

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**CAROLINA LUISA DE ALMEIDA SOARES**

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE  
REABILITAÇÃO POR INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE RECUPERAÇÃO  
EM UM PAÍS EM DESENVOLVIMENTO**

Belo Horizonte - MG

2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**CAROLINA LUISA DE ALMEIDA SOARES**

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE  
REABILITAÇÃO POR INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE RECUPERAÇÃO  
EM UM PAÍS EM DESENVOLVIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

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

Co-orientadora: Jordana de Paula Magalhães, PT, M.Sc.

Belo Horizonte - MG

2022

## **AGRADECIMENTOS**

Finalizar a graduação é sem dúvidas um dos momentos mais marcantes na minha vida até hoje e eu não conseguiria sozinha. Gostaria de agradecer primeiramente à Deus e Nossa Senhora Aparecida por terem me guiado, abençoado e iluminado em todos os momentos até aqui!

Gostaria de agradecer também a minha família, que sempre foi minha base, meu alicerce e meu porto seguro. Pai, mãe e Vitor, vocês são tudo para mim! Obrigada por tanto! Mãe, obrigada por ser minha confidente, minha maior incentivadora e por sempre compartilhar comigo os caminhos que você também trilhou na vida acadêmica. Pai, obrigada por me mostrar todos os dias que vale a pena todo nosso esforço e dedicação para ir em busca dos nossos sonhos. Vitor, obrigada por me mostrar todos os dias que devemos nos arriscar e confiar no nosso potencial! Vô Cici e Vó Diquinha, obrigada por sempre rezarem por mim! Eu amo vocês!

Gostaria de agradecer a minha orientadora Christina, por ter me dito um SIM lá em 2019, que mudaria minha vida de lá para frente. Obrigada por ter me acolhido, me ensinado e me motivado tanto! Obrigada por confiar no meu trabalho e no meu potencial por todo esse tempo! Aprender com você é um privilégio e eu serei eternamente grata. Você é minha inspiração!

Quero agradecer também a minha co-orientadora Jordana, pois sem você eu não sei o que seria deste trabalho (rsrs). Obrigada pela paciência, pelo carinho, cuidado e dedicação no desenvolvimento do meu TCC. Você é uma pessoa incrível e eu te admiro muito! Obrigada por tudo!

A todas as pessoas envolvidas no projeto Egressos, muito obrigada pela parceria durante esses anos e por toda dedicação, principalmente no período da pandemia. Com vocês eu aprendi sobre resiliência e sobre não desistir mesmo com muitas adversidades no caminho!

Por fim, quero agradecer a todos os pacientes que aceitaram participar desta pesquisa, pois sem vocês, nada disso seria possível!

## RESUMO

Indivíduos pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) devem ter acesso imediato e integral aos serviços de reabilitação após alta hospitalar. Além disso, é recomendado é que este acesso seja obtido nos seis primeiros meses de recuperação, período onde as chances de recuperação funcional são maiores. Assim, torna-se relevante conhecer as barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação por estes indivíduos após a alta. Porém, estudos sobre este tema conduzidos no Brasil não foram encontrados e no contexto mundial são escassos. O objetivo deste estudo foi identificar as barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos egressos da Unidade de AVC (UAVC) de um hospital público de Belo Horizonte nos seis primeiros meses após a alta hospitalar. Durante a avaliação hospitalar foram coletados os dados sociodemográficos e clínico-funcionais. Seis meses após a alta, os indivíduos e/ou seus familiares foram contatados para coleta dos dados sobre as barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação considerando aspectos relacionados às condições pessoais do indivíduo, qualidade e organização dos serviços de reabilitação, e deslocamento e transporte para os serviços de reabilitação. Para análise dos dados, foi realizada estatística descritiva. Foram incluídos 174 indivíduos (62±21 anos de idade). No presente estudo, dentre os 20 aspectos analisados, apenas três foram mais frequentemente apontados como barreira para o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC. Os aspectos mais frequentemente apontados como barreiras foram: renda disponível para os cuidados com a saúde (49,4%), tempo de espera para marcar/ser atendido (47,2%) e processo de agendar o atendimento (45,4%). Já os aspectos mais frequentemente apontados como facilitadores foram: expectativa do paciente com o tratamento (82,2%), assistência da família/amigos (79,4%), atenção ofertada pelo serviço/profissional (75,9%), qualidade do atendimento oferecido (74,7%); contato com os profissionais de saúde, horários de atendimento, informações sobre o AVC e conforto do ambiente dos serviços com 67,8%; tipo de serviço disponibilizado (66,1%), encaminhamentos/relatórios ofertados pela equipe da UAVC (54%), opções de transporte disponíveis (53,5%), conhecer um profissional de saúde de confiança (52,9%); quantidade de serviços/profissionais disponíveis e conhecer o funcionamento dos serviços com 52,3%; tempo e a distância do deslocamento (48,9%), acompanhamento prévio por um profissional de saúde (46%) e custo para o deslocamento (44,8%). Portanto, foram apontados mais facilitadores do que barreiras, com destaque para a expectativa do paciente com o tratamento e assistência da família/amigos, identificados pela grande maioria (>79%) como facilitadores. Estes resultados podem contribuir para o direcionamento de políticas públicas para promover os fatores facilitadores e evitar as barreiras a fim de otimizar e aumentar as chances de acesso aos serviços de reabilitação pelos indivíduos pós AVC.

**Palavras-chave:** Acidente vascular cerebral. Acesso a serviços de reabilitação. Barreiras. Facilitadores.

## ABSTRACT

Post-stroke individuals should have immediate and full access to rehabilitation services after hospital discharge. In addition, it is recommended that this access is obtained in the first six months of recovery, a period when the chances of functional recovery are greater. Thus, it becomes relevant to know the barriers and facilitators for access to rehabilitation services by these individuals after hospital discharge. However, studies on this topic conducted in Brazil were not found and in the global context they are scarce. The objective of this study was to identify barriers and facilitators for access to rehabilitation services by individuals discharged from the stroke Unit of a public hospital in Belo Horizonte in the first six months after hospital discharge. During the hospital evaluation, sociodemographic and clinical-functional data were collected. Six months after discharge, the individuals and/or their families were contacted to collect data on barriers and facilitators for access to rehabilitation services, considering aspects related to the individual's personal conditions, quality and organization of rehabilitation services, and displacement and transport to rehabilitation services. For data analysis, descriptive statistics were performed. 174 individuals ( $62 \pm 21$  years of age) were included. In the present study, among the 20 aspects analyzed, only three were most frequently identified as a barrier to access to rehabilitation services by post-stroke individuals. The aspects most frequently mentioned as barriers were: disposable income for health care (49.4%), waiting time to make an appointment/be seen (47.2%) and the process of scheduling care (45.4%). The aspects most frequently mentioned as facilitators were: patient expectation with the treatment (82.2%), assistance from family/friends (79.4%), attention offered by the service/professional (75.9%), quality of care service offered (74.7%); contact with health professionals, opening hours, information about stroke and comfort of the service environment (67.8%); type of service available (66.1%), referrals/reports offered by the stroke unit team (54%), available transport options (53.5%), meeting a trusted health professional (52.9%); number of services/professionals available and knowing how the services work (52.3%); time and distance of displacement (48.9%), previous follow-up by a health professional (46%) and cost of displacement (44.8%). Therefore, more facilitators than barriers were identified, with emphasis on the patient's expectation of treatment and assistance from family/friends, identified by the vast majority (>79%) as facilitators. These results can contribute to the direction of public policies to promote the facilitating factors and avoid barriers in order to optimize and increase the chances of access to rehabilitation services by post-stroke individuals.

**Keywords:** Stroke. Access to rehabilitation services. Barriers. Facilitators.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Fluxograma de recrutamento

**Figura 2:** Barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação nos seis primeiros meses de recuperação

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Caracterização da amostra

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
2.1 AMOSTRA.....	15
2.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	16
2.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	19
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO 1: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO 2: FICHA DE AVALIAÇÃO A .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO 3: FICHA DE AVALIAÇÃO B.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) trata-se de uma síndrome de rápida progressão, decorrente da diminuição ou extravasamento do suprimento sanguíneo na região cerebral (JOHNSON *et al.*, 2016). A evolução clínica do AVC é caracterizada pelo desenvolvimento de sinais clínicos focais e/ou globais, que incluem alterações cognitivas e/ou sensório-motoras de acordo com a extensão e área da lesão (Ministério da Saúde, 2013). Devido sua alta incidência, o AVC é considerado a segunda maior causa de morte e uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo (KATAN & LUFT, 2018).

Embora a incidência do AVC tenha diminuído em países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento é esperado um aumento da prevalência desta condição de saúde nos próximos 30 anos (FEIGIN *et al.*, 2020; VIRANI *et al.*, 2020). Esse aumento tem sido associado a fatores como o aumento da expectativa de vida e da prevalência de fatores de risco modificáveis na população em geral, além das dificuldades enfrentadas pelos serviços públicos de saúde para atender as demandas de prevenção e cuidado aos indivíduos acometidos pelo AVC (FEIGIN *et al.*, 2020; ROTH *et al.*, 2020; VIRANI *et al.*, 2020). Em 2017, a prevalência de AVC padronizada por idade no Brasil foi de 6025 casos por 100 mil habitantes para ambos os sexos (G. M. M. de OLIVEIRA *et al.*, 2020). Além disso, estima-se que o AVC seja responsável por uma taxa de 8,89 internações por 10.000 habitantes no Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa 10% de todas as internações do SUS (BRASIL DATASUS, 2012). Dessa forma, os cuidados de saúde destinados aos indivíduos acometidos pelo AVC são responsáveis por grandes gastos dos recursos públicos destinados a saúde anualmente. (BRASIL DATASUS, 2012)

Após a alta hospitalar, estima-se que aproximadamente 70% dos indivíduos acometidos pelo AVC não retornam ao trabalho e 50% se torna dependente de outras pessoas no dia a dia devido as sequelas secundárias ao evento. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2021). Portanto, é recomendado que o indivíduo pós AVC seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar, buscando a manutenção da sua saúde física e mental, bem como desenvolvimento de sua independência e inclusão na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Segundo a *Linha de Cuidados do AVC*, aprovada pelo Ministério da Saúde em 2012, a assistência aos indivíduos após o AVC deve ser fornecida de

maneira integral pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Isso implica na ação conjunta dos serviços hospitalares, ambulatoriais e de Atenção Primária à Saúde, tendo como objetivo favorecer a assistência integral e o acompanhamento longitudinal aos indivíduos após o AVC por meio de uma rede estruturada que otimize o acesso aos serviços de reabilitação por esses indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Diversos guias clínicos nacionais e internacionais preconizam a importância deste acesso aos serviços de reabilitação após a alta hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; LYNCH *et al.*, 2017; SALTER *et al.*, 2006; TEASELL *et al.*, 2020). De acordo com esses guias, é recomendado que indivíduos pós AVC tenham acesso aos serviços de reabilitação de forma imediata após a alta hospitalar. Embora o indivíduos pós-AVC possam ter melhora da sua saúde, funcionalidade e qualidade de vida mesmo anos após o AVC, os processos de reparo tecidual sugerem que a maior parte da recuperação ocorre nos seis primeiros meses do evento (BERNHARDT *et al.*, 2017). Portanto, receber o tratamento adequado de reabilitação nos seis primeiros meses após a alta está associado à maiores chances de melhora funcional após o AVC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; LYNCH *et al.*, 2017; SALTER *et al.*, 2006; TEASELL *et al.*, 2020). Por isso, esta perspectiva de tempo representa um importante alvo de tratamento para aumentar as chances de recuperação das habilidades perdidas após o AVC.

Embora seja altamente recomendado o acesso imediato e integral aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC (ACERRA *et al.*, 2019; AUSTRALIAN: STROKE FOUNDATION, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), dados de estudos prévios sugerem que essas recomendações vem sendo parcialmente cumpridas. Lynch e colaboradores (2017) reportaram que a proporção de indivíduos pós AVC com acesso aos serviços de reabilitação varia entre os países de alta renda, o que sugere uma possível desigualdade neste acesso. Entretanto, neste estudo foi investigado apenas o acesso a hospitais de reabilitação, não sendo reportados dados do acesso à serviços de atendimento domiciliar, em consultórios ou ambulatorios (LYNCH *et al.*, 2017). Em outro estudo, conduzido por Hall e colaboradores (2016) na Irlanda, foi reportado que após seis meses da alta hospitalar um número significativo de indivíduos não teve acesso a terapia recomendada pela equipe multidisciplinar no momento da alta (HALL *et al.*,

2016). Já em um estudo conduzido no Brasil cujo objetivo foi investigar o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC um mês da alta hospitalar (DUTRA, 2020), foi reportado que embora a maior parte dos indivíduos (77%) tenha obtido acesso a pelo menos um serviço de reabilitação recomendado, este acesso foi parcial e significativamente menor que o esperado, considerando-se os encaminhamentos recebidos pelos indivíduos no momento da alta hospitalar (DUTRA, 2020).

Diversos fatores podem ser apontados como barreiras ou facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação pelos indivíduos pós AVC após a alta hospitalar (ALGURÉN *et al.*, 2009; MAGWOOD *et al.*, 2019; MEYER *et al.*, 2018). Dentre eles, fatores relacionados ao ambiente em que o indivíduo se encontra e fatores relacionados às próprias características pessoais de cada indivíduo (ALGURÉN *et al.*, 2009; MAGWOOD *et al.*, 2019; MEYER *et al.*, 2018), sendo que, sabe-se que a existência de barreiras percebidas por indivíduos pós AVC para o acesso aos serviços de reabilitação está associada com o surgimento de maiores deficiências nestes indivíduos após seis meses da alta hospitalar (ROCHETTE *et al.*, 2001). Um estudo conduzido na Suécia (2009), investigou as barreiras e facilitadores percebidas por indivíduos pós AVC de acordo com 12 categorias de fatores ambientais definidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) após seis semanas e três meses da alta hospitalar (ALGURÉN *et al.*, 2009). Os autores reportaram que os fatores geográficos foram os únicos apontados como barreira para o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC nos dois períodos analisados. Dentre as outras 11 categorias investigadas, a família, os amigos, os serviços sociais, serviços de segurança e serviços de saúde, foram apontados como os principais facilitadores (ALGURÉN *et al.*, 2009).

Em um estudo canadense (2018), foi investigado as barreiras percebidas por indivíduos pós AVC para a realização das recomendações clínicas locais, que preconizam o acesso aos serviços de reabilitação em cada caso específico, sendo cinco dias após o evento para indivíduos pós AVC isquêmico e sete dias após o evento para indivíduos pós AVC hemorrágico (MEYER *et al.*, 2018). Foi identificado que a falta de planejamento e coordenação adequadas, juntamente com a falta de investimento direcionado, representaram desafios para a transferência imediata dos

indivíduos pós AVC para os serviços apropriados de reabilitação (MEYER *et al.*, 2018).

No estudo conduzido por Magwood e colaboradores nos Estados Unidos (2019), foram investigadas as barreiras e facilitadores para o processo de recuperação do AVC seis meses após o evento, na percepção dos indivíduos pós AVC, de seus cuidadores e dos profissionais da saúde envolvidos no atendimento a estes indivíduos (MAGWOOD *et al.*, 2019). Esses autores relataram que, de forma geral, os facilitadores encontrados foram o apoio social, a disponibilidade de recursos financeiros e não financeiros que facilitem a recuperação após o evento e o conhecimento sobre a condição de saúde. Em relação às barreiras percebidas por indivíduos pós AVC e seus cuidadores, foram apontados os déficits físicos e cognitivos, a falta de acesso aos medicamentos por questões financeiras ou pelo receio da ingestão de muitos medicamentos e a falta de apoio social e familiar (MAGWOOD *et al.*, 2019). Além disso, a falta de recursos financeiros (relacionados aos gastos com medicamentos, serviços de reabilitação, modificações ambientais e transporte); e não financeiros (relacionados a ausência de serviços comunitários, como grupos de apoio para os indivíduos pós AVC; e aos estigmas sociais, culturais e religiosos) também foram apontadas como barreiras percebidas por indivíduos pós AVC e seus cuidadores (MAGWOOD *et al.*, 2019). Já para os profissionais da saúde, as barreiras percebidas foram a falta de conhecimento a respeito das informações básicas sobre o AVC (como os critérios diagnósticos, fatores de risco e prevenção de novos eventos), a falta de coordenação do cuidado e a escassez de recursos na comunidade (MAGWOOD *et al.*, 2019).

Apesar dos resultados reportados por estudos prévios, estudos que investigaram as barreiras e facilitadores percebidas por indivíduos pós AVC e/ou seus cuidadores nos seis primeiros meses de recuperação em países em desenvolvimento não foram encontrados. Apesar de existirem estudos sobre barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC, eles reportam dados de países desenvolvidos. Sabe-se que os resultados destes estudos podem não refletir a realidade de outros países, que apresentam diferenças socioeconômicas, culturais e quanto a organização e disponibilidade de serviços e recursos relacionados à reabilitação (locais adequados para o atendimento, transporte e acessibilidade para os indivíduos, disponibilidade de equipes multiprofissionais) (ALGURÉN *et al.*, 2009;

MAGWOOD *et al.*, 2019; MEYER *et al.*, 2018). Essa informação em países em desenvolvimento é essencial para o direcionamento de políticas públicas que busquem favorecer os fatores facilitadores e evitar as barreiras para o acesso aos serviços de reabilitação pelos pacientes pós AVC nos seis primeiros meses de recuperação, de acordo com suas necessidades individuais.

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo foi identificar as barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação por pacientes egressos da Unidade de AVC (UAVC) de um hospital público da rede de urgência emergência de uma metrópole brasileira nos seis primeiros meses de recuperação.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo que faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado: "Egressos da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) de um 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". Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Colegiado do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão (NEPE) do hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE:26431319.6.0000.5149).

### 2.1 Amostra

Todos os indivíduos admitidos na UAVC do hospital onde o estudo foi realizado entre fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021 foram identificados para verificação dos critérios de inclusão: diagnóstico clínico de AVC confirmado por meio de laudo de exame de neuroimagem; idade  $\geq$  20 anos; residir na região metropolitana de Belo Horizonte e concordar em participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1). 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) (BRUCKI *et al.*, 2003), o aceite e assinatura do TCLE foi realizado pelo familiar/cuidador. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram incapacidade prévia, definida pela obtenção de um escore inferior ou igual a 17 no Índice de Barthel (DE CANEDA *et al.*, 2006; MEIJER *et al.*, 2006), ou apresentaram declínio cognitivo prévio, definido por escore  $>1$  na Hetero-anamnesis List Cognition (HAC), instrumento derivado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Meijer *et al.*, 2006). A aplicação do Índice de Barthel e do HAC foi realizada com o familiar/cuidador, que foi questionado sobre a existência prévia de dificuldades no indivíduo 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. (DE CANEDA *et al.*, 2006; MEIJER *et al.*, 2006).

## **2.2 Procedimentos para coleta de dados**

Durante o período de recrutamento, todos os indivíduos admitidos na UAVC foram convidados a participar do estudo. Em seguida, para aqueles que concordaram com a participação voluntária por meio da assinatura do TCLE, foram verificados os critérios de elegibilidade e realizada a avaliação hospitalar (T0) (ANEXO 2 . FICHA DE AVALIAÇÃO A) para coleta de dados sociodemográficos: idade, sexo, escolaridade, local de residência, nível socioeconômico, situação conjugal e arranjo familiar e clínico-funcionais: gravidade do AVC (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS) e nível de incapacidade (Escala Modificada de Rankin - EMR).

No sexto mês após a alta hospitalar os indivíduos e/ou seus cuidadores foram contatados por telefone, em até cinco tentativas, para a coleta dos dados sobre as barreiras e facilitadores percebidos em relação ao acesso aos serviços de reabilitação. Para isto, foi utilizada uma ficha de avaliação previamente estruturada, com 20 questões, baseada nos aspectos descritos por Maia Sanchez e colaboradores (2012) (Maia Sanchez & Mesquita Ciconelli, 2012) (ANEXO 3 - FICHA DE AVALIAÇÃO B).

### **2.2.1 Variáveis de caracterização da amostra**

Para a coleta dos dados de caracterização da amostra, coletados durante a alta hospitalar (T0), foram utilizados instrumentos padronizados que apresentam adequadas propriedades de medidas e de aplicabilidade clínica (BRUCKI *et al.*, 2003; DE BRITO *et al.*, 2013; JYLHÄ, 2009). Além disso, todos os instrumentos utilizados caracterizados como questionários já foram traduzidos e adaptados transculturalmente para o português-Brasil (BRUCKI *et al.*, 2003; DE BRITO *et al.*, 2013; JYLHÄ, 2009). Todas as recomendações padronizadas para o uso destes instrumentos (BRUCKI *et al.*, 2003; DE BRITO *et al.*, 2013; JYLHÄ, 2009) foram seguidas por avaliador previamente treinado. Os instrumentos ou critérios utilizados, assim como a operacionalização das variáveis obtidas, estão descritos a seguir:

a) Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Pesquisa-ABEP: escala que fornece uma estimativa do poder de compra da população brasileira baseado na escolaridade do chefe da família, na quantidade de oito tipos de bens duráveis e do número de empregados no domicílio (ABEP, 2012).

b) National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): instrumento de avaliação da gravidade do AVC. Possui 15 itens do exame neurológico cuja soma classifica a gravidade do evento como AVC leve (0 a 3 pontos), moderado (4 a 15 pontos) ou grave (16 a 42 pontos) (DE BRITO *et al.*, 2013).

c) Escala Modificada de Rankin (EMR): instrumento de avaliação da independência funcional dos indivíduos pós-AVC, classificando-os em uma escala de zero a seis, sendo zero indivíduos sem sintomas e seis óbito (JYLHÄ, 2009).

d) Índice de Barthel Modificado: instrumento utilizado para avaliar o nível de dependência funcional baseado no desempenho dos indivíduos em dez atividades de vida diária incluindo a locomoção (DELLA PIETRA *et al.*, 2011; MINOSSO *et al.*, 2010). Os pontos obtidos em cada atividade são somados para a classificação do nível de dependência funcional e os resultados variam de 0 a 100, sendo que as pontuações mais elevadas indicam maior independência (MINOSSO *et al.*, 2010).

### **2.2.2 Variáveis de caracterização das barreiras e facilitadores do acesso aos serviços de reabilitação**

Para a caracterização das barreiras e facilitadores do acesso aos serviços de reabilitação, os indivíduos e/ou seus cuidadores foram contatados em T1 e foram solicitados a classificar 20 questões. Cada item foi respondido de acordo com os seguintes classificadores:

- ~~%~~ **Barreiras**: fatores que dificultam o acesso do indivíduo aos serviços de reabilitação após a alta (DGS, 2004; CARE *et al.*, 2009);
- ~~%~~ **Facilitadores**: fatores que facilitam o acesso do indivíduo aos serviços de reabilitação após a alta (DGS, 2004);
- ~~%~~ **Neutro**: fatores que não impactam o acesso aos serviços de reabilitação após a alta hospitalar.

Para a coleta destes dados, foram avaliados como barreira, facilitador ou neutro os seguintes aspectos, baseados nas descrições de Maia Sanchez e colaboradores (2012) (MAIA SANCHEZ & MESQUITA CICONELLI, 2012):

1. Condições econômicas do indivíduo e deslocamento até os serviços de reabilitação

- 1.1. Custo financeiro para o deslocamento até o serviço de reabilitação
- 1.2. Renda financeira disponível para o cuidado com a sua saúde
- 1.3. Distância ou tempo de deslocamento entre a sua residência e o serviço de reabilitação
- 1.4. Opções de transporte para deslocamento para o serviço de reabilitação
2. Organização dos serviços de reabilitação
  - 2.1. Processo para agendar o atendimento no serviço de reabilitação
  - 2.2. Tempo de espera para marcar o atendimento necessário ou para ser atendido
  - 2.3. Tipo de serviço disponibilizado (individual, em grupo ou domiciliar)
  - 2.4. Horários de atendimento dos serviços de reabilitação
  - 2.5. Contato com os profissionais de saúde
  - 2.6. Informações e esclarecimentos sobre o AVC ofertados pelos profissionais de saúde
3. Qualidade dos serviços de reabilitação
  - 3.1. Encaminhamentos e relatórios ofertados pela equipe da UAVC
  - 3.2. Quantidade de profissionais ou de serviços disponíveis
  - 3.3. Conforto do ambiente dos serviços de reabilitação
  - 3.4. Qualidade do atendimento oferecido pelos profissionais
  - 3.5. Atenção ofertada pelo serviço/profissional
4. Condições pessoais
  - 4.1. Assistência da família e/ou amigos
  - 4.2. Ser acompanhado por um profissional de saúde previamente
  - 4.3. Conhecer o funcionamento dos serviços de reabilitação
  - 4.4. Conhecer um profissional de saúde de confiança
  - 4.5. Expectativa do paciente com o tratamento

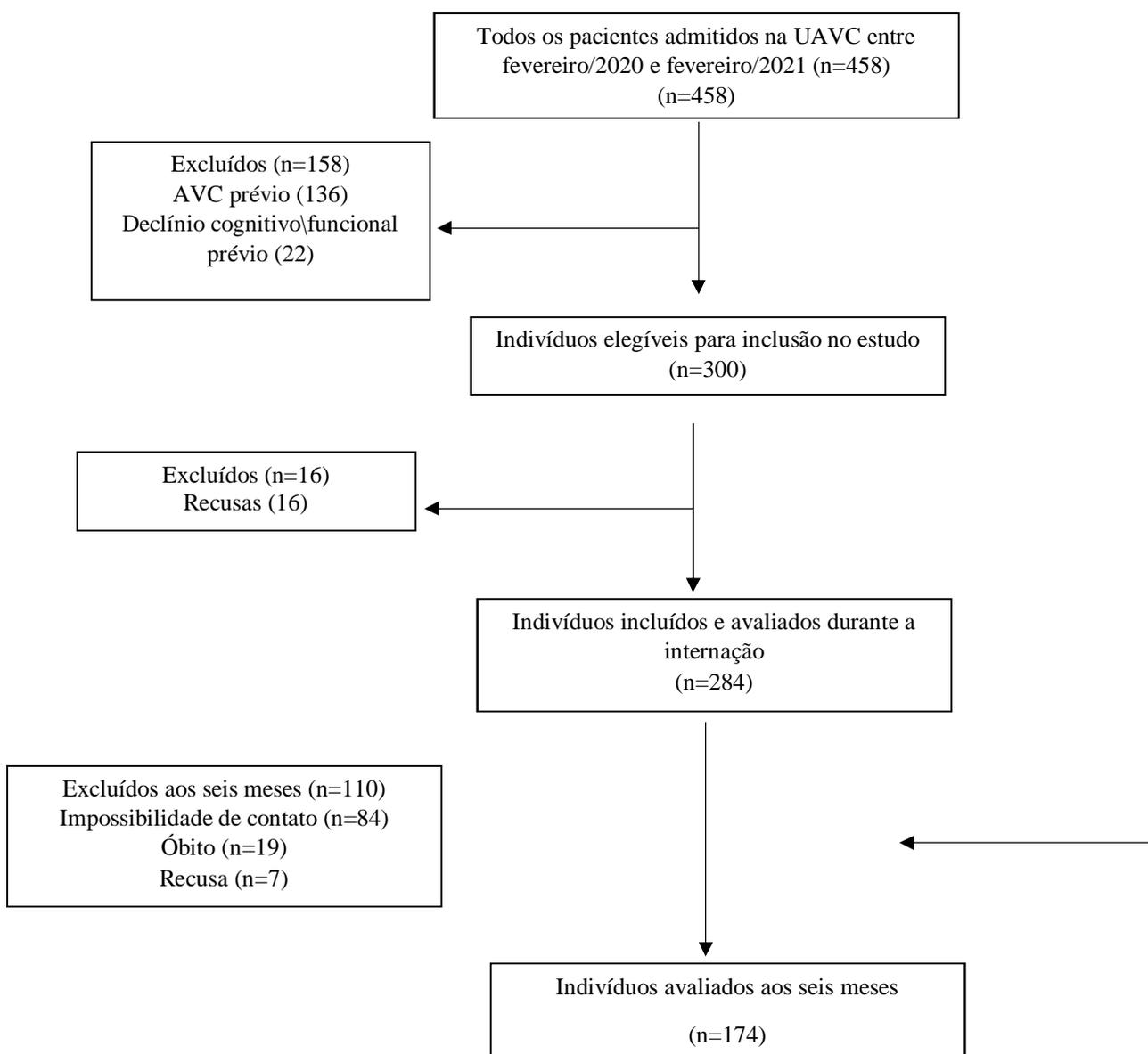
### **2.3 Análise de dados**

Inicialmente, a normalidade dos dados foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. A estatística descritiva foi realizada utilizando média e desvio padrão para os dados numéricos normalmente distribuídos e mediana e intervalo interquartil para os dados numéricos sem distribuição normal. Para os dados categóricos foi utilizada frequência absoluta e relativa. Todas as análises foram feitas utilizando o pacote estatístico SPSS versão para Windows (Versão 19.0, SPSS Inc.®, Chicago, Illinois).

### 3 RESULTADOS

Durante o período de recrutamento 458 indivíduos foram admitidos na UAVC. Após a verificação dos critérios de elegibilidade, 284 indivíduos foram incluídos e avaliados no momento de alta hospitalar. Destes, 174 foram avaliados aos seis meses de recuperação. (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de recrutamento



### *Caracterização da amostra*

A mediana da idade dos indivíduos incluídos foi de 62±21 anos. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (52,3%), moradores de Belo Horizonte (53,4%), que apresentavam escolaridade de até quatro anos (54,1%) e eram classificados como nível socioeconômico C (63,2%). Além disso, a maioria dos indivíduos era casado ou possuíam união estável (52,9%) e residiam com familiares (84,5%). Em relação às variáveis clínico-funcionais, a maioria dos indivíduos apresentou gravidade do AVC classificada como leve (55,2%) e nível de incapacidade moderada a grave ou grave (24,1%) (Tabela 1).

### *Barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação*

Considerando os aspectos relacionados às condições econômicas e o deslocamento para os serviços de saúde, foram mais frequentemente apontados como fatores facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação pelos indivíduos e/ou seus cuidadores o tempo e a distância do deslocamento (48,9%), as opções de transporte disponíveis (53,5%) e o custo para o deslocamento (44,8%). Por outro lado, 49,4% dos participantes apontaram que a renda disponível para os cuidados com a saúde é uma barreira (Figura 2).

Considerando os aspectos relacionados a organização dos serviços de reabilitação, foram mais frequentemente apontados como barreira para o acesso aos serviços de reabilitação o tempo de espera para marcar/ser atendido (47,2%) e o processo de agendar o atendimento (45,4%). Por outro lado, o tipo de serviço disponibilizado (66,1%), os horários de atendimento (67,8%), o contato com os profissionais de saúde (67,8%) e as informações e esclarecimentos sobre o AVC (67,8%) foram mais frequentemente apontados como fatores facilitadores (Figura 2).

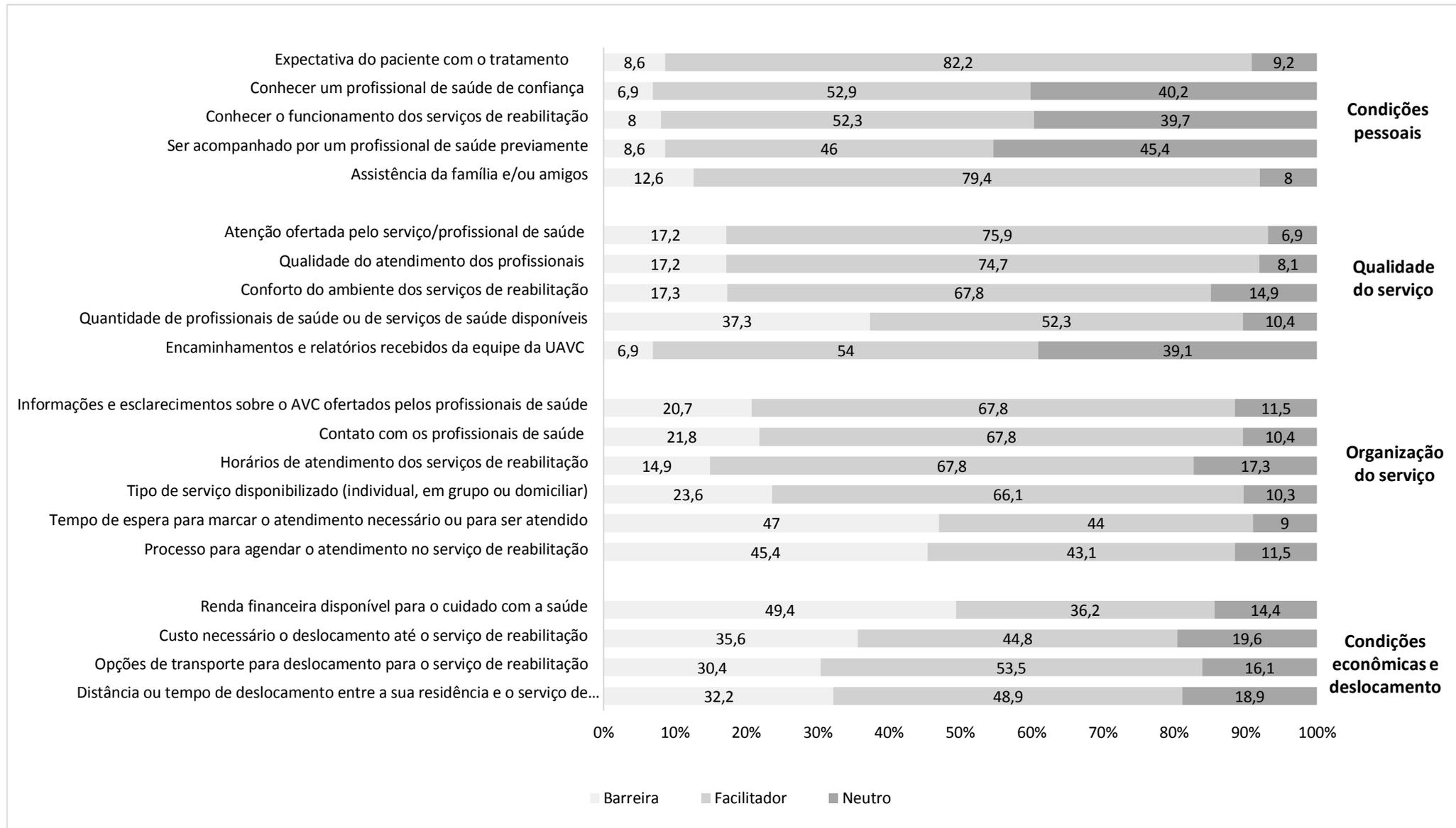
Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis	Seis meses de recuperação (n=174)
Idade, mediana±IQ (amplitude)	62±21 (56 . 86)
Sexo, n (%)	
Feminino	91 (52,3)
Masculino	83 (47,7)
Escolaridade, n (%)	
Até 4 anos de estudo	94 (54,1)
De 5 a 10 anos de estudo	62 (35,6)
11 anos ou mais	18 (10,3)
Local de residência , n (%)	
Belo Horizonte	93 (53,4)
Região Metropolitana	81 (46,6)
Nível socioeconômico (A-E) <sup>1</sup> , n (%)	
A	0 (0)
B	29 (16,7)
C	110 (63,2)
D	35 (20,1)
E	0 (0,0)
Situação conjugal, n (%)	
Casado ou união estável	92 (52,9)
Solteiro	28 (16,1)
Viúvo	31 (17,8)
Separado	23 (13,2)
Outros	0 (0,0)
Arranjo familiar, n (%)	
Mora sozinho	27 (15,5)
Mora com familiares	147 (84,5)
Gravidade do AVC, NIHSS <sup>2</sup> , n (%)	
Leve	96 (55,2)
Moderado	58 (33,3)
Grave	20 (11,5)
Nível de incapacidade, EMR <sup>3</sup> , n (%)	
Assintomático	10 (5,7)
Sem incapacidade	36 (20,8)
Leve	20 (11,5)
Moderada	24 (13,8)
Moderada a grave	42 (24,1)
Grave	42 (24,1)

IQ=intervalo interquartil, n=tamanho amostral, <sup>1</sup>Critério de Classificação Econômica da Associação brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), <sup>2</sup>NIHSS:National Institutes of Health Stroke Scale, <sup>3</sup>EMR: Escala de Rankin Modificada

Em relação à qualidade do serviço oferecido pelos serviços de saúde, todos os fatores foram apontados pela maioria (>50%) dos indivíduos como facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação. Em relação às condições pessoais, todos os fatores foram mais frequentemente apontados como facilitadores, com destaque para as expectativas dos indivíduos com o tratamento e assistência da família e/ou amigos, que foram apontados como fatores facilitadores pela grande maioria dos indivíduos (>79%). (Figura 2).

Figura 2. Barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação nos seis primeiros meses de recuperação



#### 4. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar as barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos egressos da Unidade de AVC de um hospital público brasileiro nos seis primeiros meses de recuperação. De acordo com os resultados encontrados, os principais aspectos apontados como barreiras foram a renda disponível para os cuidados com a saúde, o tempo de espera para marcar o atendimento/ser atendido e o processo para agendar o atendimento. Os demais aspectos analisados foram mais frequentemente apontados como fatores facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação pelos indivíduos avaliados. Ou seja, nos seis primeiros meses de recuperação, os aspectos relacionados a condições econômicas e deslocamento para os serviços de reabilitação, organização dos serviços de reabilitação, qualidade dos serviços de reabilitação e condições pessoais do indivíduo, tem, em sua maior parte, influenciado de forma positiva o acesso aos serviços de reabilitação para indivíduos pós AVC. Estes resultados podem contribuir para o direcionamento de políticas públicas para promover os fatores facilitadores e evitar as barreiras a fim de otimizar e aumentar as chances de acesso aos serviços de reabilitação pelos indivíduos pós AVC.

No presente estudo, dentre os 20 aspectos analisados, apenas três foram mais frequentemente apontados como barreira para o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC. A renda disponível para os cuidados com a saúde foi a principal barreira encontrada, resultado semelhante ao reportado por Magwood e colaboradores (2019) em um estudo descritivo com indivíduos pós AVC, seus cuidadores e os profissionais de saúde envolvidos no processo de reabilitação. De acordo com este estudo prévio, a falta de recursos financeiros relacionados aos gastos com medicamentos, serviços de reabilitação, modificações ambientais e transporte foram as principais barreiras encontradas na percepção dos indivíduos pós AVC e seus cuidadores (Magwood *et al.*, 2019). Vale ressaltar que o estudo de Magwood e colaboradores (2019) foi conduzido no Estados Unidos, um país desenvolvido. Portanto, mesmo em países de diferentes níveis de desenvolvimento, a renda financeira vem sendo apontada como uma das principais barreiras encontradas para o acesso aos serviços de reabilitação pelos indivíduos pós AVC. Estes resultados corroboram com os de outros estudos que indicam que indivíduos pós AVC possuem maiores gastos com a saúde (FEIGIN *et al.*, 2021; YAN *et al.*,

2016). Estes gastos tem sido associados a fatores como a maior necessidade de tratamento farmacêutico ao longo da vida, necessidade de manutenção do estilo de vida saudável para evitar incidência de novos eventos e necessidade de acessar serviços/programas de reabilitação após o AVC, que pode gerar gastos com transporte, por exemplo (FEIGIN *et al.*, 2021; YAN *et al.*, 2016). Portanto, é necessário que existam políticas públicas voltadas para reduzir os custos com a saúde ou que ofereçam assistência financeira para indivíduos pós AVC a fim de que aspectos relacionados a renda não sejam barreiras para o acesso destes indivíduos aos serviços de reabilitação após a alta.

Os outros dois aspectos mais frequentemente apontados como barreira neste estudo foram o tempo de espera para marcar/ser atendido e o processo de agendar o atendimento nos serviços de reabilitação. Este resultado pode refletir as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública existente no Brasil, que embora ofereça o serviço gratuito para os indivíduos, precisa administrar um grande fluxo de usuários nos diferentes níveis de atenção à saúde (VIACAVA *et al.*, 2018). Este fluxo pode comprometer a agilidade do processo para conseguir o acesso ao serviço de reabilitação (VIACAVA *et al.*, 2018). Um estudo brasileiro, realizado em 2019, investigou as barreiras para o acesso aos serviços de saúde em cinco regiões de saúde distintas do país (São Paulo, Pernambuco, Amazonas, Mato Grosso e Rio Grande do Sul) segundo a percepção de gestores e profissionais de saúde (DE OLIVEIRA *et al.*, 2019). Os autores reportaram que o tempo de espera e os agendamentos foram apontados como barreiras para o acesso aos diferentes serviços de saúde nas regiões analisadas (DE OLIVEIRA *et al.*, 2019). Segundo este estudo, o motivo que pode explicar estas barreiras é a insuficiência de profissionais nas equipes, que não é o bastante para suprir as demandas do sistema de saúde e consequentemente, gera insuficiência de vagas nos serviços de saúde (DE OLIVEIRA *et al.*, 2019). Estas barreiras apontadas pelo estudo atual e pelo estudo prévio podem gerar consequências negativas para a recuperação dos indivíduos pós AVC, uma vez que dificultam o início imediato do tratamento pelos serviços de reabilitação, que está relacionada a maiores chances de recuperação funcional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; LYNCH *et al.*, 2017; SALTER *et al.*, 2006; TEASELL *et al.*, 2020). Portanto, a otimização dos agendamentos e a redução do tempo de espera para ser atendido devem ser viabilizados para aumentar as

chances de acesso imediato aos serviços de reabilitação pelos indivíduos pós AVC após a alta hospitalar (BERNHARDT *et al.*, 2017).

Os demais aspectos analisados neste estudo foram mais frequentemente apontados como facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação. Este resultado é semelhante ao reportado por Algurén e colaboradores (2009) em um estudo conduzido na Suécia, mas é diferente do reportado por Magwood e colaboradores (2019) em um estudo conduzido nos Estados Unidos. Entretanto, estes estudos (ALGURÉN *et al.*, 2009; MAGWOOD *et al.*, 2019) avaliaram diferentes itens relacionados ao acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC. Portanto, é necessário que estes resultados sejam analisados com cautela. Além disso, estes resultados distintos apontam para a necessidade de que estudos futuros que investiguem as barreiras e facilitadores do acesso aos serviços de reabilitação utilizem questionários com itens semelhantes para que os resultados sejam mais facilmente comparados no contexto mundial.

O principal aspecto facilitador encontrado foi a expectativa do paciente com o tratamento, ou seja, ter boas expectativas é um fator facilitador para o acesso aos serviços de reabilitação nos primeiros seis meses de recuperação. Este resultado também é semelhante ao reportado pelo estudo de Magwood e colaboradores (2019), conduzido nos Estados Unidos. Neste estudo, foi identificado que na perspectiva dos indivíduos pós AVC e seus cuidadores, o aspecto denominado por eles como automotivação, foi considerado como um facilitador para a recuperação após o AVC (MAGWOOD *et al.*, 2019). Segundo os autores, este aspecto faz com que os indivíduos pós AVC persistam incessantemente na busca por tratamento, recursos, programas de reabilitação e meios para conseguir acessá-los (MAGWOOD *et al.*, 2019). Entretanto, a automotivação e expectativa positiva em busca da recuperação após o AVC pode ser influenciada por outros fatores, relacionados a questões psicológicas e a existência ou não de rede de apoio para os indivíduos (MATSUZAKI *et al.*, 2015). Sendo assim, trabalhar aspectos na intenção de gerar expectativa positiva nos indivíduos em relação ao tratamento pode ser um fator determinante para facilitar o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC. Estudos futuros devem ser desenvolvidos com indivíduos pós-AVC brasileiros para a identificação destes aspectos relacionados.

Outro facilitador em destaque encontrado no presente estudo foi o apoio da família e amigos, semelhante ao reportado por Magwood e colaboradores (2019). No estudo americano, o apoio da família foi visto como fator essencial para a recuperação pós AVC na percepção dos indivíduos pós AVC e seus cuidadores seis meses após o evento (MAGWOOD *et al.*, 2019). Em outro estudo, conduzido no Japão, os autores reportaram que a falta de apoio da família e amigos pode potencializar os sentimentos de frustração, apatia e depressão, que são preditores negativos da recuperação do AVC (MATSUZAKI *et al.*, 2015). Algurén e colaboradores (2009) desenvolveram um estudo no qual foram analisadas as barreiras e facilitadores para os cuidados com os indivíduos pós AVC seis semanas e três meses após o evento (ALGURÉN *et al.*, 2009). Em ambos os períodos analisados, o apoio da família e amigos foi considerado um facilitador no processo de recuperação pós AVC (ALGURÉN *et al.*, 2009). Ou seja, considerando os resultados do presente estudo e dos estudos prévios citados (ALGURÉN *et al.*, 2009; MATSUZAKI *et al.*, 2015; MAGWOOD *et al.*, 2019), é importante que, os aspectos relacionados a presença de rede de apoio vinda da família e dos amigos dos indivíduos pós AVC sejam abordados pelos serviços de reabilitação ainda durante a internação hospitalar, uma vez que esses aspectos podem facilitar o acesso aos serviços de reabilitação após a alta e conseqüentemente potencializar a recuperação após o evento.

No presente estudo, todos os aspectos relacionados a qualidade dos serviços de reabilitação foram apontados pela maioria dos indivíduos como facilitadores. Estes resultados são diferentes do relatado por Magwood e colaboradores (2019), que identificaram barreiras relacionadas a qualidade do serviço prestado aos indivíduos pós AVC, na percepção dos profissionais de saúde envolvidos no processo reabilitação (MAGWOOD *et al.*, 2019). Segundo os autores, os profissionais relaram que, devido as diferentes organizações dos provedores dos serviços de reabilitação locais, os atendimentos aos indivíduos pós AVC são por tempo inferior ao necessário, dificultando o entendimento dos casos e a criação de vínculos (MAGWOOD *et al.*, 2019). Também foi relatado que muitos dos problemas enfrentados em relação a qualidade dos serviços de reabilitação se concentram na minimização das queixas reais dos indivíduos pós AVC, que realmente interferem na vida diária, para dar seguimento a protocolos e aplicação de conhecimento técnico

apenas (MAGWOOD *et al.*, 2019). Este resultado controverso pode ser relacionado as diferentes perspectivas, já que o estudo atual foi baseada na opinião dos indivíduos pós AVC e seus cuidadores e no estudo americano estes dados vieram da perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos no processo de reabilitação pós AVC (MAGWOOD *et al.*, 2019). Além disso, apesar de avaliarem aspectos relacionados a qualidade dos serviços de reabilitação, os itens avaliados no presente estudo e no estudo prévio não são os mesmos (MAGWOOD *et al.*, 2019). Por fim, essas informações refletem dados de dois países com diferentes sistemas de saúde, predominantemente público no Brasil e privado nos Estados Unidos (MAGWOOD *et al.*, 2019). Portanto, essas diferenças devem ser consideradas na interpretação destes resultados.

O presente estudo tem limitações. A amostra incluiu somente indivíduos com AVC primário, de uma mesma cidade em um país de dimensões continentais que apresenta diferentes contextos sociodemográficos e socioeconômicos em seu território. Os indivíduos também foram avaliados apenas nos seis primeiros meses de recuperação, sendo que em outras fases de recuperação as barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação podem ser diferentes. Por isso, estudos que investiguem barreiras e facilitadores ao acesso aos serviços de reabilitação em outras regiões do país e em fases mais crônicas de recuperação são necessários. Apesar das limitações, os resultados deste estudo são importantes e inovadores uma vez que não foram encontrados estudos brasileiros que investigaram as barreiras e facilitadores autopercebidas pelos indivíduos pós AVC e/ou seus cuidadores para o acesso aos serviços de reabilitação nos seis primeiros meses de recuperação. Portanto, os resultados do presente estudo são importantes para o conhecimento dos aspectos apontados como barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC.

## **5 CONCLUSÃO**

Os resultados encontrados neste estudo mostraram que as principais barreiras para o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos pós AVC nos seis primeiros meses de recuperação foram a renda disponível para os cuidados com a saúde, o tempo de espera para marcar o atendimento/ser atendido e o processo para agendar o atendimento. Já os demais aspectos analisados foram mais frequentemente apontados como fatores facilitadores para o acesso aos serviços de reabilitação pelos indivíduos avaliados, com destaque para a expectativa do indivíduo com o tratamento e o apoio da família/amigos. Todos os aspectos relacionados a qualidade dos serviços de reabilitação foram apontados como facilitadores pela maioria dos indivíduos pós AVC incluídos no estudo. Portanto, nos seis primeiros meses de recuperação, os aspectos analisados tem, em sua maior parte, facilitado o acesso aos serviços de reabilitação para indivíduos pós AVC. Estes resultados são importantes para o direcionamento de políticas públicas para promover os fatores considerados facilitadores e evitar as barreiras a fim de otimizar e aumentar as chances de acesso aos serviços de reabilitação pelos indivíduos pós AVC.

## REFERÊNCIAS

1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. <http://www.https://avc.org.br/> Último acesso em 19 de agosto de 2021.
2. ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 2013 - Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 - IBOPE. 2012. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 1. 5. <http://www.abep.org/criterio-brasil>
3. ACERRA, N., BASTASI, D., CARTER, S. L., FUNG, J., HALABI, M.-L., HARRIS, J., KIM, E., NOLAND, A., POOYANIA, S., ROCHETTE, A., & STACK, B. D. Canadian Stroke Best Practice Recommendations Part One: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke. **Health and Stroke Foundation**, December, 2019. <https://doi.org/10.1177/1747493019897843>.
4. ALGURÉN, B., LUNDGREN-NILSSON, Å., & SUNNERHAGEN, K. S. Facilitators and barriers of stroke survivors in the early post-stroke phase. **Disability and Rehabilitation**, v.31, n.19, p.1584. 1591, 2009. <https://doi.org/10.1080/09638280802639004>Australian: Stroke Foundation. (2017). Australian and New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management 2017. 2. 252. [www.informme.org.au](http://www.informme.org.au)
5. BERNHARDT, J., HAYWARD, K. S., KWAKKEL, G., WARD, N. S., WOLF, S. L., BORSCHMANN, K., KRAKAUER, J. W., BOYD, L. A., CARMICHAEL, S. T., CORBETT, D., & CRAMER, S. C. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. **International Journal of Stroke**, v.12, n.5, p.444. 450, 2017. <https://doi.org/10.1177/1747493017711816>
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013). **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. In *Brasília, DF*. [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2020). **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto** [recurso]. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/linha\\_cuidado\\_acidente\\_vascular\\_cerebral\\_adulto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/linha_cuidado_acidente_vascular_cerebral_adulto.pdf)
8. BRUCKI, S. M. D., NITRIN, R., CAMELLI, P., BERTOLUCCI, P. H. F., & OKAMOTO, I. H. (2003). Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.61 ,3 B, p.777. 781, 2003. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2003000500014>

9. CARE, H., MILLMAN, A. M., ACCESS, M., HEALTH, P., SERVICES, C., ISBN, M., PDF, T., PRESS, N. A., & Academy, N. (2009). **Access to Health Care in America**. <https://doi.org/10.17226/2009>.
10. DE BRITO, R. G., LINS, L. C. R. F., ALMEIDA, C. D. A., NETO, E. DE S. R., DE ARAÚJO, D. P., & FRANCO, C. I. F. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, v.21, n.4, p.593. 599, 2013. <https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.850.7p>
11. DE CANEDA, M. A. G., FERNANDES, J. G., DE ALMEIDA, A. G., & MUGNOL, F. E. Reliability of neurological assessment scales in patients with stroke. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.64, (3 A), p.690. 697, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000400034>.
12. DE OLIVEIRA, R. A. D., DUARTE, C. M. R., PAVÃO, A. L. B., & VIACAVA, F. Barriers in access to services in five health regions of Brazil: Perceptions of policymakers and professionals in the Brazilian Unified National Health System. **Cadernos de Saude Publica**, v.35, n.11, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>
13. DELLA PIETRA, G. L., SAVIO, K., ODDONE, E., REGGIANI, M., MONACO, F., & LEONE, M. A. Validity and reliability of the barthel index administered by telephone. **Stroke**, v.42, n.7, p.2077. 2079, 2011. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.613521>
14. DGS. Lisboa 2004. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saude**, 238. 2004. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
15. FEIGIN, V. L., STARK, B. A., JOHNSON, C. O., ROTH, G. A., BISIGNANO, C., ABADY, G. G., ABBASIFARD, M., ABBASI-KANGEVARI, M., ABD-ALLAH, F., ABEDI, V., ABUALHASAN, A., ABU-RMEILEH, N. M. E., ABUSHOUK, A. I., ADEBAYO, O. M., AGARWAL, G., AGASTHI, P., AHINKORAH, B. O., AHMAD, S., AHMADI, S., & MURRAY, C. J. L. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Neurology**, v.20, n.10, p.1. 26, 2021. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
16. FEIGIN, V. L., VOS, T., NICHOLS, E., OWOLABI, M. O., CARROLL, W. M., DICHGANS, M., DEUSCHL, G., PARMAR, P., BRAININ, M., & MURRAY, C. The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. **The Lancet Neurology**, v.19, n.3, p.255. 265, 2020. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30411-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30411-9)
17. HALL, P., WILLIAMS, D., HICKEY, A., BREWER, L., MELLON, L., DOLAN, E., KELLY, P. J., SHELLEY, E., & HORGAN, N. F. 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. <https://doi.org/10.1159/000446080>
18. JOHNSON, W., ONUMA, O., OWOLABI, M., & SACHDEV, S. Stroke: A global response is needed. **Bulletin of the World Health Organization**, v.94, n.9, 634A-635A, 2016. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636>
  19. JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science and Medicine**, v.69, n.3, p.307. 316, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
  20. KATAN, M., & LUFT, A. Global Burden of Stroke Katan M and Luft A Authors : University Hospital of Zurich , Department of Neurology , Stroke Center , Zurich , Switzerland cereneo Center for Neurology and Rehabilitation , Vitznau , Switzerland Corresponding authors : Andreas R . **Seminars in Neurology**, v.38, p.208. 211, 2018. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
  21. LYNCH, E. A., CADILHAC, D. A., LUKER, J. A., & HILLIER, S. L. Inequities in access to inpatient rehabilitation after stroke: An international scoping review. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v.24, n.8, p.619. 626, 2017. <https://doi.org/10.1080/10749357.2017.1366010>
  22. MAGWOOD, G. S., ELLIS, C., NICHOLS, M., BURNS, S. P., JENKINS, C., WOODBURY, M., & ADAMS, R. Barriers and Facilitators of Stroke Recovery: Perspectives From African Americans With Stroke, Caregivers and Healthcare Professionals. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v.28, n.9, p.2506. 2516, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.06.012>
  23. MAIA SANCHEZ, R., & MESQUITA CICONELLI, R. Conceitos de acesso à saúde. (Spanish). **The Concepts of Health Access**. (English), v.31, n.3, p.260. 268, 2012. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=85389304&lang=es&site=eds-live>
  24. MATSUZAKI, S., HASHIMOTO, M., YUKI, S., KOYAMA, A., HIRATA, Y., & IKEDA, M. The relationship between post-stroke depression and physical recovery. **Journal of Affective Disorders**, v.176, p.56. 60, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020>
  25. 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 post-stroke. **International Journal of Rehabilitation Research**, v.29, n.1, p.1. 8, 2006. <https://doi.org/10.1097/01.mrr.0000175269.59788.41>

26. MEYER, M. J., TEASELL, R., KELLOWAY, L., MEYER, S. B., WILLEMS, D., & O'CALLAGHAN, C. Timely access to inpatient rehabilitation after stroke: a qualitative study of perceived barriers and potential solutions in Ontario, Canada. **Disability and Rehabilitation**, v.40, n.26, p.3120-3126, 2018. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1377296>
27. MINOSSO, J. S. M., AMENDOLA, F., ALVARENGA, M. R. M., & OLIVEIRA, M. A. DE C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.2, p.218-223, 2010. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002010000200011>
28. OLIVEIRA, G. M. M. DE, BRANT, L. C. C., POLANCZYK, C. A., BIOLO, A., NASCIMENTO, B. R., MALTA, D. C., SOUZA, M. DE F. M. DE, SOARES, G. P., XAVIER, G. F., MACHLINE-CARRION, M. J., BITTENCOURT, M. S., PONTES, O. M., SILVESTRE, O. M., TEIXEIRA, R. A., SAMPAIO, R. O., GAZIANO, T. A., ROTH, G. A., & RIBEIRO, A. L. P. Estatística Cardiovascular . Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.115, n.3, p.308-439, 2020. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
29. ROCHETTE, A., DESROSIERS, J., & NOREAU, L. Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. **Disability and Rehabilitation**, v.23, n.13, p.559-569, 2001. <https://doi.org/10.1080/09638280010022540>
30. ROTH, G. A., MENSAH, G. A., JOHNSON, C. O., ADDOLORATO, G., AMMIRATI, E., BADDOUR, L. M., BARENGO, N. C., BEATON, A., BENJAMIN, E. J., BENZIGER, C. P., BONNY, A., BRAUER, M., BRODMANN, M., CAHILL, T. J., CARAPETIS, J. R., CATAPANO, A. L., CHUGH, S., COOPER, L. T., CORESH, J.; FUSTER, V. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. **Journal of the American College of Cardiology**, v.76, n.25, p.2982-3021, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
31. SALTER, K., JUTAI, J., HARTLEY, M., FOLEY, N., BHOGAL, S., BAYONA, N., & TEASELL, R. Impact of early vs delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v.38, n.2, p.113-117, 2006. <https://doi.org/10.1080/16501970500314350>
32. 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. Tamires Mariana de Freitas Vieira Dutra EGRESSOS DA UNIDADE DE. (2020).
33. TEASELL, R., SALBACH, N. M., FOLEY, N., MOUNTAIN, A., CAMERON, J. I., JONG, A. DE, ACERRA, N. E., BASTASI, D., CARTER, S. L., FUNG, J., HALABI, M. LOU, IRUTHAYARAJAH, J., HARRIS, J., KIM, E., NOLAND, A., POOYANIA,

- S., ROCHETTE, A., STACK, B. D., SYMCOX, E., & LINDSAY, M. P. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. **International Journal of Stroke**, v.15, n.7, p.763. 788, 2020. <https://doi.org/10.1177/1747493019897843>
34. VIACAVA, F., DE OLIVEIRA, R. A. D., CARVALHO, C. DE C., LAGUARDIA, J., & BELLIDO, J. G. SUS: Supply, access to and use of health services over the last 30 years. **Ciencia e Saude Coletiva**, v.23, n.6, p.1751.1762, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
35. VIRANI, S. S., ALONSO, A., BENJAMIN, E. J., BITTENCOURT, M. S., CALLAWAY, C. W., CARSON, A. P., CHAMBERLAIN, A. M., CHANG, A. R., CHENG, S., DELLING, F. N., DJOUSSE, L., ELKIND, M. S. V., FERGUSON, J. F., FORNAGE, M., KHAN, S. S., KISSELA, B. M., KNUTSON, K. L., KWAN, T. W., LACKLAND, D. T.; HEARD, D. G. Heart disease and stroke statistics- 2020 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**. 2020. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>
36. YAN, L. L., LI, C., CHEN, J., MIRANDA, J. J., LUO, R., BETTGER, J., ZHU, Y., FEIGIN, V., O'DONNELL, M., ZHAO, D., & WU, Y. Prevention, management, and rehabilitation of stroke in low- and middle-income countries. **ENeurologicalSci**, v.2, n.8, p.21. 30, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2016.02.011>

## ANEXO 1

### 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<sup>a</sup>. 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: [crcmf@ufmg.br](mailto:crcmf@ufmg.br) ou [chrismoraaisf@yahoo.com](mailto:chrismoraaisf@yahoo.com).

Em caso de dúvida 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](mailto: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](mailto: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

---

Data

Christina Danielli Coelho de Moraes Faria

## ANEXO 2- FICHA DE AVALIAÇÃO A

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Avaliado por:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Número de Atendimento:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** Celular: \_\_\_\_\_ Residencial: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

**Sexo:**         Masculino                       Feminino

#### **Escolaridade**

- Analfabeto     8 a 10 anos  
 1 a 4 anos     11 ou mais  
 5 a 7 anos

#### **Situação conjugal**

- Casado ou união estável                               Solteiro  
 Viúvo     Outros  
 Separado ou divorciado

#### **Renda Individual**

- (1) Até ¼ 1 SM    (2) Mais de ¼ a a1/2 SM  
(3) Mais de ½ a 1 SM                                      (4) Mais de 1SM a 2 SM  
(5) Mais de 2SM a 3 SM                                      (6) Mais de 3SM a 5 SM  
(7) Mais de 5 SM    (8) Sem rendimento

#### **Renda Familiar**

- (1) Até ¼ 1 SM    (2) Mais de ¼ a a1/2 SM  
(3) Mais de ½ a 1 SM                                      (4) Mais de 1SM a 2SM  
(5) Mais de 2SM a 3 SM                                      (6) Mais de 3SM a 5SM  
(7) Mais de 5SM    (8) Sem rendimento

#### **Tem plano de saúde:**

Sim     Não                      Qual: \_\_\_\_\_

#### **Nível Socioeconômico (Critério ABEP)**

A         B         C         D         E

#### **POSSE DE ITENS**

Deve ser questionada a posse e quantidade para cada item expresso na primeira coluna. De acordo com o item haverá uma pontuação correspondente. Exemplo:

Descrição dos itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

#### **GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA**

Deverá ser assinalado com um "x" na última coluna a alternativa que responder a essa questão. Há uma correspondência entre as duas primeira colunas com relação ao tempo de escolaridade do chefe da família.

Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	Fundamental Completo	2
Colegial Completo / Superior Incompleto	Médio Completo	4
Superior Completo	Superior Completo	8

#### **CORTES DO CRITÉRIO DO BRASIL**

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

**Arranjo familiar**

Vive sozinho  Vive com familiares

**Ocupação**

Ativo  Desempregado  
 Aposentado  
 Afastado por motivo de saúde **Atividade física**

**Ocupação****Atividade física**

Prática de atividade física regular?  Sim  Não

Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

Qual atividade? \_\_\_\_\_

**Lado dominante:**  Direito  Esquerdo

**Lado parético:**  Direito  Esquerdo

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE****1- Em geral, você diria que sua saúde é:**

Excelente  Muito Boa  Boa  Razoável  Ruim

**2- Em geral, você diria que sua saúde é:**

Excelente  Muito Boa  Boa  Ruim  Muito ruim

**3- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?**

Muito melhor agora do que há um ano atrás  
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás  
 Quase a mesma coisa do que há um ano atrás  
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás  
 Muito pior agora do que há um ano atrás

**3- Em comparação com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:**

Melhor  Igual  Pior

**Percepção da audição**

Excelente  Muito Boa  Boa  Regular  Ruim

**Percepção da visão**

Excelente  Muito Boa  Boa  Regular  Ruim

**AUTOPERCEPÇÃO DE FUNÇÃO** (sua execução de suas atividades rotineiras, do seu dia a dia)**1- Em geral, você diria que sua função é:**

Excelente  Muito boa  Boa  Ruim  Muito Ruim

**1- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua função em geral, agora?**

- Muito melhor agora do que há um ano atrás  
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás  
 Quase a mesma coisa do que há um ano atrás  
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás  
 Muito pior agora do que há um ano atrás

**2- Í Em comparação com outras pessoas da sua idade, você diria que sua função é:**

- Melhor             Igual             Pior

**SATISFAÇÃO COM A VIDA, FUNÇÃO E SAÚDE****1- Você está satisfeito(a) com sua vida hoje?**

- Muito             Mais ou Menos    Pouco

**2- Você está satisfeito(a) com o seu desempenho ao fazer as atividades do dia-a-dia?**

- Muito             Mais ou Menos    Pouco

**3- Você está satisfeito(a) com sua saúde hoje?**

- Muito             Mais ou Menos    Pouco

**CONDIÇÃO DE SAÚDE****Fatores de risco vasculares**

- doença arterial coronariana  
 fibrilação atrial  
 diabetes  
 hipertensão  
 obesidade             IMC > 25             IMC > 30  
 fumante             habitual             nunca    antigo  
 uso de álcool  
 hiperlipidemia

**Falência renal ou cardíaca**     Sim             Não

**Medicações referidas de uso contínuo**

- Não  
 Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

**Tipo de AVE**

- Isquêmico  
 Aterosclerose de grandes artérias  
 Cardioembolismo  
 Oclusão de pequenas artérias (lacunas)  
 Infartos por outras etiologias  
 Infartos de origem indeterminada

(Manual de rotinas para o AVC, 2013)

- ( ) Hemorrágico  
 ( ) Intraparenquimatoso  
 ( ) Subaracnóideo  
 ( ) Indeterminado

**Classificação – Banford**

- ( ) LACS - Síndrome Lacunar  
 ( ) TACS – Síndrome de Circulação anterior total  
 ( ) PACS – Síndrome da Circulação Anterior Parcial  
 ( ) POCS – Síndrome da Circulação Posterior

(Manual de rotinas para o AVC, 2013)

**Trombólise:** ( ) sim ( ) não

**Período de internação:** \_\_\_\_\_ dias

**Destino após a alta:** ( ) Casa ( ) Hospital de reabilitação  
 ( ) Instituição de longa permanência ( ) Outro

**Data do retorno no ambulatório:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Escala de Rankin modificada<sup>28</sup>**

Pontuação	Descrição
0	Sem qualquer sintoma.
1	Sem incapacidade significativa apesar dos sintomas; capaz de realizar todos os deveres e atividades usuais.
2	Incapacidade leve; incapaz de realizar todas as atividades prévias, mas é capaz de cuidar de si próprio sem auxílio.
3	Incapacidade moderada; necessita de alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência.
4	Incapacidade moderadamente grave, incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender a suas necessidades físicas sem assistência.
5	Incapacidade grave, acamado, incontinente, requer constante atenção e cuidados de enfermagem.
6	Óbito.

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 autonômicas, 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.	

<p>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.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	
<p>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.</p>	<p>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.</p>	
<p>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 restantes 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.</p>	<p>0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical)</p>	
<p>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</p>	<p>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</p>	

<p>a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>faciais das regiões superior e inferior da face).</p>	
<p>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.</p>	<p>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</p>	
<p>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.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° 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</p>	

<p>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 índex-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 hemipléxico. 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.</p>	<p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>	
<p>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 verificar acuradamente uma perda hemissensitiva. 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 quadripléxico, marque 2. Pacientes em coma (item 1A=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensível 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.</p>	
<p>9. Melhor linguagem. Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode ser 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</p>	<p>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</p>	

<p>que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>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</p>	
<p>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 à produção da fala, este item deverá ser considerado não-testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p>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</p>	
<p>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.</p>	<p>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>	

<p><b>Mamãe</b></p> <p><b>Tic-Tac</b></p> <p><b>Paralelo</b></p> <p><b>Obrigado</b></p> <p><b>Estrada-de-ferro</b></p> <p><b>Jogador de futebol</b></p>	<p><b>Você sabe como fazer.</b></p> <p><b>De volta para casa.</b></p> <p><b>Eu cheguei em casa do trabalho.</b></p> <p><b>Próximo da mesa, na sala de jantar.</b></p> <p><b>Eles ouviram o Pelé falar na rádio.</b></p> <p><small>Lista para leitura no item 9. Melhor Linguagem.</small></p>
---	---

### ANEXO 3- FICHA DE AVALIAÇÃO B

#### FUNCIONALIDADE APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UM ESTUDO LONGITUDINAL

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? 1. ( ) 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, CREAB, 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 quem levasse      2-( ) Não quis levar/entregar quem levasse      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 SAUDE? 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 É 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

### **AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE**

#### **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. Í Em comparação com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:Í**

- 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 assistivas (quais e categoria profissional que solicitou):