

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p141-155>

PERFIL DE USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E SENSORIAIS NA ÁREA ADSTRITA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FAMÍLIA^{1, II}

Persons with physical disabilities and sensory impairments in a family health care unit: a user profile study

Raquel de França Ferreira

Acadêmica do curso de fisioterapia e bolsista do Programa de Iniciação Científica da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: raquelf.ferreira@yahoo.com.br

Cláudia Maria Messias

Doutora em enfermagem (UFRJ), professora do curso de enfermagem da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: cmmessias@hotmail.com

Vagner Wilian Batista e Sá

Doutor em ciências (UFRJ), professor da escola de ciências da Saúde e Meio ambiente da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: vagnera@castelobranco.br

Resumo

Introdução: A estratégia de saúde da família é vista como um modelo de reorientação da assistência, entretanto há pouca discussão abordando as pessoas com deficiências no território. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de usuários com deficiências físicas e sensoriais numa unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro. **Métodos:** Dados sociodemográficos e nível de independência funcional (índice de Barthel) foram coletados respectivamente, por meio de prontuário eletrônico e entrevista domiciliar com posterior estatística descritiva e inferencial (correlação de Spearman, $P < .05$) entre as variáveis índice de Barthel e idade, gênero, presença do cuidador e escolaridade. **Resultados:** Setenta e seis pessoas com deficiências foram avaliadas e o perfil da amostra caracterizou-se por: gênero feminino (53,9%), casados (39,5%), idosos (67,1%), brancos (42,1%), aposentados (53,9%), sem trabalho de carteira assinada (94,7%), morando com cuidador (73,7%) e baixa escolaridade declarada (48,7%). O fator causal de deficiências físicas e sensoriais mais prevalente foi o acidente vascular cerebral, correspondendo a 23,8%, seguido da condição de idoso frágil (15,9%) e deficiências visuais (11,8%). O coeficiente de Spearman mostrou apenas fraca correlação positiva entre as variáveis: presença do cuidador e índice de Barthel ($r=0.4452$; $P=0,0001$).

¹ Este trabalho foi desenvolvido por meio do Programa de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade Castelo Branco – RJ – PIBIC&T biênio 2014-2015. Fonte de financiamento: FAPERJ (Processo no E-26/190.252/2013)

^{II} Agradecimentos: À Pâmela Santos por ter auxiliado no plano inicial de coleta de dados no território.

Conclusão: Há provável associação entre as deficiências e o acidente vascular cerebral com destacada prevalência entre as mulheres idosas, desempregadas, baixa escolaridade e dependente de cuidadores, além de fraca correlação entre a presença do cuidador e melhores atividades de vida diária. Políticas de prevenção de doenças cardiovasculares e melhoria do acesso ao usuário deficiente nas unidades básicas de saúde devem ser enfatizadas.

Palavras-chave: Pessoas com deficiências; Mapeamento de território; Serviços de saúde; Perfil do usuário.

Abstract

Introduction: A program centered on Family health has become a model for care from Brazilian people, moreover there are few discussions involving disability persons on territory. Objective: To characterize persons with physical and/or sensorial disabilities registered in roll of a primary health care unit in the city of Rio de Janeiro. Methods: Sociodemographic data and functional independence level (Barthel Index) were collected through electronic medical records and home interviews with subsequent descriptive and inferential statistical analysis (Spearman correlation test; $p < .05$) between Barthel and gender, age, caregivers and education level. Results: Seventy-six people with disabilities were evaluated and the most prevalent profile found in the sample was female (53.9%), married status (39.5%), elderly (67.1%), Caucasians (42.1%), retired (53.9%) without informal work (94.7%) with caregiver (73.7%) and with low education degree (48.7%). The most prevalent cause of disabilities found was stroke (23.8%) followed by the elderly

frail condition (15.9%) and visually impaired (11.8%). The Spearman correlation only was statistically significant ($r=0.4452; P=0.0001$) between Barthel index and caregivers. Conclusion: The main cause of physical and/or sensory disabilities found was the stroke. The prevalent profile observed was older women, without formal labor with low education degree and dependent from caregivers. Policies to prevent cardiovascular diseases and improve access to disabled users should be emphasized.

Keywords: Persons with disabilities; Mapping of territory; Health services; User profile.

Introdução

Recentemente no ano de 2015, foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.¹

O conceito de deficiência vem se modificando para acompanhar as inovações na área da saúde e a forma com que a sociedade se relaciona com a parcela da população que apresenta algum tipo de deficiência. No estatuto, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.¹ Dessa forma, a abordagem da deficiência evoluiu do modelo médico, que considera somente a patologia física e o sintoma associado,

para um sistema de Classificação da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que entende a incapacidade como um resultado tanto da limitação das funções e estruturas do corpo quanto da influência de fatores sociais e ambientais sobre essa limitação.^{2,3}

O Brasil possui população de 200 milhões de brasileiros com cerca de 45,6 milhões (23,9%) de indivíduos apresentando pelo menos uma deficiência permanente segundo o último censo demográfico.⁴ Apesar de o censo demográfico ser a mais complexa operação estatística realizada por um país, este não tipifica ou classifica a pessoa com deficiência encontrada no momento da entrevista em domicílio, apontando apenas dados quanto à existência de deficiência permanente: sensorial (visual e auditiva), motora (física), e, também, mental ou intelectual de acordo com o seu grau de severidade.⁴ A Constituição da República Federativa do Brasil prevê suporte legal para a promoção e proteção das pessoas com deficiência, além de política nacional e setorial para a integração desta população acompanhada de ações afirmativas e equalização dos benefícios.⁵

Visando a saúde da pessoa deficiente, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional da Pessoa com Deficiência, a qual contém as diretrizes para o cuidado desta população. A normativa abrange medidas preventivas, de promoção e reabilitação da saúde. Nela são englobados todos os níveis de assistência à saúde e caracterizadas suas funções. Assim, a porta de entrada do atendimento ao deficiente ocorre do mesmo modo que para os demais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pela atenção primária, que deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde do usuário com deficiências, além da possibilidade de atendimento domiciliar.⁶

Concomitantemente a estes fatos, a política nacional de atenção básica⁷ do

SUS, por meio da saúde básica, vem se consolidando em um modelo de assistência integrada com foco na família e no seu território ocupado com aumento da cobertura de estratégia de saúde de família (ESF) no território adstrito da unidade de saúde de família (USF). Estas, realizam o cadastramento de usuários/famílias e identificam os perfis epidemiológicos da área por meio de diagnóstico situacional. No entanto, pesquisa de Souza e Rocha⁸ demonstra que não basta somente a instalação física da unidade básica de saúde. Da mesma forma, Aoki *et al.*⁹, perceberam dificuldade de acesso aos serviços de saúde e reabilitação numa área adstrita de uma unidade de saúde por meio de diagnóstico situacional da condição de vida de pessoas com deficiência. O diagnóstico apoiou a implementação de estratégias de intervenção, como: atendimentos domiciliares, grupos de convivência, atividades para promoção do acesso a direitos e integração às atividades culturais.

Conhecer o perfil dessa população é um dos pressupostos do trabalho territorial em reabilitação e da implementação de políticas públicas. Portanto, investigar os microterritórios adstritos de uma unidade de saúde pode ser uma valiosa ferramenta para o levantamento epidemiológico da região, bem como o mapeamento quantitativo e qualitativo das pessoas com deficiências e dos problemas enfrentados por estes usuários no âmbito do atendimento de uma unidade básica de saúde.

Este trabalho objetivou a quantificação e caracterização do perfil de usuários com deficiências físicas e sensoriais na área adstrita de uma unidade básica de saúde da área programática 5.2 da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro.

Métodos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (Parecer nº 547.258/2014), respeitando as recomendações éticas da Resolução nº 466/12. Todos os participantes envolvidos foram orientados sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O desenho de estudo foi o transversal censitário. A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro e outubro de 2014.

População e Amostra

A população de estudo foi composta por 217 indivíduos de ambos os sexos identificados inicialmente como “pessoa deficiente”, em qualquer faixa etária, na ficha de avaliação padrão coletada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em um território adstrito pertencente à uma Clínica de Família (ESF) da zona oeste do município do Rio de Janeiro. Os critérios de exclusão foram: a não concordância da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e a participação no estudo, a ausência do usuário no horário das visitas domiciliares, diagnóstico único de deficiência ou transtorno mental ou ainda que não responderam às chamadas telefônicas foram retirados do estudo. A amostra final foi então formada por 76 pessoas com deficiências físicas e/ou sensoriais para avaliação de questões sócio-demográficas, e nível de independência funcional (índice de Barthel).

Instrumentos e Procedimentos

Dinâmica do processo

Primeiramente foi realizada entrevista individual com cada um dos 36 ACS, representando 6 equipes de ESF com cobertura de 100% do território adstrito da USF. Cada ficha cadastral da família/usuário foi verificada pelos pesquisadores por meio de prontuário eletrônico em conjunto com o ACS a fim de identificar as pessoas no microterritório com as deficiências físicas e sensoriais. Para a padronização dos conceitos relacionados às deficiências aqui estudadas, optou-se por utilizar os descritores em ciências da saúde (DeCs) por meio do projeto de terminologia da saúde que favorece a recuperação, o acesso, a divulgação e a disseminação do conhecimento e das informações do Ministério da Saúde do Brasil (<http://decs.bvs.br/>). A lista detalhada é apresentada na Tabela 1. Os pesquisadores, então, liam em voz alta o conceito da deficiência e realçavam com exemplos para o ACS. O procedimento se repetia a cada nova ficha verificada e todos os indivíduos identificados foram registrados em planilha Excel® com informações adicionais gerais como nome, idade, gênero, endereço e telefones para contato.

Tabela 1 - Definições de deficiências físicas e sensoriais para padronização de respostas.

(continua)

Deficiência	Conceito
Afasia Acinética	Síndrome caracterizada por um estado inerte e silencioso, sem atividade motora voluntária, apesar das vias e vigilância sensorimotoras estarem conservadas;
Amputado / agenesia MMII	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membros inferiores;
Amputado / agenesia MMSS	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membros superiores;
Artrogripose	Flexão ou contratura persistente de uma articulação;
Deficiência auditiva	Termo geral para perda completa ou parcial da habilidade de ouvir de uma ou ambas as orelhas;
Deficiência visual	Comprometimentos da visão que limitam uma ou mais funções básicas do olho: acuidade visual, adaptação ao escuro, visão de cores ou periférica;
Deformidade congênita ou adquirida	Malformações de órgãos ou partes do corpo durante o desenvolvimento no útero (congênita) ou adquiridas por meio de acidentes e traumas após o nascimento;
Distrofias e miopatias	Grupo de doenças caracterizadas pela deterioração progressiva da musculatura esquelética com incapacidade de contração muscular voluntária;
Esclerose múltipla	Doença degenerativa crônica neurológica de origem encefálica;
Hemiparesia	Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
Hemiplegia (AVC, TCE)	Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
Hidrocefalia	Caracterizada por retenção do líquido céfalo raquidianos ventrículos ou no espaço aracnoideano;
Idoso frágil	Pessoa com mais de 60 anos de idade em condição de fragilidade física, mental e de autonomia, dependentes e debilitados;

Tabela 1 - Definições de deficiências físicas e sensoriais para padronização de respostas.

(continua)

Deficiência	Conceito
Meningomielocele	Herniação congênita ou raramente adquirida dos tecidos meníngeos e da medula espinhal, devido a defeito ósseo na coluna vertebral. A maioria destes defeitos ocorre na região lombossacral. Entre os sinais clínicos estão paraplegia, perda da sensação na parte inferior do corpo e incontinência. Esta afecção pode estar associada com malformação de arnold-chiari e hidrocefalia;
Mobilidade reduzida (limitação da mobilidade)	Dificuldade para caminhar de um lugar para o outro;
Monoplegia	Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
Nanismo	Deficiência acentuada no crescimento. É importante ter em mente que o conceito de deficiência inclui a in capacidade relativa, parcial ou total, para o desempenho da atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Esclarecemos que a pessoa com deficiência pode desenvolver atividades laborais desde que tenha condições e apoios adequados às suas características.
Ostomia	Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário);
Paralisia cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental;
Paraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
Paraplegia (lesão medular)	Perda total das funções motoras dos membros inferiores;

Sequelas de hanseníase	Mãos e pés caídos; mãos e pés em garra por acometimento dos nervos periféricos provocados por infecção pelo bacilo de Hansen (<i>Mycobacterium leprae</i>);
Síndrome de Down	Transtorno cromossômico associado com um cromossomo 21 adicional ou com trissomia parcial do cromossomo 21. As manifestações clínicas estão hipotonia, baixa estatura, braquicefalia, fissuras oblíquas na pálpebra, epicanto, manchas de Brushfield na íris, língua protrusa, orelhas pequenas, mãos pequenas e largas, clinodactilia do quinto dedo, ruga dos símios e deficiência intelectual moderada a grave;
Síndrome pós poliomielite	Paralisia ou paresia motora do tipo flácida provocada por infecção do vírus da poliomielite;
Tetraplegia (lesão medular)	Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
Triparesia	Perda parcial das funções motoras em três membros;
Triplegia	Perda total das funções motoras em três membros;
Outras	Condições outras de deficiências físicas e/ou sensoriais que não se enquadram nas classificadas acima.

Fontes: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS-Biblioteca Virtual em Saúde)

Legendas: MMII: membros inferiores; MMSS: membros superiores; AVC: acidente vascular cerebral; TCE: traumatismo crânio-encefálico;

Após a fase cadastral, os pesquisadores realizaram visita domiciliar por microrregião em conjunto com cada ACS para aplicação dos questionários sócio demográfico e índice de Barthel aplicados individualmente para cada pessoa com deficiência física e/ou sensorial. Os questionários foram respondidos pelo próprio ou em decorrência de impedimentos físicos e/ou mental por seu cuidador. Os casos em que houve interpretação inadequada sobre a classificação das deficiências obtidas na fase inicial, foram corrigidas após visita domiciliar pela avaliação dos pesquisadores e/ou documento e registros médicos comprobatórios.

Questionário Sócio demográfico

Variáveis sociodemográficas incluíram gênero (feminino ou masculino), cor da pele ou raça (amarela, branca, indígena, parda ou negra) idade, endereço, telefones, *e-mail*, nome do cuidador, nível de educação (fundamental incompleto ao superior completo), ocupação

(trabalhando, aposentado, procurando emprego), trabalho informal (sem carteira assinada), quantidade de eletrodomésticos e veículos móveis por residência, estado civil declarado e classificação da (s) deficiência (s) físicas e sensoriais (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sociodemográficos

(continua)

Variável		Total N=76	%
Gênero	Feminino	41	53,9
	Masculino	35	46,1
Idade (anos)	0-10	2	2,6
	11-20	3	3,9
	21-30	1	1,3
	31-40	3	3,9
	41-50	4	5,3
	51-59	12	15,8
	>60	51	67,1
Etnia	Amarela	2	2,6
	Branca	32	42,1
	Indígena	0	0,0
	Negra	11	14,5
	Parda	31	39,9
Possui cuidador?	Sim	56	73,7
	Não	20	26,3
Trabalho formal	Aposentado	41	53,9
	Trabalhando	1	1,3
	Nem trabalhando nem procurando emprego	34	44,7
Trabalho informal (sem carteira assinada)	Sim	4	5,3
	Não	72	94,7

Escolaridade	Analfabeto	9	11,8
	Fundamental incompleto	37	48,7
	Fundamental completo	6	7,9
	Médio incompleto	4	5,3
	Médio completo	15	19,7
	Superior incompleto	1	1,3
	Superior completo	4	5,3
Estado civil	Casado	30	39,5
	Divorciado	2	2,6
	Solteiro	20	26,3
	Viúvo	24	31,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Índice de Barthel

Para avaliar as funções motoras preservadas nas atividades de vida diária (AVD) foi utilizada a versão brasileira do índice de Barthel.¹⁰ Essa escala apresenta 10 funções, contendo 7 itens de avaliação da autonomia e 3 de mobilidade compreendendo AVD para alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se valores numéricos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência. As perguntas foram direcionadas para os cuidadores nos casos dos indivíduos com dificuldades na comunicação ou incapazes de oferecer respostas confiáveis.

Análise estatística

Os dados coletados na amostra estudada foram tratados com estatística descritiva (frequências e porcentagens) e inferencial com o teste de correlação de Spearman entre variáveis índice de Barthel e idade, gênero, escolaridade e presença de cuidadores, utilizando o software GraphPad Prism 6 (GraphPad Software, Inc., San Diego, USA).

Resultados

O perfil sociodemográfico mais prevalente entre as pessoas com deficiência física foi o gênero feminino (53,9%), o estado civil casado (39,5%), idosos (67,1%), etnia branca (42,1%), aposentados (53,9%), porém sem trabalho informal (94,7%), com cuidador (73,7%) e com escolaridade ensino fundamental incompleto (48,7%). A tabela 2, apresenta em detalhes a análise exploratória dos dados com as variáveis estudadas.

Entre os indivíduos com deficiências físicas e sensoriais, 23,8% apresentavam sequelas devido ao acidente vascular cerebral sendo a condição mais prevalente encontrada neste estudo, seguida da condição de idoso frágil (15,9%) e indivíduos com deficiência visual (11,8%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de deficiências encontradas na amostra estudada.

Deficiência	N	%	Índice de Barthel Média ± DP
Afasia + hemiplegia	2	2,6	49,0 ± 32,5
Amputado/agenesia MMII	5	6,6	94,6 ± 8,4
Deficiente auditivo	7	9,2	74,9 ± 35,4
Deficiente visual	9	11,8	74,8 ± 36,3
Deformidade congênita/ adquirida	3	3,9	92,7 ± 11,0
Distrofias e miopatias	1	1,3	0,0 ± 0,0
Hemiparesia	2	2,6	46,0 ± 12,7
Hemiplegia (AVC, TCE)	18	23,8	58,3 ± 41,2
Idoso frágil	12	15,9	50,8 ± 29,4
Mobilidade reduzida	5	6,6	56,8 ± 32,8
Paralisia cerebral	2	2,6	47,0 ± 24,0
Paraparesia	1	1,3	100,0 ± 0,0
Tetraplegia	1	1,3	18,0 ± 0,0
Outras	8	10,5	55,6 ± 42,4
Total	76	100	58,5 ± 21,9

A média geral do índice de Barthel foi de 58,5 ± DP=21,9 com os menores índices reportados para os indivíduos com tetraplegia (18,0 ± 0,0), paralisia cerebral (47,0 ± 24,0), Hemiparesia (46,0 ± 12,7), distrofias musculares (0,0 ± 0,0) e afasia + hemiplegia (49,0 ± 32,5) (Tabela 3). O coeficiente de Spearman mostrou fraca correlação estatística entre as

variáveis índice de Barthel (IB) e cuidador ($r=0,4452; P=0,0001$). Para os outros pares estudados: IB e idade ($r=-0,1206; P=0,2993$); IB e gênero ($r=-0,1036; P=0,3733$) e IB e escolaridade ($r=0,0247; P=0,8317$) não houve significância estatística.

Discussão

No campo da saúde da pessoa com deficiência, é na relação do sujeito com seu meio sociocultural que se constata a existência de grandes barreiras. Reitera-se a importância do papel da atenção primária no cuidado integral à saúde destas pessoas; no entanto, este ainda constitui um desafio, exigindo reflexão sobre as práticas atuais e sobre as possibilidades de construções futuras.¹¹

Perfil da unidade de saúde da família – Clínica da Família

O programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 e hoje é conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). No município do Rio de Janeiro, desde o ano de 2008, a ESF vem se consolidando por meio de construção física de Clínicas da Família (CF) e contratação de pessoal para atuar nos modelos ESF ou em Centros Municipais de Saúde para atendimento misto com parte da população atendida na ESF e parte da população de forma tradicional ambulatorial.

A Clínica da Família escolhida para este trabalho situa-se no bairro de Campo Grande na zona oeste do município do Rio de Janeiro com população estimada de 18.404 indivíduos representando 3654 famílias cadastradas no território. Do total de indivíduos na área adstrita da CF, as mulheres representam a maioria com 9879 mulheres, 457 crianças com menos de 1 ano

de idade e baixo índice de analfabetismo.

As residências em sua maioria são abastecidas com água potável do centro de distribuição estadual e a coleta de lixo urbano realizada de forma regular. Apenas 0,2% das residências não possuem rede pública de saneamento para detritos de fezes e urina. A CF conta com 6 equipes de ESF, e cada equipe possui 6 agentes comunitários de saúde, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, além de apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipe de Saúde Bucal.

Perfil sociodemográfico e deficiências

O Brasil tem 45,6 milhões de pessoas com deficiência, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dos cerca de 190 milhões de brasileiros, aqueles com pelo menos uma deficiência, seja visual, auditiva, motora ou mental, somam 23,9%.⁴

O perfil sociodemográfico mais prevalente encontrado entre as pessoas com deficiências físicas e sensoriais na área adstrita da CF foi o gênero feminino (53,9%), o estado civil casado (39,5%), idosos (67,1%), etnia branca (42,1%), aposentados (53,9%) sem trabalho informal (94,7%) com cuidador (73,7%) e com escolaridade em nível de ensino fundamental incompleto (48,7%). A maioria de mulheres remete à reflexão sobre a condição feminina e suas menores oportunidades de participação sócia.⁹

Entre os indivíduos com deficiências físicas e sensoriais, 23,8% apresentavam sequelas devido ao acidente vascular cerebral sendo a condição mais prevalente encontrada neste estudo. Como segunda causa, encontrou-se a condição de idoso frágil (15,9%) seguida de indivíduos com deficiência visual (11,8%).

Estes resultados espelham o perfil de mortalidade encontrado na população brasileira, segundo o Sistema de

Informações do Ministério da Saúde que em 2013 apontou como a principal causa de morte e invalidez na população, as doenças cerebrovasculares e os infartos agudos do miocárdio. No entanto o Brasil, nas últimas décadas, vem modificando o perfil dos óbitos por meio de melhoria no acesso a serviços de saneamento diminuindo o número de mortes provocadas por doenças infecciosas e transmissíveis.

Kuvalekar *et al.*¹² encontraram uma maior prevalência (36,2%) nas deficiências físicas congênitas, seguida das paralisias residuais pós poliomielite (26,2%) e deficiências provocadas por AVC (19,2%) dos casos investigados na Índia. Por outro lado, países desenvolvidos, como o caso dos Estados Unidos, embora possuam no topo do *ranking* as mesmas causas de morte do Brasil, os números de casos de doenças cardiovascular, AVC e acidentes com veículos motores vêm demonstrando notável queda desde o ano de 2005, com elevação da frequência associada a doença de Alzheimer e o suicídio.¹³

Estas diferenças de prevalência entre países retratam a especificidade dos problemas enfrentados no sistema de saúde pública de cada país/região, porém com um ponto comum de reflexão referente aos cuidados necessários para prevenção das mortes e consequentes deficiências provocadas pelas doenças cerebrovasculares e acidentais que devem ser encaradas como problema de saúde pública universal deste século.

Outro resultado importante no presente estudo mostrou que 15,9% dos indivíduos foram identificados como “idoso frágil” com moderada dependência para as atividades de vida diária (média de 50,8 no índice de Barthel). Segundo o IBGE⁴, a população brasileira ano após ano vem apresentando aumento da expectativa de vida, cuja estimativa para o ano de 2030 chega a ser de 30 milhões de idosos. Há necessidade de refletir na atualidade em

políticas e programas abrangentes em todas as áreas para prevenção de incapacidades, aumento da qualidade de vida, bem como o desenvolvimento de locais apropriados para acolher a população de idosos em especial os indivíduos classificados com dependência física e/ou sensorial cujos cuidados necessitarão de uma abordagem multidimensional, multifatorial e multidisciplinar.

No entanto, muito ainda há para desenvolver no campo da pesquisa, avaliações físicas e mentais com a finalidade de desenvolver indicadores de fragilidade entre os idosos e para o risco de dependência e mortalidade em populações vulneráveis.^{14,15}

Índice de Barthel

A escolha de um instrumento que pudesse verificar o nível individual e coletivo de independência funcional nas pessoas com deficiências físicas e/ou sensorial pôde contribuir para o entendimento das questões do território da unidade básica de saúde.

Em estudos internacionais, o Índice de Barthel é um dos instrumentos de avaliação de AVD que apresenta resultados de confiabilidade e validade muito consistentes.¹⁶ Nesta investigação, a confiabilidade observada para a escala total foi excelente e os valores obtidos aproximaram-se daqueles observados na validação da escala original em estudos desenvolvidos anteriormente¹⁷, que também analisaram e confirmaram a confiabilidade da escala. No Brasil este instrumento foi validado para a população idosa em 2010 por Minozzo *et al.*¹⁰ e os resultados indicaram que a versão em português manteve a confiabilidade da escala original.

Este estudo mostrou um valor médio de (58,5 ± DP=21,9) nos domínios do índice de Barthel com 10,4% dos pacientes

apresentando valores abaixo de 50, que de uma maneira geral indica a necessidade de mais auxílio por parte da família e/ou cuidadores às atividades de vida diária dos usuários. Houve uma fraca correlação entre a presença do cuidador no domicílio e melhores atividades de vida diária alcançadas entre as pessoas com deficiências. Estes achados se aproximam do estudo de Kuvalekar *et al.*¹⁸, que reportaram 11,5% dos indivíduos com alguma incapacidade física que necessitavam de assistência, e mais distantes de Nigeria *et al.*¹⁹, que reportaram 28,3% dos indivíduos que necessitavam de auxílio em pelo menos um domínio medido pelo índice de Barthel.

Significância dos achados e limitações do estudo

A escolha do desenho do estudo tipo epidemiológico transversal censitário com dados extraídos das fichas coletadas em domicílio pelos agentes comunitários de saúde contribuiu para a aproximação do número real de indivíduos com deficiências na área adstrita da unidade de saúde. Os questionários foram aplicados rapidamente a cada indivíduo e a aproximação da família com a USF se fortaleceu com visitas futuras tanto do paciente à unidade, quanto das equipes de saúde à residência do usuário. Por outro lado, cerca de 5% dos cadastros estavam desatualizados.

Conclui-se que o perfil sociodemográfico mais prevalente encontrado entre as pessoas com

deficiências físicas e sensoriais na área adstrita de uma unidade de saúde de família foi o gênero feminino, o estado civil casado idosos, etnia branca, aposentados, sem trabalho informal, com cuidador e com escolaridade em nível de ensino fundamental incompleto. Entre os indivíduos, 23,8% apresentavam sequelas devido ao acidente vascular cerebral sendo a condição mais prevalente encontrada neste estudo. Como segunda causa, encontrou-se a condição de idoso frágil (15,9%) seguida de indivíduos com deficiência visual (11,8%).

Políticas públicas de promoção da saúde²⁰, prevenção²¹ e enfrentamento das doenças cerebrovasculares^{22,23} são necessárias. A implementação nacional de serviços de atendimento integral aos pacientes com AVC é considerada uma forte ferramenta para o desenvolvimento de estratégias, tanto educacionais quanto de reabilitação, principalmente na população idosa. Porém, Strijs e colaboradores²⁴ estimaram um alto custo para a criação e manutenção desses serviços na Holanda, que com o envelhecimento populacional pode chegar a 2,08 bilhões de euros em 2020.

Estudos futuros podem envolver a problemática das barreiras arquitetônicas e acesso (mobilidade) dos usuários para chegar à unidade de saúde, bem como o desenvolvimento e utilização de ferramentas tecnológicas para facilitar a comunicação dos usuários com as equipes como a telemedicina, comunicação por *short message service* e transporte especial.

Referências

¹. Brasil. Presidência da República. Lei no. 13.156, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13156.htm>. Acesso em: 15 dez. 2015.

2. World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
3. Araujo ES, Buchalla CM. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquiridos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. Rev. bras. Epidemiol. 2015;18(3):720-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030017>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rj&tema=censodemog2010_defic>. Acesso em: 15 set. 2015.
5. Di Nubila H, Paula AR, Marcelino MA, Maior I. Evaluating the model of classification and valuation of disabilities used in Brazil and defining the elaboration and adoption of a unique model for all the country: Brazilian Interministerial Workgroup Task. BMC Public Health. 2011;11(Suppl 4):S10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S10>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html> Acesso em: 08 jun. 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. Souza CCBX, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2010;21(3):230-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p230-239>
9. Aoki M, Oliver FC, Nicolau SM. Considerações acerca das condições de vida das pessoas com deficiência a partir de um levantamento em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico do município de São Paulo. Mundo saúde. 2011; 35(2):169-78.
10. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):218-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
11. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. Interface. 2009;13(28):177-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>
12. Kuvalekar K, Kamath R, Ashok L, Shetty B, Mayya S, Chandrasekaran V. Quality of life among persons with physical disability in udupi taluk: a cross sectional study. J Family Med Prim Care. 2015;4(1):69-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2249-4863.152258>
13. Johnson NB, Hayes LD, Brown K, Hoo EC, Ethier KA. CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors-United States, 2005-2013. MMWR. 2014; 63(Suppl 4):3-27.
14. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, *et al*. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. BMC Geriatr. 2010;10:53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-53>

15. Jotheeswaran AT, Williams JD, Prince MJ. Predictors of mortality among elderly people living in a south Indian urban community; a 10/66 Dementia Research Group prospective population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2010;10:366. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-366>
16. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):7-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>
17. Wade DT, Hewer RL. Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1987;50(2):177-82.
18. Kuvalekar K, Kamath R, Ashok L, Shetty B, Mayya S, Chandrasekaran V. Quality of Life among Persons with Physical Disability in Udupi Taluk: A Cross Sectional Study. *J Family Med Prim Care*. 2015;4(1):69-73. DOI: 10.4103/2249-4863.152258.
19. Abdulraheem IS, Oladipo AR, Amodu MO. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among elderly rural population in Nigeria. *J Aging Res* 2011;2011:369894. doi: 10.4061/2011/369894.
20. Lima ML, Santos JLF, Sawada NO, Lima LAP. Quality of life of individuals with stroke and their caregivers in a city of Triângulo Mineiro. *Rev Bras Epidemiol*; 2014;7(2):453-464.
21. Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm*; 2016; 69(1):79-87.
22. Copstein L, Fernandes JG, Bastos GAN. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(5):294-300, maio 2013.
23. Pieri A, Spitz M, Lopes TO, Barros CG, Faulhaber MW, Gabbai AA, Cendoroglo-Neto M. Prevalence of cardiovascular risk factors among elderly Brazilians over eighty with ischemic stroke. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(3a):454-457.
24. Struijs JN, van Genugten ML, Evers SM, Ament AJ, Baan CA, van den Bos GA. Future costs of stroke in the Netherlands: the impact of stroke services. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006;22(4):518-24.