação de uma equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar. O questionário WHODAS 2.0 pode contribuir para a identificação de necessidades, estabelecendo prioridades para o processo de reabilitação.

Palavras Chaves: reabilitação, deficiência, atenção especializada.

ABSTRACT

More than a billion people around the world have some form of disability and virtually all of us will experience limitations at some point in our lives. There are several causes of disabilities, whether congenital, acquired or hereditary. The Specialized Rehabilitation Center (CERIII) is one of the Specialized Rehabilitation Outpatient Care points that performs diagnosis, treatment, concession, adaptation and maintenance of assistive technology, becoming a reference for the Health Care Network in the Territory. Care for people with disabilities should be considered in Health Care Networks (RAS) according to the needs of the population. **Objectives:** to understand the profile of adult users of neurological rehabilitation in the specialized service. **Methodology:** this is a retrospective quantitative research with data from 2019, where questionnaires applied to the WHODAS Instrument (WHO Disability Assessment Schedule 2.0) were analyzed. The WHODAS is a tool for measuring functionality and disability according to the main domains of life: cognition, mobility, self-care, interpersonal relationships, life activities and social participation. Scoring the questionnaire produces a score ranging from 0 to 100 for each domain. 208 questionnaires tabulated in a spreadsheet containing user code, date of birth, gender, level of education, work activity, diagnosis, time of onset and values for each domain were analyzed. **Results:** It was found that 127 (61.1%) of the users interviewed were men and 81 users (38.9%) were women, with a predominance of diagnoses of CVA (Cerebral Vascular Accident) affecting 110 users, followed by TBI (Traumatic Brain Injury) with 17 users and, later, Parkinson's disease, with 13 cases in this sample. The worst performing domain was Orientation and Mobility, followed by Self Care, Social Participation, Cognition/Communication and Personal Relationships. Among those interviewed, 30 users reported global difficulties compromising between 0 and 24% of their total capacity; 76 users felt limited from 25% to 49% of their total capacity and 78 reported greater difficulties, compromising 50% to 75% of their total capacity. It was found that 24 users had extreme difficulty or even the impossibility of carrying out any day-to-day activities (75% to 100% limitations in carrying out activities). **Conclusion:** the measurement of functionality and disability can provide information about the needs of users related to care and the level of attention they need. Individuals with neurological sequelae have complex demands which require the work of a multidisciplinary team with an interdisciplinary approach. The WHODAS 2.0 questionnaire can contribute to the identification of needs, establishing priorities for the rehabilitation process.

Keywords: rehabilitation, disability, specialized care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF, 2003.....	27
Figura 2 - Fluxo de avaliação inicial Reabilitação Neurológico Adulto CER, 2019.....	36

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Diagnósticos encontrados, 2019.....	42
Gráfico 2 - Comprometimento Funcional dos respondentes, 2023.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Uberlândia/MG: perfil sociodemográfico dos respondentes, 2023	40
Tabela 2 -	Uberlândia/MG: principais diagnósticos e tempo diagnóstico dos respondentes, 2023.....	41
Tabela 3	Uberlândia/MG: comprometimento funcional por domínio dos respondentes, 2023.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente
ADNPM – Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
AEE – Atenção Ambulatorial Especializada
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS - Atenção Primária a Saúde
AVE - Acidente Vascular Encefálico
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CER - Centro Especializado em Reabilitação
CID10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIDID - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMAD - Centro Municipal de Atenção ao Diabético
COVID-19 – Doença por Coronavírus 2019
CRM - Centro Radiológico Municipal
CRPICS - Centro de Referência de Práticas Integrativas
DP - doença de Parkinson
CRTEA - Centro de Referência de Autismo
eSF – equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HIV - Virus da imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Implante Coclear
JRRCPD - Junta Reguladora da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização não governamental
OS - Organização Social
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Deficiência Contínua
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RCPD - Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SASA - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva;
SASPO - Serviços de Atenção à Saúde à Pessoa Ostomizada
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SERDI – Serviço Especializado em Reabilitação Intelectual
SRF - Serviço de Reabilitação Física
SRTAN - Serviços de Referência de Triagem Auditiva Neonatal
SRV - Serviços de Reabilitação Visual
SUS - Sistema Único de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
TCE – Traumatismo Crânio Encefálico
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
WHODAS 2.0 - World Health Assessment Disability Schedule

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1	19
POLÍTICAS PÚBLICAS – UM BREVE HISTÓRICO E A FORMAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	19
CAPÍTULO 2	25
A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	25
CAPÍTULO 3	31
SERVIÇO PÚBLICOS DE SAÚDE UBERLÂNDIA: uma contextualização	31
3.1. Conhecendo o Processo de Acolhimento Reabilitação Neurológica Adulto - CER	35
CAPÍTULO 4	39
AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DOS USUÁRIOS SOB SUA PERSPECTIVA – Resultados e discussões	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	50
ANEXOS	56

INTRODUÇÃO

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (Relatório Mundial Sobre a Deficiência, 2012). De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência as pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, além de limitação em sua participação plena na sociedade se comparadas às demais (Brasil, 2008).

Os tipos de deficiências estão categorizados no Decreto nº 5.296/2004 na Legislação Brasileira como: deficiência física, auditiva, visual, mental e múltipla, que é a associação de mais de um tipo de deficiência (Brasil, 2004).

De acordo com a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Deficiência Contínua) do IBGE em dados divulgados em 07/07/2023 referente ao terceiro trimestre de 2022, 18,6 milhões de pessoas (8,9% da população) de 2 anos ou mais de idade apresentam deficiência no Brasil (sendo 10% de mulheres e 7,7% de homens). Dessas, 3,4% relataram dificuldades para subir andar ou subir degraus, 3,1% dificuldade para enxergar mesmo utilizando óculos, 2,6% dificuldade para ler ou memorizar coisas, 2,3% dificuldade para elevar os braços segurando aproximadamente 2 kg, 1,4% apresentam dificuldade para pegar objetos pequenos ou abrir uma tampa, 1,2% dificuldade para ouvir mesmo com aparelhos auditivos, 1,2% dificuldade para realizar autocuidado e 1,1% dificuldade em comunicar (compreender e ser compreendido).

Em relação a idade, 7,5% desta população têm entre 40 e 49 anos; 12,8% da população entre 50 e 59 anos; 18,8% da população entre 60 e 69 anos; 29,4% da população entre 70 e 79 anos e 52,1% da população de 80 anos ou mais, tem deficiência. Importante ressaltar que para a identificação das pessoas com deficiência verificadas no Censo de 2020 foram realizadas mudanças metodológicas na pesquisa como: inserção de novas perguntas, mudanças na redação das perguntas existentes e faixa etária; além disso considerou-se pessoa com deficiência, o maior de 2 anos de idade que respondeu ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum realizar as atividades perguntadas em ao menos um dos quesitos enxergar, subir escadas,

ouvir, dificuldade para entender, memorizar, aprender, comunicar e realizar auto cuidado. As perguntas foram adaptadas para crianças de 2 a 4 anos, considerando o nível de desenvolvimento e aprendizado (IBGE, 2023).

As principais causas das deficiências são as doenças congênitas ou hereditárias; as decorrentes da falta ou inadequação de assistência às mulheres durante a gestação e o parto; as causadas por desnutrição; as que se apresentam como consequências das doenças transmissíveis; as causadas por doenças crônicas; as de ordem psiquiátricas e aquelas decorrentes de traumas e lesões por causas externas (GUEDES; BARBOSA, 2020).

A deficiência é caracterizada como complexa, dinâmica, multidimensional e questionada, pois faz parte da condição humana e quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas, de acordo com Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012, p.4), podendo exigir diferentes tipos de intervenções, de menores a maiores complexidades relacionados a cuidados pessoais, acesso a equipamentos, educação, emprego, atividades sociais e adaptações em seus ambientes (WHO, 2012).

As incapacidades funcionais decorrentes das deficiências podem diminuir a capacidade do indivíduo para realizar tarefas básicas e essenciais, interferindo, de modo negativo, no desempenho de regras e papéis sociais. Conjugado uma doença crônica com qualidade de vida tem sido um desafio tanto para profissionais de saúde como para pessoas que vivenciam a doença e seus familiares (Rodrigues *et al.*, 2019).

Pessoas com deficiências apresentam mais doenças crônicas e comorbidades, mais internações e atendimentos ambulatoriais, maior índice de relatos de não recebimento de cuidados e de promoção à saúde do que por pessoas não deficientes. Apresentam também um coeficiente de mortalidade 22 vezes maior das que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) em relação à população brasileira. Dessa maneira, percebe-se a necessidade de redução dessas desigualdades experimentadas no campo da saúde coletiva (AMORIM; LIBERALI; NETA, 2018).

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário no sistema público de saúde e coordena o fluxo dos usuários para outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades não podem ser atendidas somente

nesta. Por sua posição estratégica tem por objetivo potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde (Brasil, 2012b).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um veículo prioritário de oferta e coordenação do cuidado aos usuários com deficiências, promovendo a equidade e garantindo trajetórias terapêuticas balizadas por vulnerabilidades e potencialidades individuais à saúde das pessoas com deficiências (AMORIM; LIBERALI; NETA, 2018).

As principais estratégias utilizadas são denominadas de “tecnologias leves”, por tratarem de mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessações do hábito de fumar, adoção de alimentação saudável e de atividade física. Apesar de exigirem recursos simples como educação à saúde, são consideradas de alta complexidade devido a limitações e dificuldades inerentes às mudanças destes hábitos (Boscateli, Passos, Marin, Silva, Mielo e Higa (2020).

Em contrapartida, a Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) é compreendida como um conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais marcadas por processos de trabalho de maior densidade tecnológica, podendo demandar estruturas e equipamentos de maiores complexidades (Mendes *et al.*, 2011).

O cuidado às pessoas com deficiência deve ser pensado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) entre APS e AEE em função das necessidades da população, das demandas regionais e dos arranjos territoriais, permitindo que a atenção em saúde esteja focada na realidade do território e que dê sustentação a projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral a estas pessoas (DUBOW, 2018).

Existe o desafio de concretizar uma política pública capaz de responder de modo ampliado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência, que articule os distintos níveis de atenção, visando à integralidade por meio de cuidado em rede (Dubow, 2018). Nesse sentido, conhecer o perfil dos usuários em cuidado compartilhado entre APS e o CER é fundamental para que a RAS e cuidado integral aos usuários possa ser eficiente para quem precisa dela.

Dessa maneira, o objetivo dessa pesquisa é compreender o perfil de usuários adultos da reabilitação neurológica no serviço especializado e suas demandas funcionais, a partir da caracterização do seu perfil sociodemográfico (sexo, idade,

situação civil, laboral e escolaridade); da identificação das principais patologias neurológicas, tempo de acometimento das lesões, bem como verificar e quantificar o perfil funcional dos usuários em cuidado compartilhado entre APS e AAE em Uberlândia/MG.

Para desenvolver essa pesquisa caracterizada como descritiva, quantitativa e retrospectiva foram utilizados dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2019, onde foram avaliados 218 questionários WHODAS 2.0 (*World Health Disability Assessment Schedule 2.0*) aplicados aos usuários encaminhados à Reabilitação Neurológica Adulto, nas rotinas de acolhimento do CER. Desse total, 10 questionários foram excluídos por estarem incompletos. Os dados dos questionários foram identificados por número sequencial para preservar o anonimato do usuário.

O Instrumento WHODAS é baseado nas demandas biopsicossociais dos usuários, preconizadas pela CIF (Classificação Internacional em Funcionalidade) e fez parte da rotina de acolhimento do Centro Especializado em Reabilitação de 2018 a 2020 como formas de avaliar a funcionalidade dos usuários encaminhados pelo fluxo da reabilitação neurológico adulto. Ajudou no direcionamento das necessidades dos mesmos favorecendo o seu processo de reabilitação.

No período entre 2020 e 2021, o fluxo da Unidade foi alterado para atendimento das diretrizes preconizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia devido a pandemia COVID-19. Assim, o processo de acolhimento inicial foi substituído pelo teleatendimento para verificação das demandas por reabilitação, através de avaliação baseada no relato do cuidador ou usuário via consulta telefônica e sem aplicação do instrumento WHODAS.

O WHODAS é uma ferramenta para a aferição de funcionalidade e incapacidade segundo os principais domínios da vida: cognição, mobilidade, auto cuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação social. A pontuação do questionário produz um *score* que varia de 0 a 100 para cada domínio. Para a avaliação dos resultados com a aplicação do questionário, considerou-se uma média simples somada a pontuação total das perguntas e dividida pela somatória total de cada domínio apresentado no WHODAS. O resultado foi apresentado em formato percentual, indicando o quão comprometido se sente o usuário/percepção do cuidador de acordo com cada domínio do WHODAS. Também foi calculada uma média geral

para cada usuário, considerando cada um dos domínios. A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva, com uso de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão).

Assim, o presente trabalho foi formatado em 4 capítulos, aos quais descrevemos o que trata cada um como segue.

No Capítulo 1 descrevemos um breve relato da evolução histórica das políticas públicas em prol às pessoas com deficiências no Brasil, além do surgimento da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

No Capítulo 2 abordamos as conceituações de reabilitação e habilitação como forma a promover autonomia, independência e qualidade de vida de usuários e seus familiares/cuidadores. Foram também relatados as estruturas e modelo teórico da CIF e WHODAS 2.0, instrumento de avaliação baseado na CIF.

No Capítulo 3 descrevemos a formatação atual dos serviços de saúde e reabilitação públicos no município de Uberlândia, bem como o fluxo regulado até a instituição CER. Descrevemos também como se dá o processo de acolhimento do usuário a partir da chegada deste na Instituição no período estudado (janeiro a dezembro 2019), bem como o instrumento utilizado no acolhimento (*WHODAS 2.0*).

No Capítulo 4 foram descritos os resultados obtidos pelo instrumento *WHODAS 2.0*, onde na primeira parte são relatados os dados sociodemográficos dos usuários. E na segunda parte do capítulo são apresentados os resultados por domínio, conforme estabelece o *WHODAS 2.0*.

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS PÚBLICAS – um breve histórico e a formação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência

Todos os períodos históricos enfrentaram a questão moral e política de como melhor incluir e apoiar as pessoas com deficiência e mudanças vem ocorrendo desde os anos 1970 estimulados pela organização das pessoas que possuem alguma deficiência e pela crescente tendência de se enfrentar a deficiência como uma questão de direitos humanos (WHO, 2012).

De acordo com Campos *et al.* (2015), as iniciativas no campo da saúde das pessoas com deficiência eram isoladas como: a Saúde Auditiva (Portaria 587/SAS/MS de 7 de outubro de 2004), Assistência à Pessoa com Deficiência Física (Portaria 818/GM/MS de 5 de junho de 2001) e Assistência à Pessoa com Deficiência Visual (Portaria nº 3.128/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008). Por isso, em parte, a sociedade civil assumiu os cuidados em saúde (também de educação e assistência social) por meio de movimentos sociais, associações de amigos e parentes, ação de entidades filantrópicas, religiosas e/ou de mercado.

A Lei nº 7.853 de 1989 e o Decreto nº 3.298 de 1999 correspondem aos principais documentos normativos da cidadania das pessoas com deficiência. Estes determinam o pleno acesso à saúde, educação, habilitação e reabilitação profissional, trabalho, cultura, desporto, turismo e ao lazer; além das normas gerais de acessibilidade nos espaços físicos, nos transportes, na comunicação e informação, como também no que tange às ajudas técnicas (GUEDES; BARBOSA, 2020).

As Leis nº 10.048 e nº 10.098, ambas de 2000, estabelecem as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência e foram regulamentadas pelo Decreto nº 5.296, de 2004, que dispõe sobre o atendimento prioritário a pessoas com deficiência e trata da implementação da acessibilidade arquitetônica e urbanística. Ela também estabelece o Programa Nacional de Acessibilidade e o Comitê de Ajudas Técnicas (GUEDES; BARBOSA, 2020).

Em 2001 foi aprovada a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que posteriormente deu origem a CIF que têm a proposta de analisar a saúde nas cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades do cotidiano e ambiente social, originando um novo método de avaliação para ser seguido pelos governos de todo o mundo, padronizando informações sobre as pessoas com deficiência (GUEDES; BARBOSA, 2020).

Em 2002, a Política Nacional de Saúde para as Pessoas com Deficiência trouxe o detalhamento para as ações tanto no Sistema Único de Saúde e nas diversas instâncias governamentais, como nas relações intersetoriais e nas de parceria com as organizações não-governamentais (ONGs) da sociedade. A proposição central desta política é “[...] reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social [...]” e “[...] prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.” (Brasil, 2002, p. 27).

Em setembro de 2007, o Governo Federal trouxe o Programa de Direitos de Cidadania das Pessoas com Deficiência, com medidas específicas para este grupo da população, incluindo a oferta de recursos financeiros, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (GUEDES; BARBOSA, 2020).

Em 2012 foi publicada a Resolução nº 452 que estabeleceu o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no SUS como uma das formas de fortalecer os princípios de Universalidade e Integralidade no SUS pela ampliação do cuidado ao usuário com a proposta de um modelo biopsicossocial. O modelo da CIF concede a saúde e a funcionalidade humana, como resultado de uma interação complexa e dinâmica, envolvendo indivíduo com seu contexto, não se restringindo somente a questões biológicas (Alves *et al.*, 2016). Portanto, o modelo biomédico passa a dar lugar a abordagens mais interativas que reconhecem que as pessoas se tornam incapacitadas devido a fatores ambientais, para além de somente fatores orgânicos (WHO, 2012).

Em 2015, entra em vigor a Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), trazendo regras e orientações para a promoção dos direitos dos

deficientes com o objetivo de garantir a inclusão social e cidadania dessas pessoas (GUEDES; BARBOSA, 2020).

Em 2011, como prioridade do governo brasileiro, foi lançado o programa “Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência” que envolvia mais de 15 pastas ministeriais, em ações divididas por quatro eixos prioritários: 1) Atenção à Saúde; 2) Acesso à Educação; 3) Inclusão Social e 4) Acessibilidade.

Foi instituída, a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD) pela Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012, com os objetivos de ampliar o acesso; qualificar o atendimento em saúde; promover a vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção à saúde, bem como garantir a articulação e a integração desses pontos nos territórios (DUBOW, 2018).

A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD) é composta por diferentes serviços que incorporam a Atenção Básica, a Atenção Especializada, a Atenção Hospitalar (Urgência e Emergência) e devem articular as ações desenvolvidas nos diferentes pontos da rede.

Os objetivos dessa Rede são: a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS (BRASIL, 2012a). Para que a RCPD cumpra seu papel, torna-se necessária uma clara definição e conhecimento público da missão assistencial de cada ponto de atenção, bem como dos fluxos entre os serviços (DUBOW, 2018).

O CER é um dos pontos de Atenção Ambulatorial Especializado em reabilitação e está inserido dentro do contexto da RCPD. Apresenta como premissas a realização do diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Território (Brasil, 2012a) e é organizado conforme o número de modalidades de reabilitação, a saber:

CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação;

CER III: presta atendimentos de três modalidades de reabilitação;

CER IV: presta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.

Os CER's são estabelecidos para serem lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências. Dentre suas várias diretrizes estão a produção de forma matricial na RAS em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a articulação com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença (GUEDES; BARBOSA, 2020).

De acordo com Medeiros (2017), os atendimentos prestados pelo CER devem ser articulados em todos os pontos de atenção da RAS, por meio do PTS. Este consiste num conjunto de condutas terapêuticas articuladas, propostas para um sujeito individual ou coletivo e direcionadas às suas necessidades e, é composto por quatro momentos: avaliação, definição das ações prioritárias, divisão de responsabilidade e reavaliação.

Este deve ser uma construção coletiva entre profissionais, o usuário e sua família, levando em consideração as necessidades de saúde percebidas individualmente, considerando sua compreensão da vida, suas subjetividades e sua singularidade. Deve se considerar a clínica ampliada através do acolhimento, a escuta qualificada, empoderamento e vínculo com usuário (Brasil, 2020a).

Embora a atenção a saúde das pessoas com deficiência tenha se destacado com a criação de uma política de saúde com propostas inovadoras que se estruturam a partir da articulação de uma rede de cuidados, muitos desafios se estabelecem frente à execução e à implementação dessa política. Destacam-se entre os principais desafios: desconhecimento, falha ou descontinuidade dos fluxos de referência e contrarreferência, déficit no financiamento, barreiras arquitetônicas, geográficas e atitudinais, falhas de comunicação entre os serviços de saúde e profissionais, qualificação profissional insuficiente e capacidade dos serviços aquém das necessidades (LOPES, 2021).

Na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul realizou se uma pesquisa exploratória com o objetivo de analisar o processo de implantação da RCPD onde dados revelaram a existência de uma rede em permanente construção, porém ainda enfatizada nos serviços especializados de reabilitação como centralizadores do

cuidado. Em relação ao papel da atenção primária no cuidado às pessoas com deficiências, percebeu-se, neste estudo, o imaginário de que essas pessoas devem ser acompanhadas, predominantemente, por serviços especializados de reabilitação, o que desconsidera o sujeito e sua singularidade independentemente da deficiência tornando os centros especializados como o 'nós da rede' pela procura crescente e extensas filas de espera ((DUBOW, 2018).

Atualmente, a RCPD de Minas Gerais conta com 339 serviços especializados em reabilitação, entre ambulatórios e hospitais, localizados em 185 municípios, sendo eles: 27 Centros Especializados em Reabilitação; 154 Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI); 13 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA); 14 Serviços de Reabilitação Física (SRF); 04 Serviços de Reabilitação Visual (SRV); 36 Serviços de Atenção à Saúde à Pessoa Ostomizada (SASPO); 05 Implante Coclear (IC); 01 serviço de referência para fonoaudiologia descentralizada; 80 Serviços de Referência de Triagem Auditiva Neonatal (SRTAN); 04 Oficinas Ortopédicas Fixas e 01 Oficina Itinerante Terrestre (Minas Gerais, 2022).

O componente especializado da RCPD constitui-se em serviços de referência regulados pelas Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência - JRRCPD, que são comissões de profissionais designados pelos Gestores Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social, responsáveis pela articulação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência e os serviços correspondentes da abrangência assistencial, bem como pelo desenvolvimento de ações e estratégias que qualifiquem a assistência. As Juntas Reguladoras devem ser instituídas em todos os municípios sede do componente especializado da RCPD (Minas Gerais, 2022a).

Como sabemos, uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado e, para isso, deve-se dispor de um conjunto de mecanismos: 1) estabelecimento de redes de atenção à saúde a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; 2) implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; 3) definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; 4) criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado (WHO, 2012).

De acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2008), medidas efetivas e apropriadas são recomendadas para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional para a inclusão e participação em todos os aspectos da vida. É necessário, portanto, o fortalecimento e ampliação dos serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais, de forma precoce e baseada em avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes de cada pessoa (Brasil, 2008).

Assim, a reabilitação exerce papel fundamental na atenção à saúde das pessoas com deficiência de forma a promover a funcionalidade e autonomia dos indivíduos em suas atividades de vida diária melhorando sua qualidade de vida e de seus familiares.

CAPÍTULO 2

A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Reabilitação é definida como um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com o seu ambiente. Inclui a intervenção no ambiente do indivíduo; a identificação dos seus problemas e necessidades; prevê definição de metas, planejamento e implantação de medidas, além do monitoramento destas ações (WHO, 2012, p. 100).

De acordo com Instrutivo de Reabilitação (Brasil, 2020a), cabe diferenciar os conceitos de habilitação e reabilitação, pois habilitar significa tornar hábil, no sentido de destreza e o prefixo “re” em reabilitar, remete a “voltar atrás”, retornar ao estado anterior. No âmbito da experiência humana é questionável considerar se é possível voltar ao que era, uma vez que o indivíduo é marcado por suas experiências e condições.

Nesse sentido, entende-se por serviços de reabilitação, aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza física, que em interação com diversas barreiras podem obstruir sua participação efetiva na sociedade (Brasil, 2013).

A reabilitação ocorre em um determinado período, por meio de intervenções simples ou múltiplas, sendo realizadas por um profissional ou por uma equipe de profissionais de forma a assegurar uma atenção integral, que visem promover a autonomia e a qualidade de vida do paciente. Somente o trabalho de uma equipe de reabilitação não garante uma assistência integral, pois esta pressupõe uma assistência específica à sua condição, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão (BOSCATELI; PASSOS; MARIN; SILVA; MIELO; HIGA, 2020).

As estratégias de ações para reabilitação devem ser executadas a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, com vistas a promover e garantir uma melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia e empoderamento para o desempenho de atividades e habilidades de forma integral e independente. Desse

modo, essas ações devem ser desenvolvidas a partir de uma lógica de trabalho coletiva, pensando o indivíduo em sua complexidade (Brasil, 2020a).

Não existem dados mundiais sobre a necessidade de serviços de reabilitação, tipo e qualidade dos serviços oferecidos e estimativos das necessidades não satisfeitas. Evidências epidemiológicas associadas ao exame do número, tipo e severidade das deficiências, bem como das limitações de atividades e restrições à participação que podem se beneficiar das várias medidas de reabilitação pode ajudar a mensurar a necessidade de serviços e pode ser útil no estabelecimento de prioridades adequadas para a reabilitação (WHO, 2012).

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), pessoas com deficiências deparam-se com disparidades na saúde e têm mais necessidades não satisfeitas que a população em geral podendo ocasionar atraso no seu processo de reabilitação, limitação de atividades, restrição à participação, deterioração da saúde, aumento da dependência pela assistência de outrem, piora da qualidade de vida, ocorrendo em grandes implicações sociais e financeiras para os indivíduos, famílias e a comunidade (Brasil, 2008).

O diagnóstico do usuário ajuda a orientar intervenções de reabilitação e pode ajudar a prever resultados e o prognóstico em certa medida. No entanto, por si só é insuficiente para entender o quadro completo e a experiência vivida pelo usuário.

Tão importante quanto identificar a doença é saber se o indivíduo poderá trabalhar e realizar as atividades diárias necessárias ao cumprimento de seu papel em casa, no trabalho, na escola ou em outras áreas sociais (Sullivan, 2015). Em uma abordagem de maior amplitude, a deficiência não é só o resultado das limitações e das estruturas do corpo humano, mas também da influência de fatores sociais e ambientais do meio no qual esse indivíduo esteja inserido (LOPES, 2021).

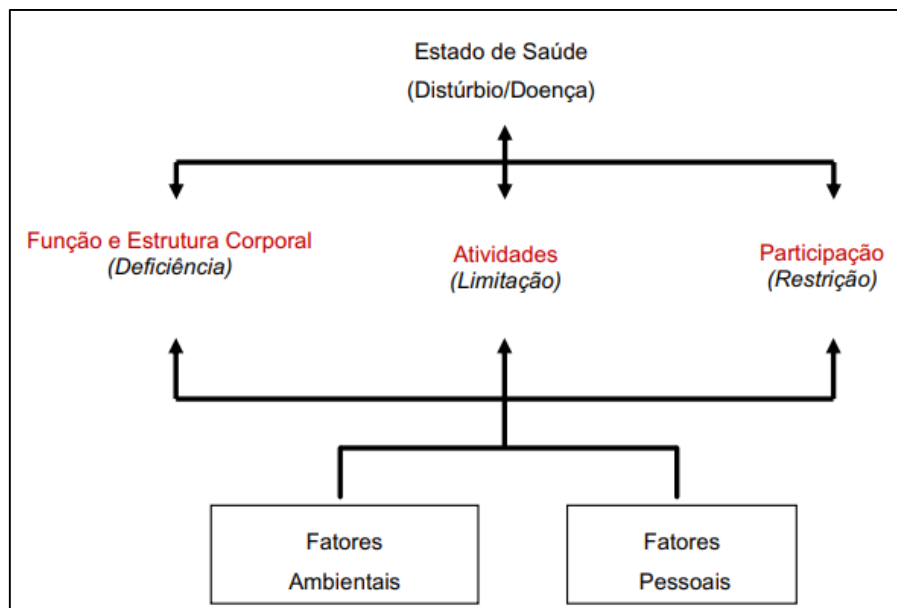
Dessa forma, a deficiência é um processo de construção social que não se limita ao atributo biológico e refere-se à interação entre a pessoa e as barreiras ou os elementos facilitadores existentes nas atitudes e na provisão de acessibilidade e de tecnologia assistiva (MAIOR, 2015).

Em 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), traduzida para português

pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Então, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) passa a ser o instrumento base para a construção de propostas integrais e integradas que possibilitem o acesso e a participação dos indivíduos com autonomia. Sustenta a proposta de reabilitação no contexto da funcionalidade, privilegiando aspectos relacionados a inclusão, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade (NUBILA, BUCHALA, 2008).

O modelo conceitual da CIF tem como componentes as condições de saúde, as funções e estruturas do corpo, as atividades, a participação, os fatores pessoais e os fatores ambientais (CASTRO; CASTANEDA; ARAÚJO; BUCHALLA, 2016), conforme nos mostra a Figura 1.

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF, 2003



Fonte: Adaptação de WHO, 2003.

A CIF organiza a informação em duas partes: a primeira parte trata da funcionalidade e incapacidade composta por funções e estruturas do corpo (funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, partes anatômicas do corpo); a atividade (execução de uma tarefa) e a participação (envolvimento de um indivíduo numa situação da vida). A segunda parte é composta pelos fatores ambientais e pessoais

(constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida). A CIF classifica então a saúde e descreve a situação de cada pessoa dentro de domínios desta (WHO, 2003).

De acordo com Farias e Buchalla (2005), medidas de avaliação funcional que possam identificar comprometimentos nas atividades de vida diária e restrição de participação na comunidade são desejáveis pois, a identificação precoce de perda de funcionalidade permite o direcionamento de estratégias preventivas, evitando o agravamento ou o aparecimento de uma incapacidade funcional maior.

Incapacidade é um termo genérico usado pela CIF para traduzir os aspectos negativos da interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e os fatores contextuais. E deve ser entendida como um conceito abrangente, dinâmico e multidimensional. Para a avaliação da incapacidade em atividades e participação, a OMS propôs o *WHODAS 2.0 (World Health Disability Assessment Schedule)*, que é um instrumento genérico, desenvolvido a partir de um conjunto de itens da CIF e que pode ser aplicado a diferentes populações, tanto em âmbito clínico, quanto populacional em estudos epidemiológicos (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

O *WHODAS 2.0* foi publicado pela OMS em 2010 e traduzido para português em 2015. É uma ferramenta para a aferição de funcionalidade e incapacidade segundo os principais domínios da vida. A pontuação do questionário produz um *score* que varia de 0 a 100 para cada domínio; além de um *score* total do instrumento, o que auxilia a conhecer as demandas funcionais dos usuários na perspectiva da integralidade, do cuidado e do acolhimento (CASTRO; CASTANEDA; ARAÚJO; BUCHALLA, 2016).

É apresentada em três versões: uma com 36 itens, uma resumida com 12 itens e uma combinando 12 itens com outra versão de 24 itens. A versão completa, de 36 itens, tem sido a mais utilizada e estudada pelas suas propriedades psicométricas e de invariância Farias e Buchalla (2005). Ele fornece o nível de funcionalidade de seis domínios:

- Cognição (compreensão e comunicação), que é composto por 6 questões e conhecido como Domínio 1;

- Mobilidade (movimento e locomoção), que contém 5 questões e conhecido como Domínio 2;
- Auto-cuidado (lida com manter a própria higiene, vestir-se, comer); compõe-se de 4 questões e conhecido como Domínio 3;
- Relações interpessoais (interações com outras pessoas), constituído por 5 questões e conhecido como Domínio 4;
- Atividades de vida (responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola); constituída por 8 questões e denominado Domínio 5;
- Participação (participar de atividades comunitárias e na sociedade), compõe-se de 8 questões e é conhecido como Domínio 6.

O cálculo individual para esses domínios é realizado através de uma calculadora constituída pela OMS. Esse estudo utilizou da calculadora complexa que avalia o grau de dificuldade através de uma escala que vai de 1 a 5, onde 1 corresponde a nenhuma dificuldade, 2 corresponde a uma dificuldade leve, 3 corresponde a uma dificuldade moderada, 4 corresponde a uma dificuldade grave e 5 corresponde a uma dificuldade extrema ou não consegue realizar atividade questionada (SANTANA et. al, 2022).

As perguntas dos domínios dizem respeito como segue, de acordo com Sullivan (2015):

- Domínio 1: Cognição – Avalia comunicação e atividades de raciocínio; áreas específicas avaliadas incluem concentração, memória, resolução de problemas, aprendizado e comunicação.
- Domínio 2: Mobilidade – avalia atividades como ficar em pé, movimentar-se pela casa, sair de casa e caminhar longas distâncias.
- Domínio 3: Auto-cuidado – avalia higiene, vestir-se, alimentar-se e ficar sozinho.
- Domínio 4: Relações Interpessoais – avalia interações com outras pessoas e dificuldades que podem ser encontradas com este domínio de vida decorrentes de condições de saúde; nesse contexto, “outras pessoas” incluem pessoas próximas (exemplo: esposo(a) ou parceiro(a), familiares ou amigos próximos) e aquelas não próximas (exemplo: estranhos).

- Domínio 5: Atividades de vida – avalia dificuldades com atividades diárias (exemplo: aquelas realizadas na maioria dos dias pelas pessoas, incluindo aquelas associadas às responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola).
- Domínio 6: Participação – avaliam dimensões sociais como atividades comunitárias; barreiras e obstáculos no ambiente à volta do respondente; e problemas com outros assuntos como manutenção da dignidade pessoal (SULLIVAN, 2015).

Conhecer as necessidades de reabilitação para essas pessoas são importantes para as políticas e programas públicos e podem estar relacionadas a atividades diárias como cuidados pessoais, acesso a cuidados e equipamentos, educação, emprego, atividades sociais e modificações nas suas casas ou em seus locais de trabalho (WHO, 2012).

Um estudo realizado com 34 indivíduos com Esclerose Múltipla atendidos no setor de neurologia do Hospital de Clínicas (HC-UFTM) considerou o *WHODAS 2.0* um instrumento útil para medir o suporte funcional dos indivíduos possibilitando a identificação das áreas mais vulneráveis e as que necessitam de intervenções adicionais, assim como a elaboração de plano de cuidados e planejamento assistencial (Cardoso *et. al*, 2020).

É importante saber qual é o estado de saúde das pessoas com deficiência comparadas às demais; que necessidades e que tipos de intervenções são mais adequados para reduzir condições secundárias e promover a saúde das pessoas com deficiências, dentre outras (Lollar, 2002). Realizar ações em consonância com essa visão para as pessoas com deficiência significa explorar situações de vulnerabilidade, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde (BOSCATTELLI; PASSOS; MARIN; SILVA; MIELO; HIGA, 2020).

Como forma de compreender o perfil de usuários da reabilitação neurológica adulto encaminhados ao serviço especializado foi realizado este estudo no Centro Especializado em Reabilitação do município de Uberlândia de forma a compreender suas necessidades, possibilitando reflexões acerca das mesmas, como veremos a seguir.

CAPÍTULO 3

SERVIÇO PÚBLICOS DE SAÚDE UBERLÂNDIA: uma contextualização

O município de Uberlândia pertence à Região de Saúde denominada Triângulo Norte, mais especificamente a microrregião Uberlândia/Araguari e é o município com maior população e densidade populacional dentre os demais, tornando-se referência para os outros municípios, em vários procedimentos de média e alta complexidade em saúde (Uberlândia, 2021).

Dados do Censo de 2010 nos mostra que o município apresentava uma população de 604.013 com distribuição populacional com maior concentração entre as faixas etárias de 20 a 59 anos. O quantitativo das faixas etárias de crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos) teve baixo crescimento, enquanto nos demais ciclos, adulto (20 a 59 anos) e idoso (acima de 60 anos) foram maiores. O envelhecimento da população do Município passou de 49,1 (2010) para 79,5 (2020), refletindo no ritmo de envelhecimento da população do município (Uberlândia, 2021). Dados do panorama geral do Censo de 2020 apresenta crescimento populacional de 18% e atualmente com 713.232 habitantes (IBGE, 2022) porém dados estratificados por idade ainda não foram apresentados.

O Sistema de Saúde Municipal de Uberlândia está organizado como Rede de Atenção à Saúde (RAS), nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, onde a APS é o centro da comunicação entre os pontos de atenção. Essa rede é definida como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Uberlândia, 2021, s./p.).

Em dezembro de 2021, o município contava com 86 Equipes de Saúde da Família (eSF) e 72 Equipes de Atenção Primária; além de 06 Unidades de Atenção à Saúde Mental, 15 Unidades Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), 08 Unidades de Pronto Atendimento e 04 Unidades de Atenção Hospitalar (Brasil, 2021; Uberlândia, 2021).

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) compõem o primeiro nível de atenção e se caracterizam por um conjunto de

ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. São compostas por equipes multiprofissionais;

a) Unidades de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE): oferecem serviços especializados em saúde de maior complexidade como cardiologia, endocrinologia, reumatologia, dermatologia, urologia, dentre outras.

b) Unidades de Saúde Mental: atendimento e cuidados às pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes; cuidados a usuários de álcool e outras drogas, com objetivo de tratamento e reinserção social.

c) Centro Municipal de Atenção ao Diabético (CMAD): referência à pacientes com Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2;

d) Centro Radiológico Municipal (CRM): realiza exames de radiodiagnóstico.

e) Centro de Referência às Práticas Integrativas Complementares em Saúde (CRPICS): reúne práticas reconhecidas pela OMS como acupuntura, consultas médicas em homeopatia e antroposofia, além de práticas meditação *Reiki* e danças circulares.

f) Ambulatório de Moléstias Infecto Contagiosas Herbert de Souza: referência para as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

g) Ambulatório de Lesões Lábio Palatais;

h) Ambulatório de Oftalmologia;

i) Campus Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência: busca integrar a Saúde e Educação para promover a inclusão social dos estudantes de 3 a 14 anos matriculados na rede municipal de ensino e com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor – ADNPM, deficiência intelectual, transtorno do espectro do Autismo – TEA, deficiência auditiva e múltiplas deficiências

j) Unidades de Pronto Atendimento: atendimento de eventos agudos da população que precisam de uma intervenção imediata – urgência ou emergência.

k) Unidades de Atenção Hospitalar: casos em que há a necessidade de cuidados ainda mais intensivos e de maior aparato tecnológico em saúde. Em Uberlândia, essas unidades são: Hospital Maternidade Municipal e seu anexo, Centro de Internação Municipal, Centro de Internação Pediátrica e Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

- l) Atenção Odontológica;
- m) Assistência Farmacêutica;
- n) Salas de Vacina;
- o) Centro Especializado em Reabilitação (CERIII)

Em Uberlândia, o CER III foi habilitado em 2014 para atendimento às reabilitações física, visual e intelectual para usuários do município e região referenciada do Triângulo Mineiro (atendendo 27 municípios do Triângulo Norte). É um dos pontos de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde no Território (Brasil, 2012a) e organizado conforme o número de modalidades de reabilitação.

É formado por uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos e enfermeiros, que acolhem e prestam assistência aos usuários encaminhados ao serviço.

A reabilitação física atende usuários com impedimentos de natureza física e podem se caracterizar por alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando sob a forma de plegias, paresias, estomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida (Brasil, 2020a). Enquadram-se nessa modalidade usuários acometidos por fraturas e lesões ortopédicas e acometidos por sequelas neurológicas. Atualmente, o CER atende aproximadamente 200 usuários nesta modalidade.

A reabilitação intelectual acolhe usuários com hipóteses diagnósticas de Transtorno do Espectro Autista e/ou deficiência intelectual. Nesta modalidade estão vinculados aproximadamente 200 usuários.

A terceira modalidade habilitada é a reabilitação visual que tem como foco a reabilitação de usuários que apresentam cegueira ou baixa visão (Brasil, 2020a). Atualmente temos cadastrados 50 usuários nesta modalidade.

Os usuários são encaminhados ao CER após avaliações dos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) das Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e inseridas em um sistema informatizado adotado pela Secretaria Municipal de Saúde nas modalidades de reabilitação: neurológica adulto, neuropediatria, visual, intelectual, fratura e pós-operatório ortopédico, dentre outras. A partir daí são agendados, via JRRCPD.

Além do CER, fazem parte dos serviços de reabilitação do município, os serviços de atendimento primários, que contam com fisioterapeutas para atender a população adscrita em seu território com limitações funcionais relacionadas a doenças crônicas como lombalgias, fibromialgias e dores crônicas; os serviços especializados em reabilitação como AACD (Associação de Amparo a Criança com Deficiência), APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), Centro Vida (realiza reabilitação cardiopulmonar e atende usuários dependentes de Oxigenioterapia), CRTEA (Centro de Referência para atendimento do Autismo) e Campus Municipal (realiza atendimento a pessoas com deficiências múltiplas).

Em Uberlândia, a RCPD e JRRCPD foram instituídas em 2014, a fim de promover a integralidade do cuidado e o acesso regulado, abrangendo seus diferentes níveis em cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio. A JRRCPD é responsável, dentre outras funções, por estabelecer e regular os fluxos assistenciais, encaminhando os usuários aos serviços de reabilitação municipal e prestadores de serviço (Associações, ONGs, Universidades e outros).

O fluxo para os serviços especializados como CER, AACD e APAE são regulados pela JRRCPD e os demais são encaminhamentos a partir da APS.

Apesar da importância de contextualizar os serviços de atendimento ao usuário, este trabalho prioriza o CER e, para isso, vamos a seguir contextualizá-lo um pouco mais.

3.1. Conhecendo o Processo de Acolhimento Reabilitação Neurológica Adulto - CER

Na saúde pública no Brasil, um importante momento para conhecer os problemas e demandas trazidos pelos usuários é o acolhimento. Trata-se de uma prática que visa atender a todos que buscam os serviços de saúde, ouvindo suas demandas e dando o direcionamento mais adequado para cada usuário. Assim, o acolhimento propõe reorganizar o serviço, garantindo acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, fornecendo sempre uma resposta positiva aos problemas de saúde apresentados (Souza, 2016).

De acordo com o Instrutivo de Reabilitação (Brasil, 2020a), o acolhimento do usuário inicia-se com a recepção do usuário, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

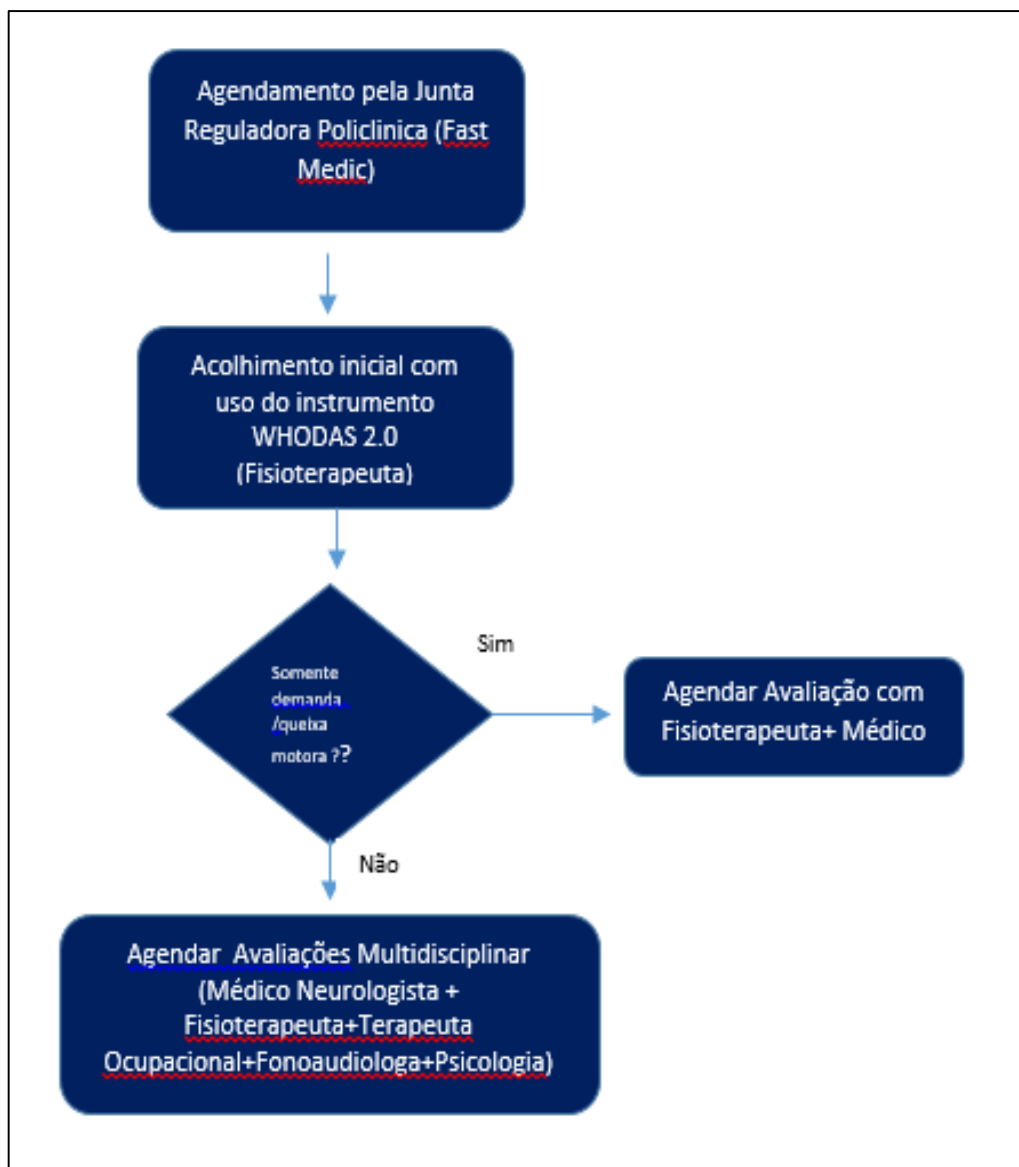
No fluxo da Reabilitação Neurológica adulto no CER são ofertadas novas vagas para Junta Reguladora da Pessoa com Deficiência semanalmente para agendamento das avaliações de novos usuários (agenda intitulada como “Policlínica”). Estes usuários passam inicialmente por acolhimento no CER com fisioterapeuta e/ou outro profissional de saúde de nível superior.

Enquadram-se na reabilitação neurológica adulto, todos os usuários a partir de 18 anos com algum acometimento neurológico como Lesão Encefálica Adquirida, seqüela de acidente vascular encefálico, tumor cerebral, traumatismo crânio encefálico, Parkinson, Alzheimer, Esclerose Múltipla, plegias e/ou paresias de um ou mais membros; Doenças Neuromusculares (incluem as distrofias musculares, miopatias congênitas e metabólicas, síndrome de *Guillain Barré*, Esclerose Lateral Amiotrófica, atrofia espinhal progressiva, atrofia de múltiplos sistemas, paraparesia espástica familiar e neuropatia periférica hereditária (*Charcot Marie Tooth*), ataxia de

Friedreich, ataxias espinocerebelares, doenças mitocondriais, erros inatos do metabolismo); Lesado Medular.

No ano período de setembro de 2018 a dezembro de 2019 foram utilizados a aplicação do Instrumento *WHODAS* durante o processo de acolhimento como forma de quantificar o nível de funcionalidade/incapacidade dos usuários, favorecendo a identificação de necessidades e otimizando seu processo de reabilitação, conforme mostrado no fluxo interno desse acolhimento na Figura 2.

Figura 2 – Uberlândia/MG: Fluxo de avaliação inicial Reabilitação Neurológica Adulto CER, 2019



Fonte: próprio autor, 2022.

Neste acolhimento inicial participava um fisioterapeuta treinado para aplicação do instrumento e o usuário/cuidador do mesmo. As perguntas do *WHODAS* são direcionadas para o próprio usuário e/ou cuidador, caso o usuário não tenha condições de respostas, seja por limitações de comunicação ou de compreensão. No início da sua aplicação do questionário, o respondente é orientado a responder as questões tomando como referência a condição de saúde do usuário nos últimos 30 dias.

A pontuação do *WHODAS 2.0* se dá através de resposta numa escala *Likert* que varia de 1 a 5, onde 1 equivale a nenhuma dificuldade, 2 a dificuldade leve, 3 a uma dificuldade moderada, 4 a uma dificuldade severa e a nota 5 equivale a uma dificuldade extrema ou até mesmo a impossibilidade da realização da atividade questionada. Devem ser usados como referência os últimos 30 dias, tomando como média os dias bons e ruins e como o respondente usualmente faz a atividade. Os itens não experimentados nos últimos 30 dias não devem ser pontuados.

Os resultados são apresentados por domínio (pela soma da pontuação em cada um dos itens desse domínio) e pelo *score* total. Após isso, os valores são transformados numa escala de 0 a 100, conforme indicado no manual do *WHODAS 2.0*. Quanto maior a pontuação, maior a incapacidade (Almondes, 2020). Todas as respostas são consideradas, sem interferência do aplicador ou de outras pessoas objetivando mostrar a percepção do respondente acerca de suas dificuldades.

O instrumento *WHODAS 2.0* auxilia o profissional na tomada de decisão do agendamento a depender das demandas apresentadas que poderiam ser as avaliações interdisciplinares (avaliação compartilhada com médico neurologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, enfermagem, psicologia e serviço social) quando usuário apresentava vários domínios comprometidos ou a avaliação interdisciplinar (avaliação compartilhada com médico neurologista e fisioterapeuta) para comprometimento somente motor/físico.

As avaliações interdisciplinares abrangem a *anamnese*, revisão do histórico de saúde, observação, testes padronizados e não padronizados para a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares que inclui definição de prioridades, objetivos, duração estimada do tratamento, bem como a necessidade de articular o tratamento com outros serviços ou pontos de atenção à saúde (Brasil, 2020a).

Os usuários em uma visão biopsicossocial têm necessidades em diversos níveis de atenção dentro da rede de saúde ou fora dela, e ações de articulação e aproximação intersetorial e/ou intrasetorial são necessárias em decorrência da multifatorialidade e complexidade dos casos.

As demandas ou queixas trazidas pelos usuários ou familiares no CER são variadas e, por vezes, de difícil resolução por parte do serviço especializado, em virtude das próprias limitações e expectativas dos mesmos. Por exemplo, se os mesmos foram comprometidos em relação a sua marcha (deambular) por seqüela de um acidente vascular encefálico, criam a expectativa de reestabelecer esta função, não levando em consideração os fatores que contribuem ou o limitam a partir de sua nova condição de saúde, fatores ambientais, pessoais, orgânicos e outros como nos mostra a interação dos componentes da CIF. É importante então, tanto para as equipes de saúde, quanto para familiares e usuários, a compreensão do seu quadro funcional para que as expectativas de reabilitação dos mesmos sejam mais próximas à sua realidade e quais as estratégias podem ser utilizadas na construção dos Projetos Terapêuticos.

Pensando que os indivíduos estão inseridos num contexto, torna se primordial trazê-los para o centro da discussão, compreender seu adoecimento e limitações funcionais para, assim, abordá-lo de uma maneira integral, como veremos a seguir.

CAPÍTULO 4

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DOS USUÁRIOS SOB SUA PERSPECTIVA – Resultados e discussões

Como já discutido anteriormente, os campos da reabilitação têm por objetivo principal a restauração do potencial funcional dos indivíduos, em busca da redução do impacto de uma condição de saúde no seu desempenho de atividades e participação em situações reais de vida. Para que o planejamento e monitoramento do processo de reabilitação sejam adequados, são necessários que sejam coletadas informações relacionadas às suas queixas e objetivos relacionados à sua funcionalidade ou incapacidade.

A reabilitação é, então, um processo contínuo que envolve a identificação de problemas e necessidades, relacionar tais problemas com fatores relevantes da pessoa e do ambiente, definir os objetivos da terapia, planejar e executar as intervenções e avaliar os efeitos dessas intervenções por meio de desfechos relevantes (SOUZA, 2016).

No período estudado desta pesquisa, o acolhimento realizado pela equipe multidisciplinar no CER de Uberlândia foi complementado pela aplicação do Instrumento *WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)* como forma de quantificar o nível de funcionalidade/incapacidade dos usuários favorecendo assim a identificação das necessidades por reabilitação.

Os dados foram tabulados em uma planilha no *Microsoft Excel* do período de janeiro a dezembro de 2019 contendo código do usuário (de forma a não o identificar), data de nascimento, gênero, grau de instrução, atividade laboral, diagnóstico, tempo de acometimento desta e valores de cada domínio. A partir daí, avaliamos os dados coletados a partir do instrumento *WHODAS 2.0* no período.

Foram aplicados 218 questionários sendo 10 excluídos por informações incompletas então foram avaliados 208 questionários completos, sendo 61,1% homens (127 usuários) com idade média de 62,21 anos e 38,9% mulheres (81 usuários) com idade média de 61,01 conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1- Uberlândia/MG: perfil sociodemográfico dos respondentes, 2023

Característica	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total	127	61,1%	81	38,9%	208	100%
Idade						
Média	62,21	n.a.	61,01	n.a.	61,75	n.a.
Desvio Padrão	17,35	n.a.	16,55	n.a.	17,01	n.a.
Coefficiente de Variação	0,28	n.a.	0,27	n.a.	0,28	n.a.
Escolaridade						
Não sabe	11	8,7%	4	4,9%	15	7,2%
Analfabeto	8	6,3%	10	12,3%	18	8,7%
Primeiro grau	52	40,9%	33	40,7%	85	40,9%
Segundo grau	27	21,3%	15	18,5%	42	20,2%
Terceiro grau	29	22,8%	19	23,5%	48	23,1%
Estado Civil						
Solteiro	19	15,0%	13	16,0%	32	15,4%
Casado	66	52,0%	28	34,6%	94	45,2%
Divorciado/Separado	22	17,3%	16	19,8%	38	18,3%
Viúvo	9	7,1%	21	25,9%	30	14,4%
Não Informado	11	8,7%	3	3,7%	14	6,7%
Ocupação						
Empregado	2	1,6%	0	0,0%	2	1,0%
Aposentado	91	71,7%	55	67,9%	146	70,2%
Dona de casa	0	0,0%	2	2,5%	2	1,0%
Desempregado	6	4,7%	7	8,6%	13	6,3%
Estudante	0	0,0%	1	1,2%	1	0,5%
Afastado do serviço	24	18,9%	14	17,3%	38	18,3%
Não informado	4	3,1%	2	2,5%	6	2,9%

Fonte: Pesquisa direta, 2023.

Em relação à escolaridade, a maioria dos dois grupos (40,9% homens e 40,7% mulheres) apresentavam o primeiro grau completo, sem diferença estatística entre eles. Do total de respondentes, 66 homens (52%) relataram estar casados e 28 mulheres (34,6%) também. Ambos os respondentes relataram serem aposentados (70,2% média geral).

Em relação aos diagnósticos encontrados, o predomínio foi de AVE (Acidente Vascular Encefálico) acometendo 110 usuários respondentes (50,4% de homens e 56,8% de mulheres), conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Uberlândia/MG: principais diagnósticos e tempo dos diagnósticos dos respondentes, 2023

Característica	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total	127	61,1%	81	38,9%	208	100%
Principais diagnósticos						
AVE	64	50,4%	46	56,8%	110	52,9%
TCE	14	11,0%	3	3,7%	17	8,2%
Parkinson	9	4,3%	4	1,9%	13	6,7%
Outros	40	31,5%	28	34,6%	68	32,7%
Tempo de diagnóstico geral (meses)						
Média	52,62	n.a.	72,66	n.a.		n.a.
Desvio padrão	72,32	n.a.	133,17	n.a.		n.a.
Coefficiente de Variação	1,37	n.a.	1,83	n.a.		n.a.

Fonte: Pesquisa direta, 2023.

No mundo, cerca de 17 milhões de pessoas morrem ao ano devido a doenças cardiovasculares, nas quais está incluso o AVE, o qual é e será uma das maiores causas de morte e de necessidade de reabilitação. É caracterizado por um conjunto de eventos cerebrovasculares, que ocorrem devido a uma disfunção presente na irrigação sanguínea cerebral e é classificado de acordo com a sua etiologia: isquêmico (oclusão permanente ou transitória de uma artéria importante para irrigação cerebral) ou hemorrágico (quando há uma ruptura de uma artéria cerebral) (Margarido et. al, 2022).

No Brasil, o AVE chega a ser a segunda causa de morte e, em 2016, foram registradas 188.223 internações para tratamento de AVE. Pessoas que possuem fatores de risco como hipertensão, diabetes mellitus, cardiopatias, ataque isquêmico transitório prévio, obesidade, etilismo, tabagismo, hipercolesterolemia, infecções, fatores genéticos, uso de contraceptivos hormonais, enxaqueca e fatores pró-trombóticos têm maior predisposição a serem acometidas (Margarido et. al, 2022).

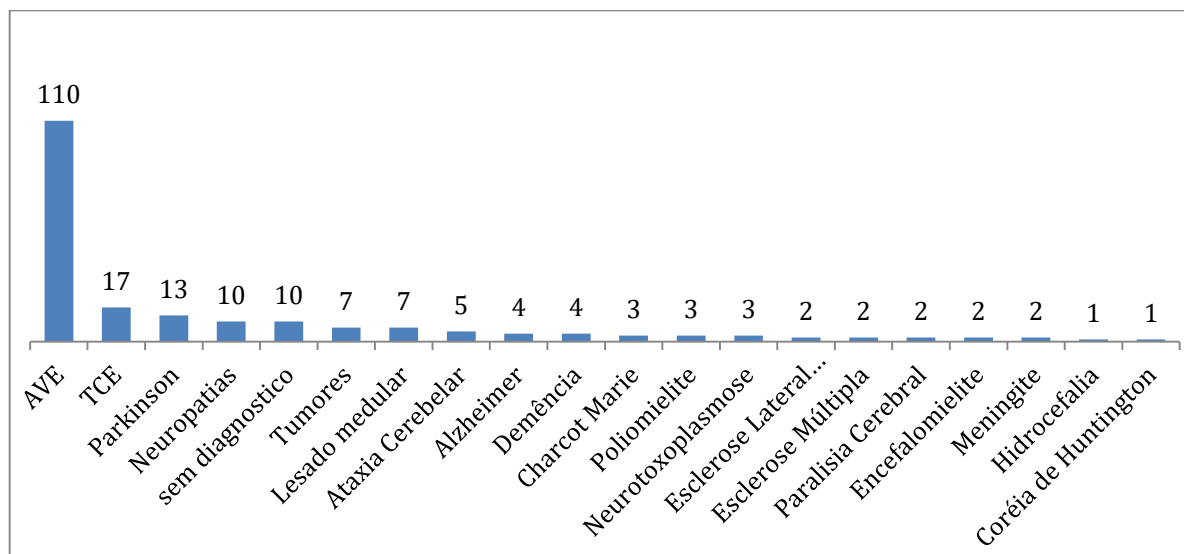
O segundo diagnóstico com maior predominância na amostra avaliada foi o TCE (Traumatismo cranioencefálico) acometendo 17 usuários respondentes, sendo 14 homens (11%) e 3 mulheres (3,7%). As lesões traumáticas são a principal causa de morte de pessoas entre 5 e 44 anos no mundo, e correspondem a 10% do total de mortes. No Brasil, os dados não são diferentes e as ocorrências aumentam a cada

ano. O TCE é responsável por altas taxas de mortalidade, sendo mais prevalente em jovens do sexo masculino, tendo como principal causa os acidentes com meios de transporte (Brasil, 2015).

O terceiro diagnóstico com maior predominância na amostra estudada foi a Doença de Parkinson, com 13 casos nesta amostra sendo 9 homens (4,32%) e 4 mulheres (1,9%). A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais comum, superada apenas pela Doença de Alzheimer. A epidemiologia da doença varia de acordo com a localização geográfica e a metodologia dos estudos. Nas últimas décadas, a prevalência da DP tem aumentado, sobretudo nos países mais desenvolvidos (CABREIRA; MASSANO, 2019).

Os outros diagnósticos são mostrados na Gráfico 1, como segue: 10 casos de neuropatias, 10 casos sem diagnóstico definido, 7 tumores, 7 casos de lesados medulares e os demais com até 5 casos cada identificados conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Uberlândia/MG: diagnósticos encontrados segundo os respondentes, 2023



Fonte: Pesquisa direta, 2023.

Em relação ao tempo médio de acometimento da lesão, foi verificado tempo de 52,62 meses para homens e 72,66 meses para mulheres, evidenciando tempo médio de ocorrência da lesão neurológica, em aproximadamente 6 anos para mulheres e 4 anos para homens. Especificamente, 97 (46,6%) usuários apresentavam tempo de lesão neurológica de até 12 meses, seguido de 26 (12,5%) usuários com tempo de

lesão entre 13 meses e 24 meses e 85 (40,9%) usuários a partir de 25 meses de lesão neurológica.

De acordo com Mendes (2011), as condições agudas apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar e, as condições crônicas têm duração superior a três meses e, nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma permanente. Dessa maneira observamos que existe predominância de usuários com tempo de lesão maior que 12 meses (53,4%).

Com relação ao comprometimento funcional por domínio, seguem abaixo os resultados alcançados (Tabela 3). O domínio com pior desempenho tanto para homens quanto para mulheres foi Orientação e Mobilidade, sendo a média de comprometimento do domínio de 68,27% para homens e 71,85% para mulheres. Estes, então, relataram dificuldades em realizar as tarefas como: ficar de pé por 30 minutos, levantar-se de uma cadeira, movimentar em casa, sair de casa etc.

O segundo domínio mais acometido foi Autocuidado, sendo a média de comprometimento do domínio de 54,38% para homens e 59,65% para mulheres. Estes relataram dificuldades em realizar as tarefas de forma independente como: tomar banho, vestir se, alimentar-se, permanecer em casa sozinho.

O terceiro domínio também mais acometido em ambos os grupos foi a Participação Social quando questionados sobre a inserção do indivíduo nos espaços e ambientes como participação em festas, igrejas, atividades culturais e de lazer, barreiras e obstáculos que impeçam a sua inserção, dignidade e atitudes das pessoas, além do dinheiro dispensado aos seus cuidados que possam limitar a sua plena participação nos espaços. Da amostra estudada, a média de comprometimento do domínio foi 54,13% para homens e 59,07% para as mulheres, significando então que estes indivíduos não vivem sua plena capacidade de se relacionar com seu ambiente, percebendo se limitados em participar em mais da metade dessas atividades sociais e inclusivas.

Tabela 3 – Uberlândia/MG: comprometimento funcional, por domínio, dos respondentes, 2023

Dimensão	Homens	Mulheres	Valor P ⁽¹⁾
Cognição e Comunicação			12,21%
Média	47,00%	53,70%	
Mediana	45,83%	54,17%	
Desvio Padrão	31,55%	30,41%	
Coeficiente de Variação	67,14%	56,62%	
Orientação e Mobilidade			24,60%
Média	68,27%	71,85%	
Mediana	75,00%	80,00%	
Desvio Padrão	27,90%	29,03%	
Coeficiente de variação	40,87%	40,40%	
Auto Cuidado			16,72%
Média	54,38%	59,65%	
Mediana	56,25%	62,50%	
Desvio Padrão	29,09%	30,89%	
Coeficiente de Variação	53,50%	51,79%	
Relações Interpessoais			56,16%
Média	34,09%	36,42%	
Mediana	25,00%	25,00%	
Desvio Padrão	32,10%	32,40%	
Coeficiente de Variação	94,15%	88,95%	
Atividades de vida			29,66%
Média	30,48%	34,61%	
Mediana	25,00%	31,25%	
Desvio Padrão	34,74%	33,62%	
Coeficiente de Variação	113,99%	97,15%	
Participação Social			19,29%
Média	54,13%	59,07%	
Mediana	53,13%	56,25%	
Desvio Padrão	25,01%	25,06%	
Coeficiente de Variação	46,19%	42,42%	

Nota ⁽¹⁾ Valores P associados com o teste de Hipótese Mann-Whitney com hipótese nula de igualdade de medianas entre homens e mulheres.

Fonte: Pesquisa direta, 2023.

O quarto domínio com maiores limitações foi a Cognição e Comunicação, acometendo 47% dos homens e 53,70% das mulheres quando questionados o quão se sentem limitados em relação a concentração, memória, análise e solução de problemas, compreensão, aprendizado por novas tarefas, etc. Os comprometimentos

cognitivos são muito comuns após um trauma cerebral, podendo afetar a atenção e a memória.

Tal fato gera uma redução na organização dos pensamentos, promovendo uma desorganização do processo de linguagem, comprometendo assim a capacidade de compreensão das informações escritas ou falada. A presença de distúrbios na cognição é um importante preditor de recuperação, afetando, diretamente, o processo de reabilitação por necessitarem de algumas habilidades cognitivas pré requisitas para aprendizado motor, tais como a memória e execução de instruções (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

Em quinto lugar ambos os grupos relatam dificuldade em questões relacionadas a Relações Pessoais, como por exemplo, lidar com pessoas desconhecidas, relacionar com pessoas, manter amizades e realizar atividades sexuais sendo que estão são consideradas de acordo com aplicação do instrumento quaisquer atividades que envolvam contato físico com intenção de carinho ao par como abraços, beijos e toques. Dessa maneira, a média de comprometimento do domínio foi 34,09% para homens e 36,42% para mulheres.

Como último domínio de maior impacto, temos as atividades de vida como cuidar das atividades domésticas, de estudo e de trabalho tanto em relação ao tempo para desenvolvê-las quanto em relação a qualidade de execução. Da amostra estudada, a média de comprometimento do domínio foi de 30,48% para homens e 36,42% para mulheres. Destas perguntas, foram desconsideradas as que não fazem parte do contexto do indivíduo como: “não trabalha, não estuda ou já não realiza nenhuma atividade doméstica”, recebendo assim pontuação 0 (zero).

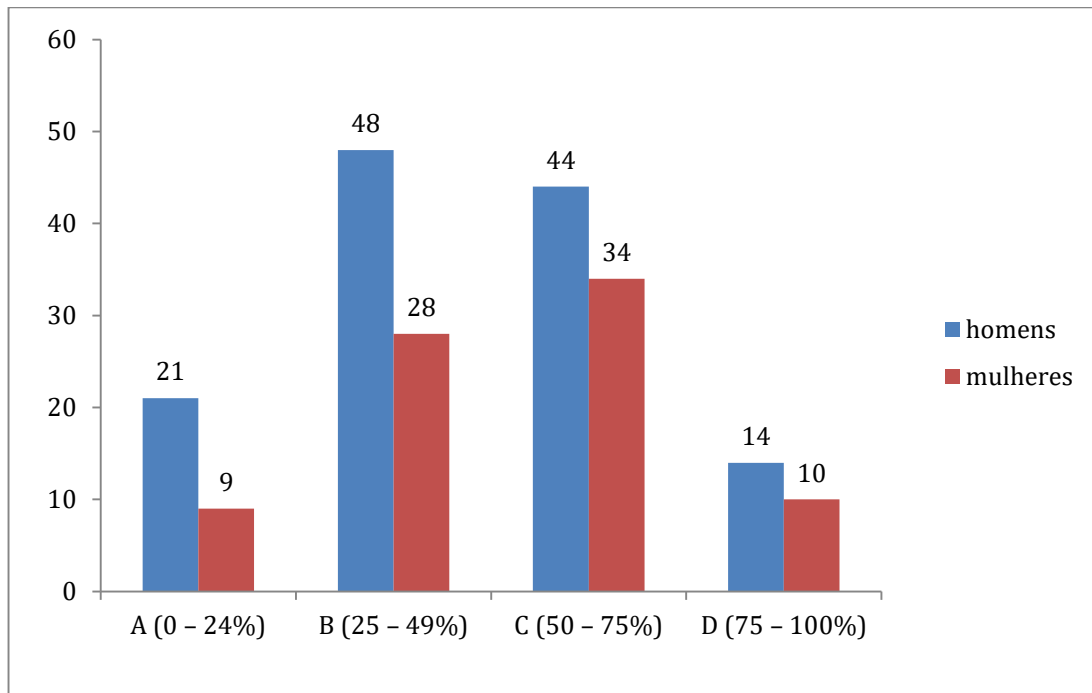
Desse contexto geral, observamos então, um predomínio de usuários com tempos de lesões e sequelas neurológicas maiores que 12 meses (111 usuários representando 53,3% da amostra), tendo como principais limitações as de ordem motoras e de deambulação, seguidas com dificuldades em realizar seu auto cuidado e participar de maneira plena à sociedade, seja por barreiras sociais ou atitudinais além de um declínio cognitivo e dos relacionamentos pessoais.

Em um estudo realizado nesta mesma instituição (CER Uberlândia) por Dornelas (2018) com 10 usuários acometidos por AVC, percebeu-se que as demandas do *WHODAS 2.0* com maiores prejuízos foram Orientação e Mobilidade,

Autocuidado e Participação social coincidindo com os três primeiros domínios mais acometidos neste estudo.

Foram calculados a média geral entre os domínios para cada usuário conforme mostrado na gráfico 2 e posteriormente agrupados em categorias denominadas de A, B, C e D para facilitar as discussões.

Gráfico 2 – Uberlândia/MG: comprometimento funcional dos respondentes, 2023



Fonte: Pesquisa direta, 2023.

As categorias A, B, C e D representam o grau de limitação geral dos usuários para a realização das atividades avaliadas nos domínios.

A categoria “A” representa os usuários com limitações entre 0 e 24%, ou seja, de sua capacidade total de funcionalidade (100%), estes relataram limitações/dificuldades ao executarem as atividades perguntadas que representam entre 0 e 24% de sua capacidade total. Verificamos então que 14% dos usuários estão nessa condição.

A categoria “B” representa os usuários com limitações/dificuldades entre 25% e 49% para execução destas mesmas atividades. Encontramos nessa condição, 76 usuários representando 36,5% da amostra.

A categoria “C” representa os usuários com limitações maiores, entre 50% e 75%, e dessa maneira limitações mais graves se comparada às anteriores, representando 78 usuários equivalendo a 37,5% da amostra nessa condição.

A categoria “D” representa os usuários com limitações severas ou até mesmo a impossibilidade de realizar quaisquer atividades do dia a dia, de 75% a 100%, representando 11,5% nesta condição (24 usuários).

Sabendo que quanto maior o percentual de incapacidade, maior as limitações percebidas pelo usuário nas tarefas e atividades diárias, verificamos que os níveis de incapacidades mais leves (Categoria “A”) equivalem a 14% e os mais extremos equivalem a 11,5% da amostra total, totalizando 54 usuários, ou seja, 25,5% da amostra.

Além dos dados do gráfico 2, verificamos nos questionários estudados que 13 usuários respondentes (6,3%) apresentam comprometimento médio dos domínios maiores que 90%. Vale ressaltar que as pessoas com incapacidades completas (próximas ou iguais a 100%) podem apresentar maiores impedimentos logísticos (por deslocamento) quanto a relação custo e benefício do atendimento ambulatorial e poderiam se beneficiar com o atendimento da atenção domiciliar realizadas pela APS ou serviço especializado a depender dos casos.

A Atenção Domiciliar (AD) é definida como modalidade de atenção à saúde, integrada à RAS, prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados. É uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatórios de especialidades, promovendo atendimento mais humanizado e personalizado (Brasil, 2016). Da mesma maneira, a APS apresenta-se como estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, sendo essencial para a garantia de assistência longitudinal e integral aos pacientes crônicos do seu território de abrangência quando a AD for a forma de cuidado mais oportuna. Para elegibilidade dos usuários, além dos critérios de impossibilidade temporária ou definitiva de comparecimento a um serviço de saúde, é importante avaliar critérios de vulnerabilidade, de acesso geográfico, de transporte particular, público ou sanitário e sociais e violência do território (Brasil, 2020b).

Pessoas da categoria “A” (incapacidades entre 0a 24%), consideradas nestas como limitações leves, poderiam se beneficiar por serviços de reabilitação vinculados a RCPD em seu território na APS, com uma equipe multidisciplinar, pois podem apresentar necessidades que requerem tecnologias leves, representado pela escuta respeitosa, pelo diálogo interessado, esclarecedor e pelo acolhimento humanizado. As tecnologias leves são portanto definidas pelo trabalho centrado no campo das relações, que dizem respeito ao acolhimento, ao vínculo, à responsabilização à gestão como meio de governar os processos de trabalho. Essas tecnologias em saúde incluem os saberes utilizados para a produção do cuidado, necessários para a operacionalização e organização das ações humanas. Possuem, basicamente, natureza relacional, subjetiva e informativa (Medeiros *et al.*, 2021).

As ações de reabilitação de pessoas com deficiência constituem uma das propostas a serem desenvolvidas pela APS como forma de promover ampliação da autonomia e independência, melhorarem a qualidade de vida dos indivíduos e favorecer a sua participação social. Apesar da deficiência e reabilitação serem rotineiramente atribuídas por profissionais de saúde e pela população como de responsabilidade dos níveis de maior complexidade, a ESF pode ser um espaço apropriado para atenção às necessidades da saúde das pessoas com deficiência através de um trabalho coletivo e de cooperação mútua entre sujeitos. Espaços de capacitação e estratégias de reflexão diante dos problemas e desafios poderiam produzir transformações nas práticas profissionais e na própria organização do trabalho (AMORIM; LIBERALI; NETA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A deficiência faz parte da condição humana e praticamente todas as pessoas, em algum momento da vida, sofrerão algum tipo de incapacidade, e que aqueles que chegarem à velhice terão maiores dificuldades funcionais. Por isso repensar espaços, estratégias e soluções são pensar no nosso próprio futuro.

A medida de deficiência pode prever informações sobre as necessidades dos usuários relacionados a qual tipo de cuidado e nível de atenção estes necessitam e para isso, o questionário *WHODAS 2.0* pode contribuir para a identificação de necessidades, estabelecendo prioridades para o processo de reabilitação.

De acordo com a amostra estudada e de acordo com a perspectiva das RAS e complexidade das mesmas, verifica-se que 54 (25,96%) dos usuários considerados como limitações leves (categoria A) somadas às limitações severas (categoria D) poderiam se beneficiar de atendimentos em outros pontos de atenção (no caso, APS e/ou SAD) sem necessariamente serem encaminhados ao serviço especializado em reabilitação.

Os objetivos propostos neste trabalho como conhecer o perfil sociodemográfico destes usuários, bem como seu nível de funcionalidade nos mostra que a partir das informações verificadas, podemos melhorar os processos de reabilitação no município, articulando serviços especializados em reabilitação, APS e vários outros setores objetivando promover de forma integral a reinserção do indivíduo e seus familiares na sociedade e mercado de trabalho.

Fica evidenciado, ao final desse trabalho, a necessidade que se tem pela continuidade desse processo avaliativo, a fim de que se possa alcançar a melhoria da interlocução entre AEE e a APS, possibilitando firmar ações conjuntas durante o processo de reabilitação, seja realizando esse acolhimento baseado em instrumentos preconizados pela CIF no ambiente da APS quanto às necessidades de encaminhamento e/ou cuidado compartilhado seja fortalecendo a sua relação com a rede.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. A.; RIBEIRO, F. F.; SAMPAIO, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em(trans)formação. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 185 - 192, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000200185&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2019.

ALMONDES, J. G. S. **Validação do WHODAS 2.0 para pessoas com hanseníase acompanhadas em um centro de referência de Fortaleza**. 2020. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

AMORIM, Érico Gurgel; LIBERALI, Rafaela; MEDEIROS NETA, Olivia Moraes. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Holos**, Natal, v. 1, p. 224-236, fev. 2018. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775>. Acesso em: 2 nov. 2022. <http://dx.doi.org/10.15628/holos.2018.5775>.

BOSCATELI, Paula Carolina de Castro; PASSOS, Antonio Henrique Rodrigues dos; MARIN, Maria José Sanches; SILVA, Luís Carlos Paula e; MIELO, Marcio; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro. A INTEGRALIDADE NA REABILITAÇÃO FÍSICA: dificuldades e estratégias para seu desenvolvimento. **New Trends In Qualitative Research**, [S.L.], p. 754-768, 7 jul. 2020. Ludomedia. <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.754-768>. Acesso em: 1 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 1 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): MS; 2010.

_____. Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em: 30 out. 2019.

_____. Decreto legislativo n. 186, 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo assinados em NY em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2008. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm. Acesso em: 30 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/cartilha-do-censo-2010-pessoas-com-deficiencia>. Acesso em: 30 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abr. 2012a. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html - Acesso em: 1 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2012b. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html. Acesso em: 1 ago. 2021.

_____. Resolução CNS nº 452, de 10 de maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. Brasília; **Diário Oficial da União**, 2012c.

_____. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.003, de 09 de dezembro de 2014. **Institui as atribuições e diretrizes de funcionamento das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do SUS-MG (RCPD) e dá outras providências**. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 1 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Acesso em: 01 maio 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva física, intelectual e visual**: Centro Especializado em Reabilitação - CER e oficinas ortopédicas. Centro Especializado em Reabilitação - CER e oficinas ortopédicas. 2020a. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mis-40947>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar**

na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

_____. Secretaria De Atenção Primária à Saúde. **Cobertura de Atenção Primária - PNS 2020 a 2023**. 2021. Disponível em:

https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps. Acesso em: 23 maio 2023.

_____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Viver sem Limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite>.

Acesso em: 30 out. 2018.

CABREIRA, Verónica; MASSANO, João. Doença de Parkinson: revisão clínica e atualização. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 32, n. 10, p. 661-670, 1 out. 2019. Ordem dos Médicos. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.11978>.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. **A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência**. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/207-210/pt>. Acesso em: 22 ago. 2018.

CARDOSO, Fabrizio Antonio Gomide *et al.* Validação do World Health Organization Disability Assment Schedule – WHODAS 2.0 em pacientes com Esclerose Múltipla. **Ciência em Movimento**: Reabilitação e Saúde, Brasília, v. 22, n. 43, p. 139-148, jun. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ana-Paula-Espindula/publication/343596266_Validacao_do_World_Health_Organization_Disability_Assment_Schedule_-_WHODAS_20_em_pacientes_com_Esclerose_Multipla/links/5f3ad60b458515b72929a41c/Validacao-do-World-Health-Organization-Disability-Assment-Schedule-WHODAS-20-em-pacientes-com-Esclerose-Multipla.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail. Acesso em: 08 jan. 2022.

CASTRO, Castro S. S.; Castaneda, L.; Araújo, E. S.; Buchalla, C. M. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 679 – 687, 2016. Doi:<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030018>

COSTA, Fabrícia Azevêdo da; SILVA, Diana Lidice Araujo da; ROCHA, Vera Maria da. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 45, n. 5, p. 1083-1088, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000500008>.

DIÁRIO DE UBERLÂNDIA. **Previa-do-censo-2022-estima-populacao-de-uberlandia-em-725-536-habitantes**. 2022. Disponível em: <https://diariodeuberlandia.com.br/noticia/32728/previa-do-censo-2022-estima-populacao-de-uberlandia-em-725-536-habitantes>. Acesso em: 23 maio 2023.

DORNELAS, Lílian de Fátima. WHODAS 2.0: avaliação da incapacidade de indivíduos com história de acidente vascular cerebral. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 42-47, fev. 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/839/719>. Acesso em: 08 jan. 2022.

DUBOW, C.; **Análise da implementação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência na 28ª região de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GjnT8QwD5CMYd9sSWBjw8C/?lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2021

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cássia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 187-193, jul. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

GUEDES, Denyse Moreira; BARBOSA, Daniela Alves de Lima. POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: TRAJETÓRIA, POSSIBILIDADES E INCLUSÃO SOCIAL. **Intr@Ciencia**, [s. l], v. 1, n. 19, p. 1-16, jun. 2020. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522120151.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522120151.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama> .Acesso em: 01 ago. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pessoas com Deficiências 2022**: divulgação dos resultados gerais. Divulgação dos Resultados Gerais. 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf. Acesso em: 01 ago. 2023.

LOLLAR, D. Public Health and Disability: Emerging Opportunities. **Public Health Reports**, mar./apr., 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497417/>. Acesso em: 01 set. 2018.

LOPES, Leidiana de Jesus Silva. Um olhar sobre a rede de assistência à saúde: organização e desafios da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Research, Society And Development**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 14, p. 1-14, nov. 2021.

MAIOR, I. História, conceito e tipos de deficiência. In: _____. **Programa Estadual de Prevenção e Combate à violência contra as pessoas com deficiência**. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência,

2015. Disponível

em: <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

MARGARIDO, A. J. L.; GOMES, A. F. S. R.; ARAÚJO, G. L. S.; PINHEIRO, M. C.; BARRETO, L. B. Epidemiologia do Acidente Vascular Encefálico no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, São Paulo, n. 39, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e8859.2021>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Nota Técnica nº 11/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASPD/2022**. Belo Horizonte: Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, 2022.

MINAS GERAIS. **Nota Técnica nº 8 SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASPD, de 2022**. Institui As Normas Gerais de Adesão, Execução, Acompanhamento, Controle e Avaliação da Concessão de Incentivo Financeiro Excepcional Aos Municípios, Para Fomento da Rede de Cuidados À Pessoa Com Deficiência do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 28 abr. 2022a.

MEDEIROS, L. S. P. **Interlocução entre Centro Especializado em Reabilitação e Atenção Primária à Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil, 2011.

MEDEIROS, Luciano Silveira Pacheco de; PACHECO, Rafaela Ferrari; MEDEIROS, Marco Antônio de; CORREA, Leandro; SILVA, Rosana Mara da; VENTURA, Jeferson; TUON, Lisiane. **Sistema de referência e contrarreferência entre centro especializado em reabilitação e atenção primária à saúde**. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Saude/Downloads/19959-Article-242468-1-10-20210906.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.324-335, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000200014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2018.

OLIVEIRA, N. R. **Redes de atenção à saúde: a atenção organizada em redes**. São Luís: UMA-SUS/UFMA, 2015.

RODRIGUES, R. M.; SILVA, J. S. C. da; ANDRADE, S. M. dos S.; CALVO, B. F. Perfil neuropsicológico de pacientes com comprometimento cognitivo leve por doença de Parkinson: uma revisão sistemática. **Neuropsicologia Latinoamericana**, Chile, v. 11, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/461. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTANA, Hunny Fernanda Robespierre; LIMA, Ana Karolina Pontes. Avaliação da saúde e deficiência através do WHODAS 2.0 em indivíduos com Lesões Medulares. **Brazilian Journal Of Development**, Flórida, v. 8, n. 10, p. 65859-65874, 5 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n10-065>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/52807>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SOUZA, Mariana Angélica Peixoto de. **Inovação nos serviços públicos de reabilitação**: propostas para a sistematização da coleta de informações funcionais centradas no usuário. 2016. 179 f. Tese (Doutorado) - Curso de Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SULLIVAN, Samyr *et al.* **Avaliação de Saúde e Deficiência**: manual Whodas 2.0. Uberaba: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;sequence=1. Acesso em: 02 ago. 2020

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025**. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/gestao-em-saude/>. Acesso em: jul. 2022.

World Health Organization (WHO), The World Bank. **Relatório mundial sobre a deficiência**; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. – São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p.

ANEXOS



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Versão de 36 itens, administrada por entrevistador

Introdução

Este documento foi desenvolvido pela equipe de Classificação, Terminologia e Padronizações da OMS, com a estrutura do Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação de Incapacidade - OMS/ Institutos Nacionais de Saúde.

Antes de usar este instrumento, os entrevistadores devem ser treinados usando o manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* (WHO 2010), que inclui um guia de entrevista e outros materiais de treinamento.

As versões de entrevistas disponíveis são as que se seguem:

- 36 itens – Administrada por entrevistador^a
- 36 itens – Auto-administrada
- 36 itens – Administrada ao proxy^b
- 12 itens – Administrada por entrevistador^c
- 12 itens – Auto-administrada
- 12 itens – Administrada ao proxy^b
- 12+24 itens – Administrada por entrevistador

^a Uma versão computadorizada da entrevista (/Shell) está disponível para entrevistas assistidas por computador ou para a entrada de dados.

^b Parentes, amigos ou cuidadores.

^c A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão mais detalhada de 36 itens.

Para mais detalhes das versões, por favor, consulte o WHODAS 2.0 manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* (WHO 2010).

Permissões para tradução deste instrumento em qualquer idioma devem ser obtidas da OMS, e todas as traduções devem ser preparadas de acordo com as diretrizes para tradução da OMS, como detalhado no manual de acompanhamento.

Para informações adicionais, por favor, visite www.who.int/whodas ou contate:

Dr T Bedirhan Östün
Classification, Terminology and Standards
Health Statistics and Informatics
World Health Organization (WHO)
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Este questionário contém a versão de 36 itens do WHODAS 2.0 aplicado por entrevista.

Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta.

O texto a ser lido para o entrevistado está escrito

em letra padrão azul.

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista				
F1	Número da identidade do entrevistado			
F2	Número da identidade do entrevistador			
F3	Momento da avaliação (1, 2, etc.)			
F4	Data da entrevista			
		dia	mês	ano
F5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade		1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 15-20 minutos.

Para respondentes da população em geral (não a população clínica) diga:

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista.

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

A1	Anote o sexo da pessoa conforme observado	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual sua idade?	anos	
A3	Quantos anos no total você passou estudando em escola, faculdade ou universidade?	anos	
A4	Qual é o seu estado civil atual? (Escolha a melhor opção)	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	Qual opção descreve melhor a situação da sua principal atividade de trabalho? (Escolha a melhor opção)	Trabalho remunerado	1
		Autônomo(a), por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra	2
		Trabalho não remunerado, como trabalho voluntário ou caridade	3
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problemas de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique)	9



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 3 Introdução

Diga ao(a) respondente:

A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de suas condições de saúde.

Dê o cartão resposta nº1 ao(a) respondente e diga:

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas.

Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

Aponte para o cartão resposta nº1 e explique que a "dificuldade em fazer uma atividade" significa:

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade.

Diga ao(a) respondente:

Quando responder, gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Eu gostaria ainda que você respondesse essas perguntas pensando em quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, enquanto você fazia suas atividades como você costuma fazer.

Dê o cartão resposta nº2 ao(a) respondente e diga:

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

Nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não consegue fazer.

Certifique-se de que o(a) respondente possa ver facilmente os cartões resposta nº1 e nº2 durante toda a entrevista.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 4 Revisão dos domínios

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre compreensão e comunicação.

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2 para o(a) respondente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1 <u>Concentrar-se</u> para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2 <u>Lembrar-se</u> de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3 <u>Analisar e encontrar soluções</u> para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1.4 <u>Aprender</u> uma <u>nova tarefa</u> , por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1.5 <u>Compreender de forma geral</u> o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1.6 <u>Comecer e manter uma conversa</u> ?	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

Agora vou perguntar para você sobre dificuldades de locomoção e/ou movimentação.

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.1 <u>Ficar em pé</u> por <u>longos períodos</u> como 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2 <u>Levantar-se</u> a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
D2.3 <u>Movimentar-se dentro de sua casa</u> ?	1	2	3	4	5
D2.4 <u>Sair da sua casa</u> ?	1	2	3	4	5
D2.5 <u>Andar por longas distâncias</u> como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 3 Auto-cuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo(a).

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.1	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações Interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde eu quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
D4.2	Mantiver uma amizade?	1	2	3	4	5
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?	1	2	3	4	5
D4.4	Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
D4.5	Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 5 Atividades de vida

5(1) Atividades domésticas

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.1	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D5.2	Fazer <u>bem</u> as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que "nenhuma" (codificada como "1"), pergunte:

D5.01	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as <u>tarefas domésticas</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	--	------------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho.

Mostre cartões resposta nº1 e nº2

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.7	Fazer todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.8	Fazer todo o trabalho na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5
D5.9	Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2
D5.10	Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que "nenhuma" (codificada como "1"), pergunte:

D5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você <u>deixou de trabalhar por meio dia ou mais</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	--	------------------------------

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 6 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor, foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, <u>festividades</u> , <u>atividades religiosas</u> ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das <u>atitudes e ações</u> de outros?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto <u>tempo</u> você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto você tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou lazer</u> ?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas <u>dificuldades estiveram presentes?</u>	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características e demandas funcionais de usuários encaminhados a um Centro Especializado em Reabilitação a partir do acolhimento

Pesquisador: Geresa Gonçalves Moura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55834421.7.0000.5152

Instituição Proponente: PPGAT- MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.294.321

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, "Este estudo retrospectivo objetiva traçar o perfil demográfico e conhecer as demandas dos usuários encaminhados à Reabilitação Física Neurológica (adulto) ao Centro Especializado em Reabilitação no período de Janeiro a Dezembro de 2019. É importante saber qual é o estado de saúde das pessoas com deficiência comparadas às demais; que necessidades e que tipos de intervenções são mais adequadas para reduzir condições secundárias e promover a saúde das pessoas com deficiências, dentre outras. Este estudo visa conhecer quais necessidades os usuários com seqüelas neurológicas apresentam de acordo com o contexto da integralidade, quais as necessidades de reabilitação que esperam do serviço ou limitações do mesmo para que possam exercer suas atividades diárias, participação na vida social, familiar e profissional.

Introdução

A deficiência é um processo de construção social, em evolução e de caráter multidimensional que não se limita ao atributo biológico, pois refere-se à interação entre a pessoa e as barreiras ou os elementos facilitadores existentes nas atitudes e na provisão de acessibilidade e de tecnologia assistiva. Uma pessoa com limitação funcional encontrará condições de realizar atividades e participar na proporção direta dos apoios sociais existentes. O envolvimento da pessoa com deficiência na vida comunitária depende da sociedade assumir sua responsabilidade no processo de inclusão. Dessa forma, na concepção de novos espaços, políticas, programas, produtos e

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.405-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.294.321

serviços, o desenho deve ser sempre universal e inclusivo, para que não mais se construam obstáculos que impeçam a participação destas pessoas (MAJOR, 2015). Os tipos de deficiência correspondem às alterações biológicas e suas necessidades específicas e estão categorizados no Decreto nº 5.296/2004 na legislação brasileira como: deficiência física, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência mental e deficiência múltipla que é a associação de mais de um tipo de deficiência. Caracteriza-se nesse decreto a deficiência física, como a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004). De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência as pessoas com deficiência têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e limitação em sua participação plena na sociedade se comparadas às demais (BRASIL, 2008). O Censo brasileiro de 2010 realizado pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que 23,9% da população possuía pelo menos uma das deficiências: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual aonde a deficiência motora ocorreu em 7% da população (BRASIL, 2012). De acordo com Alves et al. (2016), a saúde das pessoas com deficiência no Brasil vem recebendo atenção crescente, pelo aumento 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), dentre eles o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limites. Este traz em seu eixo a articulação de políticas de atenção à saúde, acesso à educação, inclusão social e acessibilidade, além de possuir ações direcionadas pelo Ministério da Saúde por meio da criação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência. Para Campos et al. (2015), 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 país. O artigo 26, Habilitação e Reabilitação, da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), recomendam medidas efetivas e apropriadas para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional para a inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Para tanto, é necessário o fortalecimento e ampliação dos serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.405-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cexip@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.204.321

saúde, emprego, educação e serviços sociais de forma precoce baseados em avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes de cada pessoa (BRASIL, 2008). Entende-se por serviços de reabilitação, aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza física, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2013). A reabilitação, em geral, ocorre em um determinado período de tempo por meio de intervenções simples ou múltiplas sendo realizadas por um profissional ou por uma equipe de profissionais de reabilitação. O trabalho em equipe na reabilitação assegura uma atenção integral devido às contribuições de diferentes formações promovendo a autonomia e a qualidade de vida do paciente, porém somente o trabalho de uma equipe de reabilitação não garante uma assistência integral. A atenção integral à saúde pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua condição, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão (PAULA et al.; 2017). Em Uberlândia, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Junta Reguladora foram instituídas em 2014 a fim de promover a integralidade do cuidado e o acesso regulado abrangendo seus diferentes níveis em cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio. Os usuários são encaminhados aos serviços de reabilitação após avaliações dos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) das Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e inseridas em um sistema informatizado adotado pela Secretaria Municipal de Saúde nas modalidades de reabilitação: neurológica adulto, neuropediatria, visual, intelectual, fonoaudiologia, dores agudas, dores crônicas, dentre outras a depender do caso. A Junta Reguladora é responsável, dentre outras funções, por estabelecer e regular os fluxos assistenciais encaminhando os usuários aos serviços de reabilitação municipal e prestadores de serviço (Associações, ONGs, Universidades e outros.) em serviços de reabilitação primários ou especializados. O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde no Território (BRASIL, 2012a) e é organizado conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas, a saber: CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação; CER III: presta atendimentos de três modalidades de reabilitação; CER IV: presta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação. Em Uberlândia, foi habilitado um CER III em 2014 para atendimento às reabilitações física, visual e intelectual para usuários do município e região referenciada do Triângulo Mineiro (27 municípios do Triângulo

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cosp@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.204.301

Norte). O CER conta com equipe multidisciplinar como assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos e enfermeiros que acolhem e prestam assistência aos usuários encaminhados ao serviço, se deparando com os desafios para a garantia da atenção à saúde. O Relatório Mundial da Pessoa com Deficiência (2012) mostra que pessoas com deficiência podem exigir diferentes serviços de intervenções, que variam de menores a maiores complexidades. Os dados sobre as necessidades de serviços, tanto atendidas quanto a não atendidas são importantes para as políticas e programas públicos. As necessidades podem estar relacionadas a atividades diárias como cuidados pessoais, acesso a cuidados e equipamentos, educação, emprego, atividades sociais e modificações nas suas casas ou em seus locais de trabalho (OMS, 2012).

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva utilizando-se de dados já coletados no ano de 2019, com metodologia quantitativa.

Serão avaliados questionários já aplicados aos usuários encaminhados à Reabilitação Neurológica Adulto, baseado nas demandas biopsicossociais dos usuários, preconizadas pela CIF (Classificação Internacional em Funcionalidade) - o WHODAS (World Health Disability Assessment Schedule).

Estes questionários foram aplicados em 2019 na rotina de acolhimento do CER para o usuário encaminhado através do fluxo de Reabilitação Neurológica adulto.

Critério de Inclusão:

Dados de questionários respondidos na sua totalidade aplicados em usuários adultos (que possuam 18 anos ou mais) encaminhados a este serviço em fluxo de Reabilitação Neurológica Adulto de janeiro a dezembro de 2019;

Critério de Exclusão:

Dados de questionários que ficaram incompletos aplicados em usuários adultos (18 anos ou mais);
Usuários menores de 18 anos;

Desfecho Primário:

Conhecer as características sociodemográficas e de saúde dos usuários atendidos ao serviço especializado de reabilitação

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.405-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.294.321

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores;

Objetivo Primário:

Compreender o perfil de usuários encaminhados para a reabilitação no serviço especializado a partir do grau de deficiência dos mesmos;

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários adultos encaminhados para a Reabilitação Física Neurológica Adulto;

Identificar o conjunto de necessidades específicas de reabilitação da pessoa com deficiência mediante o grau de dependência nas tarefas cotidianas.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as autoras,

Riscos:

Os riscos consistem na possibilidade de identificação dos participantes, e para que isso não ocorra, os dados dos questionários serão identificados por número sequencial, preservando assim nome/identificação do usuário. Os pesquisadores se comprometem com o sigilo da pesquisa. Os resultados serão publicados e mesmo assim a identidade dos participantes será preservada.

Benefícios:

Espera-se que a pesquisa promova a estratégias de cuidado à saúde das pessoas com deficiência, contribuindo para a reafirmação da importância da reabilitação nos diversos pontos de atenção à saúde da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência. Diretamente, essa pesquisa contribuirá para a reflexão sobre acesso, fluxo e otimização da reabilitação dos usuários encaminhados ao Centro Especializado em Reabilitação.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa retrospectiva utilizando dados já coletados no ano de 2019, com metodologia quantitativa. Objetiva traçar o perfil demográfico e conhecer as demandas dos usuários encaminhados à Reabilitação Física Neurológica (adulto) ao Centro Especializado em Reabilitação no período de Janeiro a Dezembro de 2019. O estudo parte do pressuposto de que conhecer o perfil e as demandas dos usuários

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.405-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cepj@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: S.204.321

encaminhados para o centro especializado em reabilitação é fundamental para melhoria nos processos e fluxos de encaminhamentos.

Serão avaliados questionários já aplicados aos usuários encaminhados à Reabilitação Neurológica Adulto, baseado nas demandas biopsicossociais dos usuários, preconizadas pela CIF (Classificação Internacional em Funcionalidade) - o WHODAS (World Health Disability Assessment Schedule).

Estes questionários foram aplicados em 2019 na rotina de acolhimento do CER para o usuário encaminhado através do fluxo de Reabilitação Neurológica adulto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados.

Solicita dispensa do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: NOVEMBRO/2022*.

* Tolerância máxima de 01 mês para o atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

O CEP/UFU alerta que:

a) Segundo as Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, o pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.405-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.204.321

b) O CEP/UFU poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;

c) A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento às Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica da pesquisa.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo (Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado pelo CEP/UFU e descontinuar o estudo após a análise, pelo CEP que aprovou o protocolo (Resolução CNS nº 466/12), das razões e dos motivos para a descontinuidade, aguardando a emissão do parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Resolução CNS nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – apresentando o seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprobatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.405-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 5.294.321

(Resolução nº 251/97, Item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1861173.pdf	15/02/2022 08:45:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_compromisso.pdf	15/02/2022 08:43:57	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_dispenza_TCLE.pdf	14/02/2022 09:03:17	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	14/02/2022 08:11:19	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	Pesquisadoras.docx	12/02/2022 15:58:04	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	Questionario.pdf	12/02/2022 15:40:36	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	12/02/2022 15:18:22	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	19/11/2021 18:55:21	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 16 de Março de 2022

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cnp@propp.ufu.br