



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

BRUNA BEHLING MATOS

**ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE E DO CUIDADO EM SAÚDE VOLTADO PARA
PESSOAS COM AVC EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19**

CRICIÚMA

2022

BRUNA BEHLING MATOS

**ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE E DO CUIDADO EM SAÚDE VOLTADO PARA
PESSOAS COM AVC EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lisiane Tuon

CRICIÚMA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M433a Matos, Bruna Behling.

Análise da funcionalidade e do cuidado em saúde voltado para pessoas com AVC em tempos de pandemia de COVID-19 / Bruna Behling Matos. - 2022.

71 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2022.

Orientação: Lisiane Tuon.

1. Acidente vascular cerebral - Paciente. 2. Reabilitação do acidente vascular cerebral. 3. Atenção à saúde. 4. Autocuidado. 5. COVID -19. I. Título.

CDD 23. ed. 616.81

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

BRUNA BEHLING MATOS

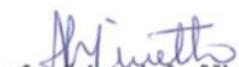
TÍTULO DO TRABALHO: "ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE E O CUIDADO EM SAÚDE VOLTADO PARA PESSOAS COM AVC EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19".

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 15 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA


Profa. Lisiane Tuon
Doutora – Orientadora
Presidente


Profa. Ariete Inês Minetto
Doutora – UNESC
Membro externo


Prof. Willians Cassiano Longen
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.
Este trabalho foi realizado no cenário de práticas do Centro Especializado em Reabilitação – CER II/ UNESCO do município de Criciúma.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar um agradecimento especial às pessoas que estiveram ao meu lado durante todo o período de elaboração do presente trabalho.

Minha mãe, Elane, que sempre foi uma incentivadora, acreditando e apoiando meus projetos junto ao meu pai, Marcos.

Aos colegas de trabalho do CER II/UNESC pelo convívio e troca de experiências diárias.

Professores do PPGScol – UNESC pelos ensinamentos, e suporte nos períodos de aula, que mesmo remotamente devido a pandemia proporcionaram um ensino de qualidade.

Um agradecimento especial também, a minha orientadora Prof^a Lisiane, por sua importante ajuda, e por todos esses anos de trabalho que iniciaram ainda na graduação. Aos professores Willians Cassiano Longen, e Ariete Inês Minetto por fazerem parte da banca examinadora, contribuindo assim com meu trabalho.

Sou feliz, e grata pelas escolhas profissionais que fiz até aqui, e sigo confiante na minha trajetória.

“Toda a filosofia que eu havia examinado indicou claramente que cada adversidade traz consigo a semente de uma vantagem equivalente.”

Napoleon Hill

RESUMO

Atualmente, o Acidente Vascular Cerebral, encontra-se entre os mais significativos problemas de saúde pública, que, por vezes, acabam acarretando incapacidades permanentes ou transitórias nas pessoas. Com o aumento das doenças de ordem crônicas não transmissíveis, o Brasil experimenta uma transição epidemiológica, inclusive abarcando indivíduos mais jovens. O acompanhamento terapêutico especializado se faz necessário, visando, sobretudo, reestabelecer as funções de acordo com as possibilidades individuais. Apesar dos avanços que vem ocorrendo, até o presente momento, na saúde pública, estudos apontam que o seguimento do cuidado em comunidade, por vezes, se demonstra insatisfatório; isso porque existem variações dos sistemas de assistência. À vista disso, o estudo em tela objetivou analisar o grau de funcionalidade das pessoas com acidente vascular cerebral pós-alta de um centro especializado em reabilitação e, correlacionar com os cuidados da rede de saúde em tempos pandêmicos. Realizou-se um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A pesquisa foi realizada em formato de entrevista, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da UNESC por meio do parecer nº 5.011.597 (CAAE 52072721.5.0000.0119). Os participantes responderam os questionamentos por meio de ligações telefônicas, contato via whatsapp, e e-mail. Foi empregada a medida de independência funcional para análise da funcionalidade, bem como, um questionário estruturado pela autora com indagações voltadas para o cuidado em saúde, autocuidado, e possíveis impactos da pandemia Covid-19, na assistência em saúde, durante o período pós-alta do programa de reabilitação. A amostra final contou com 51 (cinquenta e um) usuários. Os resultados obtidos corroboraram, em parte, com a hipótese principal levantada. A funcionalidade apresentou declínio após a alta em números, porém, manteve-se dentro da classificação utilizada. Os entrevistados mantiveram sua funcionalidade em 78,43% quando questionados sobre sua proximidade com atenção primária em saúde. O acompanhamento terapêutico para o seguimento da linha de cuidado do paciente crônico, por vezes, é pequeno, da amostra 68,63% não realiza, o que explica o declínio funcional. De acordo com o presente estudo os usuários que realizam acompanhamento terapêutico aprimoraram sua funcionalidade comparando aos que não fazem. Em 74,19% dos pacientes que realizam seu autocuidado a funcionalidade foi mantida, e evitaram em 84,31% um novo episódio de acidente vascular cerebral. Em relação aos usuários que deixaram de realizar terapia durante a pandemia, cerca de 60,78% não obtiveram prejuízo funcional. O estudo mostrou, ainda, a importância do autocuidado e autocuidado apoiado, frente às condições crônicas, e o quanto às ações de educação em saúde devem ser empregadas na prática profissional. Diante do impacto que a baixa funcionalidade proporciona à qualidade de vida deste público, a identificação da atenção no cuidado à saúde é de grande valia para o desenvolvimento e estabelecimento de medidas voltadas à prevenção de agravos, e promoção em saúde.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Assistência à Saúde. Autocuidado. Autocuidado apoiado. Processo de reabilitação. COVID -19.

ABSTRACT

Nowadays, the Cerebral Vascular Accident is among the most significant public health problems, which, sometimes, end up causing permanent or transitory disabilities in people. With the increase in non-communicable chronic diseases, Brazil is experiencing an epidemiological transition, including younger individuals. The acquired disability, whether physical and/or intellectual, promotes, in relation to the subject's environment of insertion, incapacities to perform their daily tasks, implying in their quality of life. Therefore, specialized therapeutic follow-up is necessary in the long term, aiming, above all, to reestablish functions according to individual possibilities. Despite the advances that have been taking place, until the present moment, in public health, studies indicate that the follow up assistance of the community, sometimes, proves to be unsatisfactory; this happens because there are variations in assistance systems. In view of this, the present study aimed to analyze the degree of functionality of people with post-discharge skilled from a center specializing in rehabilitation and to correlate with the care of the health network in pandemic times. A retrospective, quantitative and descriptive cross-sectional study was carried out, using the measure of functional independence to analyze functionality, as well as a questionnaire structured by the author with questions focused on health care, self-care and possible impacts of the pandemic Covid-19, in health care, during the post-discharge period of the rehabilitation program. AESC in interview format, approved by the UNÉtica Human Research Committee through opinion No. 5.011.57 (CAAE5207270.0119. Functional independence was used for functionality, as well as, and the measure of consideration for the pandemic of care with investigations, in addition to the possibility of Covid-19 health care, and the possibility of health care, during the post-discharge period of the rehabilitation program. The final sample had 51 (fifty-one) users. The results obtained corroborated, in part, with the main hypothesis raised. Functionality showed a decline after the increase in numbers, however, it remained within the classification used. Respondents maintained their functionality at 78.43% when asked about their proximity to primary health care. In 74.19% of the patients who perform their self-care, functionality was maintained of these 84% avoided another stroke Regarding users who stopped performing therapy during the pandemic, about 60.78% did not experience functional impairment. The study also showed the importance of self-care and supported self-care, in the face of chronic conditions, and how much health education actions should be used in professional practice. Given the impact that low functionality provides to the quality of life of this public, the identification of the importance that is health care is of great value for the development and establishment of measures aimed at the prevention of diseases, and health promotion.

Keywords: Stroke. Health Assistance. Self care. Rehabilitation Process. COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Processo completo da linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral.

Figura 2: Fluxograma de atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo.

Figura 3. Componentes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra (usuários com diagnóstico AVC atendidos nos anos de 2018 a 2021).

Tabela 2 – Comorbidades apresentadas pela amostra atendida no CER II/UNESC durante os anos de 2018-2021.

Tabela 3 – Média obtida a partir da MIF de acordo com o momento de coleta da amostra.

Tabela 4 – Análise de funcionalidade da amostra no momento da alta com os dados coletados no momento da pesquisa (período pós-alta do CER).

Tabela 5 – Análise de funcionalidade da amostra de acordo com assistência prestada pela Rede municipal de saúde.

Tabela 6 – Análise de funcionalidade da amostra de acordo com a realização de autocuidado domiciliar.

Tabela 7 – Análise de funcionalidade da amostra de acordo com o período de pandemia por COVID-19 no Brasil até novembro de 2021.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A: Questionário de entrevistas.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de aprovação do comitê de ética.

ANEXO 2 – Medida de Independência funcional MIF.

ANEXO 3 – Carta de aceite local.

ANEXO 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido TCLE.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AD – Atenção Domiciliar
- AMREC - Associação dos Municípios Da Região Carbonífera
- AMESC – Associação dos municípios do Extremo Sul Catarinense
- APS - Atenção Primária em Saúde
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- AVD - Atividade de Vida Diária
- CER - Centro Especializado em Reabilitação
- CCM - *Chronic Care Model*
- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade
- CONASS - Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
- DCNT - Doença Crônica não Transmissível
- DM – Diabetes Mellitus
- DSL – Dislipidemia
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- LC - Linha de Cuidado
- MIF - Medida de Independência Funcional
- MS - Ministério da saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PCD – Pessoa com deficiência

PNH - Política Nacional de Humanização

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção À Saúde

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

UBS – Unidade básica de Saúde

UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 LINHA DE CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO AMBITO DO SUS.....	20
2.2 A REABILITAÇÃO FÍSICA DA PESSOA COM AVC	23
2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	24
2.4 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO	26
2.5 ATENÇÃO À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19	27
2.6 DEFICIÊNCIA FÍSICA	28
2.7 AUTOCUIDADO E AUTOCUIDADO APOIADO EM DOENÇAS CRÔNICAS ...	29
3 JUSTIFICATIVA.....	31
4 OBJETIVOS.....	32
4.1 OBJETIVO GERAL.....	32
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
5 HIPÓTESES.....	32
6 MÉTODOS	33
6.1 DESENHO DO ESTUDO	33
6.2 LOCAL DO ESTUDO	33
6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	33
6.3.1 Critérios de inclusão	33
6.3.2 Critérios de exclusão	33
6.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	34
6.4.1 Dependente(s).....	34
6.4.2 Independente(s).....	34
6.5 COLETA DE DADOS	34
6.5.1 Procedimentos e logística	34
6.5.2 Instrumento para coleta de dados.....	36
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	36

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
6.7.1 Riscos e benefícios	37
7 RESULTADOS.....	37
8 DISCUSSÃO	46
9 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES	61
ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) encontra-se entre os mais significativos problemas de saúde pública. Perfazendo uma das principais causas de incapacidades transitórias ou permanentes (GOULART et al., 2016).

De acordo com Alves et al., (2019), o Brasil experimenta, nas últimas décadas, a transição epidemiológica através do aumento de doenças crônicas, dados esses que serão ainda mais alarmantes no pós-pandemia de COVID-19, onde se sabe que houve a descontinuidade da assistência em saúde.

Referida transição é retratada como mudanças nos padrões de saúde/doença, morbidade e mortalidade e invalidez, ocorrendo em consonância com outras transformações demográficas, econômicas e sociais (CONASS, 2021).

No Brasil, são registradas 68 mil mortes por AVC anualmente. De acordo com estudos, em média, 70% dos pacientes que passam por um AVC irão apresentar alguma incapacidade motora e/ou de linguagem (GOULART et al., 2016).

O impacto trazido ao indivíduo por um AVC vai além das taxas de mortalidade, atinge as taxas de deficiência seja ela física e/ou intelectual adquirida, sendo necessário acompanhamento terapêutico a longo prazo (NORRVING; KISSELA, 2013).

A deficiência quando em contato com o meio externo (fatores ambientais, arquitetônicos, reações atitudinais, funções que geram dependência de terceiros) demonstra a incapacidade, que é o resultado da interação entre as alterações (fisiológicas sejam orgânicas ou estruturais) apresentadas pelo indivíduo limitando seu nível de atividade e participação (OMS, 2003).

Todavia, os fatores ambientais podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades, e da participação integral determinando assim a funcionalidade de cada indivíduo de acordo com as suas possibilidades (OMS, 2003).

Uma das principais incapacidades funcionais experimentadas por sobreviventes de AVC está o déficit residual de membro superior, causador de dependência física no desempenho das atividades de vida diária, nas quais se

incluí as tarefas básicas do autocuidado, como alimentação, higiene pessoal, vestuário, transferências. Neste mesmo estudo fica evidenciado o déficit durante a realização de tarefas complexas, sendo que a habilidade cognitiva é exigida como administração de rotina, finanças e resolução de problemas (OMAR et al., 2020).

O acompanhamento terapêutico deste público deve seguir uma lógica interdisciplinar com equipe multiprofissional principalmente após a alta hospitalar, sendo necessário o acompanhamento será feito a longo prazo em um processo de reabilitação (CECCHI et al., 2020).

De acordo com as diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS) e divulgadas através de Manuais de rotinas terapêuticas, recomenda-se avaliação rápida e abrangente tão logo inicie os primeiros sintomas. A atenção terapêutica deve ser iniciada no ambiente hospitalar com planejamento precoce das intervenções de reabilitação, sendo indispensável acompanhamento multiprofissional (BRASIL, 2013; AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2019).

Após a alta hospitalar a continuidade do cuidado é transferida exclusivamente para Atenção Primária em Saúde (APS), seguida da atenção secundária por equipe multiprofissional e inserção em programas de reabilitação (LANGSTAFF et al., 2014).

Em relação ao seguimento do usuário e/ou familiar os profissionais devem ainda, desempenhar técnicas de educação em saúde voltadas ao autocuidado e autocuidado apoiado, nos quais o usuário torna co-responsável pelo seu tratamento, sendo este apoiado por uma equipe ou um profissional de saúde, com objetivo de promover manutenção da saúde e seguimento do mesmo (CONASS 2013).

No âmbito do SUS encontram-se as Linhas de Cuidado (LC) em saúde, que são definidas como forma de organização e articulação dos recursos, prática e diretrizes em cada nível assistencial em saúde. A LC descreve o itinerário do paciente, possibilidades diagnósticas, terapêuticas, bem como, seu seguimento, possibilitando a comunicação em Rede entre equipes de saúde e usuários (BRASIL, 2020).

Ainda que as linhas de cuidado descrevam o itinerário do paciente nos diferentes níveis de atenção, são as unidades da APS que devem ser as

gestoras dos fluxos assistenciais, com a responsabilidade de coordenar o cuidado e ordenamento das RAS (BRASIL, 2020).

O MS vem atuando dentro desta estruturação junto à criação das Redes temáticas em Saúde, sendo uma delas voltada para atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência através da Portaria número 793 de 24 de abril de 2012, cujo objetivo consiste na promoção de cuidados em saúde especialmente nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências. Compondo esta rede, encontram-se os Centros Especializados em Reabilitação (CER) que prestam assistência terapêutica a este público no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços na saúde pública, até o momento, estudos apontam que o seguimento do cuidado em comunidade é insatisfatório, onde existem variações dos sistemas de assistência terapêutica, falta de profissionais e de diretrizes de cuidado a longo prazo. Assim, tem-se que o cuidado compartilhado em rede de saúde, onde o especialista dialoga com equipe da APS é essencial para efetividade do cuidado (MENDES, 2012).

De acordo com levantamentos realizados pelo CONASS (2021) essa problemática se torna evidenciada em tempos de pandemia de COVID-19, onde cerca de 60% dos municípios garantiram o acompanhamento longitudinal das condições crônicas enquanto a outra parcela não obteve os mesmos resultados onde estão inseridos também os cuidados à pessoa com AVC.

Vale ressaltar que muitas pessoas optaram em preservar o isolamento domiciliar, sendo elas idosas e/ou com comorbidades, deixando de realizar consultas periódicas, atendimentos terapêuticos e exames de rotina, embora houvesse certa programação destes atendimentos, além de outras medidas adotadas pelos municípios para enfrentamento a pandemia (CONASS, 2021).

Desta forma o presente estudo pretende levantar a continuidade da linha de cuidado do AVC na rede pública de saúde em tempos de pandemia de COVID-19, analisando a situação de saúde e grau de funcionalidade desses indivíduos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

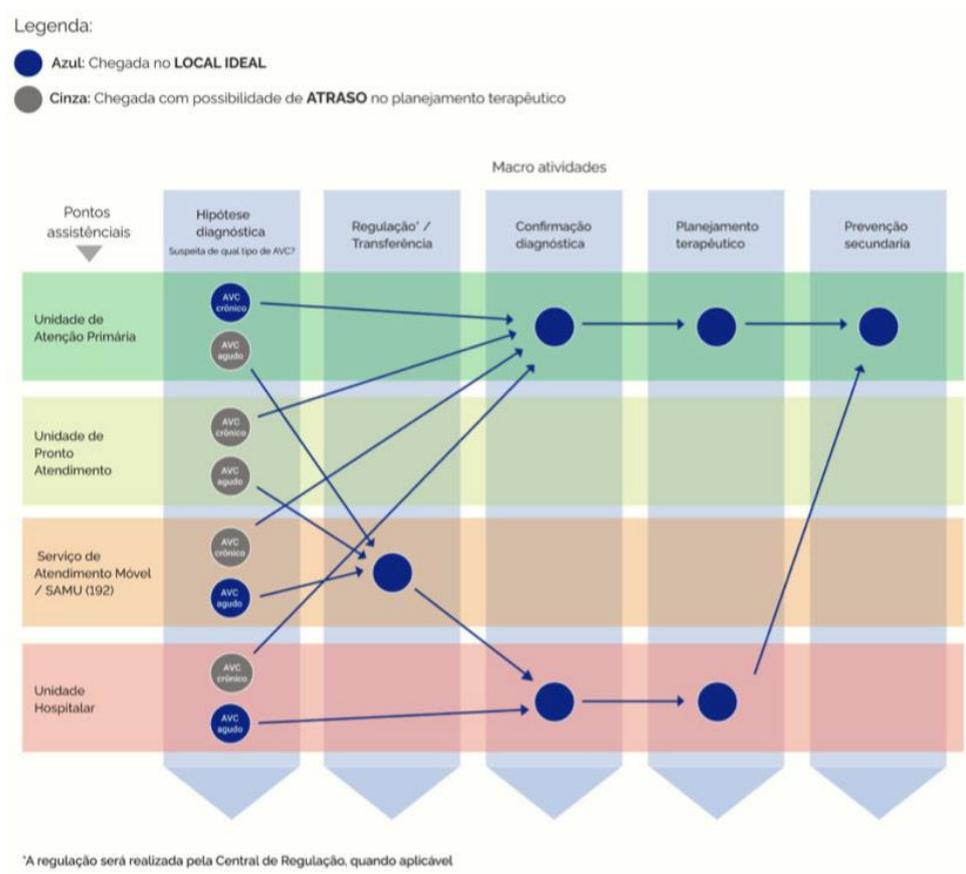
2.1 LINHA DE CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ÂMBITO DO SUS

Instituída pela Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril de 2012, e parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Linha de Cuidado (LC) do AVC propõe uma redefinição de estratégias e diretrizes para o cuidado ao AVC, levando em consideração a necessidade da padronização de acesso e manejo dos casos (BRASIL, 2012).

As LC são ancoradas na orientação aos serviços de saúde onde o paciente tem seu protagonismo essencial, ainda, cabe as LC a elaboração dos fluxos assistenciais e planejamentos terapêuticos de acordo com o nível de atenção, e estabelecer o “percurso assistencial” ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2020).

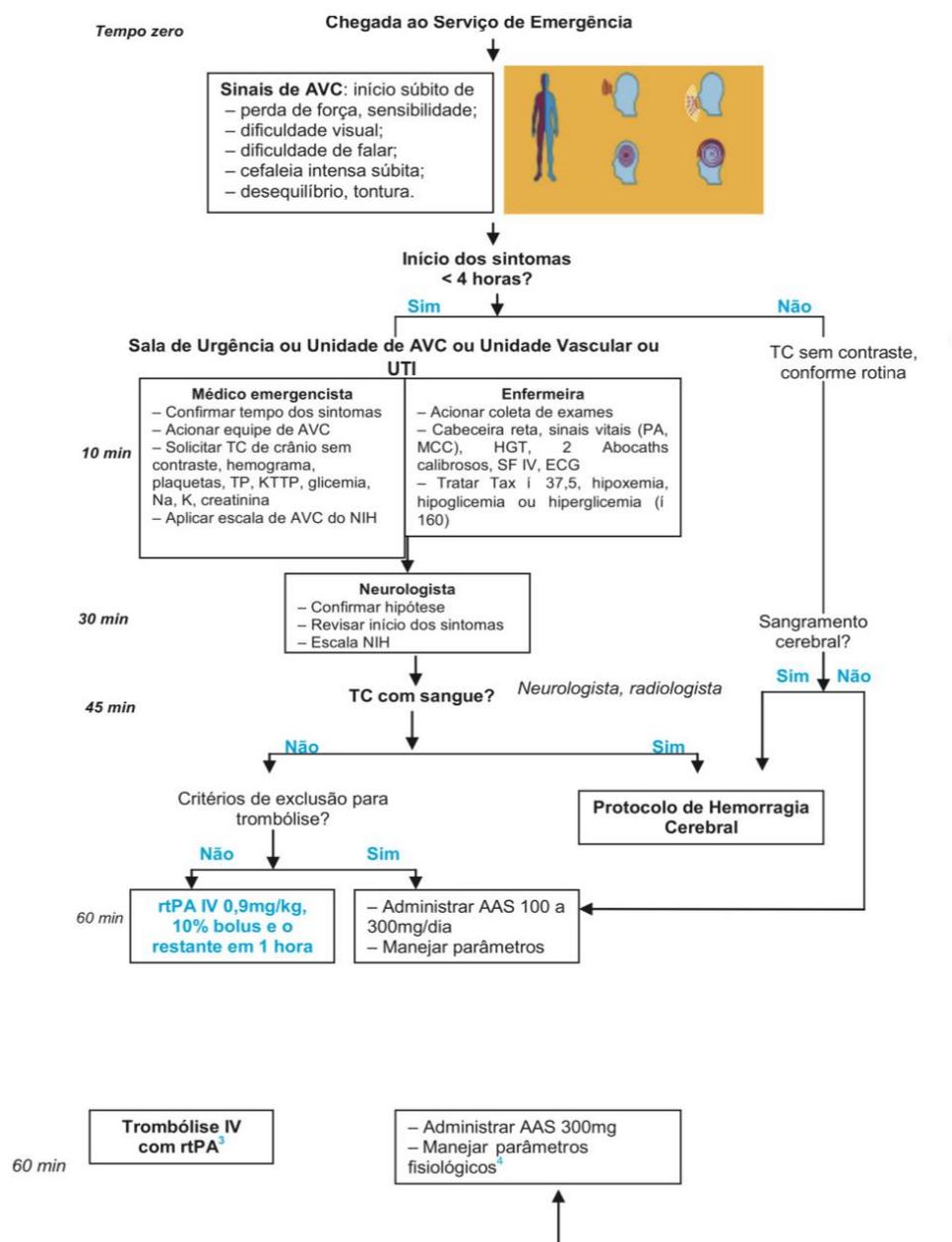
A LC descreve o itinerário do paciente, possibilidades diagnósticas, terapêuticas, bem como, seu seguimento. Possibilitando a comunicação entre equipes de saúde e usuários de determinadas RAS. Ainda que as linhas de cuidado descrevam o itinerário do paciente, nos diferentes níveis de atenção, são as unidades da APS que devem ser as gestoras dos fluxos assistenciais, com a responsabilidade de coordenar o cuidado e ordenamento das RAS (BRASIL, 2020).

Figura 1. Processo completo da linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral.



Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Figura 2: Fluxograma de atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo.



Fonte: (BRASIL, 2012).

Segundo as diretrizes de prática clínica voltada para o AVC e Manuais de rotinas terapêuticas desenvolvidas pelo ministério da saúde (MS) recomenda-se a avaliação rápida e abrangente tão logo inicie os primeiros

sintomas, seguindo para atenção terapêutica ainda em ambiente hospitalar com planejamento precoce das intervenções de reabilitação (BRASIL, 2012).

Programas de treinamento aos profissionais e educação permanente são indispensáveis para as equipes multiprofissionais de atenção a este público (BRASIL, 2013; AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2019).

2.2 A REABILITAÇÃO FÍSICA DA PESSOA COM AVC

De acordo com a *American Stroke Association* (2019) a mortalidade de indivíduos com AVC caiu 35,8% nos Estados Unidos, porém há em torno de 800.000 pessoas ainda não afetadas e sobrevivem a este evento. As sequelas após um AVC podem ser inúmeras dependendo da localização da lesão. As mais comuns estão entre as sequelas motoras e cognitivas, como o comprometimento motor em um hemicorpo, dificuldade para realização de atividades cotidianas o que gera a necessidade de um cuidador(a).

Preditores importantes no prognóstico pós AVC agudo levam em conta a idade e a gravidade da lesão, além de comorbidades pré-existentes e doenças crônicas (diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença renal), além do estilo de vida, condições antes do AVC, fatores socioculturais, e reservas cognitivas (KWAKKEL et al., 2017).

Kobylanska e colaboradores (2018), em um estudo realizado com indivíduos da Polônia, constatou que, além dos preditores descritos anteriormente, a eficácia da reabilitação pós AVC também está ligada ao estado civil, baixa aceitação da doença, falta de autosuficiência, sintomas depressivos e de ansiedade.

Em torno de dois terços de sobreviventes passam por um processo de reabilitação após a alta hospitalar, sendo essa necessária e indispensável. E, de acordo com as diretrizes do MS, o programa de reabilitação do paciente com deficiência física deve ser baseado na abordagem interdisciplinar, através de uma equipe multidisciplinar que contemple o caráter dinâmico do quadro, com intuito de reestabelecer a funcionalidade necessária, com ações voltadas para educação em saúde, envolvendo não só o paciente no processo de reabilitação, mas também seus familiares/ou cuidador (BRASIL, 2013).

Na área de fisioterapia, voltada para reabilitação de pacientes neurológicos, observa-se um avanço nas últimas décadas. Nestes casos, o processo de reabilitação deve promover a plasticidade neural tão logo uma lesão ocorra no sistema nervoso central (SNC), preservando e estimulando o cérebro, a função musculoesquelética e a função neuromuscular. O sucesso do tratamento também depende da adesão e engajamento do paciente, cuidador e ou/ familiar (JUNIOR; SOUZA; REIS; FILONI, 2019).

Na literatura atual, a dosagem das intervenções não farmacológicas é mal relatada, e, segundo Walker e colaboradores (2017), isso acontece devido aos estudos não receberem intervenções idênticas face à gravidade e a individualidade de cada deficiência.

Desta forma, cabe à padronização por meio de relatórios comparativos com testes motores e cognitivos a fim de comparar início/meio/fim de cada indivíduo com ele mesmo. Uma importante saída seria o desenvolvimento de protocolos claros com fornecimento de raciocínio clínico sobre o progresso da dosagem de intervenção não farmacológica (HAYWARD et al., 2021).

Segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020) para atividade física e comportamento sedentário adultos e idosos em condições crônicas necessitam de no mínimo 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica moderada, havendo maiores benefícios quando acrescida atividade que envolva fortalecimento muscular duas vezes na semana, aumentando assim a capacidade funcional, prevenção de quedas.

O comportamento sedentário está aliado a desfechos negativos em saúde. Nesta lógica, o público em questão deve ser engajado de acordo com suas possibilidades e habilidades, seguindo orientação profissional (OMS, 2020).

2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Através do Plano “Viver sem Limite”, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituída como Rede Prioritária em Saúde de acordo com a publicação da Portaria 793, de 24 de abril de 2012, que institui esta Rede no âmbito do SUS.

A implantação desta política para Dubow, Garcia e Krug (2018), traduz como forma de ampliação da capacidade em oferta do cuidado qualificado à

pessoa com deficiência, desenvolvendo subsídio a debates, reflexão contínua e pertinente, pesquisas na área, e ações regionalizadas de acordo com a necessidade desta população.

O cuidado em rede é organizado de forma que os serviços sejam dispostos através de linhas de cuidados e de acordo com a necessidade da população. Os planos terapêuticos singulares ampliam o cuidado integral e individualizado voltado ao paciente (CAMPOS; SOUZA; MENDES 2015).

A educação permanente de profissionais, reuniões de equipe e orientações sobre os processos de reabilitação da pessoa com AVC, são ações importantes que merecem atenção no âmbito da APS, visto que o AVC é um agravo de alta prevalência (LUFT; KESSELRING, 2016).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) encontra-se como um componente da RAS da pessoa com deficiência (PCD) realizando um importante papel dentro da reabilitação voltada a este público, além disso, atua como articulador dos demais pontos de atenção, pois a atual política não se limita apenas na reabilitação, mas, também, na inserção da PCD nos demais pontos de atenção como: Atenção Primária, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Desta forma, estabelecer fluxos de cuidado, e processos nos diferentes pontos de atenção é primordial para acessibilidade da PCD na rede pública de forma igualitária (CAMPOS; SOUZA; MENDES 2015).

Figura 3. Componentes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência



Fonte: (BRASIL, 2012).

2.4 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

A partir dos conceitos de assistência centrada no usuário, integralidade e inclusão a Rede de Cuidados à pessoa com deficiência (RCPD) prevê a interlocução entre os pontos da Rede, tendo como objetivo garantir ações intersectoriais entre APS e serviços especializados voltados para assistência dos usuários (BRASIL, 2012).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um dos pontos de atenção especializada que compõem a RCPD, sendo responsável pelo diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas, considerado referência para a RAS dentro do seu território de abrangência, podendo ter as seguintes configurações: CER II, composto por duas modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva e física; auditiva e intelectual; auditiva e visual; física e intelectual; física e visual ou, ainda, intelectual e visual); CER III, composto por três modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física e intelectual; auditiva, física visual; auditiva, intelectual e visual, ou, ainda, física, intelectual e visual); e, CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física, intelectual e visual) (BRASIL, 2014).

O presente estudo foi realizado em um CER II conta com equipe técnica para reabilitação da pessoa com deficiência através da assistência especializada, acompanhamento por meio de visitas domiciliares, observação do contexto social de reinserção do indivíduo através da facilitação norteadora do cuidado (BRASIL, 2013).

A implantação do CER representa para a comunidade assistida suporte para acompanhamento e assistência transdisciplinar à pessoa com deficiência. Na região sul de Santa Catarina, no município de Criciúma, o CER II foi habilitado pela Portaria MS:1.357, de 02 de dezembro de 2013, e tem como objetivo: “assistir a pessoa com deficiência na integralidade de atenção à saúde, a fim de desenvolver o seu potencial físico, psicossocial, profissional e educacional” (BRASIL, 2013).

A assistência é distribuída nos 27 (vinte e sete) municípios integrantes das regiões de saúde da Associação dos Municípios da Região Carbonífera

(AMREC) e da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), prestando atendimento aos usuários do SUS que apresentem algum tipo de deficiência, sendo está de natureza física, intelectual e/ou ostomizados (BRASIL, 2013).

Nos preceitos da Clínica Ampliada o Projeto Terapêutico Singular (PTS), muitas vezes é definido como um instrumento de potencial de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde, baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. Contendo quatro momentos: “o diagnóstico”, com olhar sobre as dimensões orgânicas, psicológicas, sociais e o contexto singular em estudo; “a definição de metas”, dispostas em uma linha de tempo, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente; “a divisão de responsabilidades e tarefas” entre os membros da equipe e “a reavaliação”, na qual se concretiza a gestão do Projeto Terapêutico Singular, através de avaliação e correção de trajetórias já realizadas (CUNHA, 2005).

Integrado aos Centros de Reabilitação o PTS possibilita a autonomia do usuário e/ou familiar de acordo com cada contexto a partir do modelo biopsicossocial de avaliação, esta elaboração possibilita um meio de atuação profissional singular através de discussões de equipe, estudos de caso e atendimento eficaz (CUNHA, 2005).

2.5 ATENÇÃO À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

As medidas para enfrentamento da pandemia de COVID-19 trouxeram impactos diretos frente à organização de toda a sociedade, não só no âmbito da saúde, mas, também, aos sistemas de atenção social, econômico, rotina de vida dos cidadãos, questões políticas e administrativas (CONASS, 2021).

No Brasil, observou-se lentidão na implementação de medidas para mitigar a disseminação do vírus, como distanciamento social x flexibilização em momentos epidemiológicos inoportunos, inserção de tratamentos medicamentosos com baixa comprovação entre outras (CONASS, 2021).

A Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 dispôs no Brasil à regulamentação e operacionalização da telemedicina no âmbito do SUS, como uma medida de enfrentamento a emergência de saúde pública durante a

pandemia de COVID-19.

De acordo com dados levantados pelo CONASS (2021) o teleatendimento implementado na APS foi realizado em 70% dos municípios, porém os autores não especificam a efetividade deste seguimento. Já na atenção especializada em relação à interlocução do cuidado de usuários em alto e muito alto risco não foi realizado em 64% dos municípios.

Inicialmente a orientação geral era para que as pessoas procurassem os serviços de saúde em casos de extrema necessidade. Além disso, muitos espaços de atendimento ficaram exclusivos para atendimento ao COVID-19, todas essas ações trouxeram impactos no cuidado das condições crônicas onde o AVC também está inserido (BORBA et al., 2019).

2.6 DEFICIÊNCIA FÍSICA

O estigma da deficiência sendo ela de qualquer natureza acompanha os indivíduos que, por sua vez, apresentam certo nível de incapacidade, subjugando-os e colocando-as a margem da sociedade economicamente produtiva. Atualmente essas incapacidades são consideradas como consequência de um conjunto complexo de situações, sendo abordadas, nas suas dimensões biológica, individual e coletiva (PEREIRA, 2016).

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade a definição de deficiência é uma anormalidade ou perda relacionada a uma função ou estrutura corporal, e que em contato com o meio externo pode, ou não, apresentar alguma incapacidade. A incapacidade por sua vez, traz os resultados dessa interação que podem limitar o convívio social, e o nível de atividade e participação das diversas áreas da vida de um indivíduo (OMS, 2003).

O conceito de deficiência vem mudando ao longo dos anos, quase quarenta anos se passaram após os primeiros registros de mudança paradigmática, entretendo o alcance não pode ser considerado homogêneo, livre e aceitável (SANTOS, 2016).

De acordo com Santos (2016) o sinônimo de desvantagem natural da PCD foi transferido à sociedade através de responsabilidade em disponibilizar a igualdade entre todos os cidadãos. O corpo deficiente precisou passar por

uma desmedicalização para que novos instrumentos propusessem mudanças estruturais nos formatos de avaliação da PCD transversalmente ao modelo social de deficiência.

A CIF e a Lei Brasileira de Inclusão, de 2015, conhecida também como Estatuto da Pessoa com Deficiência, são grandes avanços no que tange a pessoa com deficiência e atenção no cuidado, no entanto, a implementação desta lei, da fundamentação das RAS e das unidades especializadas de tratamento nas regiões de saúde, remetem a alguns desafios ainda encontrados neste sistema, principalmente pelo nível de extensão territorial do país, e de suas características regionais e culturais distintas (SANTOS, 2017; ARAUJO; BUCHALA, 2015).

Não restam dúvidas de que a deficiência deve ser avaliada para além do âmbito biomédico, dirimindo este paradigma, a avaliação tanto de fatores ambientais quanto compreensão das barreiras de mobilidade urbana, constitui papel fundamental para a expansão do entendimento da funcionalidade na pessoa com deficiência, o que tende a contribuir para a redução destas barreiras que impactam diretamente nas ações de aperfeiçoamento e no impacto do exercício da autonomia das pessoas com deficiência (SANTOS, 2017).

O modelo social de avaliação da deficiência proporciona uma amplificada análise e uma visão multifatorial do indivíduo, considerando seu nível de atividade e participação em sociedade correlacionada a sua estrutura e função corporal (SANTOS, 2016)

Levando em conta os preceitos da CIF quando utilizada como instrumento avaliativo concebe o modelo explicativo da funcionalidade e incapacidade de forma relacionada às condições de saúde, apresentando uma proposta conceitual multifatorial que engloba fatores biopsicossociais, evidenciando assim a funcionalidade individual de acordo com o contexto de vida e não apenas a sua deficiência sendo ela de qualquer natureza (OMS, 2003).

2.7 AUTOCUIDADO E AUTOCUIDADO APOIADO EM DOENÇAS CRÔNICAS

O autocuidado implica em ações voltadas exclusivamente para um determinado usuário que se torna co-responsável pelo seu tratamento, sendo este apoiado por uma equipe ou um profissional de saúde, onde busca-se satisfazer a manutenção em saúde no seguimento desta pessoa (BORBA et al., 2019; CONASS 2013).

Como exemplo de autocuidado está o uso adequado de medicações, notificação ao serviço de saúde sobre possíveis efeitos colaterais, concordar em participar de sessões ou fazer atividades combinadas, adoção de hábitos saudáveis e prevenção de agravos nas condições crônicas (CONASS, 2013; CONASS, 2015).

Diante da magnitude das condições crônicas, o conceito de autocuidado apoiado, proposto no *Chronic Care Model* (CCM), vem sendo muito discutido nos últimos anos. Autocuidado apoiado refere-se às estratégias utilizadas com o objetivo de preparar e estimular as pessoas usuárias para que autogerenciamento de sua saúde e a atenção à saúde prestada, enfatizando o papel central dos indivíduos no gerenciamento do seu próprio cuidado (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

Afirma Borba et al., (2019) que o autocuidado promove funcionalidade, controle de agravos crônicos e melhor qualidade de vida em idosos diagnosticados com diabetes tipo II, sendo a APS um dos ideais cenários para essa prática e promoção de mudanças atitudinais de seus usuários crônicos.

No quadro de AVC onde por vezes a capacidade funcional é comprometida tornando sua baixa autonomia na realização de AVD's o que torna complexa a gestão do cuidado, desta forma a família e/ou cuidador entra para promover o cuidado. Nesse contexto os profissionais de saúde devem desempenhar um importante papel na assistência e acompanhamento do seguimento dessas famílias (BORBA et al., 2019; CONASS, 2015).

Ações desempenhadas diariamente para controle e redução de agravos as condições crônicas são características do autocuidado. As intervenções profissionais promovidas por equipes de saúde onde existe a qualificação do processo de aprendizagem destes cuidados, bem como, treinamento e supervisão são características do autocuidado apoiado. Essa tecnologia é

potencialmente mais custo-efetiva para usuários em condições crônicas estratificadas como de risco baixo ou moderado e pode levar ao uso mais efetivo de recursos profissionais (CONASS, 2012).

3 JUSTIFICATIVA

O AVC que está entre os mais significativos problemas de saúde pública atuais, que, por vezes, traz ao usuário sequelas motoras e/ou cognitivas, dificuldade para realização de atividades cotidianas passando a necessitar de um(a) cuidador(a). É sabido que os sobreviventes de um AVC necessitam passar por um processo de reabilitação após a alta hospitalar, sendo necessária e indispensável à reabilitação após a alta.

O MS vem avançando frente ao acesso destinado a este público, com criação de Rede temáticas em saúde e seus componentes de atenção como os Centros de Reabilitação. Contudo, ao encerrar o programa de reabilitação a assistência da PCD é direcionada apenas para atenção primária (AP) em saúde que por vezes não consegue prestar atenção continuada através do seguimento com especialistas e terapias necessárias.

A pandemia de COVID-19 trouxe descontinuidade no cuidado a saúde e agravamento dos quadros crônicos, acredita-se que parte da população deixou de realizar consultas periódicas e até mesmo abandonou determinadas terapias o que pode ter agravado o desfecho negativo a saúde da PCD. Além disso, alguns serviços de saúde declinaram atendimento exclusivo a sintomas respiratórios o que sobrecarregou o sistema.

Desta forma, se faz necessária a análise da linha de cuidado em saúde para este público, e quais impactos a pandemia de COVID-19 trouxe. A utilização desses dados irá contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde pública voltada para o autocuidado e autocuidado apoiado das pessoas com AVC após a alta de um programa de reabilitação, bem como, implantação de assistência em saúde voltada para este público.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o grau de funcionalidade das pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) após a alta de um centro especializado em reabilitação (CER), e correlacionar com os cuidados da rede de saúde em tempos pandêmicos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Levantamento do perfil de pessoas com AVC que receberam alta do CER nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021;

Relacionar o grau de funcionalidade através de dados coletados com a MIF quando os pacientes receberam alta do programa de reabilitação, com os scores coletados (pós-reabilitação).

Analisar o cuidado prestado pela rede de saúde municipal no período pós-alta, e quais possíveis impactos a pandemia de COVID-19 trouxe para sua assistência em saúde.

5 HIPÓTESES

Frente à pandemia de COVID-19 nos anos de 2020 e 2021 acredita-se que parte da população deixou de realizar consultas periódicas e até mesmo abandonou determinadas terapias, em razão da sobrecarga no sistema de saúde frente à demanda decorrente da pandemia, ou por escolha própria.

Pessoas com deficiência, hoje, no Sistema Único de Saúde (SUS) contam com serviços específicos para sua assistência, neste caso o CER. Entretanto ao encerrar seu programa de reabilitação sua assistência fica direcionada apenas para atenção primária em saúde (APS) que por vezes não consegue prestar atenção continuada a este público com relação à oferta de especialistas e terapias.

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

O estudo constituiu-se num corte transversal, quantitativo e descritivo e analítico.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro Especializado em Reabilitação CER II/UNESC, localizado nas clínicas integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105, bairro Universitário, Criciúma-SC, 88806-000.

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Pessoas que foram admitidas no CER por diagnóstico de AVC e que concluíram seu programa de reabilitação nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021. Total de 72 (setenta e duas) pessoas.

6.3.1 Critérios de Inclusão

Pessoas com registros de prontuários completos, que concluíram o programa de reabilitação nos anos determinados, recebendo o relatório de alta, sendo, direcionados para a APS. Destes, que aceitaram participar da pesquisa a distância: via telefone, WhatsApp, e-mail.

6.3.2 Critérios de Exclusão

Impossibilidade de contato levando em conta as seguintes formas: ligações telefônicas que foram feitas das 9h às 21h (horário de Brasília) nos dias da semana, e das 10 às 16h aos sábados, domingos e feriados – totalizando 10 tentativas por usuário em períodos diferentes, pessoas que não responderam os e-mails enviados, e contatos feitos via whatsapp. Além disso, os casos de óbito foram excluídos da pesquisa.

6.4 VARIÁVEIS

6.4.1 Dependentes

Pacientes com lesão neurológica - AVC.

6.4.2 Independentes

Idade, sexo, estado civil, acompanhamento terapêutico, município (desde que componham as regiões de saúde da AMREC/AMESC), dados coletados a partir da MIF, relação com APS, questionamentos sobre autocuidado, e assessoria em saúde em tempos de pandemia de COVID-19.

6.5 COLETA DE DADOS

6.5.1 Procedimentos e logística

O projeto de pesquisa teve início logo após aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, por meio do parecer nº 5.011.597 (**CAAE** 52072721.5.0000.0119 – ANEXO 1)

Para o segundo momento a pesquisadora teve acesso aos dados dos prontuários de pacientes que realizaram todo o programa de reabilitação no CER II/UNESC até os anos de 2018, 2019, 2020 e 2021 após sofrerem um AVC. Traçando o perfil demográfico da população, e levantamento dos escores obtidos através da MIF no momento da alta.

Na sequência iniciou-se a pesquisa com os pacientes, e familiares que aceitaram participar por meio de um questionário semiestruturado, no formato de ligação telefônica, contato de whatsapp, ou e-mail. A técnica empregada para a coleta de dados foi à entrevista, nos casos de ligação telefônica os registros foram feitos através de um gravador de voz digital MODELO R-70 da marca Novacom, o gravador foi conectado ao telefone de forma que tudo o que foi dito no telefone ficou registrado de forma integral. Logo que cada entrevistado atendeu a ligação foi lido o resumo da pesquisa, de forma sucinta e objetiva, para que o mesmo estivesse ciente de que se tratava o telefonema, em seguida foi lido o TCLE onde o usuário ou familiar realizou o aceite, ou não, em fazer parte da pesquisa, assim ficando registrado na gravação. Por último foi realizado o roteiro de entrevista (APÊNDICE A) e aplicação da MIF pela

pesquisadora (ANEXO 2). Os contatos via whatsapp foram feitos pela pesquisadora, onde o participante foi informado sobre o objetivo da pesquisa, em seguida um resumo sobre o TCLE foi enviado, e mediante o aceite se fizeram o seguimento da entrevista onde a pesquisadora enviou um link, e através de um formulário do Google forms os usuários responderam os questionamentos. Os contatos via e-mail seguiram o mesmo procedimento dos contatos via whatsapp. O armazenamento dos dados ficou em um arquivo específico junto à pesquisadora.

A amostra foi censitária entre os pacientes ou familiares que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária. Somente após a concordância o participante teve acesso ao questionário de pesquisa.

A pesquisa aconteceu de acordo com as seguintes etapas:

1ª etapa: Foi enviada a carta de aceite a coordenadora do CER II/UNESC;

2ª etapa: A pesquisadora realizou o levantamento e armazenamento de dados sociodemográficos de todos os pacientes que concluíram seu programa de reabilitação, bem como, o grau de funcionalidade do paciente no momento de sua alta obtida através da MIF (dados retroativos), o paciente será classificado como:

- 18 pontos: dependência completa (assistência total)
- 19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa)
- 61-103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)
- 104-126 pontos: independência completa modificada

3ª etapa: Contatos telefônicos foram com todos os participantes via telefone fixo, WhatsApp, e-mail (de acordo com os dados registrados nos prontuários), leitura ou envio de resumo dos objetivos principais da pesquisa, bem como, TCLE. A pesquisadora aplicou novamente a MIF, e o questionário sobre seu seguimento após alta na rede municipal de saúde onde o usuário foi questionado sobre a atenção prestada a ele após a alta e a realização do autocuidado, e ainda o quanto a pandemia de COVID-19 pode ter interferido nessa assistência à saúde.

4ª etapa: A análise estatística descritiva dos dados retroativos coletados nos prontuários foi feita, concomitante, às análises dos escores atuais dos graus de independência funcional cruzando com os dados obtidos através do questionário sobre o seguimento na rede municipal de saúde após a alta do CER II/UNESC.

A coleta em banco de dados foi realizada durante os meses de setembro a outubro de 2021, os contatos com os participantes nos meses de outubro e dezembro do mesmo ano.

5ª etapa: Para andamento da pesquisa foi realizada análise e tabulação dos dados, discussão e conclusão dos resultados obtidos.

6.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados

Foi empregada a MIF (ANEXO 1) que é um instrumento importante na avaliação da funcionalidade e amplamente utilizada dentro da reabilitação neurofuncional. A escala foi reconhecida na sua versão brasileira em 2000, e tem como objetivo verificar o desempenho na realização das atividades de vida diárias (AVDs). A mesma se compõe de 18 funções, sendo cada uma delas avaliada entre o escore de 1 e 7 obtendo uma média aritmética simples que permite classificar o nível de independência nas AVDs de cada paciente (RIBERTO et al., 2004).

O questionário elaborado pela autora (APENDICE A) indagou ao participante o relato sobre continuidade da sua assistência no âmbito do SUS após sua alta do programa de reabilitação, e como a pandemia de COVID-19 interferiu neste processo. O questionário foi subdividido em categorias: Atenção primária em saúde contendo 7 (sete) perguntas; autocuidado contendo 6 (seis) perguntas; Impactos da pandemia de COVID 19 contendo 5 (cinco) perguntas.

6.5.3 Análise Estatística

A construção do banco de dados foi realizada em uma planilha do Excel, à medida que os participantes foram respondendo os questionários. Foi realizada a análise descritiva dos casos com dados completos. As prevalências foram apresentadas em frequências absolutas e relativas.

Para as variáveis de interesse, foi realizada a análise bivariada. Os dados contínuos foram apresentados através das médias, e respectivo desvio padrão. Todas as análises foram realizadas no Software Stata 17.0.

6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da UNESCO por meio do parecer nº 5.011.597 (CAAE 52072721.5.0000.0119 – ANEXO 1) e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de aceite (ANEXO 3), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 4).

6.6.1 Riscos e benefícios

Essa pesquisa pode oferecer riscos mínimos relacionados principalmente a perda da confiabilidade dos dados dos participantes. Seus benefícios estão voltados para análise do cuidado prestado pela rede de saúde municipal no período pós-alta, e quais impactos a pandemia de covid-19 trouxe para sua assistência em saúde.

A utilização desses dados irá contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde pública voltada para o autocuidado e autocuidado apoiado das pessoas com AVC após a alta de um programa de reabilitação, e implantação de projetos futuros a este público.

7 RESULTADOS

Do número total de 72 (setenta e dois) pacientes que concluíram seu processo de reabilitação no CER pelo quadro de AVC dentro do período estudado, 21 (vinte e um) não preencheram os critérios de inclusão, 12 (doze) apresentaram impossibilidade de contato nas diversas tentativas, 8 (oito)

óbitos, e 1 (um) negou sua participação na pesquisa, resultando em uma amostra de 51 (cinquenta e um) pacientes.

Da amostra 62,75% (n=32) pacientes do sexo masculino, sua maioria com estado civil casado(a) 71,43 % (n=35), moradores do município de Criciúma 66,67 % (n=34). Observou-se que 76,47% (n=39) dos usuários considerados para pesquisa não realizavam acompanhamento terapêutico voltado para o quadro de AVC até iniciar o programa de reabilitação no CER.

Tabela 1 – Caracterização da amostra (usuários com diagnóstico AVC atendidos nos anos de 2018 a 2021).

Caracterização da amostra	n	%
Sexo		
Feminino	19	37,25
Masculino	32	62,75
Estado civil		
Casado (a)	35	71,43
Divorciado (a)	3	6,12
Solteiro (a)	7	14,29
União Estável (a)	2	4,08
Viúvo (a)	2	4,08
Cidade		
Balneária Gaivota	1	1,96
Balneário Rincão	3	5,88
Criciúma	34	66,67
Forquilha	3	5,88
Içara	1	1,96
Lauro Muller	1	1,96
Morro da Fumaça	1	1,96
Nova Veneza	1	1,96
Passo de Torres	1	1,96
Siderópolis	1	1,96
Urussanga	4	7,84
Acompanhamento Terapêutico Pré-programa de reabilitação		
Não	39	76,47
Sim	12	23,53
TOTAL	51	100,00

Fonte: (Dados do pesquisador, 2021).

A idade da amostragem apresentou média de $\pm 61,58$ anos, com mínima de 28 anos, e máxima de 93. Em relação ao tempo de permanência dos pacientes no programa de reabilitação apresentou média de $\pm 8,5$ meses, no mínimo 4 (quatro) meses, e máximo de 24 (meses) para reabilitação motora e/ou cognitiva após episódio de AVC.

Dessa amostragem 72,55% (n=37) possuem hipertensão como principal comorbidade em saúde, em contrapartida, a maioria dos usuários não possui diabetes 56,86 (n=29). As demais comorbidades questionadas foram negadas em 80,39% (n=41) dos casos. Na sequência, a amostra apresentou 5,88% de cardiopatia e dislipidemias, seguindo de insuficiência renal em 3,92%, câncer e hipotireoidismo aparecem em 1,96%.

Tabela 2 – Comorbidades apresentadas pela amostra atendida no CER II/UNESC durante os anos de 2018-2021.

Comorbidades	n	%
Hipertensão		
Sim	37	72,55
Não	14	27,45
Diabetes		
Sim	22	43,14
Não	29	56,86
Outras Comorbidades		
Não possui	41	80,39
Câncer	1	1,96
Cardiopatia	3	5,88
Dislipidemia	3	5,88
Hipotireoidismo	1	1,96
Insuficiência Renal	2	3,92
TOTAL	51	100,00

Fonte: (Dados do pesquisador, 2021).

A tabela 3 mostra, em números, a média dos escores da MIF de acordo com o momento de coleta, onde, o inicial representa a média dos pacientes no início do programa de reabilitação $\pm 80,51$; o final representa o momento em que o paciente recebe alta do CER, onde sua média sobe para $\pm 100,59$, e o atual $\pm 95,57$ representa a média obtida após a alta do CER. Através dos dados coletados para esta pesquisa, a nova aplicação da MIF obteve assim, declínio funcional. No entanto, em ambos os momentos, a classificação permaneceu a mesma: assistência em até 25% das tarefas (AVD's).

Os dados foram coletados de acordo com as 4 (quatro) classificações pertencentes à MIF onde os pacientes que pontuam até 18 (dezoito) pontos são considerados dependentes completos (assistência total); 19-60 (dezenove a sessenta) pontos dependência completa modificada (assistência de até 50% da tarefa); 61-103 (sessenta e um a cento e três) dependência completa modificada (assistência de até 25% da tarefa); 104-126 (cento e quatro a cento e seis anos) independência completa modificada.

Tabela 3 – Média obtida a partir da MIF de acordo com o momento de coleta da amostra.

Fase de coleta	(n=51)	
	média	Classificação
MIF inicial	80,51	Dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)
MIF final	100,59	Dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)
MIF atual	95,57	Dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)

Fonte: (Dados do pesquisador, 2021).

Em uma visão geral da funcionalidade atual dos pacientes, utilizando os resultados obtidos através da MIF aplicada no momento da pesquisa, onde seu cuidado em saúde retorna exclusivamente para APS 78,43% (n=40) mantiveram a funcionalidade de acordo com a escala, 11,76% (n=6) apresentaram melhora, enquanto 9,80% (n=5) pioraram.

Tabela 4 – Análise de funcionalidade da amostra no momento da alta com os dados coletados no momento da pesquisa (período pós-alta do CER).

MIF - Alta e Atual	n	%
Manteve	40	78,43
Melhora	6	11,76
Piora	5	9,80
Total	51	100,00

Fonte: (Dados do pesquisador, 2021).

A tabela 5 ressalva que os usuários que disponibilizam sua nota de alta a rede de saúde de referência (UBS) mantiveram sua funcionalidade 83,87% (n=31), sobrepondo os que não realizaram essa comunicação com a Rede 72,22% (n=18).

Em relação à busca ativa das unidades de saúde, após o recebimento da nota de alta dos pacientes, da amostra, 66,67% (n=34) não foram procurados pela sua UBS, dentre estes 79,41% (n=27) permaneceram com o mesmo nível de funcionalidade. Em 68,63% (n=35) dos usuários responderam que não recebem visita domiciliar da sua UBS, contudo mantiveram sua funcionalidade em 82,86% (n=29) dos casos.

Sobre as visitas domiciliares de agente comunitária em saúde (ACS) os usuários responderam em sua maioria que recebem visitas (n=30) 58,82%, destes 76,67% (n=23) mantiveram sua funcionalidade, e 13,33 (n=4) aprimoraram sua funcionalidade, enquanto 9,52% dos usuários que responderam não apontaram prejuízo em sua funcionalidade.

Sobre o acompanhamento clínico com especialistas voltados para o quadro de AVC, incluindo neurologista, cardiologista e vascular os usuários responderam em sua maioria que seguem fazendo o acompanhamento (n=37) 72,55%, desta forma, a funcionalidade foi mantida em 78,38% (n=29) dos casos, já 27,45% (n=14) responderam não fazer acompanhamento com especialista piorando em 21,43% sua funcionalidade, entretanto, o número que manteve a funcionalidade mesmo não realizando acompanhamento com especialista é maior 78,57% (n=11).

Dos usuários questionados 68,63% (n=35) realizam consultas médicas de rotina através da UBS mantendo em 80,00% (n=28) a funcionalidade, e

14,29% obtiveram melhora na sua funcionalidade. Dentre os usuários que não realizaram este acompanhamento 18,75% (n=3) pioram sua funcionalidade, contudo, o número que manteve a funcionalidade mesmo não realizando consultas de rotina é de 78,57% (n=11).

Em relação ao acompanhamento terapêutico regular com equipe mínima de reabilitação como, por exemplo, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional e nutricionista os usuários responderam que 68,63% (n=35) não realizam este acompanhamento, ainda sim, mantiveram sua funcionalidade em 82,86% (n=29) dos casos, em 31,37% dos casos (n=16) informaram realizar acompanhamento terapêutico, representando número maior de melhora na funcionalidade 18,78% (n=3).

Tabela 5 – Análise de funcionalidade da amostra de acordo com assistência prestada pela Rede municipal de saúde.

Legenda: = mantiveram a funcionalidade; > aumentaram a funcionalidade; < diminuiram a funcionalidade.

Assistência prestada pela Rede Municipal de Saúde	Funcionalidade						n	%
	=	%	>	%	<	%		
Usuário disponibilizou sua nota de alta a UBS								
Sim	26	83,87	3	9,68	2	6,45	31	60,78
Não	13	72,22	3	16,67	2	11,11	18	35,29
N/A	1	50,00	0	0,00	1	50,00	2	3,92
Busca ativa da UBS								
Sim	13	76,47	2	11,76	2	11,76	17	33,33
Não	27	79,41	4	11,76	3	8,82	34	66,67
Visitas ACS								
Sim	23	76,67	4	13,33	3	10,00	30	58,82
Não	17	80,95	2	9,52	2	9,52	21	41,18
Consulta com especialistas								
Sim	29	78,38	6	16,22	2	5,41	37	72,55
Não	11	78,57	0	0,00	3	21,43	14	27,45
Consulta de rotina pela UBS								
Sim	28	80,00	5	14,29	2	5,71	35	68,63

Não	12	75,00	1	6,25	3	18,75	16	31,37
Realização de Terapia (Fisio_Fono_TO)								
Sim	11	68,75	2	12,50	3	18,75	16	31,37
Não	29	82,86	4	11,43	2	5,71	35	68,63
TOTAL							51	100,00

Fonte: (Dados do pesquisador, 2021).

De acordo com a amostra, os usuários responderam em 60,78% (n=31) sim para realização do autocuidado de forma independente, neste caso, entram: aferição de pressão arterial (PA), controle glicêmico (HGT), escolhas alimentares e hábitos saudáveis, destes (n=23) correspondendo a 74,19% da amostra mantiveram sua funcionalidade, e 16,13% (n=5) aprimoraram comparando aos que não realizaram.

Em relação ao uso de medicação 94,12% (n=48) responderam fazer uso de acordo com a prescrição médica, mantendo sua funcionalidade em 81,25% (n=39), e aprimorando a funcionalidade em 10,42% (n=5).

Ao serem questionados sobre a realização de atividade física (n=30) 58,82% responderam que não, e 41,18% (n=21) que realizam, no entanto, mesmo os usuários que responderam não mantiveram sua funcionalidade em 73,33% (n=22). O índice de pessoas que pioraram aumentou 16,67% (n=5) comparado aos que fazem atividade física regularmente.

Os usuários foram questionados em relação às orientações de atividades físicas funcionais para serem realizadas a domicílio (n=41) 80,39% da amostra responderam sim, mantendo a sua funcionalidade em 85,37% (n=35), em relação à melhora ou piora da funcionalidade os números se mantiveram os mesmos. Neste ponto, a maioria respondeu que as orientações foram passadas pelos profissionais do CER (n=37) 72,55%, mantendo a funcionalidade em 86,49% (n=32) dos casos, obtendo melhora em relação aos demais 8,11% (n=3).

Os usuários na sua maioria (n=43) 84,31% informaram que não passaram por um novo episódio de AVC após seu programa de reabilitação no CER.

Tabela 6 – Análise de funcionalidade da amostra de acordo com a realização de autocuidado domiciliar.

Legenda: = mantiveram a funcionalidade; > aumentaram a funcionalidade; < diminuiram a funcionalidade. SP: Setor privado

Autocuidado e Autocuidado apoiado	Funcionalidade						n	%
	=	%	>	%	<	%		
Autocuidado								
Sim	23	74,19	5	16,13	3	9,68	31	60,78
Não	17	85,00	1	5,00	2	10,00	20	39,22
Uso de medicação								
Sim	39	81,25	5	10,42	4	8,33	48	94,12
Não	1	50,00	0	0,00	1	50,00	2	3,92
N/A	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1	1,96
Atividade física								
Sim	18	85,71	3	14,29	0	0,00	21	41,18
Não	22	73,33	3	10,00	5	16,67	30	58,82
Orientações sobre atividades funcionais para domicílio								
Sim	35	85,37	3	7,32	3	7,32	41	80,39
Não	5	55,56	3	33,33	1	11,00	9	17,65
N/A	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	1,96
Atividades orientadas pelo CER, UBS, ST								
CER	32	86,49	3	8,11	2	5,41	37	72,55
APS	3	60,00	1	20,00	1	20,00	5	9,8
SP	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2	3,92
N/A	4	57,14	1	14,29	2	28,57	7	13,73
Segundo episódio de AVC								
Sim	6	75,00	0	0,00	2	25,00	8	15,69
Não	34	79,07	6	13,95	3	6,98	43	84,31
TOTAL							51	100

Fonte: (Dados do pesquisador, 2021).

Nos questionamentos voltados para os impactos da pandemia de COVID-19 a amostra 66,67% (n=34) respondeu que não foram contaminados

Sim	25	80,65	3	9,68	3	9,68	31	60,78	
Não	15	75,00	3	15,00	1	10,00	20	39,22	
Acredita que teve perda funcional devido ao afastamento									
Sim	27	75,00	0	0,00	2	25,00	8	15,69	
Não	34	79,07	6	13,95	3	6,98	43	84,31	
A pandemia trouxe impactos negativos no acesso à saúde pública									
Sim	32	85,71	3	7,14	3	7,14	42	82,35	
Não	4	44,44	3	33,33	2	22,22	9	17,65	
TOTAL								51	100,00

Fonte: (Dados do pesquisador, 2021).

8 DISCUSSÃO

No presente estudo a prevalência maior de casos com AVC foram do sexo masculino o que difere da literatura do Brasil, onde a maioria esta relacionada ao sexo feminino, devido ao aumento da expectativa de vida desse público, e em decorrência, maior probabilidade de desenvolver DCNT. Entretanto, as estimativas de prevalência em relação ao sexo podem divergir entre estudos, a depender do país, estado ou região, bem como, serviços que recrutam determinadas amostras (OLIVEIRA et al., 2020).

Com o levantamento do estado civil, observou-se que a maioria dos pacientes estudados na amostra encontra-se casados (as), havendo assim um companheiro ou companheira que, possivelmente, auxilia na realização de suas AVD's, uma vez que as sequelas resultantes de um AVC estão além da mobilidade, podendo afetar suas capacidades intelectuais e físicas de forma global, tratando-se de um idoso dependente em sua maioria. O cuidado domiciliar também pode ser direcionado a um cuidador (a) contratado, no entanto, na família principalmente o cônjuge acaba se tornando primordial nas necessidades básicas (dos acometidos) (DUTRA et al., 2017).

A cidade que prevalece a demanda inerente ao CER II/UNESC é o município de Criciúma, devido à localização do serviço, e logística dos

pacientes até o local estudado, o município de Criciúma dispõe de transporte sanitário aos pacientes, assim como os demais municípios, entretanto a logística torna-se facilitada estando dentro do seu município (BRASIL, 2013).

Em relação ao acompanhamento terapêutico com equipe mínima de reabilitação (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e médico neurologista) a maioria das pessoas que responderam que não realizavam reabilitação até ser admitido no CER II/UNESC, o que torna o serviço como primeiro contato dos usuários com a reabilitação corroborando com a literatura amplamente publicada com ênfase no tratamento com equipe multiprofissional na fase aguda da lesão (tão logo o paciente é diagnosticado com uma lesão neurológica) (BRASIL, 2014).

Este ponto mostra ainda, a importância da comunicação em Rede, após a alta hospitalar o paciente diagnosticado com déficit neurológico agudo conta com atendimento prioritário no CER II/UNESC. Cabe aos profissionais de saúde a orientação necessária aos familiares e pacientes no ambiente hospitalar, e AP com fornecimento de encaminhamento para atenção secundária em saúde, além disso, alertar sobre a importância da reabilitação na fase aguda da lesão (BRASIL, 2013; ALESSANDRO et al., 2020).

A média de idade da amostra foi de $\pm 61,58$ anos, variando de 28 a 93 anos. De acordo com a pesquisa nacional de saúde (PNS) 2019 a média de idade varia 60 a 101 anos, pesquisadores afirmam que pessoas de meia idade e jovens que sofrem AVC têm crescido nas últimas décadas, em torno de um quarto dos casos acontecem em indivíduos com menos de 65 anos, podendo estar associado ao aumento de DCNT na população mais jovem, havendo relação com estresse, má alimentação, sedentarismo, uso de álcool e tabaco (MALTA et al., 2021). Ainda que, segundo Dutra et al., 2017 os casos de sequelas moderadas/graves com maior comprometimento funcional, e taxas de óbito estão relacionadas as idades avançadas.

A média de tempo que os pacientes permaneceram em reabilitação no CER II/UNESC foi de $\pm 8,5$ meses, variando de 4 a 24 meses, de acordo com os fluxos e protocolos internos do serviço um paciente diagnosticado com AVC deve ser encaminhado à reabilitação tão logo recebe alta hospitalar. O paciente e familiar/cuidador é direcionado a uma avaliação global onde são elencados os profissionais necessários em determinados casos, na sequência os

atendimentos semanais são efetivados, o tempo de permanência varia de 3 a 12 meses podendo ser modificado de acordo com a individualidade de cada paciente, contudo sabe-se que em alguns casos o processo necessita de acompanhamento a longo prazo demandando treinamento familiar/paciente e suporte da Rede (BRASIL, 2013; MALTA et al., 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representou 72,55% da amostra aparecendo como principal comorbidade, o que vai de encontro com a PNS, onde as prevalências referidas para HAS são de 21,4% da população com 18 anos ou mais no Brasil, diabetes aparece em 6,2%. Já na amostra do presente estudo 56,86% negaram diabetes. Malta e colaboradores (2015) mostram que os problemas de coluna e depressão ficam atrás da HAS de acordo com a PNS (ANDRADE et al., 2015; OLIVEIRA et., al 2020).

Os números da média a partir dos escores da MIF mostrou um declínio funcional nos pacientes após a alta do programa de reabilitação, onde o cuidado em saúde permanece direcionado apenas para AP de seus respectivos municípios, de $\pm 100,59$ para $\pm 95,57$, contudo, a amostra permaneceu com a mesma classificação. De acordo com a MIF o paciente que pontua entre 61-103 pontos representa a dependência modificada com assistência de até 25% da tarefa. Mantendo assim a funcionalidade em 78,43% dos casos, Giovanella e colaboradores (2021) realizaram um comparativo da cobertura de Estratégia de saúde da família (ESF) através da PNS 2013 com PNS 2019 e constataram que cobertura aumentou para 62,6%, sendo Santa Catarina um dos cinco estados com cobertura maior que 80%.

O acompanhamento terapêutico para o seguimento da LC do paciente crônico é pequeno levando em conta a grande demanda, inclusive a amostra 68,63% (n=35) não realiza, o que explica o declínio funcional. O fluxo e a contratação de profissionais ficam sob responsabilidade do gestor municipal, onde os profissionais de reabilitação (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, entre outros) são facultados, alguns atendimentos são terceirizados por clínicas particulares, já a atenção domiciliar (AD) é realizada em três modalidades. De acordo com o estudo os usuários que realizam acompanhamento terapêutico aprimoraram sua funcionalidade comparando aos que não fazem, justificando a importância dessa assessoria em saúde através do SUS (BRASIL 2011; BRASIL 2016; BRASIL 2020).

No âmbito do SUS a AD é caracterizada a partir da necessidade de cuidado e do tipo de procedimentos que devem ser empregados, AD1: destina-se aos pacientes impossibilitados de comparecer na unidade de saúde, mas que necessitam cuidados de frequência menor, casos de melhor controle, com tudo, a responsabilidade de assistência é direcionada as equipes de AP e saúde da família no mínimo uma vez por mês. AD2: destina-se aos pacientes que necessitem de maior frequência de cuidado, de forma contínua e que são usuários ainda de diferentes níveis da rede. A assistência à saúde é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). AD3 é semelhante a AD2, porém voltada para casos mais graves e que necessitam de maior frequência de cuidados e recursos de saúde (BRASIL 2011; BRASIL 2016).

A política nacional de atenção básica (PNAB) passou por atualizações nos últimos anos, em sua equipe mínima para ESF constam: médico enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, e agentes comunitários em saúde, e tem como principal objetivo fortalecer a rede como ordenadora dela, promover a integralidade do cuidado, orientação para a comunidade, centralizando a família, garantindo assim, o acesso universal à saúde nos níveis de atenção.

A Portaria publicada em de 18 de janeiro de 2021 n° 37, redefiniu os registros de equipe da AP e saúde mental, onde o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) passa a ser equipe do núcleo ampliado de saúde da família e atenção primária (ENASF-AP), havendo ainda, equipes multiprofissionais de atenção domiciliar entre outras deliberações. Após as mudanças citadas houve críticas em relação aos reais interesses da reformulação, além disso, existem poucas publicações na literatura sobre a efetividade do cuidado após as reformulações de 2021 (BRASIL, 2012; GOMES, GUTIÉRREZ, SORANZA 2020).

A mostra estudada manteve a funcionalidade nos questionamentos relacionados à proximidade com a AP, onde questionados em relação a consultas de rotina, visitas domiciliares de ACS, conjecturando a importância da autonomia do usuário/família, como assessoria em saúde prestada. De acordo com os conceitos da política nacional de humanização (PNH) (2013) são reforçados os princípios do cuidado no âmbito do SUS, onde o cuidado é

centralizado na família/usuário, e ele dispõe de autonomia em relação ao seu tratamento (BRASIL 2013).

Após sofrer um AVC a pessoa necessita de adaptação à nova realidade, o que inicia, ou deve iniciar no ambiente hospitalar. A baixa funcionalidade motora e/ou cognitiva faz com que passe a depender de profissionais da saúde e cuidadores. A retomada das ações de autocuidado, com treino para controle motor, equilíbrio corporal para realização das suas AVD's ficam sob responsabilidade profissional. O momento da alta hospitalar e retorno ao domicílio é um grande desafio na maioria dos casos, sendo neste momento essencial de inserção em um programa de reabilitação (FARIA et al., 2016).

Na perspectiva do cuidado centrado no sujeito, que exerce sua autonomia entram as questões voltas ao autocuidado e autocuidado apoiado abordados na pesquisa, os usuários mantiveram sua funcionalidade realizando as ações de autocuidado negando em 84,31 % um segundo episódio de AVC, segundo a Stroke Association (2021) estatísticas apontam 1 (um) a cada 3 (três) pessoas que sofreram um AVC podem passar pelo evento novamente. Dados que reiteram a necessidade do contato profissional na empregabilidade do autocuidado aos usuários e familiares, e mudanças no estilo de vida (quando necessário).

Durante o curso da condição crônica em saúde, é importante que as pessoas conheçam a mesma, e saibam quais são as metas do cuidado e as possibilidades de tratamento. No âmbito do autocuidado, é preciso compreender que a mudança de comportamento é processual e que existem estratégias efetivas para a concretização da mesma (CONASS, 2012).

A realização de atividade física pela amostra foi insatisfatória 58,82% responderam não fazer, no entanto permanecem seguindo as orientações de atividades funcionais para domicílio em 80,39% dos casos, orientações em sua maioria desempenhadas pela equipe do CER II/UNESC fortalecendo a empregabilidade do autocuidado apoiado (CONASS, 2012).

No entanto, isso mostra ainda, o distanciamento de PCD da prática de atividade física independente, em locais como academias, por exemplo, Santos e colaboradores (2021) concluem que apesar da lei de inclusão social de PCD ainda existem barreiras para que este público inicie atividade física em uma academia, pois segundo eles a acessibilidade arquitetônica dos locais

estudados não comporta essa demanda, bem como dificuldade do manejo profissional nesses ambientes, a amostra estudada que respondeu realizar atividade física aprimorou sua funcionalidade, determinando a necessidade da aproximação da PCD a ambientes como academias e estúdios.

Em relação ao autocuidado, cabe ao profissional a oferta sistemática de intervenções educacionais e de apoio para aumentar as habilidades e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde, o que inclui o monitoramento regular dos problemas, o estabelecimento de metas e o suporte de técnicas de solução de problemas. Com objetivo de gerar conhecimento (educação em saúde) aos usuários e/ou familiares em condições crônicas onde entram também, os usuários com AVC (CONASS, 2015).

Para o autocuidado apoiado, é importante fazer com que o usuário se torne co-responsável pelo seu tratamento, que se torne um participante ativo no processo. O usuário deve adotar as responsabilidades do autocuidado, que podem abranger desde simplesmente demonstrar um comportamento responsável em tomar a medicação e notificar ao serviço de saúde sobre efeitos colaterais, até concordar em participar de sessões ou fazer atividades combinadas (CONASS, 2013).

Com relação aos impactos da pandemia de COVID-19 na linha de cuidado aos pacientes elencados para a pesquisa pode-se relacionar a uma revisão sistemática publicada em outubro de 2020, que traz a exacerbação dos sintomas neurológicos pré-existentes de demência em pacientes contaminados pelo COVID-19, além de apresentar em 22% curso grave da doença (KUBOTA, KURODA 2020). Segundo Trejo-Gabriel-Galán (2020) o AVC como histórico pregresso a COVID-19 aumenta em até 3 vezes as chances de morrer ao contaminar-se.

Com a evolução da pandemia, em específico no Brasil, a população presenciou a necessidade de liderança política de proteção aos grupos com maior vulnerabilidade social, mostrou ainda, que a crise de saúde vivenciada exige responsabilidade das lideranças e ações em saúde contundentes e eficazes. Contudo, a amostra estudada representou 66,67% por não contaminados, e com funcionalidade mantida neste item, apesar da divergência entre as orientações técnicas em saúde e ações políticas no início da pandemia (CONASS, 2021).

Em relação às consequências voltadas para o estilo de vida da população brasileira durante a pandemia é possível afirmar que ocorreram mudanças, o estudo feito por Malta e colaboradores (2021) afirma isso. A amostra estudada não apresentou prejuízos na funcionalidade pelo distanciamento social, no entanto os usuários acreditam que a pandemia trouxe impactos negativos para saúde pública.

Na literatura atual encontram-se mudanças relacionadas ao estilo de vida das pessoas com ou sem DCNT durante a pandemia, através da diminuição de atividade física, aumentando assim o perfil sedentário, crescente consumo de alimentos processados, e maior tempo no uso de celular, e televisão durante a pandemia, situação de saúde que será observada em estudos futuros, no presente estudo os usuários mantiveram sua funcionalidade em relação aos impactos da pandemia de COVID-19 (MALTA et al., 2021).

Desta forma, se faz necessária ampliação da discussão entre profissionais da rede, incluindo profissionais de reabilitação (Centros especializados), secretarias municipais de saúde, e residências multiprofissionais, sobre a empregabilidade do autocuidado e autocuidado apoiado no cotidiano de atendimento, fazendo com que essa prática faça parte das metas profissionais com o paciente em tratamento (CONASS, 2015; CONASS, 2021).

9 CONCLUSÃO

Os dados obtidos através do estudo corroboraram em partes com a hipótese principal levantada. A funcionalidade apresentou declínio após a alta em números, porém, manteve-se dentro da classificação de acordo com a classificação utilizada (MIF). Os entrevistados mantiveram sua funcionalidade quando questionados sobre sua proximidade com a APS, no entanto, a maioria não realiza acompanhamento terapêutico, o que explica seu declínio funcional, e ainda, a fragilidade da assistência em saúde para este público.

Em relação ao autocuidado, os usuários que realizam o seguimento domiciliar orientado pelos profissionais mantiveram sua funcionalidade, evitando um novo episódio de AVC, o que fortalece a necessidade de orientação e conhecimento do quadro proporcionando maior autonomia e eficiência para o usuário e família.

Em relação aos possíveis impactos que a pandemia de COVID-19 trouxe a saúde pública da região, mostrou contradição, pois, apesar da amostra acreditar que houve impactos negativos na assessoria em saúde, levando em conta que a maioria deixou de frequentar os serviços de saúde, não houve prejuízo funcional significativo.

A partir dos dados coletados identificou-se a importância da continuidade do cuidado em saúde direcionado a pessoa com AVC na rede pública, após o programa de reabilitação, e quanto às ações de autocuidado e autocuidado apoiado deve fazer parte educação em saúde, e das metas de tratamento oferecidas aos usuários.

Por fim, a utilização dos resultados desta pesquisa poderá contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde pública voltadas para o autocuidado e autocuidado apoiado das pessoas com AVC após a alta de um programa de reabilitação. Bem como implantação de assistência em saúde voltada para este público na região.

REFERÊNCIAS

ABDUL Aziz AF, MOHD Nordin NA, Ali MF, Abd Aziz NA, Sulong S, Aljunid SM. **The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services.** BMC Health Serv Res. 2017;17(1):35. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1963-8>. PMID:28086871. Acesso em: 1 abr. 2021.

ALESSANDRO, Lucas *et al.* REHABILITACION MULTIDISCIPLINARIA PARA PACIENTES ADULTOS COM ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. **Medicina**, Buenos Aires, v. 1, n. 80, p. 54-68, mar. 2020.

ALVES, Mariana Thereza; CAVALCANTI, Alessandra; GARAVELLO, Ivânia; KOSOSKI, Edinara; DUTRA, Fabiana Caetano Martins Silva e. Desempenho ocupacional e aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) em um serviço de reabilitação. **Revista de Salud Pública**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 1-10, 1 maio 2019. Universidad Nacional de Colombia. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v21n3.76011>. Acesso em: 1 abr. 2021.

ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo; STOPA, Sheila Rizzato; BRITO, Alessandra Scalioni; CHUERI, Patrícia Sampaio; SZWARCOWALD, Célia Landmann; MALTA, Deborah Carvalho. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 297-304, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000200012>.

ARAUJO, Eduardo Santana; BUCHALLA, Cassia Maria. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in health surveys: a reflexion on its limits and possibilities. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 720-724, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030017>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito; ARRUDA, Ilma Kruze Grande; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; LEAL, Márcia Carréra Campos; DINIZ, Alcides da Silva. **Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde.** **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 125-136, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo do melhor em casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011.

BRASIL. 2012. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, 2012. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. PNAB. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

BRASIL. **Portaria Nº. 665, de 12 de Abril de 2012**: Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. 1. ed. Brasília 2012,

BRASIL, 2013. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de humanização. PNH. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1ª edição, 2013.

BRASIL. 2013. **Portaria nº 1.357, de 02 de dezembro de 2013**. Habilita Centros Especializados em Reabilitação (CER).

BRASIL. 2013. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 1.303, de 28 de junho de 2013**. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União 1º jul 2013; Seção 1. BRASIL. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual, e visual (Centro Especializado em Reabilitação - CER e Oficinas Ortopédicas). Ministério da Saúde, 02 junho de 2014.

BRASIL. 2014. Ministério da Saúde. Manual **Centro Especializado em Reabilitação**. Santa Catarina - Criciúma: 1ª ed. 2014.

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde (BR). Manual de monitoramento e avaliação. Programa melhor em casa. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2016.

BRASIL. 2020. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado do ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO ADULTO**. Brasília: Editora Ms, 2020. 52 p. Disponível em: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/linha_cuidado_acidente_vascular_cerebral_adulto.pdf ISBN 978-85-334-2859-1. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Constituição (467). Portaria nº N° 467, de 20 de março de 2020. **Portaria Nº 467, de 20 de Março de 2020**: Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência. 56 - B. ed. BRASÍLIA, Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Constituição (2021). Portaria nº N°. 37, de 18 de janeiro de 2021. **Portaria Nº 37, de 18 de Janeiro de 2021**: Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).. 14. ed. Brasília, Ministério da Saúde.

BROWN, A. W., Therneau, T. M., SCHULTZ, B. A., Niewczyk, P. M., & Granger, C. V. (2015). Measure of functional independence dominates

discharge outcome prediction after inpatient rehabilitation for stroke. *Stroke*, 46, 1038–1044. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.007392>.

CAMPOS, Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v. 19. nº 52. p. 207-10, 2015.

CECCHI, F. *et al.* Development and implementation of a stroke rehabilitation integrated care pathway in an Italian no profit institution: an observational study. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 56,6, p. 713-724, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33494558/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

CONASS, 2021. Conselho nacional de secretários de saúde CONASS, **Principais Elementos (coleção COVID-19)**. [S.l.]: Virtual Books, 202. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>. Acesso em: 1 abr. 2021.

CONNAS, 2012. Conselho nacional de secretários de saúde CONASS. **A atenção programada para as condições crônicas**. Brasília- Df, 2013. 65 p.

CONASS., 2013. Conselho nacional de secretários de saúde. **Atenção individualizada**. Brasília- Df, 2015. 10 p. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington: **OPAS**; 2013.

CONASS, 2012. Conselho nacional de secretários de saúde. **LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná**. Brasília- Df, 2012. 198 p.

CONASS. **ATENÇÃO INDIVIDUALIZADA**. Brasília- Df, 2015. 10 p.

CUNHA, G.T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica Ed Hucitec São Paulo. 2005.

DUBOW, Camila; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, n. 117, p.455-467, jun. 2018.

DUTRA, Michelle Oliveira Machado; COURA, Alexsandro Silva; FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; ENDERS, Bertha Cruz; ROCHA, Mayara Araújo. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 124-135, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010011>.

FARIA, Ana da Conceição Alves; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; SCHOELLER, Soraia Dornelles; MATOS, Leandro Oliveira de. Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 3, p. 495-503, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>.

FONSECA JUNIOR, Paulo Roberto; SOUZA, Paola Pinto; REIS, Kelly Kuguio Maurino dos; FILONI, Eduardo. Home-based physiotherapy programmes for individuals with neurological diseases: systematic review. **Fisioterapia em Movimento**, [S.L.], v. 32, n. 8, p. 0103-5150, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.032.ao28>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/YjMV5YyjM49kTWHVyCHttMp/?lang=en>. Acesso em: 10 jun. 2021.

GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT, Aylene; SCHENKMAN, Simone; ALMEIDA, Patty Fidelis de; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; VIEIRA, Maria Lúcia França Pontes. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 2543-2556, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1327-1338, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.

GOULART, B. N. G. de *et al.* Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. **Academia Brasileira de Audiologia**, São Paulo, v. 21, p 1603, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1603>. Acesso em: 10 abr. 2021.

HAYWARD, Kathryn S.; CHURILOV, Leonid; DALTON, Emily J.; BRODTMANN, Amy; CAMPBELL, Bruce C.V.; COPLAND, David; DANCAUSE, Numa; GODECKE, Erin; HOFFMANN, Tammy C.; LANNIN, Natasha A.. Advancing Stroke Recovery Through Improved Articulation of Nonpharmacological Intervention Dose. **Stroke**, [S.L.], v. 52, n. 2, p. 761-769, fev. 2021. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.120.032496>.

KLEINDORFER, Dawn O.; TOWFIGHI, Amytis; CHATURVEDI, Seemant; COCKROFT, Kevin M.; GUTIERREZ, Jose; LOMBARDI-HILL, Debbie; KAMEL, Hooman; KERNAN, Walter N.; KITTNER, Steven J.; LEIRA, Enrique C.. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: a guideline from the american heart association/american stroke association. **Stroke**, [S.L.], v. 52, n. 7, p. 1-10, jul. 2021. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/str.0000000000000375>.

KUBOTA, Takafumi; KURODA, Naoto. Exacerbation of neurological symptoms and COVID-19 severity in patients with preexisting neurological disorders and COVID-19: a systematic review. **Clinical Neurology And Neurosurgery**, [S.L.], v. 200, p. 106349, jan. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.106349>.

KWAKKEL, Gert; LANNIN, Natasha A.; BORSCHMANN, Karen; ENGLISH, Coralie; ALI, Myzoon; CHURILOV, Leonid; SAPOSNIK, Gustavo; WINSTEIN, Carolee; VAN WEGEN, Erwin E. H.; WOLF, Steven L.. Standardized Measurement of Sensorimotor Recovery in Stroke Trials: consensus-based core recommendations from the stroke recovery and rehabilitation roundtable. **Neurorehabilitation And Neural Repair**, [S.L.], v. 31, n. 9, p. 784-792, set. 2017. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1545968317732662>. Acesso em: 22 mai. 2021.

KOBYLAŃSKA, Marzena; KOWALSKA, Joanna; NEUSTEIN, Jolanta; MAZUREK, Justyna; WÓJCIK, Bartosz; BEŁZA, Małgorzata; CICHOSZ, Michał; SZCZEPAŃSKA-GIERACHA, Joanna. The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. **Work**, [S.L.], v. 61, n. 4, p. 523-535, 3 jan. 2019. IOS Press. <http://dx.doi.org/10.3233/wor-162823>. Acesso em: 22 mai. 2021.

LANGSTAFF, Caryn; MARTIN, Cally; BROWN, Gwen; MCGUINNESS, Don; MATHER, Jo; LOSHAW, Jennifer; JONES, Nancy; FLETCHER, Kim; PATERSON, John. Enhancing Community-Based Rehabilitation for Stroke Survivors: creating a discharge link. **Topics In Stroke Rehabilitation**, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 510-519, nov. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1310/tsr2106-510>.

LI, Tony Kwun-Tak; NG, Bobby Hin-Po; CHAN, Dora Yuk-Lin; CHUNG, Ruthy Suet-Fan; YU, Kim-Kam. Factors predicting clinically significant functional gain and discharge to home in stroke in-patients after rehabilitation – A retrospective cohort study. **Hong Kong Journal Of Occupational Therapy**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 63-72, dez. 2020. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1569186120979428>.

LUFT, Andreas R.; KESSELRING, Jürg. Critique of A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). **Stroke**, [S.L.], v. 47, n. 1, p. 291-292, jan. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.115.010483>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26658440/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho; STOPA, Sheila Rizzato; SZWARCOWALD, Celia Landmann; GOMES, Nayara Lopes; SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.

MALTA, Deborah Carvalho; GOMES, Crizian Saar; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; LIMA, Margareth Guimarães; ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SÁ, Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de; PRATES, Elton Junio Sady; MACHADO, Ísis Eloah; SILVA, Danilo Rodrigues Pereira da; WERNECK, André de Oliveira. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-15, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720210009>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: All Type Assessoria Editorial Ltda., 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

NORRVING B, KISSELA B. The global burden of stroke and need for a continuum of care. **Neurology**, American Academy of Neurology, v. 15;80(3 Suppl 2):S5-12, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23319486/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de; BRANT, Luisa Campos Caldeira; POLANCZYK, Carisi Anne; BILOLO, Andreia; NASCIMENTO, Bruno Ramos; MALTA, Deborah Carvalho; SOUZA, Maria de Fatima Marinho de; SOARES, Gabriel Porto; XAVIER, Gesner Francisco; MACHLINE-CARRION, M. Julia. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 115, n. 3, p. 308-439, set. 2020. Sociedade Brasileira de Cardiologia. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20200812>.

OMAR, N. H *et al.* Functionality among stroke survivors with upper limb impairment attending community-based rehabilitation. **The Medical journal of Malaysia**, v. 75,2, p. 146-151, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32281596/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2020. Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance 2020].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2003. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.

OPAS, 2013. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington: **OPAS**; 2013.

PEREIRA JS, MACHADO WCA. **Reference and counter-reference between physical rehabilitation services of Persons with Disabilities**: (dis)

articulation in the Fluminense Central-South region, Rio de Janeiro, Brazil. *Physis*. 2016; 26(3): 1030-51.

RIBERTO, Marcelo; MIYAZAKI, Margarida H; JUCÁ, Sueli s H; SAKAMOTO, Hatsue; PINTO, Paulo Potiguara Novazzi; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. **Acta Fisiátrica**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>.

SANTO, Claudemir Alberto do Espirito; SILVA, Stefanie Epiphanio Prado da; COSTA, Roberto Rocha. Inclusão Social de Pessoa com Deficiência em academias de musculação. **Funvic**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 11-16, abr. 2021.

SANTOS, Joselito; VASCONCELOS, Tatiana Cristina; DINIZ, Rosimere Bandeira. ACESSIBILIDADE COMO FATOR DE INCLUSÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Revista Educação Inclusiva - Rein**, Campina Grande, v. 01, n. 01, p. 1-9, dez. 2017.

SANTOS, Wederson. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da lei brasileira de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 10, p. 3007-3015, out. 2016.

TREJO-GABRIEL-GALÁN, J.M.. Ictus como complicación y como factor pronóstico de COVID-19. **Neurología**, [S.L.], v. 35, n. 5, p. 318-322, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.015>.

WINSTEIN, C. J *et al.* Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 47,6, p. 98-169, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27145936/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

WALKER MF, HOFFMANN TC, Brady MC, DEAN CM, ENG JJ, FARRIN AJ, FELIX C, FORSTER A, LANGHORNE P, LYNCH EA, et al. Improving the development, monitoring, and reporting of stroke rehabilitation research: consensus-based core recommendations from the stroke recovery and rehabilitation roundtable. *Int J Stroke*. 2017; 12:472–479. doi:10.1177/1747493017711815.

WINSTEIN, Carolee J. *et al.* GUIDELINES FOR ADULT STROKE REHABILITATION AND RECOVERY. **Aha/Asa Guideline**, Não Informado, n. 1, p. 1-72, 8 mar. 2021.

APÉNDICES

APÊNDICE A – Questionário de Entrevista

Questionário	
<p>Orientações para utilizar o questionário: Logo que o entrevistado atende a ligação é lido o RESUMO da pesquisa de forma sucinta e objetiva para que o mesmo esteja ciente de que se trata o contato, em seguida lido o TCLE onde o usuário e/ou familiar concorda ou não em fazer parte da pesquisa, ficando assim, registrado na gravação, da mesma forma através do email ou whatsapp, por último os questionamentos são empregados.</p>	
<p>Orientações: 1 = SIM; 2 = NÃO; 3 = NÃO SE APLICA; 1 = PÚBLICO ou 2 = PRIVADO</p>	
PERGUNTAS	Resp.
QUEM ATENDEU A LIGAÇÃO: 1 = PACIENTE 2 = FAMILIAR 3 = CUIDADOR	
NÃO ATENDEU MOTIVO: 1 = ÓBITO 2 = IMPOSSIBILIDADE DE CONTATO 3 = NÃO SE APLICA;	
1. Em relação à assistência prestada APS	
Usuário disponibilizou sua nota de alta a UBS	
Sua Unidade de saúde o procurou?	
Recebe visitas da sua unidade?	
Recebe visitas de ACS?	
Desde a sua alta do CER vem realizando consultas com especialistas?	
Tem feito consultas médicas de rotina?	
Tem realizado terapia (Físio_Fono_TO)	
2. Em relação ao autocuidado e autocuidado apoiado	
Você realiza seu autocuidado de forma independente? (explicar ao usuário)	
Faz de medicação de acordo com orientação médica?	
Realiza Atividade física?	
Foi orientado sobre atividades funcionais para domicílio?	
Caso sim, atividades orientadas pelo CER, unidade de saúde, ou setor privado?	
Teve um segundo episódio de AVC?	
3. Impactos da Pandemia de COVID-19	
Você teve covid?	
Você deixou de ir a consultas médicas durante a pandemia?	
Você deixou de realizar terapias durante a pandemia?	
Acredita que teve perda funcional devido ao afastamento?	
A pandemia trouxe impactos negativos no acesso à saúde pública?	

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.º: 5.011.597

CAAE: 52072721.5.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Pesquisador(a): BRUNA BEHLING MATOS

Título: ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE E O CUIDADO DA REDE DE SAÚDE VOLTADO PARA PESSOAS COM AVC EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19.

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 01 de outubro de 2021


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

ANEXO 2 – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Fonte de Informação	1 – paciente, 2 – família, 3 – cuidador, 4 – outro	
Cuidador	1 – não possui, 2 – ajuda não paga, 3 – empregado não pago, 4 – profissional pago	
Terapêutica	1 – nenhuma, 2 – tratamento ambulatorial, 3 – tratamento domiciliar, 4 – tratamento ambulatorial e domiciliar, 5 – internação hospitalar/institucional	

Níveis	7 Independência completa ou modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	6 Dependência Modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 Ajuda total	Ajuda OBS: não deixe nenhum item sem resposta – impossível de ser testado: 1
Avaliação	Início	Meio
Data	/ /	/ /
Observações Terapêuticas Ocupacionais sobre o Desempenho		

6.6.1 Autocuidados									
A. Alimentação									
B. Higiene Pessoal									
C. Banho (lavar o corpo)									
D. Vestir metade superior									
E. Vestir metade inferior									
F. Utilização do vaso sanitário									
Controle dos Esfíncteres									
G. Controle da Urina									
H. Controle das Fezes									
Mobilidade									
Transferências									
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas									
J. Vaso sanitário									
K. Banheira, chuveiro									
Locomoção									
L. Marcha/Cadeira de rodas	m/c			m/c			m/c		
M. Escadas	m			m			m		
Comunicação									
N. Compreensão	a v		b	a v		b	a v		b
O. Expressão	v		b	v		b	v		b

(v: vocal; n: não vocal; b: ambos)	n				n				n			
Cognição Social												
P. Interação Social												
Q. Resolução de Problemas												
R. Memória												
Total												

Observações:

CATEGORIAS	DIMENSÕES	MIF TOTAL
Alimentação Higiene matinal Banho Vestir-se acima da cintura Vestir-se abaixo da cintura Uso do vaso sanitário	Autocuidados (6-42 pontos)	(18-126 pontos)
Controle da urina Controle das fezes	Controle de esfíncteres (2-14 pontos)	<u>Sub-escores:</u> 18 pontos: dependência completa (assistência total)
Transferência: leito – cadeira Transferência: vaso sanitário Transferência: chuveiro	Transferências (3-21 pontos)	19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa)
Locomoção Escadas	Locomoção (2-14 pontos)	61-103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)
Compreensão Expressão	Comunicação (2-14 pontos)	104-126 pontos: independência completa modificada
Interação Social Resolução de problemas Memória	Cognição Social (3-21 pontos)	

Pontuação das categorias:

- 7 – Independência completa ou modificada (ajuda técnica)
- 6 – Dependência Modificada
- 5 – Supervisão
- 4 – Ajuda mínima (indivíduo realiza $\geq 75\%$ da tarefa)
- 3 – Ajuda moderada (indivíduo realiza $\geq 50\%$ da tarefa)
- 2 – Ajuda máxima (indivíduo realiza $\geq 25\%$ da tarefa)
- 1 – Ajuda total

ANEXO 3 – CARTA DE ACEITE LOCAL**ANEXO A – Carta de aceite**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar (setor, banco de dados, prontuário, etc.) da Instituição (Centro Especializado em Reabilitação CERIV/UNESC), localizado na rua: Av Universitária, bairro universitário, Criciúma e CEP, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Análise da funcionalidade e o cuidado da rede de saúde voltado para pessoas com AVC em tempos de pandemia de COVID-19" sob a responsabilidade do professor responsável (Lisiane Tuon Generoso Bittencourt) e mestrandas (Bruna Behling matos) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), pelo período de execução previsto no referido projeto.

Criciúma, 10 de agosto de 2021.

Márgda Tessmann
Coordenadora
Centro Especializado em Reabilitação
CER IV/UNESC

Márgda Tessman
Coordenadora Centro Especializado em Reabilitação
CER IV/UNESC

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE E O CUIDADO DA REDE DE SAÚDE VOLTADO PARA PESSOAS COM AVC EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Objetivo: Analisar o grau de funcionalidade das pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) após a alta de um centro especializado em reabilitação (CER), e correlacionar com os cuidados da rede de saúde em tempos de pandemia.

Período da coleta de dados: 01/09/2021 a 23/12/2021

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos

Local da coleta: Centro Especializado em Reabilitação

Pesquisador/Orientador: Lisiane Tuon **Telefone:** 48
999851739

Pesquisador/Acadêmico: Bruna Behling Matos **Telefone:** 48
999266108

Aluno(a) do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral

gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
Será aplicado a Medida de Independência Funcional (MIF) e questionário elaborado pelo autor aos pacientes/ ou familiar que passaram pelo programa de reabilitação do CER II/ UNESC devido ao diagnóstico de AVC.
RISCOS
Essa pesquisa pode oferecer riscos mínimos relacionados principalmente a perda da confiabilidade dos dados dos participantes
BENEFÍCIOS
<p>Seus benefícios estão voltados para análise do cuidado prestado pela rede de saúde municipal no período pós-alta, e quais impactos a pandemia de covid-19 trouxe para sua assistência em saúde.</p> <p>A utilização desses dados irá contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde pública voltada para o autocuidado e autocuidado apoiado das pessoas com AVC após a alta de um programa de reabilitação.</p>

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal). Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) BRUNA BEHLING MATOS pelo telefone (48) 99924 6108 e/ou pelo e-mail brunabehling@unesc.net.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da UNESC pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
_____	_____
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), _____ de _____ de 2022.