

Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra

**EGRESSOS DA UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS PREDITORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-FUNCIONAIS**

Belo Horizonte

2020

Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra

**EGRESSOS DA UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS PREDITORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-FUNCIONAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Linha de Pesquisa: Estudos em Reabilitação Neurológica no Adulto

Orientadora: Prof^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, PT, Ph.D.

Coorientadora: Prof^a Soraia Micaela Silva, PT, Ph.D.

Belo Horizonte

2020

D978e Dutra, Tamires Mariana de Freitas Vieira
2020 Egressos da unidade de acidente vascular cerebral: acesso aos serviços de saúde e seus preditores sociodemográficos e clínico-funcionais. [manuscrito] / Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra – 2020.
67 f., enc.: il.

Orientadora: Christina Danielli Coelho de Morais Faria
Coorientadora: Soraia Micaela Silva

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 38-43

1. Acidentes vasculares cerebrais – Teses. 2. Serviços de saúde pública – Teses. 3. Fisioterapia – Teses. I. Faria, Christina Danielli Coelho de Morais. II. Silva, Soraia Micaela. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 612.8



FOLHA DE APROVAÇÃO

**EGRESSOS DA UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS PREDITORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-FUNCIONAIS**

TAMIRES MARIANA DE FREITAS VIEIRA DUTRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, área de concentração DESEMPENHO FUNCIONAL HUMANO.

Aprovada em 05 de novembro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Christina Danielli Coelho de Moraes Faria - Orientador
UFMG

Prof(a). Soraia Micaela Silva
UNINOVE

Prof(a). Larissa Tavares Aguiar
Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Prof(a). Aline Alvim Scianni
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, 5 de novembro de 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar a coragem para seguir os meus sonhos, sempre me fortalecendo e ter me amparado em momentos difíceis!

À minha orientadora Christina Faria, agradeço pelo desafio, e ao mesmo tempo a confiança em assumir minha orientação, diante de tantas dificuldades enfrentadas ao longo desta etapa. Sua disponibilidade, agilidade e competência são motivos de admiração!

À minha coorientadora Soraia Micaela, agradeço pelo aprendizado e disposição, feita sempre com muito cuidado, carinho e atenção. O apoio certo, no momento certo, foi essencial.

Às colegas da terapia ocupacional que pelo trabalho em conjunto e todas as colaborações: Nathália, Edvânia, Marcela, Verônica.

Aos alunos de iniciação científica que participaram de diversos momentos: Ana Flávia, Valdisson, Rafaela, Carolina e Isadora.

À Prof^a. Iza, pelo esforço e empenho para que a realização deste estudo fosse possível.

Às Fisioterapeutas, colegas de trabalho do Risoleta: Fabi, Camila, Ana, Ju, Sharon, Lud, Lelê, que no dia-a-dia, me escutam com paciência e solidariedade, e por tantos conselhos. Em especial, a Nathalia Hyssa, minha parceira da UAVE.

Ao Hospital Risoleta e seus coordenadores, pela oportunidade e confiança cedida para realizar este trabalho, e por todo aprendizado ao longo destes anos.

Aos pacientes que tiveram AVE e participaram dessa pesquisa, esse trabalho é por vocês. Obrigada!

Aos colegas de mestrado e orientandas da Chris, que me acolheram e compartilharam saberes, experiências, expectativas, incertezas... À secretária do colegiado de pós graduação, Eliane, sempre disposta a esclarecer as dúvidas.

À minha família e amigos, que sempre torceram e me apoiaram, entendendo minha ausência em tantos momentos, em especial, a minha irmã Carol, exemplo de determinação e garra!

Aos meus pais, Simone e Vieira, pelo amor e cuidado dedicado a mim, por todos momentos de apoio incondicional. Nenhum conhecimento é mais importante do que aquele aprendido com vocês. Amo vocês!

Ao meu marido, eterno amor e companheiro, Michael, por todos os monólogos intermináveis compartilhados diariamente, os cuidados despendidos, para que eu pudesse dedicar ao mestrado, sempre me incentivando a estudar e a persistir! Nunca duvidou de minha competência para assumir desafios cada vez maiores. Obrigada, te amo!

Ao fomento de: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), Pró-Reitoria de pesquisa (PRPq) da UFMG.

RESUMO

Após o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o acesso aos serviços de saúde para continuidade dos cuidados é fundamental e deve ser proporcionado de forma integral e multiprofissional, de acordo com as necessidades individuais. No Brasil, há políticas públicas e recomendações de cuidados para indivíduos pós-AVC. Contudo, informações sobre acesso aos serviços de saúde desta população são escassas. Os objetivos deste estudo foram caracterizar o acesso aos serviços de saúde, comparar o “acesso real” ao “acesso esperado”, e determinar os preditores sociodemográficos e clínico-funcionais, no primeiro mês (T1) após a alta hospitalar de uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC). Durante seis meses (setembro/2019-fevereiro/2020), indivíduos com idade ≥ 20 anos, identificados em uma U-AVC de Belo Horizonte/MG, com primeiro AVC e sem incapacidades prévias, foram incluídos e avaliados na alta hospitalar (T0) quanto a características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico) e clínico-funcionais (gravidade do AVC e nível de incapacidade). Em T1, por telefone, foram coletadas informações sobre o acesso aos serviços de saúde (“acesso real”). Para comparação ao “acesso esperado” (encaminhamentos dos profissionais da U-AVC), utilizou-se estatística descritiva e teste de Wilcoxon e, para identificar os preditores, regressão logística binária ($\alpha=5\%$). Foram identificados 260 indivíduos, sendo incluídos 116 e 78 avaliados em T1: maioria do sexo feminino (53%), com média de idade de 60 ± 16 anos, com menos de quatro anos de estudo (50%), com incapacidade leve (53%) e nível de gravidade do AVC leve (50%) o mais comum. Todos receberam pelo menos um encaminhamento. O acesso aos serviços de saúde em T1 foi obtido pela maioria dos indivíduos (77%;60/78), de forma parcial em relação ao esperado (70%;42/60), sendo a quantidade de “acesso real” ($n=122$) significativamente menor ao “acesso esperado” ($n=249$) ($p<0,001$). Os serviços públicos (88%;53/60) e médicos (93%;56/60) foram os mais acessados. Considerando a relação entre “acesso real” e “acesso esperado”, os serviços médicos (56/78;72%), de fonoaudiologia (15/21;71%) e fisioterapia (26/43;61%) obtiveram melhores resultados. O de terapia ocupacional foi, proporcionalmente, o de menor acesso (17/74;23%) e nenhum acesso aos serviços de psicologia e social foi observado, apesar dos encaminhamentos realizados (cinco e três, respectivamente). O sexo ($OR=18,92;p=0,01$) e a escolaridade ($OR=1,48;p=0,04$) foram os preditores significantes do acesso. O fato da maioria dos indivíduos terem obtido acesso aos serviços de saúde em um mês da alta hospitalar caracteriza o funcionamento positivo do sistema público de saúde de Belo Horizonte/MG. Porém, este acesso foi prioritariamente a serviços médicos e significativamente inferior ao esperado, demonstrando que as necessidades de cuidado integral e multiprofissional à saúde e funcionalidade da maioria desses indivíduos não estão sendo atendidas com um mês da alta hospitalar. Ser do sexo feminino e ter baixa escolaridade favoreceu o acesso, o que aponta, em parte, o atendimento a grupos de vulnerabilidade. Ressalta-se que os cuidados em saúde pós-AVC devem ser realizados o mais precoce possível para obtenção dos melhores resultados, por isso a necessidade da análise do acesso aos serviços de saúde em um mês pós-AVC. Contudo, este período pode ter sido insuficiente para o acesso a todos serviços de saúde esperado. Recomenda-se novos estudos com brasileiros de outras regiões e acompanhados por mais tempo.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Acesso aos Serviços de Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

After a stroke, access to health services for continuity of care is essential and must be provided in a comprehensive and multi-professional manner, according to individual needs. In Brazil, there are public policies and structured care recommendations for post-stroke individuals. However, information on access to health services for this population is scarce. The objectives of this study were to characterize access to health services, to compare “real access” to “expected access,” and to determine their sociodemographic and clinical-functional predictors in the first month (T1) after hospital discharge from an stroke unit. For six months (September/2019-February/2020), individuals aged ≥ 20 years, identified in a stroke unit in Belo Horizonte/MG with stroke for the first time and without previous disabilities, were included and evaluated at the time hospital discharge (T0) for characteristics sociodemographic (gender, age, education, and socioeconomic level) and clinical-functional (severity of stroke and level of disability). In T1, they were contacted by telephone to collect information about access to health services (“real access”). Descriptive statistics and Wilcoxon test were used to compare the “expected access” (referrals from stroke unit professionals), and binary logistic regression ($\alpha = 5\%$) was conducted to identify predictors. Therefore, 260 individuals were identified, including 116 and 78 assessed at T1: most were female (53%), with an average age of 60 ± 16 years, with less than four years of study (50%), with mild disability (53%) and severity level of mild stroke (50%) the most common. All received at least one referral. Access to health services in T1 was obtained by most individuals (77%;60/78), however, partially (70%;42/60) comparing to what was expected, with the amount of “real access” ($n=122$) significantly lower than the “expected access” ($n=249$) ($p<0.001$). Public services (88%;53/60) and doctors (93%;56/60) were the most accessed. Considering the proportional relationship between “real access” and “expected access”, medical services (56/78;72%), speech therapy (15/21;71%), and physical therapy (26/43;61%) obtained better results. Occupational therapy was, proportionally, the one with the lowest frequency of access (17/74;23%), and no access to psychology and social services was observed, despite the referrals made (five and three, respectively). Sex ($OR=18.92;p=0.01$) and education ($OR=1.48;p=0.04$) were the only significant predictors of access. The fact that most individuals obtained access to health services after just one month of hospital discharge positively characterizes the functioning of the public health system in Belo Horizonte/MG. Nevertheless, this access was primarily to medical services and significantly lower than expected, demonstrating that the needs for comprehensive and multi-professional health care and functionality of most of these individuals are not being met within a month of hospital discharge. Being female and having a low level of education favored access, which in parts indicates the care for vulnerable groups. It is noteworthy that post-stroke health care must be performed as early as possible to obtain the best results, hence the need to analyze access to health services in first month after stroke. However, this period may have been insufficient for the expected access to all health services to be obtained. It is recommended further studies with Brazilian individuals from other regions a deeper investigation for a longer period.

Palavras-chave: Stroke. Health Services Accessibility. Health Services Research. Delivery of Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVO GERAL	14
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2 METODOLOGIA	15
2.1 AMOSTRA	15
2.2 CÁLCULO AMOSTRAL	16
2.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	17
2.3.1 VARIÁVEL DEPENDENTE	17
2.3.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	17
2.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDAS PARA CARACTERIZAR AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES	17
2.4.1 CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA	18
2.4.2 NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)	18
2.4.3 ESCALA MODIFICADA DE RANKIN (RANKIN)	18
2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	19
2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	20
3 RESULTADOS	21
4 DISCUSSÃO	27
5 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
MINICURRÍCULO	45

ANEXO 01 - APROVAÇÃO PELO COLEGIADO DO NÚCLEO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO (NEPE) DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES (HRTN).....	47
ANEXO 02 - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERIAS (UFMG)	48
ANEXO 03 - VERSÃO BRASILEIRA DA <i>NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE</i> (NIHSS).....	51
ANEXO 04 - VERSÃO BRASILEIRA DO MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	54
ANEXO 05 - VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA MODIFICADA DE RANKIN	56
ANEXO 06 - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	57
ANEXO 07 - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)	59
APÊNDICE 01 - FICHA DE AVALIAÇÃO A: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS FUNCIONAIS.....	62
APÊNDICE 02 - FICHA DE AVALIAÇÃO B: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	64

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença de grande preocupação para a saúde pública dado o impacto na saúde e funcionalidade dos indivíduos (1,2), com repercussões econômicas e sociais (1,3). No Brasil, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade (1,3). Em 2012 foi identificada elevada incidência do AVC na população brasileira (1,4). O estado de Minas Gerais apresentou a segunda maior taxa de internação do país por AVC, com 11,23 internações por 10.000 habitantes (4). Na região metropolitana de Belo Horizonte (BH) esta taxa apresenta aumento exponencial com o avanço da idade (4).

Para estruturar uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada estabelecendo uma organização do cuidado integral do paciente com AVC, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil aprovou, em 2012, a *Linha de Cuidados em AVC* (5). O objetivo é reduzir a morbimortalidade causada pelo AVC, vislumbrando todas as demandas de atenção à saúde e melhorar o acesso ao atendimento especializado (5,6). Alguns dos constituintes dessa linha são: Atenção Primária à Saúde (APS); hospitais com habilitação em Centro de Atendimento de Urgência; atenção domiciliar; e serviços de reabilitação ambulatorial e hospitalar (5,6).

Os hospitais credenciados como Centro de Atendimento de Urgência tipo III possuem uma organização específica para atender o AVC (6). Em BH são: Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), o Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB) e, recentemente, o Hospital Metropolitano Célio de Castro (HMCC) (7,8,9). Um dos requisitos para o credenciamento tipo III dos hospitais é oferecer a continuidade do cuidado hospitalar em uma U-AVC de acordo com a necessidade clínica do paciente (5,6). Toda U-AVC deve dispor de equipe multiprofissional dedicada ao cuidado dos indivíduos pós-AVC na fase aguda com a atribuição de oferecer a continuidade ao tratamento nesta fase, a reabilitação precoce, a investigação etiológica da doença e os encaminhamentos à rede de saúde na alta hospitalar (5-9). O objetivo principal desta equipe é incentivar a desospitalização precoce, evitar e minimizar possíveis complicações do AVC (5,6).

Dentre os hospitais de BH credenciados como Centro de Atendimento de Urgência tipo III, o HRTN se destaca por oferecer cobertura a aproximadamente 1.100.000 habitantes e ser referência para o cuidado de indivíduos com AVC no

estado de Minas Gerais (10,11). A U-AVC/HRTN atua há mais de 10 anos com uma equipe multiprofissional de especialistas na área neurológica e experiente no atendimento a pacientes com AVC. Além disso, os profissionais da U-AVC/HRTN encaminham os pacientes aos serviços de saúde após a alta hospitalar seguindo recomendações do MS para garantir melhor qualidade assistencial (5,10,11). Conforme recomenda o MS, na U-AVC/HRTN os encaminhamentos são realizados, principalmente, para a APS, onde os indivíduos serão acompanhados na rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (5,12). Há, também, encaminhamentos para o Centro de Referência em Reabilitação (CREAB), que oferece atendimento ambulatorial (5,13,14), ou ao Paulo de Tarso Hospital de Transição, que oferece atendimento em internação (15). Outros encaminhamentos são realizados para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que oferece ações em saúde para cuidados intermediários entre hospital e a APS (5). Na U-AVC/HRTN, a definição do local de reabilitação é feita seguindo as recomendações das diretrizes do MS (5,6,16).

A APS, ao ser comunicada da alta hospitalar do indivíduo pós-AVC, deverá acompanhar e dar seguimento aos cuidados à saúde do indivíduo (5,12). Se a equipe da APS é apoiada pelo Núcleo Ampliado a Saúde da Família (NASF), o caso deve ser discutido entre os seus profissionais (17). Em ação conjunta com a APS, deve-se envolver o SAD com atribuições do suporte clínico e o monitoramento domiciliar aos pacientes com maior dependência e dificuldade de locomoção ou maior risco de complicação ou em controle de anticoagulação (5,12). Quando indicada a reabilitação ambulatorial, as recomendações são buscar a APS ou comparecer ao CREAB de referência para ser acolhido (14). Para reabilitação em internação, na região metropolitana de BH, há o Paulo de Tarso Hospital de Transição (15).

A estruturação de cuidados continuados ao paciente acometido pelo AVC é fundamental e deve englobar todos os níveis de atenção à saúde e atuação multiprofissional (5,6). O modelo de cuidado integral ao indivíduo acometido pelo AVC inclui, entre outras finalidades, proporcionar acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares até os de alta complexidade (5,6,16). O significado de acesso é complexo variando entre autores e contextos (16,18). O acesso pode ser definido como “ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado”, sendo analisado no presente trabalho através da disponibilidade, dita

como obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade (16,18).

Diversos estudos avaliando o acesso aos serviços de saúde utilizaram fatores centrados no indivíduo para explicá-lo (19-27). Foram encontrados poucos estudos sobre o acesso aos serviços de saúde, especificamente, aos indivíduos pós-AVC na população brasileira. Neste contexto, destaca-se dois estudos sobre acesso aos serviços de reabilitação e de fisioterapia pós-AVC (19,20). Ribeiro *et al.* (2013), em estudo transversal, de base populacional, abrangendo a rede assistencial à saúde da cidade de João Pessoa, identificaram que 67% dos indivíduos pós-AVC iniciaram a reabilitação durante os seis primeiros meses após o acometimento (19). Mendes *et al.* (2016) entrevistaram indivíduos pós-AVC oriundos de um hospital público da cidade de João Pessoa. Foram coletados dados sobre o acesso ao serviço de fisioterapia entre 15 e 21 dias após alta hospitalar, e entre 90 e 105 dias após a avaliação anterior. Identificou-se que 31% dos indivíduos tiveram acesso aos serviços de fisioterapia durante todo o período analisado (20). Em ambos, foi concluída a necessidade de ampliar a rede de serviços de reabilitação/fisioterapia e de fornecer uma assistência mais acessível aos indivíduos pós-AVC (19,20).

Na literatura internacional, um estudo realizado no Canadá, de base populacional, reportou maior frequência nas consultas de profissionais de saúde por indivíduos pós-AVC em relação às pessoas sem AVC (21). Além disso, demonstrou-se que pós-AVC há probabilidade duas vezes maior dos indivíduos consultarem profissionais de saúde que atuam com condições que podem surgir pós-AVC (por exemplo, médico, fisioterapeuta) (21).

Uma das primeiras publicações encontradas sobre acesso aos serviços de saúde pós-AVC foi o estudo transversal realizado na Holanda por De Haan *et al.* (1993) (22). Neste estudo, foi avaliada a equidade do acesso aos serviços de saúde investigando o uso de cuidados em saúde antes e depois do AVC e quais características sociodemográficas e funcionais do indivíduo explicariam estes cuidados aos seis meses pós-AVC (22). Os resultados demonstraram equidade no acesso, e este foi explicado principalmente por fatores como a idade, as condições de vida e as circunstâncias sociais, além do estado funcional e da percepção de saúde (22). No estudo de Hall *et al.* (2016) foi identificado que no período de seis meses após a alta hospitalar um número significativo de pacientes não recebeu a reabilitação recomendada (23). Outros estudos concluíram que o acesso aos

serviços de saúde pós-AVC apresenta lacunas e recomenda-se ampliação da oferta e minimização das barreiras para melhores resultados da assistência prestada a estes indivíduos (24-26).

Um estudo prospectivo, realizado nos Estados Unidos, teve por objetivo determinar as variáveis preditoras da continuidade da reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional ou fonoaudiologia) no primeiro mês após a alta de um hospital (27). Os dados foram coletados na alta hospitalar, e incluíam informações sociodemográficas, do AVC e da reabilitação recebida durante a internação hospitalar. Imediatamente após a alta hospitalar foram aplicados os seguintes instrumentos de medida: Medida de Independência Funcional (MIF), Escala de Impacto do AVC e Escala de Depressão Geriátrica. Um mês após a alta hospitalar foram coletados dados da reabilitação através de um calendário semanal enviado para a casa dos indivíduos (27). Os principais resultados demonstraram que os preditores significativos de retomar a reabilitação pós-AVC foram a raça e a cobertura de plano de saúde (27). Analisando os serviços separadamente, os preditores do acesso para a fisioterapia foram a raça, o impacto funcional e a presença de negligência visuoespacial. Já para a terapia ocupacional, foi acrescentado o sexo. Para a fonoaudiologia, foram a cobertura do plano de saúde e presença de afasia e negligência visuoespacial (27).

Dentre os estudos encontrados, apenas dois (20, 27) analisaram o acesso aos serviços de saúde em um período menor ou igual a um mês após a alta hospitalar, mesmo que as recomendações determinem, aos indivíduos pós-AVC, cuidados em saúde de forma precoce e integral (1,5). Ademais, também é orientado que após os cuidados agudos pós-AVC, o acompanhamento médico associado à reabilitação deva acontecer o mais breve possível, com o objetivo de minimizar incapacidades e proporcionar o retorno rápido dos indivíduos às suas atividades e participação na comunidade (1,5). Portanto, uma vez que a continuidade precoce do cuidado pós-AVC é uma recomendação para melhores resultados em saúde, é fundamental determinar se os indivíduos pós-AVC tem acesso aos serviços de saúde rapidamente, como quando se considera o primeiro mês após a alta hospitalar, para o devido atendimento destas orientações (1,5).

Considerando o AVC como uma doença cuja incidência e prevalência ainda aumentam em alguns países, como o Brasil, e com elevado índice de morbidade, que apresenta potencial de aumento na demanda dos serviços de saúde; que já há

políticas públicas e recomendações de cuidados assistenciais em saúde estruturados, especialmente definidas para a população acometida pelo AVC no Brasil; a escassez de estudos científicos sobre o acesso aos serviços de saúde desta população, em especial, após a alta hospitalar de uma U-AVC; que a U-AVC/HRTN possui experiência no atendimento ao paciente com AVC e se dedica a seguir as diretrizes do MS; e que o acesso é elemento essencial na organização dos serviços de saúde; é imprescindível investigar o acesso aos serviços de saúde dos indivíduos egressos da U-AVC/HRTN e quais são seus preditores sociodemográficos e clínico-funcionais.

1.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo foi determinar os preditores do acesso aos serviços de saúde dos egressos da U-AVC de Hospital Público da Rede de Urgência e Emergência da cidade de BH (HRTN).

1.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram:

1. Caracterizar o acesso aos serviços de saúde dos indivíduos egressos da U-AVC/HRTN após um mês da alta hospitalar;
2. Comparar o “acesso real” aos serviços de saúde dos indivíduos egressos da U-AVC/HRTN com o “acesso esperado”, determinado pelos encaminhamentos aos serviços de saúde realizados pela equipe do referido hospital;
3. Determinar os preditores sociodemográficos e clínico-funcionais do acesso aos serviços de saúde dos egressos da U-AVC/HRTN após um mês da alta hospitalar.

2 METODOLOGIA

Estudo prospectivo e longitudinal com avaliações realizadas na alta hospitalar (T0) e um mês após a alta hospitalar da U-AVC/HRTN (T1). Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado “Egressos da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) de Hospital Público da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de Belo Horizonte: perfil e fatores relacionados à saúde, funcionalidade, qualidade de vida e acesso à rede de saúde”, aprovado pelo Colegiado do Núcleo de ensino, pesquisa e extensão (NEPE) do HRTN (ANEXO 01) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAAE: 26431319.6.0000.5149) (ANEXO 02).

2.1 Amostra

A amostra foi composta por indivíduos admitidos na U-AVC/HRTN por um período de seis meses, de setembro de 2019 a fevereiro de 2020. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico clínico de AVC primário, com confirmação diagnóstica por meio de exame de neuroimagem; idade ≥ 20 anos; morador da região metropolitana de Belo Horizonte; e concordar com a participação voluntária no estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Colegiado do Núcleo de ensino, pesquisa e extensão (NEPE) do HRTN (ANEXO 01) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ANEXO 02). Para aqueles com alteração da função cognitiva identificada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), considerando os pontos de corte baseados na escolaridade (13 pontos para analfabetos, 18 para indivíduos com um a sete anos de escolaridade e 26 para aqueles com oito ou mais anos de escolaridade) (28-31) o aceite e assinatura do TCLE foram realizados pelo familiar/cuidador.

Os critérios de exclusão deste estudo foram: presença de incapacidade prévia definida pela obtenção de um escore inferior ou igual a 17 no Índice de Barthel (32); declínio cognitivo prévio, definido por escore >1 na *Hetero-anamnesis List Cognition* (HAC), instrumento derivado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (33); não realização de alguns dos testes ou ausência de resposta aos questionários que forneceriam dados relacionados às variáveis dependentes e independente do presente estudo.

Para aplicação do Índice de Barthel e do HAC, o familiar/cuidador foi questionado sobre a existência prévia no indivíduo de dificuldades para realização de atividades de vida diária básica, bem como alterações na orientação temporal e espacial, linguagem, memória, planejamento e execução de atividades, e se o indivíduo precisava de assistência para esses problemas (32,33).

2.2 Cálculo amostral

Para a realização do cálculo amostral, considerou-se a inclusão das seis variáveis independentes selecionadas como possíveis preditoras do acesso aos serviços de saúde: sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, gravidade do AVC e nível de incapacidade. Utilizou-se a fórmula: $P=(n+1)*10$, na qual “n” representa o número de variáveis independentes, proposta por Dohoo, Martin e Stryhn (2003) (41). Deste modo, o tamanho amostral estimado para o presente estudo foi de 70 participantes incluídos e avaliados após um mês da alta hospitalar (T1). Considerando as perdas eventuais de seguimento, reportada em estudo prévio desenvolvido em país desenvolvido, que foi de 30% (35), e considerando que no Brasil os desafios para o desenvolvimento de estudo longitudinal são maiores, estimou-se uma perda de 50%. Portanto, foi acrescido 50% no tamanho amostral obtido com a fórmula, totalizando, assim, a inclusão em T0 de, no mínimo, 105 indivíduos.

A U-AVC/HRTN, local onde foi realizado o recrutamento dos indivíduos, possui 18 leitos exclusivos e uma média mensal de 50 pacientes atendidos. Com a realização do recrutamento durante seis meses seria possível desenvolver o estudo com o tamanho amostral estimado. Durante seis meses, haveria o potencial de serem identificados 300 indivíduos. Considerando que alguns desses indivíduos não apresentam diagnóstico de AVC confirmado após a internação, os critérios de elegibilidade do presente estudo e a possibilidade de alguns indivíduos chegarem a óbito ou não concordarem com a participação voluntária no estudo, haveria o potencial aproximado de se incluir 150 indivíduos.

2.3 Variáveis do estudo

2.3.1 Variável dependente

A variável dependente foi “acesso real” aos serviços de saúde, definida como o recebimento de pelo menos um atendimento por qualquer serviço de saúde dentre aqueles esperados pelos encaminhamentos dos profissionais do HRTN para cuidados pós-AVC, depois do indivíduo ter recebido alta do referido hospital, no período de um mês após a alta hospitalar (18,36-39). Esta variável foi obtida a partir do questionário: “Ficha de avaliação B: acesso aos serviços de saúde”, estruturado e elaborado pelos autores para esta finalidade (APÊNDICE 04).

2.3.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram relacionadas aos dados sociodemográficos e clínico-funcionais. Estas variáveis, centradas no indivíduo, foram selecionadas por apresentarem características relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e que foram previamente estudadas em outros trabalhos de forma isolada ou parcial (19-27,37,38,54). As variáveis sociodemográficas foram sexo, idade, escolaridade (menos de quatro anos de estudo; entre cinco a oito anos de estudo; e igual ou acima de nove anos de estudo) e o nível socioeconômico, segundo o Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Pesquisa – ABEP (Classe A - A1: 42 a 46 e A2: 35 a 41 pontos; Classe B - B1: 29 a 34 e B2: 23 a 28 pontos; Classe C - C1:18 a 22 e C2:14 a 17 pontos; Classe D: oito a 13 pontos; Classe E: zero a sete pontos) (40). As variáveis clínico-funcionais foram: gravidade do AVC, avaliado pela *National Institutes of Health Stroke Scale* (zero a três pontos - AVC leve; quatro a 15 pontos - AVC moderado; e 16 a 42 pontos - AVC grave) e nível de incapacidade, avaliada pela Escala Modificada de Rankin (incapacidade leve: grau zero ou um; moderada: grau dois ou três; grave: grau quatro ou cinco) (41-45).

2.4 Instrumentos de medidas para caracterizar as variáveis independentes

Os instrumentos de medidas padronizados utilizados neste estudo para caracterização das variáveis independentes apresentam adequadas propriedades de

medida e aplicabilidade em indivíduos pós-AVC (40-45). Os instrumentos baseados em questionários já foram adaptados transculturalmente para o português-Brasil (41-45). Todos os procedimentos recomendados para aplicação dos instrumentos foram seguidos e os examinadores previamente treinados.

2.4.1 Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Pesquisa

O critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Pesquisa (ABEP) estima o poder de compra das pessoas e da família considerando variações regionais da população brasileira (40). Sua classificação é capaz de presumir os níveis de renda, a partir da avaliação baseada na escolaridade do chefe da família, na quantidade de oito tipos de bens duráveis e no número de empregados no domicílio (40). Os elementos são somados alcançando pontos de zero a 46, classificados como: A1: 42 a 46 e A2: 35 a 41 pontos (Renda média bruta familiar no mês em R\$ 11.037,00); B1: 29 a 34 pontos (R\$ 6.006,00); B2: 23 a 28 pontos (R\$ 3.118,00); C1: 18 a 22 pontos (R\$ 1.865,00); C2: 14 a 17 pontos (R\$ 1.277,00); D: oito a 13 pontos e E: zero a sete pontos (R\$ 895,00) (40). Este critério tem sido adotado por diferentes estudos para caracterizar o nível socioeconômico dos indivíduos (46,47).

2.4.2 National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

O NIHSS é um instrumento recomendado para avaliar a gravidade do AVC (41-44). Sua avaliação inclui 15 elementos do exame neurológico que são somados e a gravidade é classificada como: zero a três pontos - AVC leve; quatro a 15 pontos - AVC moderado; e 16 a 42 pontos - AVC grave (41-44), classificação utilizada no presente estudo.

2.4.3 Escala Modificada de Rankin (RANKIN)

A RANKIN é um instrumento utilizado para avaliar a independência funcional dos indivíduos pós-AVC (41,42,45). Este instrumento apresenta uma escala ordinal

hierárquica de zero a seis graus, sendo: zero - indivíduos sem sintomas e independentes, e seis - morte (41,42,45), classificação utilizada no presente estudo.

2.5 Procedimentos de coleta de dados

Durante o período de recrutamento, todos os indivíduos admitidos na U-AVC/HRTN com hipótese diagnóstica de primeiro AVC foram convidados a participar do estudo. O estudo foi apresentado ao participante e familiar/cuidador, que receberam explicações sobre o seu delineamento longitudinal (um mês após a alta hospitalar) e a necessidade dos números de telefone para este acompanhamento. Após concordarem com a participação voluntária, com a devida assinatura do TCLE, foram verificados os critérios de elegibilidade. Em seguida, foram solicitados os números de telefone: telefone da residência e celular do participante, do cuidador e/ou familiares próximos. Neste momento, foram realizadas as avaliações para a coleta dos dados sociodemográficos e clínico-funcionais, utilizando a “Ficha de avaliação A: dados sociodemográficos, clínicos funcionais”, estruturada e elaborada para atender as finalidades deste estudo (APÊNDICE 03). Os dados indisponíveis ou incompletos na entrevista com o participante ou familiar/cuidador, necessários para preencher esta ficha (APÊNDICE 03), foram posteriormente extraídos do prontuário eletrônico do HRTN. Todas as avaliações dos participantes foram realizadas no momento em que a alta hospitalar foi comunicada à equipe da U-AVC, em torno de 24 horas antes da saída do participante do hospital.

Na avaliação de acompanhamento em T1, realizadas por telefone, foram feitas até cinco tentativas de contato. Os dados eram coletados, preferencialmente, com o participante, e na presença de dificuldades em responder as perguntas do questionário ou respostas pouco claras, os dados foram coletados com o familiar/cuidador. Esta coleta foi realizada pela discente autora desta dissertação, fisioterapeuta da U-AVC/HRTN, com nove anos de formação e aproximadamente oito anos de experiência no atendimento destes indivíduos. Em situações de interrupções no momento da ligação ou indisponibilidade do participante ou familiar/cuidador durante a ligação, foi programado um novo contato. As informações sobre o acesso aos serviços de saúde após um mês da alta hospitalar foram coletadas utilizando a “Ficha de avaliação B: acesso aos serviços de saúde”, estruturada e elaborada para atender as finalidades deste estudo (APÊNDICE 04).

2.6 Análise estatística

O teste de normalidade Shapiro Wilk foi utilizado para determinar a distribuição dos dados em todas as variáveis do estudo. Estatísticas descritivas, considerando média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas normalmente distribuídas; mediana e intervalo interquartil para variáveis quantitativas sem distribuição normal; e a frequência para as variáveis categóricas, foram utilizadas para caracterização da amostra e do acesso aos serviços de saúde.

Para comparar o “acesso real” (número de categorias profissionais que prestaram atendimento pós alta hospitalar da U-AVC/HRTN) ao “acesso esperado” (número de categorias profissionais encaminhadas pelos profissionais da U-AVC/HRTN), utilizou-se o teste Wilcoxon.

Regressão logística binária por razão de verossimilhança foi empregada para estimar a associação entre o acesso aos serviços de saúde (sim, obter acesso a pelo menos um serviço de saúde encaminhado; ou não, sem nenhum acesso aos serviços de saúde encaminhados), variável dependente, e as variáveis sociodemográficas e clínico-funcionais (sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, gravidade do AVC e nível de incapacidade), variáveis independentes. O método *Enter* foi empregado para análise. Apenas as variáveis independentes que preencheram os pressupostos necessários para a construção de um modelo de teórico válido foram incluídas na análise estatística. Para isso, verificou-se a multicolinearidade, considerando valor de tolerância $> 0,1$ e VIF < 10 . Após a análise destes requisitos, a associação entre acesso aos serviços de saúde e as variáveis sociodemográficas e clínico-funcionais foi ajustada considerando os seguintes testes de qualidade: χ^2 , R^2 Nagelkerke e Hosmer – Lemeshow. Os resultados foram expressos em *Odds Ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o software SPSS para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 20. Todos os testes foram bilaterais e em todas as análises inferenciais foi considerado um nível de significância de $\alpha=0,05$.

3 RESULTADOS

Foram identificados 260 indivíduos admitidos na U-AVC/HRTN durante os seis meses de recrutamento. Destes, foram incluídos 116 indivíduos por atenderem aos critérios de elegibilidade do estudo e concordarem com a participação voluntária. Em T1, foram entrevistados por telefone 78 indivíduos. O fluxograma que apresenta como foi composta a amostra de 78 indivíduos, com os motivos de exclusão do estudo, pode ser visualizado na Figura 1.

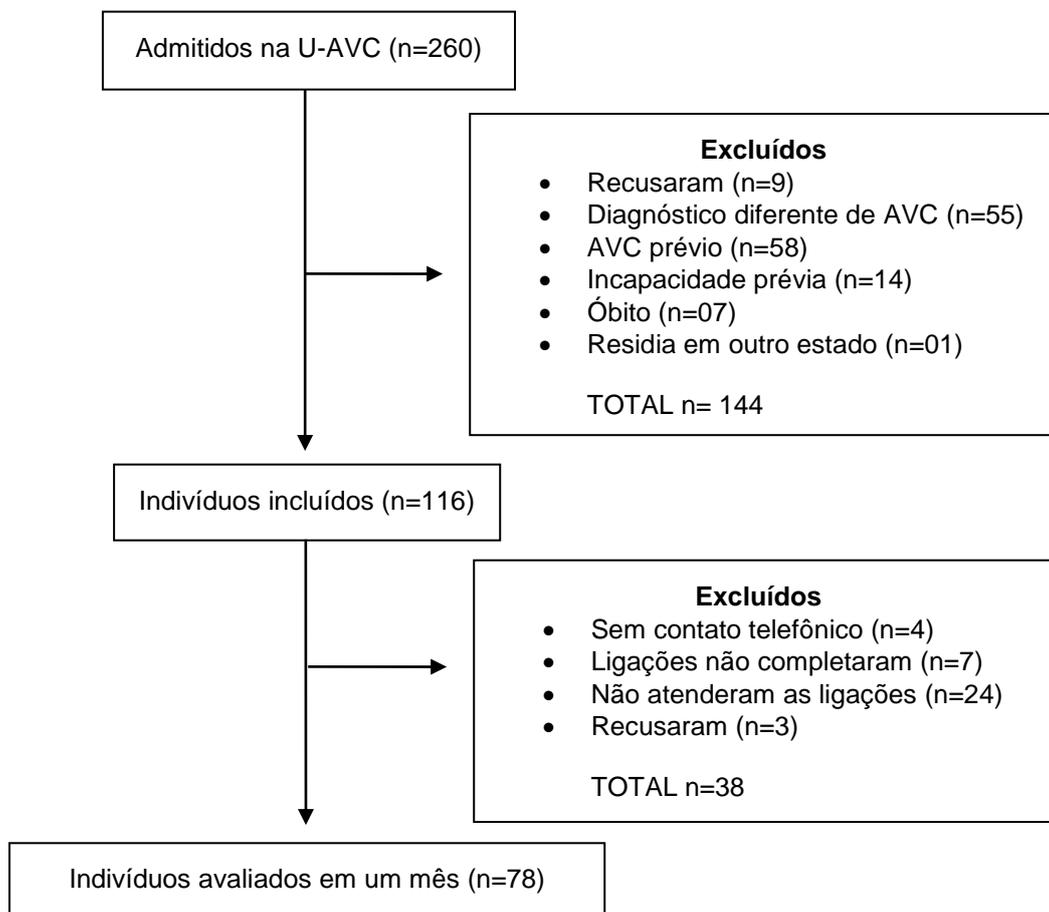


Figura 1. Fluxograma do recrutamento dos indivíduos.

A maioria dos indivíduos acompanhados em T1 era do sexo feminino (53%, n=41), com média de idade de 60 ± 16 anos, sendo mais frequente o nível de gravidade do AVC leve (50%, n=39), incapacidade leve (53%, n=41), nível socioeconômico da “Classe C” (55%, n=43) e escolaridade menor que quatro anos (50%, n=39). O acesso aos serviços de saúde foi obtido pela maioria dos indivíduos egressos da U-AVC/HRTN analisados em T1 (77%, n=60). A tabela 1 apresenta a

estatística descritiva das características sociodemográficas e clínico-funcionais dos indivíduos avaliados em T1 (n=78) e divididos em grupos: com acesso (n=60) e sem acesso (n=18) aos serviços de saúde.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínico-funcionais dos indivíduos avaliados em T1 e divididos em: com acesso e sem acesso aos serviços de saúde.

Variáveis	Total (n=78)	Com acesso (n=60)	Sem acesso (n=18)
Mulheres, % (n)	53 (41)	57 (34)	39 (7)
Idade (anos), média (DP), [variação]	60 (16) [21-100]	60 (15) [27-100]	59 (16) [21-84]
Escolaridade – anos de estudo, % (n)			
Menos de 04	50 (39)	53 (32)	39 (07)
De 05 a 08	18 (14)	20 (12)	11 (02)
Igual ou mais de 09	32 (25)	27 (16)	50 (09)
Nível socioeconômico, % (n)*			
Classe “A” ou “B”	18 (14)	17 (10)	22 (04)
Classe “C”	55 (43)	55 (33)	56 (10)
Classe “D” ou “E”	27 (21)	28 (17)	22 (04)
Gravidade do AVC, % (n)†			
Leve (0 a 3 pontos)	50 (39)	45 (27)	67 (12)
Moderado (4 a 15 pontos)	37 (29)	40 (24)	27 (05)
Grave (16 a 42 pontos)	13 (10)	15 (09)	6 (01)
Nível de incapacidade, % (n)‡			
Leve (Grau 0 ou 1)	53 (41)	47 (28)	72 (13)
Moderada (Grau 2 ou 3)	09 (07)	08 (05)	11 (02)
Grave (Grau 4 ou 5)	38 (30)	45 (27)	17 (03)

*Critério de Classificação Econômica (ABEP. Font: www.abep.org) - Classe A1: 42-46; Classe A2: 35-41; Classe B1: 29-34; Classe B2: 23-28; Classe C1: 18-22; Classe C2: 14-17; Classe D: 8-13; Classe E: 0-7. DP= desvio padrão. IIQ= intervalo interquartil. †National Institutes of Health Stroke Scale – (NIHSS). ‡Escala Modificada de Rankin (RANKIN). T1: um mês após alta hospitalar.

A tabela 2 apresenta os resultados das estatísticas descritivas do acesso aos serviços de saúde dos egressos da U-AVC em T1. Como pode ser observado nesta tabela, a maioria dos indivíduos obteve acesso aos serviços de saúde em T1 por

meio de serviços públicos (88%, n=53), sendo a maior frequência de atendimento em consultórios (45%, n=27) em diferentes unidades de saúde, seguido do atendimento no hospital de reabilitação (30%, n=18).

Tabela 2. Características do acesso aos serviços de saúde dos indivíduos pós Acidente Vascular Cerebral em um mês da alta hospitalar.

Variáveis	T1 (n=60)
Período entre a alta ao primeiro serviço acessado - dias, mediana (IIQ)	07 (14)
Tipo de serviço, % (n)	
Público	88 (53)
Privado	12 (07)
Local, % (n)	
Domicílio	22 (13)
Consultório	45 (27)
Hospital de reabilitação	30 (18)
Não respondido	03 (02)
Número de profissionais do primeiro atendimento, % (n)	
Um profissional	78 (47)
Mais de um profissional	22 (13)
Atendimento atual, % (n)	
Sim	68 (41)
Não	32 (19)
Serviços de saúde acessados, % (n)	
Medicina	93 (56)
Terapia ocupacional	28 (17)
Fisioterapia	43 (26)
Fonoaudiologia	25 (15)
Exames complementares	13 (08)

Nota: Os serviços de Psicologia e Serviço Social não estão apresentados na tabela, pois não foi realizado o acesso a estes serviços por nenhum dos indivíduos avaliados.

Todos os indivíduos avaliados em T1 receberam pelo menos um encaminhamento de algum profissional da U-AVC/HRTN no momento da alta hospitalar que indicava a necessidade de acesso a algum serviço de saúde. A

quantidade mais frequente foi de três encaminhamentos (38%, n=30), seguida de quatro encaminhamentos (28%, n=22) aos serviços de saúde (Figura 2).

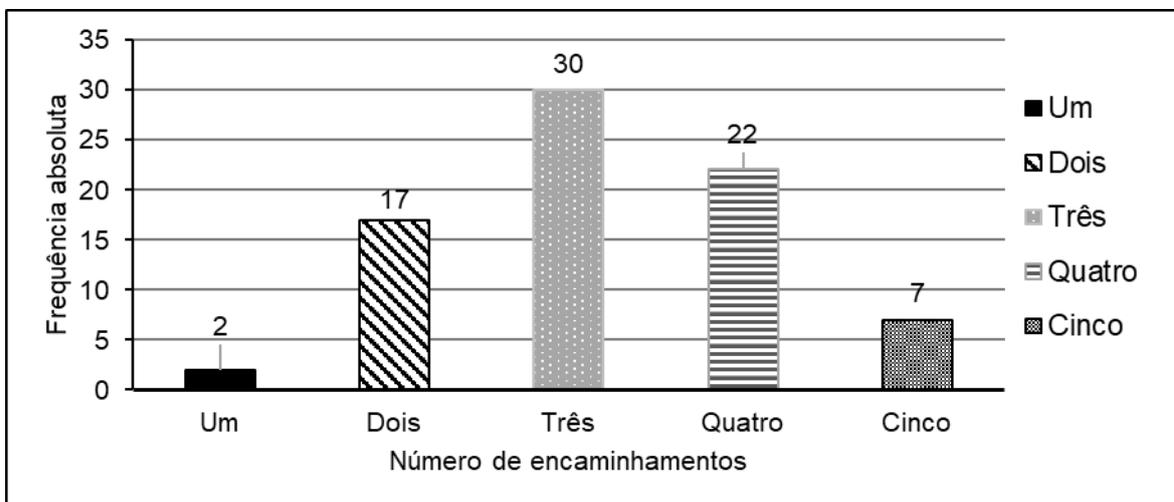


Figura 2. Frequência absoluta do número de encaminhamentos para cada indivíduo pós Acidente Vascular Cerebral avaliados em um mês após a alta hospitalar.

O encaminhamento aos serviços médicos foi realizado a todos os indivíduos da U-AVC/HRTN analisados em T1 (n=78). O segundo serviço com maior frequência de encaminhamento foi a terapia ocupacional (n=74; 95% dos indivíduos), seguido da fisioterapia (n=43; 55% dos indivíduos). O encaminhamento a todos os outros serviços foi fornecido a menos da metade dos indivíduos analisados em T1 (Figura 3).

Identificou-se que desses 60 indivíduos, 70% (n=42) tiveram acesso parcial aos serviços de saúde considerando o “acesso esperado” (número de encaminhamentos). Os serviços médicos, além de terem sido o de maior frequência de encaminhamento, também foram os mais acessados pelos indivíduos (56/78=72%). O serviço de terapia ocupacional foi o segundo em frequência de encaminhamento, porém, foi, proporcionalmente, o de menor frequência de acesso (17/74=23%). O serviço de fonoaudiologia apresentou uma frequência de “acesso real” em relação ao “acesso esperado” de 71%, o de fisioterapia de 61%, e o de exames complementares de 32%. Os serviços de psicologia e serviço social não tiveram nenhum acesso (Figura 3).

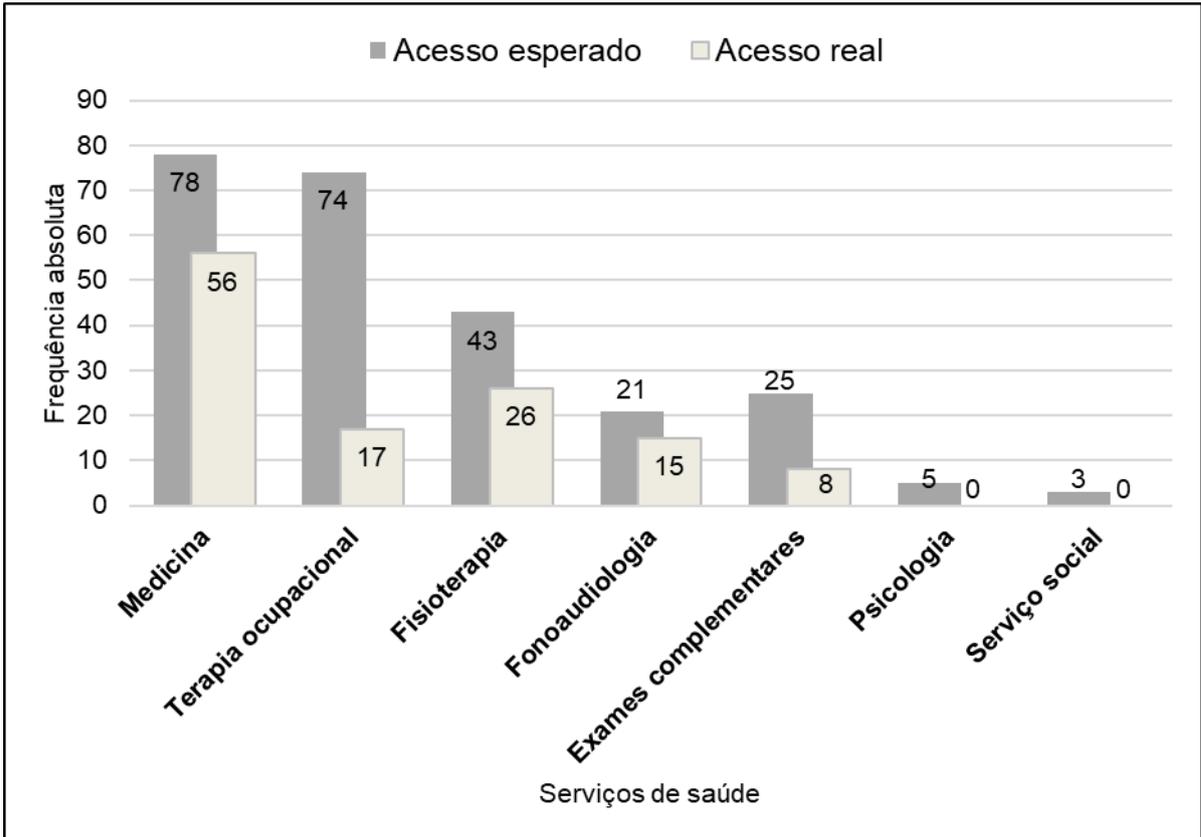


Figura 3. Frequência absoluta do “acesso real” e do “acesso esperado” aos serviços de saúde dos indivíduos avaliados em T1 (um mês após a alta hospitalar).

Identificou-se que a mediana do “acesso esperado” foi de três serviços de saúde e do “acesso real” foi de um serviço de saúde, sendo esta diferença significativa: a quantidade de “acesso real” ($n=122$) foi significativamente menor que a quantidade de “acesso esperado” ($n=249$) ($p<0,001$) (Figura 4).

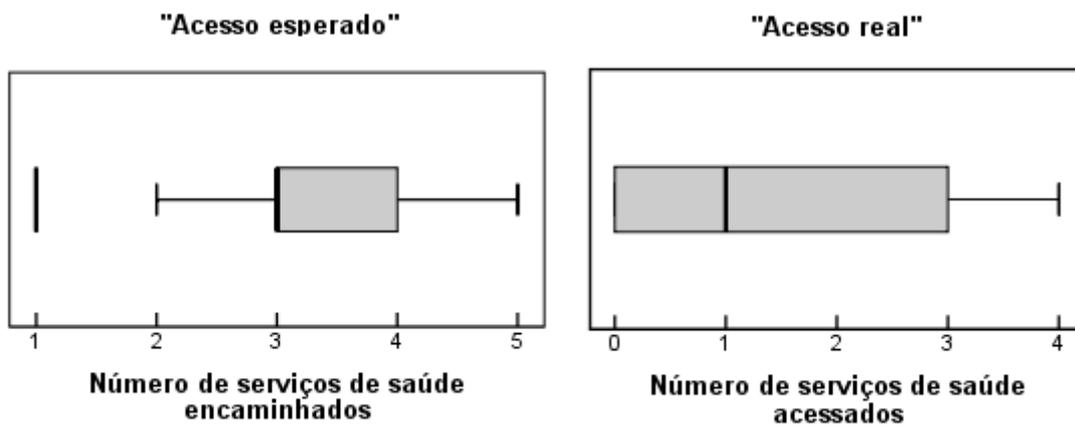


Figura 4. “Acesso esperado” e “acesso real” aos serviços de saúde em um mês após a alta hospitalar da Unidade de Acidente Vascular Cerebral.

Todas as variáveis independentes foram elegíveis para o modelo. Foi encontrado um bom ajuste do modelo ao excluir cinco resíduos (χ^2 (gl6) = 18,92, $p=0,004$, R^2 Nagelkerke = 0,411, teste de Hosmer – Lemeshow = 0,92). O sexo e a escolaridade apresentaram associação significativa com o acesso aos serviços de saúde (Tabela 3). As mulheres tiveram aproximadamente 19 vezes mais chances de ter acesso aos serviços de saúde (OR=18,92; IC95%1,83–195,56; $p=0,01$). A escolaridade apresentou associação a 1,4 vezes mais acesso aos serviços de saúde (OR=1,48;IC95%1,02–2,16; $p=0,01$). As demais variáveis independentes não foram retidas no modelo.

Tabela 3. Resultado do modelo de regressão logística binária pelo método *Enter*

Variáveis	OR (IC95%)	Valor de p
Idade	1,054 (0,98 – 1,13)	0,13
Sexo	18,915 (1,83 – 195,56)	0,01*
Escolaridade	1,481 (1,02 – 2,17)	0,04*
Nível socioeconômico	2,327 (0,44-12,24)	0,31
Gravidade	1,082 (0,17-7,10)	0,93
Incapacidade	0,378 (0,10 -1,48)	0,16

* $p<0,05$; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; OR: *odds ratio*

4 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou o acesso aos serviços de saúde após um mês da alta hospitalar de uma U-AVC buscando determinar os preditores sociodemográficos e clínico-funcionais deste acesso a partir dos encaminhamentos dos profissionais. Segundo os resultados, a maioria da amostra estudada (77%, n=60) obteve acesso aos serviços de saúde em um mês após a alta hospitalar, mas o acesso obtido foi significativamente inferior ao esperado, considerando os encaminhamentos da equipe da U-AVC. A maioria dos indivíduos obteve acesso aos serviços de saúde por meio do sistema público, sendo o serviço médico o mais frequentemente encaminhado e acessado. Considerando a relação proporcional entre “acesso real” e “acesso esperado”, os serviços médicos, de fonoaudiologia e fisioterapia obtiveram melhores resultados, e os de psicologia, serviço social e de terapia ocupacional os piores resultados. O sexo e a escolaridade foram os preditores significativos do acesso aos serviços de saúde por indivíduos pós-AVC depois de um mês da alta hospitalar.

As características sociodemográficas mais comuns dos indivíduos avaliados após um mês da alta hospitalar foram similares a de estudos prévios realizados no Brasil com a mesma temática deste estudo (19,20), cujas amostras foram constituídas predominante por indivíduos do sexo feminino e com idade acima de 60 anos (19,20). Essas características demográficas predominantes podem ser explicadas pela transição demográfica acelerada, vivida no Brasil, caracterizada pela ascensão da população idosa, com maior prevalência de mulheres entre os grupos etários mais idosos (48).

O acesso aos serviços em um mês após a alta hospitalar foi obtido pela maioria dos indivíduos pós-AVC (77%) no presente estudo. Resultado similar também foi reportado por estudos prévios, um deles realizado no Brasil (19) e outros dois internacionais (22,38), porém com características metodológicas distintas a deste estudo (19,22,38). Segundo Ribeiro *et al.* (2012), a maior parte (67%) dos usuários do SUS da cidade de João Pessoa que tiveram AVC, obteve algum acesso aos serviços de reabilitação nos primeiros seis meses pós-AVC (19). Na Holanda, De Haan *et al.* (1993) observaram que a maioria (75%) dos indivíduos utilizou algum serviço de saúde depois de seis meses pós-AVC (22). Segundo Jan *et al.* (2013), a

maioria (61%) dos indivíduos do seu estudo, realizado na Austrália, acessou algum serviço de reabilitação nos 12 meses pós-AVC (38). Como pode ser observado, o tempo de seguimento dos indivíduos desses estudos foi superior ao do presente estudo, variando de pelo menos 6 meses até 12 meses após a alta hospitalar ou pós-AVC, o que pode ter proporcionado maiores chances de acesso aos serviços de saúde nestes estudos prévios (19,22,38), em comparação ao presente estudo. Por outro lado, dois destes três estudos prévios foram realizados em países desenvolvidos (22,38), que apresentam características socioeconômicas e funcionamento do serviço de saúde distintos do Brasil, e outros dois consideraram acesso aos serviços de reabilitação (27,38), que é mais restrito que acesso ao serviço de saúde, como adotado no presente estudo. Apesar destas diferenças importantes, a análise dos resultados deste estudo em relação a estes estudos prévios, caracteriza o achado positivo encontrado quanto ao número de indivíduos que obtiveram acesso com apenas um mês de seguimento após a alta hospitalar e que estão, de alguma forma, inseridos na rede de atenção à saúde.

Considerando o seguimento de indivíduos pós-AVC após um mês da alta hospitalar, foi encontrado um estudo, que se difere do presente estudo por ter sido realizado em um país desenvolvido (Estados Unidos) e ter considerado apenas acesso aos serviços de reabilitação, definido como fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (27). Segundo Ostwald *et al.* (2009), autores deste estudo, cerca de 50% dos indivíduos obtiveram acesso aos serviços de reabilitação após um mês da alta de um hospital, divergindo dos achados do presente estudo, no qual observou-se que 77% da amostra acompanhada acessou algum serviço de saúde, que é mais amplo que serviços de reabilitação. Se considerarmos apenas os resultados dos serviços de reabilitação como foi definido por Ostwald *et al.* (2009), dentre os 138 encaminhamentos aos serviços de fisioterapia, de fonoaudiologia e de terapia ocupacional identificados no presente estudo, 58 foram atendidos: 42% (Figura 3).

A maior parte do acesso observado no presente estudo foi em serviços públicos de saúde (88%), o que pode ser justificado pelo fato do HRTN ser público, com 100% de seus serviços ofertados ao SUS (49), e também pelo fato da maior parte da assistência à saúde no Brasil ser realizada pelo SUS (50-52,76). Não foram encontrados estudos brasileiros com características similares a do presente estudo que permitem a discussão destes resultados. Segundo Ostwald *et al.* (2009), que

desenvolveu o estudo mais similar ao do presente estudo, porém, nos Estados Unidos e considerando acesso apenas a serviços de reabilitação, não ter um plano de saúde com cobertura abrangente, ou seja, que contempla diferentes tipos de serviços de saúde, reduz significativamente o acesso aos serviços de reabilitação (27). Portanto, um sistema universal como o SUS apresenta grande potencial de favorecer o acesso (50-53), o que pode justificar o resultado positivo do presente estudo quanto ao número de indivíduos que obtiveram acesso com um mês da alta hospitalar. Por outro lado, o favorecimento a este acesso, proporcionado pelo SUS, ainda não é observado de forma similar quando se considera serviços de reabilitação aplicando a definição do estudo prévio (27) encontrado que foi realizado com amostra e tempo de segmento similar ao do presente estudo (27).

O encaminhamento aos serviços de saúde pode ser considerado uma estratégia para continuidade dos cuidados pós-AVC (5,25,37,54). Neste sentido, observou-se que todos os indivíduos avaliados em um mês após a alta hospitalar receberam, pelo menos, um encaminhamento de algum profissional da U-AVC, sendo a quantidade mais frequente de três encaminhamentos. Corroborando com estes resultados, Ostwald *et al.* (2009) também observaram que todos os indivíduos pós-AVC no momento da alta hospitalar receberam encaminhamento (27). Lynch *et al.* (2019) identificaram que a maioria dos indivíduos pós-AVC agudo acompanhados em hospitais australianos com uma equipe multidisciplinar recebeu encaminhamento para serviços de saúde pós-AVC (25). Isto demonstra que o encaminhamento de indivíduos pós-AVC atendidos em uma U-AVC com uma equipe multiprofissional envolvida no cuidado aos indivíduos com AVC agudo é realizado regularmente, tanto no Brasil, como em outros países (25,37,54,55).

Contudo, deve-se destacar que, apesar de serem adequadamente encaminhados, o “acesso real” aos serviços de saúde para a maioria dos indivíduos acompanhados neste estudo foi parcial e significativamente inferior ao “acesso esperado”. Não foi encontrado nenhum estudo que tenha realizada análise estatística de comparação entre o “acesso real” e o “acesso esperado”, o que dificulta a discussão deste achado e, por outro lado, caracteriza a informação relevante e inovadora fornecida por este estudo. Laberton *et al.* (2019) e Lynch *et al.* (2019) forneceram dados descritivos de indivíduos pós-AVC acompanhados na Austrália que demonstraram que menos da metade dos indivíduos que foram encaminhados aos serviços de saúde obteve acesso (25,37). De certa forma, estes

estudos prévios evidenciam a baixa frequência do acesso mesmo em países desenvolvidos e após o encaminhamento do profissional de saúde.

Janzen *et al.* (2019) e Labberton *et al.* (2019) retrataram que o encaminhamento pode ser um fator que aumenta a possibilidade de acesso aos serviços de saúde pós-AVC, mas somente a realização dos encaminhamentos não é suficiente para garantir o acesso aos serviços de saúde por estes indivíduos (37,54). Outros fatores podem melhorar o acesso aos serviços de saúde como: as características do indivíduo (por exemplo, ser independente e não institucionalizado antes do AVC, estado de humor e motivação), a organização dos serviços, o planejamento do cuidado pós-AVC, além da decisão compartilhada entre o indivíduo, a família e o profissional de saúde para este encaminhamento (25,37,54,56).

Os serviços médicos foram acessados por 56 dos 60 indivíduos que tiveram acesso no presente estudo (93%). Além disso, ao comparar a relação entre a frequência de “acesso real” e a frequência de “acesso esperado”, considerando cada serviço de saúde, observou-se proporções mais altas nos serviços médicos (72%), de fonoaudiologia (71%) e fisioterapia (61%). Corroborando com esses resultados, Obembe *et al.* (2019) reportaram que, no Canadá, os serviços médicos pós-AVC crônico foram os mais frequentemente acessados, sendo a demanda por cuidados médicos maior do que a de outros serviços de saúde (21). Segundo Obembe *et al.* (2019), a necessidade imposta pela própria doença pode justificar a maior frequência do acesso aos serviços médicos (21). No Brasil, uma outra possível justificativa para este resultado é o aumento do acesso aos serviços médicos pela população em geral pelo aumento do número destes profissionais no sistema de saúde, principalmente, na APS (52,53,76).

Quanto aos serviços de fonoaudiologia, destaca-se a assertividade existente entre a quantidade de “acesso esperado” e a quantidade de “acesso real”: dos 21 encaminhamentos, 15 foram atendidos (71%). Possivelmente, o encaminhamento realizado para este serviço acompanha melhor a necessidade identificada pelo profissional associada a demanda percebida do sujeito para o serviço (25,57,58). Labberton *et al.* (2019), em uma coorte australiana com indivíduos pós-AVC, afirmaram que o acompanhamento da fonoaudiologia hospitalar é associado ao acesso à reabilitação após a alta hospitalar entre pacientes encaminhados (37). Outra justificativa para este resultado pode ser o reconhecimento de profissionais de

saúde dos distúrbios fonoaudiológicos que comumente afetam indivíduos pós-AVC, proporcionando mais facilmente o acesso a estes serviços de saúde (57,58). Não foi encontrado estudo que tenha realizado análise similar à do presente estudo (relação entre a quantidade de “acesso esperado” e a quantidade de “acesso real”). Se considerarmos toda a amostra do presente estudo (n=78), 25% dos indivíduos tiveram acesso aos serviços de fonoaudiologia, resultados similares aos reportados por Ribeiro *et al.* (2012), Ostwald *et al.* (2009) e Jan *et al.* (2013), que identificaram que aproximadamente um terço dos indivíduos pós-AVC acessaram aos serviços de fonoaudiologia (19,27,38).

Concordando parcialmente com achados prévios (19,27,38), observou-se no presente estudo que dentre os indivíduos que obtiveram acesso aos serviços de saúde, 43% foi ao serviço de fisioterapia, sendo a relação “acesso real” e “acesso esperado” de 61%. Ribeiro *et al.* (2012) relataram que o serviço mais comum oferecido a indivíduos em seis meses pós-AVC, moradores da cidade de João Pessoa, foi o da fisioterapia (19). Ostwald *et al.* (2009) apontaram que a maioria dos indivíduos pós-AVC, nos Estados Unidos, retomaram ao tratamento fisioterapêutico no primeiro mês após a alta de um hospital (27). Jan *et al.* (2013) reportaram que a maioria dos indivíduos pós-AVC acessaram os serviços de fisioterapia no seguimento de 12 meses (38). Possivelmente, o que pode explicar o resultado do acesso ao serviço de fisioterapia no presente estudo e em estudos prévios é o fato deste serviço ser comumente associado à recuperação funcional dos indivíduos pós-AVC (59), e o fato da maior parte das incapacidades observadas nestes indivíduos serem associadas às deficiências motoras de membros e tronco e relacionadas ao movimento destes segmentos (46,60), o que é o foco central das abordagens fisioterapêuticas. Uma particularidade importante do Brasil e que também pode justificar este resultado é o fato de haver uma maior presença de profissionais fisioterapeutas nos serviços de saúde em comparação a outras categorias, por exemplo, da terapia ocupacional (61,62).

Seguindo ainda a mesma comparação considerando a proporção entre “acesso real” e “acesso esperado”, observou-se que o serviço de saúde com acesso proporcionalmente mais baixo em comparação ao número de encaminhamentos foi o da terapia ocupacional. Além disso, segundo os resultados do presente estudo, os serviços de psicologia e serviço social não foram acessados por nenhum indivíduo pós-AVC em um mês da alta hospitalar, apesar de terem sido realizados

encaminhamentos a estes serviços. Corroborando com os resultados do presente estudo, Ribeiro *et al.* (2012), na cidade de João Pessoa, relataram que o acesso aos serviços de terapia ocupacional e outros serviços tiveram pouco ou nenhum acesso pós-AVC na fase crônica (19). Possivelmente, estes resultados podem estar relacionados à inexistência ou insuficiência destes serviços, ou ao desconhecimento de alguns profissionais de saúde de distúrbios emocionais ou de limitações em atividades que afetam sobreviventes de AVC e que precisam de serviços específicos para a devida abordagem (26,63-65). A baixa oferta ou até mesmo a falta de oferta de alguns serviços de saúde caracteriza um problema nos cuidados do indivíduo com AVC, pois impede a recomendada abordagem integral desses indivíduos (5,19).

Portanto, em geral, as características mais prevalentes do acesso aos serviços de saúde foram: serviços públicos, com maior acesso ao serviço médico, seguido da fisioterapia e fonoaudiologia. As possíveis explicações para essas características de acesso podem ser atribuídas à estrutura e organização do sistema de saúde brasileiro (uma rede pública de saúde, organizada de forma regionalizada e com uma estrutura hierarquizada em níveis de complexidade, com foco na atenção primária à saúde) (48,50,51); com maior disponibilidade de profissionais de alguns serviços de saúde (por exemplo, médicos) (52,53,76); e a associação, geralmente, entre os comprometimentos mais comuns apresentados pelos indivíduos pós-AVC e serviços de saúde (por exemplo, a fisioterapia) (59-62).

Outro objetivo do presente estudo foi determinar os preditores sociodemográficos e clínico-funcionais do acesso aos serviços de saúde no primeiro mês pós-AVC, imediatamente após a alta hospitalar. Segundo os resultados encontrados, sexo e escolaridade foram os preditores significativos quando considerados juntamente com idade, nível socioeconômico, gravidade do AVC e nível de incapacidade. Ser do sexo feminino aumenta em aproximadamente 19 vezes as chances de obter acesso aos serviços de saúde e ter escolaridade mais baixa aumenta em 1,4 vezes. Não foi encontrado nenhum estudo desenvolvido no Brasil com indivíduos pós-AVC que tenha tido como objetivo a identificação destes preditores. Portanto, estes resultados serão discutidos considerando estudos internacionais.

Ostwald *et al.* (2009) identificaram que, nos Estados Unidos, indivíduos brancos e com cobertura abrangente do plano de saúde eram os mais prováveis de retomar os atendimentos realizados pela fisioterapia, terapia ocupacional e

fonoaudiologia após a alta de um hospital (27). Não foram preditores significativos do acesso aos serviços de reabilitação, no estudo de Ostwald *et al.* (2009), o sexo, o impacto físico percebido (analisada por meio da Escala de Impacto do AVC) e deficiências relacionadas ao AVC (como déficits de percepção espacial) (27). Diferentemente dos achados de Ostwald *et al.* (2009), observou-se no presente estudo que ser do sexo feminino e ter baixa escolaridade favoreceu o acesso, revelando que o sistema público de saúde de Belo Horizonte/MG consegue, ainda que parcialmente, minimizar as desigualdades sociais para o acesso aos serviços de saúde pós-AVC (66-71).

Especificamente, o sexo, como preditor significativo do acesso aos serviços de saúde pós-AVC, pode estar relacionado ao fato de as mulheres, em maioria, utilizam regularmente e buscam mais os serviços de saúde, sendo mais empenhadas com cuidados de saúde do que os indivíduos do sexo masculino (68,69). Deve-se considerar, ainda, as diferenças nas percepções e atitudes de saúde entre indivíduos do sexo feminino e masculino: a forma mais intensa como as mulheres percebem os sintomas de uma doença e avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde; o maior interesse delas com relação à sua saúde; e a maior utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos do sexo feminino, podem justificar os achados deste estudo (68,69,71).

Acerca da escolaridade, outro preditor significativo do acesso aos serviços de saúde pós-AVC encontrado no presente estudo, é possível que, com um sistema de cobertura universal de saúde, como no Brasil, há chances maiores de acesso aos serviços de saúde para as pessoas em níveis diferentes de escolaridade, inclusive daqueles níveis mais baixos (67,70,71). Outra vertente a ser explorada é a relatada por Taddeo *et al.*, (2012), que expõem que o conhecimento e o acesso às informações são imprescindíveis para a realização de escolhas e empoderamento nas ações de saúde (72). Pessoas com maior autopercepção sobre o poder de tomar decisões de sua vida e saúde tendem a evitar serviços de saúde pós-AVC (38,72). Outra possível explicação, é o fato de os indivíduos com escolaridade mais elevada terem baixa aceitabilidade dos serviços de saúde públicos, deixando de procurá-los por imaginarem que não teriam suas necessidades atendidas ou que não seriam bem atendidos (72-74). Apesar de no presente estudo ter sido considerado acesso a qualquer serviço, público ou privado, a maior parte dos acessos foram em serviços públicos. Portanto, estas pessoas com maior

escolaridade podem ter menos acesso aos serviços de saúde por suas próprias escolhas. Esta teoria poderia explicar o motivo de a baixa escolaridade predizer mais chances de acesso aos serviços de saúde quando comparado a escolaridades mais altas, resultado encontrado neste estudo.

A idade e o nível socioeconômico não foram preditores de acesso aos serviços de saúde de indivíduos pós-AVC em um mês após a alta hospitalar, no presente estudo. Ao contrário destes achados, Labberton *et al.* (2019), numa coorte norueguesa, identificou a idade como associada positivamente para o acesso aos serviços de reabilitação, sendo, os mais jovens pós-AVC mais propensos a este acesso (37). Pode ser que indivíduos mais jovens sejam priorizados na organização dos cuidados de saúde pós AVC e que as expectativas de recuperação relacionadas à idade sejam diferentes, onde, geralmente, se espera que os jovens retornem um nível melhor de funcionalidade pós-AVC e demandem mais os serviços de saúde (75). Ao que diz respeito do nível socioeconômico, poderia se esperar que também fosse encontrado como preditor de acesso aos serviços de saúde pós-AVC em um mês após a alta hospitalar, considerando que o nível de escolaridade foi encontrado no presente estudo. Embora, na análise estatística do presente estudo, não tenha sido observada colinearidade entre as variáveis de escolaridade e de nível socioeconômico, a literatura relata associação entre o nível de escolaridade e o nível socioeconômico, ou seja, pessoas com poucos anos de estudo são também aquelas com menores renda (67,70). Pode-se inferir, portanto, que ao serem consideradas em conjunto, a escolaridade tenha sido o preditor mais forte e, portanto, o único retido no modelo.

Considerando os possíveis preditores clínico-funcionais avaliados no presente estudo, a gravidade do AVC e o nível de incapacidade pós-AVC não foram identificados como preditores significativos de acesso aos serviços de saúde em indivíduos pós-AVC em um mês da alta hospitalar. Contudo, Lynch *et al.* (2013), acompanhando indivíduos na Austrália, por 12 meses pós-AVC, observaram que o preditor mais forte no uso de serviços de reabilitação foi a dependência funcional (25). Possivelmente, as variáveis clínico-funcionais sejam preditoras significativas de acesso quando se considera um período maior de acompanhamento. No período agudo do evento, como o período de um mês considerado no presente estudo, quando consideradas em conjunto com variáveis socioeconômicas, as variáveis clínico-funcionais não são preditoras significativas do acesso aos serviços de saúde.

Mesmo a gravidade ou incapacidade não tendo sido preditoras significativas do acesso aos serviços de saúde no presente estudo, uma análise cuidadosa da estatística descritiva aponta um resultado interessante: a grande maioria dos indivíduos com AVC grave (90%, n=09) e incapacidade grave (90%, n=27) obteve acesso aos serviços de saúde e a minoria com AVC grave (10%, n=01) e incapacidade grave (10%, n=03) não obteve. Portanto, os indivíduos pós-AVC que são mais comprometidos em termos de gravidade da doença e nível de incapacidade tiveram acesso aos serviços de saúde, o que sugere que os serviços de saúde estão sendo acessados na medida em que são mais necessários (25,38).

Apesar dos achados relevantes e inéditos do presente estudo, suas limitações devem ser consideradas. A princípio, o período de acompanhamento de um mês após a alta hospitalar para acesso aos serviços de saúde, embora recomendado que a continuidade dos cuidados em saúde pós-AVC deve ser de forma precoce (1), pode ser insuficiente para a família e o indivíduo buscarem os serviços de saúde que foram encaminhados, pois, eles estariam em adaptação à nova condição de saúde (27). Além disso, um mês pode ser considerado um período relativamente curto para se obter o devido acesso a todos os serviços necessários. A maioria dos indivíduos obteve acesso por meio de serviços públicos: em um país de dimensões continentais, como o Brasil, geralmente a demanda por estes serviços é maior do que oferta, com filas de espera para o devido atendimento. Neste contexto, fornecer mais tempo poderia aumentar o “acesso real” aos serviços de saúde. É provável que, em um período maior, teríamos identificado maior acesso aos diferentes serviços de saúde que foram solicitados. A coleta dos dados com um mês da alta hospitalar foi realizada por telefone, a fim de facilitar o contato com os indivíduos e viabilizar a realização do estudo, como realizado previamente (38). Entretanto, muitos indivíduos do presente estudo não atenderam as ligações. Possivelmente, a coleta presencial poderia ter resultado em menos perdas. Entretanto, as perdas ocorridas no presente estudo não impediram que o tamanho amostral estimado fosse atendido. Finalmente, outros preditores poderiam ter sido considerados. Os preditores do acesso aos serviços de saúde do presente estudo foram definidos por serem relevantes para a população com AVC e também previamente estudados. Outros preditores a serem considerados por estudos futuros são a necessidade ou percepção do impacto da doença pelo indivíduo.

Por fim, sugere-se cautela na generalização dos achados deste estudo, pois refletem características de uma população específica de indivíduos, que foram internados após o AVC em um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte/MG, referência para o cuidado deste grupo populacional no estado, que conta com uma U-AVC que atua há mais de 10 anos, com especialistas na área neurológica e uma equipe multiprofissional experiente no atendimento, cujos encaminhamentos são realizados seguindo recomendações do MS para garantir melhor qualidade assistencial. Todos estes fatores podem ter contribuído para os resultados positivos observados no presente estudo. Portanto, novos estudos sobre acesso aos serviços de saúde pós-AVC, realizados em outras cidades brasileiras e em hospitais com características distintas, considerando outros preditores em potencial para o acesso, e com acompanhamento em períodos superiores a um mês do AVC, devem ser realizados.

5 CONCLUSÃO

O acesso aos serviços de saúde por indivíduos pós-AVC sem incapacidade prévia e sem histórico de outro AVC foi obtido pela maioria dos indivíduos com um mês da alta hospitalar. Contudo, o “acesso real” aos serviços foi abaixo do esperado, considerando os encaminhamentos recebidos na alta hospitalar, o que compromete a integralidade do cuidado pós-AVC. As características do acesso revelaram que os médicos de serviços públicas constituem o serviço mais acessado, seguido da fonoaudiologia e fisioterapia. Ao contrário, os serviços de terapia ocupacional, psicologia e social ainda tem pouco ou nenhum acesso com um mês pós-AVC. Isso demonstra que as necessidades de cuidado integral e multiprofissional à saúde desses indivíduos não estão sendo atendidas com um mês após a alta hospitalar para a maioria dos indivíduos, o que preocupa dada a necessidade desse cuidado o mais precoce possível para se obterem os melhores resultados para a saúde e funcionalidade.

Sexo e escolaridade foram os únicos preditores significativos do acesso aos serviços de saúde após o AVC, quando analisados juntamente com idade, nível socioeconômico, gravidade do AVC e nível de incapacidade. Ser do sexo feminino e ter baixa escolaridade favoreceu o acesso aos serviços de saúde após um mês da alta, o que aponta que este acesso contempla, em parte, grupos de vulnerabilidade.

Dadas as características específicas da amostra deste estudo, oriundas de um hospital público específico e que atende às recomendações do Ministério da Saúde, a interpretação e generalização dos resultados deste estudo devem ser realizadas com cautela. Este foi um estudo inovador, com resultados relevantes que direcionam para o desenvolvimento de estudos futuros, e permitem discutir futuras ações que envolvem a efetividade do acesso aos serviços de saúde: ajustes entre a equipe, a família e o paciente para a realização e efetivação dos encaminhamentos aos serviços após a alta hospitalar, identificação da disponibilidade e organização do serviço para garantir o devido acesso e ações educativas aos indivíduos, familiares e profissionais da saúde sobre a importância da continuidade do cuidado integral e multiprofissional à saúde e funcionalidade pós-AVC, segundo as necessidades individuais e modelo de atenção à saúde e funcionalidade recomendados.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p.
2. LANGHAMMER, B. *et al.* Factors enhancing activities of daily living after stroke in specialized rehabilitation: an observational multicenter study within the Sunnaas International Network. **Eur J Phys Rehabil Med.**, v.53, n.5, p.725-734, 2017. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04489-6. Epub 2017 Apr 14. PubMed PMID: 28417611.
3. LOTUFO, P.A; BENSEÑOR, I.M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **Int J Stroke.** 2009 Feb;4(1):40-1. doi:10.1111/j.1747-4949.2009.00240.x. Review. PubMed PMID: 19236497.
4. BRASIL. DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. **IBGE:** Bases demográficas. [Internet] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/d29.def> Acesso em: 13 mai 2019.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2012.** [Internet] Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf> Acesso em: 13 mai 2019.
6. BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 665**, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centro de atendimento de urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de cuidados em AVC. Diário Oficial da União. Brasília, 13 abr. 2012; Seção 1:35.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.258**, de 12 de novembro de 2013. Habilita o Hospital Risoleta Tolentino Neves, com sede em Belo Horizonte (MG) como centro de atendimento de urgência tipo III aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Diário Oficial da União. Brasília, DF.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.343**, de 29 de novembro de 2013. Diário Oficial da União. Brasília, DF
9. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.911**, de 25 de setembro de 2018. Habilita o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro como centro de atendimento de urgência Tipo III aos pacientes com AVC e estabelece recurso do bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade

Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado de Minas Gerais e Município de Belo Horizonte. Diário Oficial da União. Brasília, DF

10. MOURÃO, A. M. *et al.* Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na Linha de cuidados. **Revista Brasileira de Neurologia**, [S.l.], v. 53, n. 4, dez. 2017. ISSN 2447-2573.
11. HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Unidade de AVC**. Unidade de AVC [Internet] Disponível em: http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=view&id=364 Acesso em: 13 mai 2019.
12. BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.488**, 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, DF
13. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Centro de Reabilitação (CREAB) [Internet] Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-secundaria/creab> Acesso em: 13 mai 2019.
14. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. **Catálogo das unidades da rede complementar Belo Horizonte**. 2017 [Internet] Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/miolo-unidade_rede_complementar-8-3-2017-PREVIEW.pdf Acesso em: 13 mai 2019.
15. PAULO DE TARSO HOSPITAL DE TRANSIÇÃO. **Especialidades** [Internet] Disponível em: <http://associacaopaulodetarso.com.br/hpt/especialidades/> Acesso em: 13 mai 2019.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS**. Dezembro de 2010. [Internet] Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o----Sa--de-do-SUS.pdf> Acesso em: 13 mai 2019.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
18. JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 161-170, Jan. 2010.
19. RIBEIRO, K.S.Q.S. *et al.* Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.3, p. 699-699,

- 2013.
20. MENDES, L.M. *et al.* Acesso de sujeitos pós-acidente vascular cerebral aos serviços de Fisioterapia. **Rev. Enferm. UFPE**. p. 387-394, 2016.
 21. OBEMBE, A.O. *et al.* Healthcare utilization after stroke in Canada-a population based study. **BMC Health Services Research**, v.19, n.1, p. 192, 2019.
 22. DE HAAN, R. *et al.* Use of health care services after stroke. **BMJ Quality & Safety**, v.2, n.4, p. 222-227, 1993. PubMed PMID: 10132455; PubMed Central PMCID: PMC1055150.
 23. HALL, P. *et al.* Access to rehabilitation at six months post stroke: a profile from the Action on Secondary Prevention Interventions and Rehabilitation in Stroke (ASPIRE-S) Study. **Cerebrovascular Diseases**, v. 42, n. 3-4, p. 247-254, 2016. doi: 10.1159/000446080. Epub 2016 Mai 14. PubMed PMID: 27189709.
 24. SKIBICKA, I. *et al.* Care for patients after stroke. Results of a two-year prospective observational study from Mazowieckie province in Poland. **Neurologia i Neurochirurgia Polska**, v.44, n.3, p. 231-237, 2010. PubMed PMID: 20625958.
 25. LYNCH, E.A. *et al.* Access to rehabilitation for patients with stroke in Australia. **Medical Journal of Australia**, v. 210, n. 1, p. 21-26, 2019. doi:10.5694/mja2.12034. Epub 2018 Nov 23. PubMed PMID: 30636312.
 26. HICKEY, A. *et al.* Community-based post-stroke service provision and challenges: a national survey of managers and inter-disciplinary healthcare staff in Ireland. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, p. 111, 2012.
 27. OSTWALD, S.K. *et al.* Predictors of resuming therapy within four weeks after discharge from inpatient rehabilitation. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v.16, n.1, p.80-91, 2009. doi: 10.1310/tsr1601-80. PubMed PMID:19443350; PubMed Central PMCID: PMC2748858.
 28. BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. **Arq. Neuro Psiquiatria**. São Paulo. Mar. 1994.
 29. BRUCKI, S. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuro Psiquiatria**, v.61, n.3B, p. 777-781, 2003.
 30. FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, v.12, n.3, p.189-98. 1975. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. PMID: 1202204.
 31. LEES, R. *et al.* Cognitive and mood assessment in stroke research: focused review of contemporary studies. **Stroke**, v.43, n.6, p.1678-80, 2012. doi: 10.1161/STROKEAHA.112.653303. Epub 2012 Abr 24. PMID: 22535271.

32. VAN MIERLO, M.L. *et al.* A longitudinal cohort study on quality of life in stroke patients and their partners: Restore4Stroke Cohort. **International Journal of Stroke**, v.9, n.1, p.148-154, 2014.
33. MEIJER, R.; VAN LIMBEEK, J.; DE HAAN, R. Development of the Stroke-Unit discharge guideline: choice of assessment instruments for prediction in the subacute phase poststroke. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 29, n. 1, p. 1-8, 2006.
34. DOHOO, I.R.; MARTIN, W.; STRYHN, H.E. **Veterinary Epidemiologic Research**. 2003.
35. MAHENDRAN, N.; KUYS, S.S.; BRAUER, S.G. Which impairments, activity limitations and personal factors at hospital discharge predict walking activity across the first 6 months poststroke? **Disability and Rehabilitation**, v. 42, n. 6, p. 763-769, 2020.
36. STOPA, S.R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, supl. 1. 3s, 2017.
37. LABBERTON, A. S. *et al.* Patient and service factors associated with referral and admission to inpatient rehabilitation after the acute phase of stroke in Australia and Norway. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 871, 2019. doi:10.1186/s12913-019-4713-x
38. JAN, S. *et al.* Are rehabilitation services following stroke accessed equitably in Australia?: findings from the psychosocial outcomes in stroke (POISE) cohort study. **BMC Health Services Research**, v.13, n.1, p.884, 2013. doi:10.1186/1471-2458-13-884
39. SOUSA, K.M. *et al.* Factors associated with access to physical rehabilitation for victims of traffic accidents. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, n.22, Jun 2017. ISSN 1518-8787.
40. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2014. [Internet] Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em 13 de mai 2020.
41. DE BRITO, R.G. *et al.* Instrumentos de avaliação funcional específicos para o Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v.21, n.4, p 593-599, 2013.
42. CANEDA, Marco Aurélio Gralha de *et al.* Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. **Arq. Neuro Psiquiatria**, v.64, n.3A, p.690-697, 2006.
43. CINCURA, C. *et al.* Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. **Cerebrovasc Dis.**, v.27, n.2, p.119-22, 2009. doi: 10.1159/000177918. Epub 2008 Nov 28. PubMed PMID:19039215.

44. SUCHAREW, H. *et al.* Profiles of the National Institutes of Health Stroke Scale items as a predictor of patient outcome. **Stroke**, v.44, n.8, p.2182-7, 2013. doi:10.1161/STROKEAHA.113.001255. PubMed PMID: 23704102; PubMed Central PMCID: PMC4190834.
45. QUINN, T.J. *et al.* Reliability of the modified Rankin Scale: a systematic review. **Stroke**, v.40, n.10, p.3393- 3395, 2009. doi:10.1161/STROKEAHA.109.557256.
46. CARVALHO-PINTO, B.P.B; FARIA, C.D.C.M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, n. AHEAD, p. 0-0, 2016. doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0171. 20, Jun 2016. PMID: 27556392; PMCID: PMC5015678.
47. RAMOS, L.R. *et al.* Polypharmacy and polymorbidity in older adults in Brazil: a public health challenge. **Rev. Saúde Pública**, v.50(suppl 2):9s, 2016. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006145. PMID: 27982377; PMCID: PMC5157903.
48. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. ISBN: 978-85-7967-075-6.
49. HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Missão e valores**. [Internet] Disponível em http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=86 Acesso em 09 de Set 2020.
50. BRASIL. Diário Oficial da União, Brasília, DF. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1990.
51. BRASIL. Diário Oficial da União, Brasília, DF. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 31 dez. 1990b.
52. PAIM, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v.377, n.9779, p.1778-1797, 2011.
53. VIACAVAL, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1751-1762, Jun. 2018.
54. JANZEN, S. *et al.* Referral patterns of stroke rehabilitation inpatients to a model system of outpatient services in Ontario, Canada: a 7-year retrospective analysis. **BMC Health Services Research**, v.19, n.1, p.399, 2019. Published 2019 Jun 20. doi:10.1186/s12913-019-4236-5
55. STROKE UNIT TRIALISTS' COLLABORATION. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. **Cochrane Database Syst Rev.**, n.9, CD000197. 2013 Set 11. doi:10.1002/14651858.CD000197.pub3

56. KJÖRK, E.K. *et al.* Experiences, needs, and preferences for follow-up after stroke perceived by people with stroke and healthcare professionals: a focus group study. **PloS one** v.14, n.10 e0223338. 1 Oct. 2019, doi:10.1371/journal.pone.0223338.
57. ANDERLE, P.; ROCKENBACH, S.P.; GOULART, B.N.G. Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas de distúrbios fonoaudiológicos por médicos e enfermeiros da Atenção Básica à Saúde. **CoDAS**. São Paulo, v.31, n.2, e20180015, 2019.
58. RECH, R.S. *et al.* Acesso e uso de serviços de Fonoaudiologia em Porto Alegre, Brasil: estudo populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.3, p.817-825. Epub Mar 06, 2020.
59. LANGHORNE, P.; COUPAR, F.; POLLOCK, A. Motor recovery after stroke: a systematic review. **Lancet Neurol.**, v.8, n.8, p.41-54, 2009. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70150-4. PMID: 19608100.
60. FARIA, C.D.C.M.; ARAUJO, D.C.; CARVALHO-PINTO, B.P.B. Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v.30, n.3, p.527-536, Set. 2017.
61. RODES, C.H. *et al.* O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo, v.24, n.1, p.74-82, Mar. 2017.
62. COSTA, L.R. *et al.* Distribution of physical therapists working on public and private establishments in different levels of complexity of health care in Brazil. **Rev.Bras. Fisioter.** São Carlos, v.16, n.5, p.422-430, Out. 2012.
63. HACKETT, M.L. *et al.* Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. **Stroke**, v.36, n.6, p.1330-1340, 2005. doi:10.1161/01.STR.0000165928.19135.35)
64. ZHANG, S. *et al.* Neuropsychiatric issues after stroke: Clinical significance and therapeutic implications. **World J Psychiatry**, v.10, n.6, p.125-138, 2020. doi:10.5498/wjp.v10.i6.125.
65. LEGG, L.A. *et al.* Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.19, n.7, CD003585, 2017. doi: 10.1002/14651858.CD003585.pub3. PMID: 28721691.
66. BRAVEMAN, P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. **Public Health Rep.**, v.129, Suppl 2, p.5-8, 2014. doi:10.1177/00333549141291S203
67. VIACAVA, F. *et al.* Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018.

68. PINHEIRO, R.S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, 2002.
69. BERTAKIS, K.D. *et al.* Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. **J Fam Pract.**, v.49, n.2, p.147-152, 2000.
70. HANSEN, A.H. *et al.* Socio-economic inequalities in health care utilization in Norway: a population based cross-sectional survey. **BMC Health Services Research**, v.25, 12, p.336, 2012. doi:10.1186/1472-6963-12-336.
71. MANUEL, J.I. Racial/ethnic and gender disparities in health care use and access. **BMC Health Services Research**, v.53, n.3, p.1407-1429, 2018. doi:10.1111/1475-6773.12705
72. TADDEO, P.S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 11, p.2923-2930, 2012.
73. VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p 100-112, Mar. 2015.
74. BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.
75. PALMCRANTZ, S. *et al.* Diferenças entre indivíduos mais jovens e mais velhos no uso de cuidados e reabilitação, mas não na recuperação global autopercebida 1 ano após o AVC. **J Neurol Sci.**, v.18, 321 (1-2), p.29-34, 2012. doi: 10.1016 / j.jns.2012.07.024.
76. YOUNGER, D.S. Health Care in Brazil: implications for public health and epidemiology. **Neurol. Clin.**, v.34, n.4, p.1071-1083, 2016.

MINICURRÍCULO

Formação

1. Fisioterapeuta pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC (2011).
2. Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso pelo Hospital Municipal Odilon Behrens em parceria com a Prefeitura de Belo Horizonte (2014).
3. Especialização em Neurociências e suas fronteiras pela Universidade Federal de Minas Gerais (2017).

Atuação profissional

Fisioterapeuta (Hospital Risoleta Tolentino Neves – Unidade de Acidente Vascular Encefálico), Outubro 2014 – atual.

Experiência docente

1. 2018/2. Estágio em docência: disciplina “Clínica I: Fisiolab – Neurofuncional” para os alunos do curso de graduação em Fisioterapia da UFMG.
2. 2019/1. Estágio em docência: disciplina “Clínica I: Fisiolab – Neurofuncional” para os alunos do curso de graduação em Fisioterapia da UFMG.
3. 2020/1. Supervisão de visita técnica: disciplina “Fisioterapia neurofuncional nos diferentes cenários de atuação” do Curso de Especialização Avanços Clínicos em Fisioterapia / UFMG - Fisioterapia Neurofuncional do Adulto.

Participação em banca examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso

Banca de Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Terapia Ocupacional da Residência Multiprofissional, área “Saúde do Idoso”, do Hospital Risoleta Tolentino Neves, intitulado: “Intervenções de Terapia Ocupacional após Acidente Vascular Cerebral Agudo e Subagudo: uma revisão de escopo”, apresentado pela discente, Ádria Gleyce de Souza – 17 de fevereiro de 2020.

Coorientação em Trabalho de Conclusão de Curso

Coorientação do Trabalho de Conclusão de Curso da Estudante de Graduação em Fisioterapia da UFMG, Jordana de Paula Magalhães; intitulado “Análise Do Atendimento De Indivíduos Pós Acidente Vascular Cerebral Pelo Núcleo De Apoio À Saúde Da Família”, 16 de setembro de 2020.

Participação em curso de curta duração

1. Curso básico de Bioestatística utilizando o SPSS (curso teórico/prático) - Departamento de Esportes da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG - 08 a 12 de julho de 2019, 20 horas.
2. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na Pesquisa Científica na área da Reabilitação – Programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da UFMG, 02 a 07 de julho, 2019, 15 horas.

Participação em eventos científicos

1. IV EVIDENCE, realizado pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG), 19 de outubro de 2019, 07 horas.
2. "I Fórum de Assistência Domiciliar," realizado pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG), 18 de julho de 2020, 05 horas.
3. *Webinar ScienceDirect* para a UFMG – Plataforma digital “Zoom”, 30 de julho de 2020, 1 hora,

Organização de eventos

1. III Encontro com a Pesquisa e a Extensão na EEFETO - Núcleo de Assessoramento à Pesquisa e pelo Centro de Extensão da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, dia 08 de outubro de 2019.

ANEXO 01 - Aprovação pelo Colegiado do Núcleo de ensino, pesquisa e extensão (NEPE) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN)



RQU ACO Ver: 05/2018

Parecer de Projeto de Pesquisa

Belo Horizonte, 21 de novembro de 2019.

PROCESSO Nº 14/2019

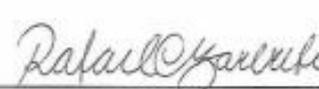
Título do Projeto: Egressos da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) de Hospital Público da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de Belo Horizonte: Perfil e fatores relacionados à saúde, funcionalidade, qualidade de vida e acesso à rede de saúde.

Pesquisadores: Christina Danielli Coelho de Moraes Faria / Iza de Faria Fortini / Marcela Aline Fernandes Braga / Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra.

Equipe de Pesquisadores: O projeto será desenvolvido por Christina Danielli Coelho de Moraes Faria - Docente da UFMG e orientadora do projeto, Iza de Faria Fortini - Docente da UFMG e co-orientadora do projeto, Marcela Aline Fernandes Braga – Terapeuta ocupacional e funcionária da instituição e Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra – Fisioterapeuta e funcionária da instituição.

Parecer: Com a apresentação da documentação solicitada atendendo às exigências, o Colegiado do NEPE posiciona-se favorável à realização da pesquisa nas dependências do HRTN.

VIGÊNCIA DO PARECER: Este Projeto tem validade de 05 (cinco) anos a partir da data do parecer final. O Relatório final das atividades com as publicações e produções científicas geradas a partir deste estudo deverá ser encaminhado ao NEPE após a conclusão do mesmo.



Rafael Calvão Barbuto
Coordenador do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
HRTN/FUNDEP/UFMG



Colegiado do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - NEPE/HRTN

Rua das Gabirobas, 01 - Vila Clóris, Belo Horizonte/MG - Brasil. Cep:31.744-012. Tel:55 31 3459-3200 Fax:55 31 3459-3229

ANEXO 02 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Egressos da unidade de acidente vascular cerebral (UAVC) de hospital público da rede de urgência e emergência (RUE) de Belo Horizonte: perfil e fatores relacionados à saúde, funcionalidade, qualidade de vida e acesso à rede de saúde

Pesquisador: Christina Danielli Coelho de Moraes Faria

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26431319.6.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.082.406

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório buscando identificar a funcionalidade de Saúde e qualidade de Vida Acesso a serviços de saúde após a alta hospitalar de unidade de acidente vascular cerebral (UAVC) de hospital público, no caso o Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar o perfil e fatores relacionados à saúde, funcionalidade, qualidade de vida e ao acesso à rede de saúde dos egressos da UAVC de Hospital Público da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de Belo Horizonte

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos associados a esta pesquisa estão relacionados ao tempo de realização das entrevistas e avaliações, a algum desconforto referente aos testes, como sensação de cansaço ou confusão. Os benefícios apontados são os conhecimentos gerais que poderão ser usados em políticas de saúde e condições atuais do participante que poderão melhoradas com direcionamento para tratamento específico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora diante das solicitações anteriores responde a cada um dos requisitos:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.062.406

1. readequou o projeto ao momento da pesquisa, incluindo informações quanto ao delimitamento do estudo e tempo de coleta de informações
2. readequou o TCLE com espaço para rubricas (que poderiam ser individualizadas), riscos, benefícios, armazenamento de informações, email do pesquisador, utilização de dados do prontuário e quanto a possíveis ressarcimentos
3. apresentou TCUD
4. registrou quanto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos solicitados foram apresentados

Recomendações:

sem recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação do presente projeto, SMJ, sou pela sua aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1333609.pdf	26/05/2020 14:15:45		Aceito
Outros	cartaresposta.docx	26/05/2020 14:12:27	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aceito
Outros	TCUDFINAL.pdf	26/05/2020 14:11:20	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aceito
Outros	ANEXOS.docx	26/05/2020 14:07:50	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.082.406

Outros	APENDICES.docx	26/05/2020 14:01:58	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	26/05/2020 13:54:37	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.docx	26/05/2020 13:54:13	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aceito
Outros	PARECERNEPEHRTN.pdf	22/11/2019 17:08:26	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	16/04/2019 16:24:10	Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Junho de 2020

Assinado por:

Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 03 - Versão brasileira da NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autônômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	
1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde a ambas as questões corretamente. 1 = Responde a uma questão corretamente. 2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.	
1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	
2. Melhor olhar conjugado. Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.	
3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical)	
4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos	

a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	faciais das regiões superior e inferior da face).	
5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90o (se sentado) ou a 45o (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém o braço 90o (ou 45o) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90o (ou 45o), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90o (ou 45o), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____ 5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito	
6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30o (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém a perna a 30º por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30o, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30o, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____ 6a. Perna esquerda 6b. Perna direita	
7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índice-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	
8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente uma perda hemisensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.	0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.	
9. Melhor linguagem. Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e	0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser	

que não segue nenhum comando simples.	trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou	
10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique	
11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	

<p style="text-align: center;">Mamãe Tic-Tac Paralelo Obrigado Estrada-de-ferro Jogador de futebol</p> <p style="text-align: center;">Lista de Palavras no item 10. Disartria.</p>	<p style="text-align: center;">Você sabe como fazer. De volta para casa. Eu cheguei em casa do trabalho. Próximo da mesa, na sala de jantar. Eles ouviram o Pelé falar na rádio.</p> <p style="text-align: center;">Lista para leitura no item 9. Melhor Linguagem.</p>
--	--



Lista para Nomeção no item 9. Melhor Linguagem.

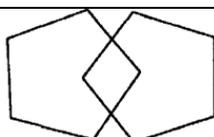


copyright © 1983 by Lea & Fetiger

Figura para o item 9. Melhor Linguagem.

ANEXO 04 - Versão brasileira do MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação TEMPORAL		Pontos	Ponto obtido
Pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)			
Que dia é hoje?		1	
Em que mês estamos?		1	
Em que ano estamos?		1	
Em que dia da semana estamos?		1	
Qual a hora aproximada?	Considere a variação de mais ou menos 1 hora	1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		Pontos	
Pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)			
Em que local nós estamos?	Consultório, quarto, sala - apontando para o chão	1	
Que local é este aqui?	Apontando ao redor num sentido mais amplo: C.S, própria casa	1	
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.		1	
Em que cidade nós estamos?		1	
Em que Estado nós estamos?		1	
Memória imediata		Pontos	
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: <u>carro, vaso, tijolo</u>	Dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros.	3	
cálculo		Pontos	
Subtração de setes seriadamente: Quanto é: 100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65	Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige. (VER**)	5	
EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS		Pontos	
Quais as palavras que você acabou de repetir?	Pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir - 1 ponto para cada	3	
NOMEAÇÃO		Pontos	
Que objeto é este?	Peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) - 1 ponto para cada.	2	
REPETIÇÃO		Pontos	
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: "Nem aqui, nem ali nem lá".	Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)	1	
COMANDO		Pontos	
"Pegue este papel com sua mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto)."	Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.	3	
LEITURA	Mostre a frase escrita 'FECHE OS OLHOS' e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.	1	
FRASE Escreva uma frase	Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos	1	
COPIA DO DESENHO: Faça uma cópia deste desenho o melhor possível	Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)	1	
TOTAL	30		



ANEXO 05 - Versão brasileira da Escala Modificada de Rankin

GRAU DE INCAPACIDADE		DESCRIÇÃO
Assintomático	0	Regressão dos sintomas.
Sintoma sem incapacidade	1	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
Incapacidade leve	2	Incapaz de realizar todas as suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.
Incapacidade moderada	3	Requer alguma ajuda para suas atividades, mas é capaz de andar sem a ajuda de uma outra pessoa.
Incapacidade moderada a grave	4	Incapaz de andar sem ajuda, incapaz de realizar suas atividades sem ajuda.
Incapacidade grave	5	Limitado à cama, incontinência, requer cuidado de enfermeiros e assistência constante.
Óbito	6	

ANEXO 06 - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Nº _____

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: “Egressos da unidade de acidente vascular cerebral de hospital público da rede de urgência e emergência de Belo Horizonte: perfil e fatores relacionados à saúde, funcionalidade, qualidade de vida e acesso à rede de saúde”.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Egressos da unidade de acidente vascular cerebral de hospital público da rede de urgência e emergência de Belo Horizonte: perfil e fatores relacionados à saúde, funcionalidade, qualidade de vida e acesso à rede de saúde”. O objetivo deste projeto de pesquisa é conhecer o perfil e fatores relacionados à saúde, funcionalidade, qualidade de vida das pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC ou derrame) atendidas na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e descrever o acompanhamento e os cuidados em saúde para a continuidade da assistência pela rede de saúde. Acreditamos que conhecendo este perfil de saúde, de funcionalidade, de incapacidade e de qualidade de vida poderemos identificar os fatores que determinam a continuidade do cuidado em saúde na linha do AVC, assim como, os fatores associados à saúde, funcionalidade e qualidade de vida. Desta forma, podemos melhorar a qualidade do serviço oferecido pela rede de saúde e propor intervenções adequadas para atender às suas necessidades.

Caso você participe desta pesquisa será necessário responder questionários com perguntas sobre sua saúde e acesso à rede de saúde, realizar alguns procedimentos pela aplicação de testes e medidas comumente usados na prática clínica dos profissionais da saúde. Finalmente, o seu prontuário da internação hospitalar na UAVC será consultado para identificar e coletar informações sobre os cuidados à saúde recebidos na internação. Caso você concorde em participar desta pesquisa, você nos dará a sua autorização para consultar o seu prontuário do hospital, de onde retiraremos informações sobre as doenças que você tem, os medicamentos que utiliza e os tipos e resultados dos exames e das avaliações que foram realizadas no hospital e que estão registradas neste prontuário. Além disso, serão realizadas entrevistas e avaliações por um fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, previamente treinados, neste período em que está internado e nos dias de sua consulta ambulatorial no HRTN, com planejamento para ocorrerem após um, três, seis, 12 e 24 meses da sua alta do hospital. Essas entrevistas e avaliações terão duração aproximada de 40 a 60 minutos cada. Portanto, após sua saída do hospital, planejamos fazer outras cinco avaliações com você. Utilizando-se de fichas de avaliação que foram desenvolvidas, serão realizadas perguntas simples sobre você, sua saúde e o acompanhamento da rede de saúde. Em seguida, serão aplicados quatro questionários padronizados para avaliação da sua funcionalidade e qualidade de vida. Logo após, serão aplicados testes e instrumentos de medidas padronizados para coletar outras informações funcionais, como avaliação da sua força muscular e do seu retorno motor. Essas entrevistas e avaliações acontecerão na Unidade de AVC ou no ambulatório da Neurologia do HRTN. Caso você não possa comparecer, ou caso você não tenha nenhum retorno marcado pelos profissionais do hospital, serão realizados contatos telefônicos para a realização dessas entrevistas e avaliações por telefone.

Durante todos os contatos e procedimentos, serão considerados a sua disponibilidade e interesse em participar do estudo de forma voluntária, além da sua segurança e do seu conforto. Os riscos associados a esta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados ao tempo de realização das entrevistas e avaliações, a algum desconforto referente aos testes, como sensação de cansaço ou confusão. O pesquisador está à disposição para quaisquer dúvidas. Para garantir que as informações deste estudo sejam confidenciais, você receberá um número de identificação utilizado em todas as fichas de avaliação, questionários e testes e seu nome nunca será revelado. Nos relatórios que forem elaborados, assim como se as informações originadas deste estudo forem publicadas em revista ou evento científico, você não será reconhecido individualmente.

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR

A sua participação é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e a qualquer momento. Além disso, você não receberá nenhuma remuneração pela sua participação. Você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem interferência na forma como está sendo assistido.

BENEFÍCIOS

Você e futuros pacientes poderão se beneficiar com os resultados desta pesquisa. Primeiramente, porque os resultados obtidos irão colaborar com o conhecimento científico, podendo apontar para a necessidade de avaliação e abordagem ao longo do tempo de algumas questões essenciais para a sua saúde, funcionalidade e qualidade de vida, assim como para a de indivíduos que tenham a mesma doença que você. Além disso, com a identificação dos fatores que determinam a continuidade do cuidado em saúde na linha do AVC, assim como dos fatores associados à saúde, funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos com esta doença, poderemos fornecer informações para melhorar a qualidade do serviço oferecido pela rede de saúde. Caso durante as avaliações que realizarmos for identificada alguma complicação que não seja de conhecimento dos profissionais do hospital que estão realizando o seu acompanhamento, comunicaremos esses profissionais imediatamente sobre esta situação. Caso você não esteja recebendo este acompanhamento dos profissionais do hospital, iremos orientar você e, caso seja necessário, o seu cuidador, a procurar o atendimento de saúde para a devida avaliação e abordagem. Finalmente, nas avaliações que forem realizadas iremos alertá-lo sobre os encaminhamentos que foram realizados pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do hospital e orientá-los a procurar adequadamente o serviço de saúde ao qual o encaminhamento se refere, caso isso ainda não tenha sido realizado.

GASTOS FINANCEIROS

A participação no estudo não acarretará custos para você e não haverá nenhuma compensação financeira adicional. Você será ressarcido somente de gastos advindos diretamente da sua participação na pesquisa, como transporte durante os seus deslocamentos necessários como participante, quando for o caso, e desde que não estejam relacionados à rotina de seu encaminhamento dentro do hospital como paciente.

USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os dados obtidos no estudo serão para fins de pesquisa, podendo ser apresentados em relatório, congressos e seminários e publicados em artigos científicos; porém, sua identidade será mantida em absoluto sigilo. Estes dados serão armazenados no Laboratório de Estudos em Reabilitação Neurológica do Adulto (NEUROLAB) do Departamento de Fisioterapia da UFMG por um período de cinco anos, assegurando a confidencialidade dos dados. Depois de ter lido as informações deste documento, se for de sua vontade participar, por favor, preencha e assine a declaração abaixo.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo que os objetivos, procedimentos e linguagem técnica foram satisfatoriamente explicados. Tive tempo suficiente para considerar as informações acima e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e tenho direito de agora, ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter.

Em caso de dúvida com relação aos procedimentos da pesquisa, entre em contato com a coordenadora e pesquisadora principal: Prof^a. Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, Telefone: (31) 3409-7448; (31) 3409-4783; Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP: 31270-901 - BH/MG – Campus – UFMG – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Departamento de Fisioterapia, 3o andar, Sala 3109 - e-mail: cldcmf@ufmg.br ou chrismoraaisf@yahoo.com.

Em caso de dúvidas com relação a seus direitos como participante do estudo, assim como às questões da ética em pesquisa, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, Telefone/Fax: (31) 3409-4592 - Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP: 31270-901 - BH/MG - Campus – UFMG – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Em caso de dúvidas com relação aos procedimentos de pesquisa que serão realizado no Hospital Risoleta Tolentino Neves, entre em contato com: Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão (NEPE) do Hospital Risoleta Tolentino Neves, Telefone: (31) 3459-3266, Endereço: Rua das Gabirobas, 01 - Vila Clóris. Belo Horizonte/MG - Brasil. CEP: 31.744-012. e-mail: nepe@hrtn.fundep.ufmg.br

Assinando esse termo de consentimento, estou indicando que concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante

Data

End: _____

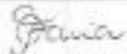
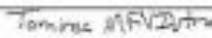
Assinatura da Investigadora Responsável
Christina Danielli Coelho de Moraes Faria

Data

ANEXO 07 - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo (sem abreviação)	RG	Assinatura
Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	MG 9337970	
Iza Faria-Fortini		
Marcela Aline Fernandes Braga	MG12017878	
Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra	MG 16213217	

2. Identificação da pesquisa

- a) Título do Projeto: "Egressos da unidade de acidente vascular cerebral de hospital público da rede de urgência e emergência de Belo Horizonte: perfil e fatores relacionados à saúde, funcionalidade, qualidade de vida e acesso à rede de saúde".
- b) Departamento/Faculdade/Curso: Departamento de Fisioterapia / Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- c) Pesquisador Responsável: Christina Danielli Coelho de Moraes Faria

3. Descrição dos Dados

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Risoleta Tolentino Neves registrados no período de: agosto de 2020 a agosto de 2022.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br .



4. Declaração dos pesquisadores

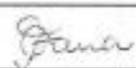
Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos dos prontuários dos pacientes da Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Hospital Risoleta Tolentino Neves, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte, 20 de maio de 2020.

Nome completo (sem abreviação)	Assinatura
Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	
Iza Faria-Fortini	
Marcela Aline Fernandes Braga	
Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra	Tamires M.F.V. Dutra

5. Autorização da Instituição

Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.



Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, 21 de maio de 2020.

Rafael Calvão Barbuto

Rafael Calvão Barbuto
Coordenador do NEPE
HRTN / FUNDEP / UFMG

Nome legível/assinatura e carimbo do responsável pela anuência da Instituição

APÊNDICE 01 - Ficha de avaliação A: dados sociodemográficos, clínicos funcionais.

PROJETO DE PESQUISA: EGRESSOS DA UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (UAVC) DE HOSPITAL PÚBLICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) DE BELO HORIZONTE: PERFIL E FATORES RELACIONADOS À SAÚDE, FUNCIONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO À REDE DE SAÚDE

Avaliação feita por: _____ Data do registro: _____ Código: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome: _____

1.2 Idade: _____

1.3 DN: _____

1.3 Sexo: 1 - () Feminino

2 - () Masculino

1.4 Endereço/Local que reside: _____

1.5 Telefone: _____

2. DADOS DO AVC

2.1 Primeiro episódio	1-() Sim	2-() Não	2.2 Data do 1º episódio
2.3 AVC recorrente	1-() Sim	2-() Não	
2.4 Tipo de AVC desta internação	1-() Isquêmico	2-() Hemorrágico	3-() Transitório
2.5 Data - admissão HRTN:	2.6 Alta hospitalar:	2.7 Tempo internação (dias):	
2.8 Realização de trombólise	1-() Sim	2-() Não	
2.9 MS mais afetado após AVC	1-() Direito	2-() Esquerdo	
2.10 MI mais afetado após AVC	1-() Direito	2-() Esquerdo	
2.11 Dominância MS antes do AVC	1-() Direito	2-() Esquerdo	
2.12 Dominância MS antes do AVC	1-() Direito	2-() Esquerdo	

3. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

3.1 Estado conjugal:

1-() Solteiro 2-() Casado 3-() Divorciado 4-() Viúvo 5-() União estável

3.2 Escolaridade:

1-() Não sabe ler nem escrever

2-() Nenhuma, mas sabe ler e escrever

3-() Fundamental básico - 1 a 4 anos de estudo

4-() Fundamental - 5 a 8 anos de estudo

5-() Ensino médio - 9 a 11 anos de estudo

6-() Superior - 12 ou mais de estudo

3.4 Tem plano de saúde: 1-() Sim 2-() Não

Qual: _____

4. DADOS SÓCIOECONÔMICOS – Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil 2012

Posse de itens	Quantidade de Itens				
	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Maquinas de Lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (independente ou na geladeira)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução	Pontos
Analfabeto/Primário incompleto = Até 3ª série fundamental	0
Primário completo / Ginasial incompleto = no mínimo 4ª série fundamental	1
Ginasial completo / Colegial incompleto = no mínimo 8ª série fundamental	2
Colegial completo / Superior incompleto = no mínimo médio completo	4
Superior completo	8

Pontuação mínima: 0 e Pontuação máxima: 46 / Pontuação encontrada no paciente: _____

Classe	Pontos
A1	42 a 46
A2	35 a 41
B1	29 a 34
B2	23 a 28
C1	18 a 22
C2	14 a 17
D	8 a 13
E	0 a 7

Fonte: ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 – IBOPE

APÊNDICE 02 - Ficha de avaliação B: acesso aos serviços de saúde

PROJETO DE PESQUISA: EGRESSOS DA UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (UAVC) DE HOSPITAL PÚBLICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) DE BELO HORIZONTE: PERFIL E FATORES RELACIONADOS À SAÚDE, FUNCIONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E ACESSO À REDE DE SAÚDE

DATA DA ALTA HOSPITALAR: _____ **PERÍODO REFERENTE: 0 ____ MÊS (ES)**

IDENTIFICAÇÃO

1. Entrevista: 1. Telefone () 2. Presencial ()
2. Nome do participante: _____
3. **Código do participante:** _____ 4. Data: _____ 5. Avaliado por: _____
6. Telefone Principal: 1() 2() 3() Outros: 4() 5() 6. NÃO ATENDIDO ()
7. Tempo de ligação (minutos): _____ 8. Quem respondeu? _____
9. Grau de parentesco: _____ 10. Transferido para HPT: () Sim () Não
11. Data de alta do HPT: _____
12. Tem plano de saúde? () Sim (Qual: _____) 2. () Não
13. Antes de ter o AVC, o senhor fazia acompanhamento regular da sua saúde?
 1. () Sim
 2. () Não
 - 1.1 Com qual (is) profissional (is)? _____
 - 1.2 Qual serviço? (UBS, NASF, CREAM, plano de saúde, particular) _____
 - 1.3 Qual motivo? _____
14. Responda a afirmativa: *"De forma geral, antes do AVC, eu buscava atendimento nos serviços de saúde"*:
 - 1-() Regularmente
 - 2-() Sempre que me sentia mal
 - 3-() Quando me sentia mal e considerava que era grave
 - 4-() Nunca

PRIMEIRO ATENDIMENTO

15. Após a alta hospitalar, o (a) sr. (a) realizou algum **PRIMEIRO ATENDIMENTO** em qualquer serviço de saúde, EXCETO do HRTN? 1.() SIM 2.() NÃO
16. Se SIM, qual serviço*(UBS, EMAD, HPT, outros) *? _____
17. Se SIM, qual profissional? _____
18. Sem SIM, qual o tipo de atendimento** (*Domiciliar/ Grupo/ Individual*)**? _____
19. Quanto tempo passou até o (a) sr. (a) ter o primeiro atendimento de algum profissional da saúde (aproximado em dias)? _____

BUSCA POR ATENDIMENTO

20. Desde a alta hospitalar até hoje o (a) sr. (a) **PROCUROU ALGUM ATENDIMENTO** de saúde?
 1. () SIM
 2. () NÃO
21. Se, SIM. **POR QUE?** 1-() AVC ou problemas **relacionados ao AVC**

(Qual? _____)

 - 2-() Entregar o encaminhamento
 - 3-() Exames de rotina
 - 4-() Algum sintoma de doença ou problema de saúde **não relacionado** ao AVC (Qual doença e/ou sintoma)? _____
 - 5-() Renovação de receita médica
 - 6-() Vacinação
 - 7-() Consulta com profissional da saúde já agendada antes do AVC
(Qual? _____)
 - 8-() Outro: _____

ATENDIMENTO ATUAL E/OU AGENDADO

22. **ATUALMENTE**, o sr. (a) está sendo atendido por algum profissional da saúde?
 1. () SIM
 2. () NÃO
23. Se SIM, qual (is) profissional? _____
24. Se SIM, qual o serviço? _____
25. Se SIM, qual o tipo de atendimento? _____
26. **JÁ FOI ATENDIDO (A)** por algum profissional de saúde após a alta hospitalar da UAVC/ HRTN? **Se sim, qual e quando?** _____

27. **SE AINDA NÃO FOI ATENDIDO**, houve algum **AGENDAMENTO** para qualquer serviço de saúde? 1-() Sim 1.1 Qual serviço? _____
1.2 Qual data aproximada? _____

ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

28. Na alta hospitalar da UAVC/HRTN, o (a) sr. (a) **RECEBEU** algum encaminhamento (s) por escrito? 1. () SIM 2.() NÃO
29. Recebeu relatório ou algum **outro papel** do hospital (s)?
1. () SIM () NÃO
30. Se SIM, o (a) sr.(a) poderia me dizer o que dizia este relatório/papel ou pra quê o senhor recebeu o relatório?
- _____
- _____

31. O (a) sr. (a) **ENTREGOU** este (s) encaminhamentos ao serviço/ou profissional da área da saúde solicitado? 1-() SIM 2-() NÃO
32. Se SIM, **qual (is)** encaminhamento (s) foi (ram) entregue (s)?
- _____
- _____

33. Se SIM, **quando** o (a) sr. (a) entregou (tempo aproximado em dias)? _____
34. Se **NÃO entregou**, por que?
- 1-() Não sabia onde levar/entregar 2-() Não quis levar/entregar
3-() Não tinha quem levasse 4-() Não acredita que precisa do tto
5-() Perdeu o(s) papel (éis)
6-() Não tem condições de fazer o tto(Por que?) _____
7-() Outro: _____

ENCAMINHAMENTO: DISPOSITIVO AUXILIARES

35. Na alta hospitalar da UAVC/HRTN, o (a) sr. (a) recebeu encaminhamento por escrito para adquirir algum **dispositivo de auxílio**? (*exemplos: bengala/ andador/ cadeira de rodas/ cadeira de banho/órtese...*) 1. () SIM 1.2. Qual? _____
2. () NÃO
36. Se SIM, o (a) sr. (a) **levou o (s) encaminhamento/relatório (s)** até o serviço de saúde orientado para solicitar o dispositivo? 1-() SIM 2-() NÃO
37. Se SIM, **quando** o (a) sr. (a) entregou (tempo aproximado em dias)? _____
38. Se **NÃO levou**, por que? 1-() Não sabia onde levar/entregar
2-() Não quis levar/entregar 3-() Não tinha quem levasse
4-() Não acredita que precisa do dispositivo 5-() Perdeu o(s) papel (éis)
6-() Não tem condições de fazer o tto(Por que?) _____
7-() Outro: _____
39. Se foi solicitado o dispositivo de auxílio, o (a) sr. (a) **conseguiu adquirir**? 1-() SIM 2-() NÃO
40. O (a) sr.(a) **está usando** algum dispositivo auxiliar ? 1-() SIM 2-() NÃO
41. Se SIM, qual foi o serviço que ofereceu? (*CREAB/ Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus/ Aquisição particular/ compra/ aluguel/alguém emprestou/ Outro*)
- _____
- _____

42. ATUALMENTE, O (A) SR. (A) CONSIDERA QUE NECESSITA DE ALGUM ATENDIMENTO DE SAÚDE? QUAL?
- _____
- _____

43. O (a) sr. (a) encontrou alguma dificuldade (**Barreira - B**) ou facilidade (**Facilitador - F**) para **acessar os serviços de saúde após a alta da UAVC**? Ou não fez diferença? (**Neutro - N**).
(Entrevistador ler as afirmativas abaixo e identificar B, F ou N.)

Tempo e distância para o serviço

- A distância ou tempo gasto deslocamento entre a sua residência e o serviço de saúde
- As opções de transporte para deslocamento da sua residência ao serviço saúde

Econômica

- O custo necessário para se deslocar até o serviço de saúde ou para utilizar o serviço de saúde
- A renda financeira disponível para o cuidado com a sua saúde

Organização do serviço

- O processo para agendar o atendimento no serviço de saúde
- O tempo de espera para marcar o atendimento necessário ou para ser atendido
- O tipo de serviço disponibilizado (Individual, em grupo, no domicílio...)
- Os horários de atendimento dos serviços de saúde
- O contato com os profissionais da área da saúde
- Informações e esclarecimentos sobre o AVC recebidos pelos profissionais de saúde

Qualidade do serviço

- Encaminhamentos e relatórios recebidos da equipe da UAVC/HRTN
- A quantidade de profissionais de saúde ou de serviços de saúde disponíveis
- O conforto do ambiente dos serviços de saúde
- Qualidade do atendimento ofertado pelo profissional da área da saúde
- Atenção recebida do serviço/profissional de saúde para o paciente

Pessoal e familiar

- O apoio da sua família e/ou amigos
- Já ser acompanhado por um profissional da área da saúde antes (Qual? _____)
- Já conhecer como funciona os serviços de saúde
- Já conhecer um profissional da área da saúde de confiança
- Acreditar que pode melhorar com o tratamento ofertado pelos profissionais

44. Em geral, você diria que sua saúde é:

- | | |
|-----------------|---|
| Excelente | 1 |
| Muito boa..... | 2 |
| Boa..... | 3 |
| Ruim..... | 4 |
| Muito ruim..... | 5 |

45. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- | | |
|---|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás..... | 1 |
| Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... | 2 |
| Quase a mesma coisa do que há um ano atrás..... | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... | 4 |
| Muito pior agora do que há um ano atrás..... | 5 |

46. "Em comparação com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:"

- | | | |
|-----------------|----------------|---------------|
| 1.() Melhor | 2.() Igual | 3.() Pior |
|-----------------|----------------|---------------|

SOMENTE NO PRIMEIRO MÊS: Dados dos encaminhamentos/relatórios extraídos do prontuário eletrônico do HRTN:

Encaminhamentos ou relatórios (categoria profissional e serviço de saúde solicitado):

Solicitação de tecnologias assistiva (quais e categoria profissional que solicitou):
