

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA – UNIFOR-MG
CURSO DE FISIOTERAPIA
GISELLE DAVI PEDROSA

PROPOSTA PARA PRIORIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ORTOPÉDICOS
POR MEIO DE UTILIZAÇÃO DO WHODAS 2.0

FORMIGA - MG
2016

GISELLE DAVI PEDROSA

PROPOSTA PARA PRIORIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ORTOPÉDICOS POR MEIO
DE UTILIZAÇÃO DO WHODAS 2.0

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de fisioterapia do UNIFOR-MG, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Andrei Pereira Pernambuco

FORMIGA - MG

2016

P372 Pedrosa, Giselle Davi.
Proposta para priorização dos atendimentos
ortopédicos por meio de utilização do WHODAS 2.0 / Giselle Davi
Pedrosa. – 2016.
60 f.

Orientador: Andrei Pereira Pernambuco.
Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia)-Centro
Universitário de Formiga-UNIFOR-MG, Formiga, 2016.

1. CIF. 2. WHODAS 2.0. 3. Fisioterapia. I. Título.

CDD 616.7

GISELLE DAVI PEDROSA

PROPOSTA PARA PRIORIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ORTOPÉDICOS
POR MEIO DE UTILIZAÇÃO DO WHODAS 2.0

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG, como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Fisioterapia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Andrei Pereira Pernambuco
Orientador

Assinatura Avaliador 1
UNIFOR-MG

Assinatura Avaliador 2
UNIFOR-MG

Formiga, _____ de novembro de 2016

Dedico esse trabalho ao Sr. Rossino Furtado Pedrosa, meu amado pai, por todo investimento e por acreditar que esse sonho seria possível de realizar. E a Sra. Aparecida de Fátima Davi Pedrosa, minha amada mãe, pelo apoio incondicional nessa jornada. Esse apoio foi essencial para mim. E ao meu irmão João Henrique Davi Pedrosa por toda força transmitida ao longo desses anos.

Vocês são tudo para mim!
(Giselle Davi Pedrosa)

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho pude contar com auxílio de várias pessoas as quais gostaria de agradecer.

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter me dado saúde e sabedoria para enfrentar todos os obstáculos dessa caminhada.

Agradeço aos meus pais, Rossino Furtado Pedrosa e Aparecida de Fátima Davi Pedrosa, que me proporcionaram a oportunidade de estudar e estiveram lutando comigo, orientando e direcionando a cada decisão tomada.

Ao meu irmão João Henrique Davi Pedrosa por toda força transmitida, conselhos e amor dedicados a mim.

Ao Gustavo Almeida... por todo companheirismo, e por se colocar disponível quando se fez necessário.

A toda minha família que esteve presente em pensamento e orações, em especial a minha prima Camila Uema que foi uma amiga e uma conselheira.

Ao meu orientador Dr. Andrei Pereira Pernambuco, por toda dedicação, paciência e por ter acreditado que eu seria capaz de desenvolver esse trabalho. Por todas as críticas e ensinamentos passados e sem sombra de dúvidas foi mais que essencial. Minha admiração se tornou ainda maior.

A todos os amigos que me apoiaram e me incentivaram, em especial Priscila Faria, Jessica Vaz, Camila Teixeira, Rosiane Silva, Lídia Gaudêncio. Destaco o Raimisson Vieira por compartilhar sua experiência e tempo para ajudar com minhas dúvidas e incertezas ao longo desse trabalho.

Agradeço a todos os voluntários que participaram, que disponibilizaram do seu tempo em prol do meu estudo.

Enfim, esse trabalho é resultado da colaboração de todos vocês! Meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

O atendimento fisioterapêutico é composto por diversas áreas de atuação. Dentre elas, destaca-se a traumato-ortopedia, por ser uma das que apresenta maior demanda de pacientes. Dentro da atenção básica de saúde ainda existem poucos profissionais para atenderem tal demanda, o espaço físico é inadequado e por isso longas filas de espera são formadas. O presente estudo tem como objetivo a aplicação do instrumento World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) para identificar os níveis de incapacidade apresentado pelos integrantes da fila de espera do ambulatório de traumatologia-ortopedia, (WHODAS), na tentativa de sugerir a priorização do atendimento para aqueles pacientes mais incapacitados e, portanto, com maiores chances de desenvolverem comorbidades. Para tanto, foi realizado um estudo observacional transversal quantitativo conduzido na Clínica Escola de Saúde (CLIFOR) do Centro Universitário de Formiga - MG (UNIFOR-MG). A amostra foi composta 12 indivíduos, (6 homens e 6 mulheres) com a média de idade 21 a 77 anos ($55 \pm 14,79$ anos), com a média do tempo em fila de espera para o atendimento de $10 \pm 3,41$ meses e com mediana de 11,5 meses. Os resultados mostraram que o domínio "Atividades de Vida" com a média de 46,62% foi mais comprometido que outros 5 (cinco) domínios. Dentre as mulheres, ele encontrou-se ainda mais impactado 56,77% contra 36% em homens). Ao final do estudo foi possível identificar os níveis de funcionalidade dos participantes e o tempo em média da fila de espera, após esta análise sugere-se a organização da fila de espera através da pontuação no WHODAS 2.0.

Palavras-chave: CIF. WHODAS 2.0. Fisioterapia.

ABSTRACT

The physiotherapeutic care consists of various areas of expertise. Among them, we highlight the Traumatology and orthopaedics, for being one of that has increased demand for patients. Within the basic health attention, there are still few professionals to meet such demand, the physical space is inadequate and so long waiting queues are formed. The present study has as objective the application of instrument World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) to identify levels of disability presented by members of the waiting queue of the outpatient clinic of Traumatology and orthopaedics, (WHODAS), in an attempt to suggest the prioritization of care for those patients more incapacitated and, therefore, with higher chances of developing Comorbidities. To this end, we conducted a quantitative cross-sectional observational study conducted on School Health Clinic (CLIFOR) of the Centro Universitário de Formiga, Minas Gerais (UNIFOR-MG). The sample was made up of 12 individual ... The physiotherapeutic care consists of various areas of expertise. Among them, we highlight the Traumatology and orthopaedics, for being one of that has increased demand for patients. Within the basic health attention, there are still few professionals to meet such demand, the physical space is inadequate and so long waiting queues are formed. The present study has as objective the application of instrument World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) to identify levels of disability presented by members of the waiting queue of the outpatient clinic of Traumatology and orthopaedics, (WHODAS), in an attempt to suggest the prioritization of care for those patients more incapacitated and, therefore, with higher chances of developing Comorbidities. To this end, we conducted a quantitative cross-sectional observational study conducted on School Health Clinic (CLIFOR) of the Centro Universitário de Formiga, Minas Gerais (UNIFOR-MG). The sample was made up of 12 individuals (6 men and 6 women) with a mean age 21 to 77 years (55 ± 14.79 years), with the average time in queue for the attendance of 10 ± 3.41 months and with median of 11.5 months. The results showed that the domain "Activities " of Life " with 46.62% average was more committed than the other 5 (five) domains. Among women, he found himself even more impacted 56.77% versus 36% in men). At the end of the study it was possible to identify the levels of functionality of participants and the time in the queue after this analysis suggested the Organization of the queue through the score on WHODAS 2.0.

Keywords: CIF. WHODAS 2.0. Physical therapy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPH: Comitê de ética em Pesquisa em Humanos.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

CLIFOR: Clínica Escola de Saúde.

N: Números

OMS: Organização Mundial de Saúde.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNIFOR-MG: Centro Universitário de Formiga Minas Gerais.

WHODAS: World Health Organization Disability Assessment Schedule.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Porcentagem obtida no escore total do WHODAS entre os homens e mulheres..	22
Gráfico 2 – Porcentagem obtida no escore de cada domínio do WHODAS entre os homens e mulheres.	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança de 95% da pontuação total dos seis domínios do WHODAS 2.0 obtida pelos participantes do estudo.....	22
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Fisioterapia.....	13
2.3 As longas filas de espera.....	15
2.3.1 A cif e a possibilidade de usa-la para a organização das filas de espera	16
2.4 WHODAS 2.0.....	16
3 MATERIAIS E MÉTODOS	18
3.1 Cuidados éticos	18
3.2 Tipo de Estudo	18
3.3 Amostra	18
3.3.1 Critérios de Inclusão	18
3.3.2 Critérios de Exclusão	18
3.4 Instrumentos	19
3.4.1 WHODAS 2.0.....	19
3.5 Procedimentos.....	19
4 ANÁLISE DOS DADOS	20
4.1 Análise Descritiva dos Dados.....	20
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO A – Whodas 2.0.....	32
APÊNDICE A – TCLE	40
APÊNDICE B – Carta de intenção de Pesquisa	42
APÊNDICE C – Parecer consubstanciado.....	43

1 INTRODUÇÃO

A fisioterapia é uma profissão de nível superior reconhecida e habilitada desde o ano de 1969 pelo DECRETO LEI N. 938, para atuar nas áreas de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008). Dentro da grande área da fisioterapia, existem algumas subáreas de atuação, que podem ser vistas como especialidades. Estas englobam: traumato-ortopedia, cardiologia, respiratória, dermato-funcional, neurologia adulto e infantil, ginecologia, obstetrícia e urologia, saúde coletiva e gerontologia, dentre outras. (MILANI, et al; 2006).

O desenvolvimento da fisioterapia, bem como de suas especialidades está associado a uma evolução de procedimentos e métodos de ensino-aprendizagem de conteúdos curriculares e aos avanços clínico-científicos da saúde. (ALVES et al., 2008).

Dentre as subáreas mencionadas, destaca-se a traumato-ortopedia. Esta encontra-se em constante processo de ampliação da sua atuação, preocupa-se com os distúrbios do sistema musculoesquelético e com as limitações funcionais deles decorrente, a fim de proporcionar a participação social plena dos indivíduos que sofrem com estes distúrbios. Nesse sentido, o papel da fisioterapia em traumato-ortopedia é de suma importância, afinal, pode priorizar o tratamento das lesões, incentivar as capacidades e o desempenho dos indivíduos, acelerar a recuperação dos mesmos e ainda proporcionar uma melhor qualidade de vida por meio de estratégias de promoção da saúde. (SILVA; LIMA e LEROY, 2013)

Segundo Seriano, Muniz e Carvalho (2013) o carácter essencialmente curativo e reabilitador atribuído à fisioterapia até recentemente, contribuiu para a exclusão dos serviços de fisioterapia da rede básica de saúde. Contudo, aos poucos a fisioterapia está sendo incluída nos serviços básicos e a grande procura por este tipo de serviço demonstra que esta inclusão foi uma estratégia acertada. Importante ressaltar, que infelizmente, o número de profissionais que prestam esse serviço na atenção básica é ainda pequeno, os locais de atendimento são inadequados e, portanto, não conseguem atender à grande demanda gerada pela população. Esse fenômeno acarreta o surgimento de longas filas de espera, além de grande dificuldade de acesso da população a esses serviços. Neste sentido, é necessário destacar que o longo tempo de espera pode acarretar o surgimento de comorbidades associadas à lesão inicial (SOUSA; RIBEIRO, 2011).

Na tentativa de minimizar tais danos à saúde daqueles que se encontram na fila de espera, é que se propõe a utilização de um novo modelo de organização de filas de espera. Acredita-se que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, publicada pela Organização Mundial de Saúde - OMS em 2001 possa auxiliar neste processo. Afinal a CIF baseia-se e alimenta com informações sobre a saúde e aspectos relacionados à saúde o modelo biopsicossocial proposto pela OMS. (OMS, 2003). Para tanto, a utilização das categorias da CIF podem ser úteis, pois permitem obter informações mediante a seus componentes: funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e, fatores ambientais (OMS, 2003).

O questionário *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) foi desenvolvido para mensuração padronizada da funcionalidade/incapacidade baseando-se em todos os domínios da CIF (SILVEIRA et al, 2013). O WHODAS 2.0 disponibiliza um sistema de medição de impacto comum de qualquer condição de saúde nos termos de funcionalidade. Por ser um instrumento genérico, ele não tem a doença como foco. Podendo assim ser utilizado para confrontar deficiências advindas de diferentes condições, até mesmo entre pessoas saudáveis. O WHODAS 2.0 pode monitorar e desenhar o impacto de ações em saúde ou relacionadas à saúde. Desse modo o instrumento tem se mostrado vantajoso para avaliar níveis de saúde e deficiência na população geral e em grupos característicos (como exemplo: variedade de pessoas com condições mentais e físicas). Além disso, o WHODAS 2.0 facilita o planejamento de intervenções em saúde e relacionadas à saúde, permitindo ainda o monitoramento do impacto causado por essas intervenções (CASTRO, LEITE; 2016).

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar os níveis de incapacidade apresentados por pacientes que se encontram em fila de espera para o atendimento no ambulatório de fisioterapia em traumatologia-ortopedia. Os objetivos específicos foram avaliar os níveis de incapacidade dos pacientes que aguardam na fila de espera para atendimento de fisioterapia em traumato-ortopedia, sugerir a organização da fila de espera de acordo com os níveis decrescentes de incapacidade, identificar quais são as principais incapacidades apresentadas pelos pacientes que aguardam em fila de espera.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fisioterapia

Desde a sua origem, o ser humano apresenta uma série de necessidades que são vitais para manter sua sobrevivência. Algumas necessidades fisiológicas, como a nutrição, a respiração e a locomoção estão dentre as mais primitivas, uma vez que são imprescindíveis para o adequado funcionamento do corpo humano. (COBRA, 2000).

Diante do exposto, a manutenção fisiológica da saúde constitui-se em uma das necessidades humanas mais básicas, sendo objeto de trabalho de profissionais que atuam em tal área. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), ter saúde significa o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.

Dentre as diversas profissões que lidam com o cuidar da saúde, pode-se destacar a fisioterapia, que é uma profissão de nível superior que atua nos três níveis de atenção à saúde, ou seja, na prevenção, na promoção e na recuperação da saúde. (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO - , Decreto 9.640/84, a fisioterapia pode ser definida como:

É uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinético-funcionais, intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia e da sinergia funcional de órgãos e de sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais. (COFFITO, 2016a)

O COFFITO ainda definiu o fisioterapeuta como sendo:

O profissional de Saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço. (COFFITO, 2016 b)

Delimitados os conceitos de fisioterapia e fisioterapeuta apresenta-se uma síntese das principais competências e habilidades da profissão de acordo com a Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002:

Atenção à saúde: devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo de forma integrada e contínua com

as demais instâncias do sistema de saúde; Tomada de decisões: fundamentado na capacidade de tomar decisões, para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; Comunicação: os profissionais devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade; Administração e gerenciamento: devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação; Educação permanente: devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

2. 2 Fisioterapia em ortopedia

A Ortopedia é a especialidade médica que trata das doenças e deformidades ósseas, musculares e articulares, relacionadas ao aparelho locomotor. No Brasil as especialidades que lidam com as doenças ósseas, musculares e articulares, bem como a que lida com os traumas que acometem esses tecidos são unificadas, recebendo o nome de traumatologia-ortopedia. (ISABEL, 2011).

Além de ser uma área médica é uma das várias áreas de atuação da fisioterapia. Para receber o título de especialista em traumatologia-ortopedia é necessário que o fisioterapeuta realize uma prova de especialidades, aplicada por uma associação científica tal qual a Associação Brasileira de Fisioterapia em Traumatologia-ortopedia (ABRAFITO). Caso seja aprovado nesta prova, o profissional recebe o título almejado, que em sequência será reconhecido pelo sistema CREFITO/COFFITO. Após este processo, o profissional tem o direito de usar o título de especialista de acordo com a Resolução nº 404 de 03. agosto de 2011. (COFFITO, 2011).

O profissional qualificado pode atuar nas áreas de alterações genéticas, doenças adquiridas e traumas. Com o foco em manter e preservar sistemas e funções, almejar integridade dos órgãos e/ou sistemas, além de restaurar às funções prejudicadas. (SILVA, VITAL; MELLO, 2016)

Na atualidade, os distúrbios do sistema músculo esquelético estão entre os mais prevalentes na população em geral e, os pacientes com essas condições estão entre os que mais procuram atendimento médico e ou fisioterapêutico. Essa busca se faz pelo fato de que, a fisioterapia aplicada à traumatologia-ortopedia é capaz de promover o alívio da dor, incentivar a resolução do processo

inflamatório e cicatricial, melhorar o desempenho muscular, melhorar a força e flexibilidade muscular, melhorar o padrão da marcha (quando causado por patologia ortopédica), promover o retorno as atividade de vida diária dentre outros. (ISABEL, 2011).

2.3 As longas filas de espera

O agravamento da condição de saúde dos indivíduos que estão na fila de espera, em muitas oportunidades, acaba por comprometer a função e a estrutura corporal dos indivíduos. Isso interfere nas suas atividades de vida diária e na sua participação social, predispondo-os inclusive à ocorrência de novas doenças, como por exemplo, a depressão (ALMEIDA; RIBEIRO; SILVA et al; 2016).

Portanto, se faz necessário, uma política séria de enfrentamento dessa questão. Os pacientes admitidos na fila de espera além das explicações relativas à sua condição devem ser informados de preferência por escrito da existência da fila, dos critérios de prioridade nesta fila, da quantidade de pessoas à sua frente e de uma estimativa do tempo até seu tratamento, deixando-se claro tratar-se apenas de uma estimativa. (ISABEL, 2011).

Buscando um conceito de acesso à saúde, Carvacho (2008) descreve que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde. E sim, como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos. No entanto, o que se percebe, é que são várias as filas para se ter acesso aos serviços de saúde pública. O que constitui falha perante aos direitos dos usuários, e, mais importante à saúde do usuário. (CARVACHO, 2008).

Cada usuário que necessita de atendimento na rede pública passa na verdade, não por uma, mas por várias filas de espera. A chamada fila de espera, às vezes, representa o período entre uma consulta, indicação cirúrgica e a sua realização. O tempo real de espera compreende vários outros períodos pregressos, desde o surgimento dos sintomas da doença até a obtenção do tratamento; cada um deles pautado por dificuldades e atrasos próprios e, o sofrimento pela doença persiste indiferente às causas da longa espera. (SARMENTO, 2005)

Há sempre um discurso que explica o mau atendimento ao usuário, como se este se tratasse de um esgotamento da saúde e dos postos de atendimento, mas o que se percebe ai é que foram se formando alguns círculos viciosos que mantêm a constância da maioria das falhas dos atendimentos e acolhimentos ao usuário. (MERHY et al, 2003).

Portanto:

A oferta e uso do serviço de saúde não dependem de sua simples existência, mas das facilidades e dificuldades de seu acesso pelos usuários. O ideal é que o serviço seja prestado no momento em que o paciente sente necessidade, pois as vezes em que a história da patologia associada ao longo tempo para início do tratamento ou intervenção pode acarretar consequências desastrosas e, até mesmo, irreversíveis ao bem-estar físico do usuário (SILVA, 2016, p.147).

2.3 1 A cif e a possibilidade de usa-la para a organização das filas de espera

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um sistema de classificação que cobre todo o ciclo de vida do usuário, inserido na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), como norteador para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade ao nível individual ao nível da população (CASTANEDA; CASTRO; 2013)

Esse instrumento foi criado pela OMS e sua utilização pelos países membros da OMS é recomendada por força da Resolução OMS 54.21/2001. A CIF foi traduzida para o português em 2003 e a Resolução CNS nº 452/2012 regulamenta a utilização deste instrumento no Brasil. Tem importância reconhecida nas áreas do ensino, da pesquisa e da clínica, permitindo diferentes abordagens em setores como Educação, Trabalho, Estatísticas de Saúde, Políticas Públicas, Saúde, Seguridade Social, entre outros. (OMS, 2003).

Na saúde, a CIF fornece uma base científica e operacional para a descrição, compreensão e estudo da saúde e dos estados relacionados à saúde. (OMS, 2013).

Acredita-se que com a implantação da CIF na triagem e organização das filas de espera, seja possível tornar o acesso menos burocrático, possibilitar o início do tratamento em tempo mais curto e assim minimizar as consequência do tempo de espera sobre a saúde. (ARAÚJO; MAGGI; REICHERT, 2015).

2.4 WHODAS 2.0

A CIF é um instrumento de classificação, portanto, existe a necessidade de criação e ou utilização de instrumentos validados que forneçam dados passíveis de serem utilizados para alimentar o modelo biopsicossocial proposto pela OMS. De acordo com a OMS (2010) o Whodas 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule) é uma ferramenta prática e global de avaliação de

deficiência e saúde no contexto clínico ou populacional. O Whodas 2.0 avalia os níveis de incapacidade funcional em seis domínios distintos: Domínio 1: Cognição – compreensão e comunicação; Domínio 2: Mobilidade – movimentação e locomoção; Domínio 3: Auto-cuidado – lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho; Domínio 4: Relações interpessoais – interações com outras pessoas; Domínio 5: Atividades de vida – responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola; Domínio 6: Participação – participar em atividades comunitárias e na sociedade.

O Whodas 2.0 promove um sistema de medição genérico para a influência de qualquer circunstância de saúde em definições de funcionalidade. Por se tratar de um instrumento global, pode ser utilizado para avaliar deficiências oriundas de diferentes condições de saúde. O Whodas 2.0 possibilita também monitorar e desenhar o impacto de intervenções de saúde no estado geral dos pacientes. Este instrumento tem se mostrado adequado para avaliar níveis de deficiência e saúde na população geral e em grupos específicos, como por exemplo: indivíduos com uma variedade de condições físicas e mentais. Além do mais, o Whodas 2.0 torna o planejamento de intervenções em saúde e associadas a saúde mais fácil, e como dito anteriormente, permite observar os impactos dessas intervenções de maneira fidedigna. (SILVEIRA; PARPINELLI; PAGACNELLA et al; 2013)

O WHODAS 2.0 está diretamente associado ao conceito da CIF. Os domínios gerais foram desenvolvidos a partir de um abrangente conjunto de elementos da CIF e podem ser diretamente mapeados no componente “Participação e Atividade”. O WHODAS 2.0, assim como a CIF, tem suas bases neutras, ou seja, livre da doença que antecede ou de prévias condições de saúde. Deste modo possibilita concentrar características a atenção diretamente na deficiência e funcionalidade (SILVA; COLETA; SILVA; 2013)

Encontram-se várias versões Diferentes do WHODAS 2.0, que diferenciam em modo de administração pretendido e duração. A versão completa possui 36 questões e a resumida 12 questões. As questões tratam das dificuldades apresentadas pelos entrevistados durante os últimos 30 dias em seis domínios. As versões diferentes podem ser administradas pela própria pessoa, pelo entrevistador leigo ou pessoas que convivem com o entrevistado como: cuidador, amigo ou membro da família. (CASTRO; LEITE, 2016)

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Cuidados éticos

Todas as etapas do estudo somente serão iniciadas após a submissão e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Humanos do Centro Universitário de Formiga – MG (CEPH). Para a participação no estudo os voluntários precisarão assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias. Este e demais procedimentos serão baseados na resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde (CNS/MS).

3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal quantitativo e descritivo realizado na Clínica Escola de Saúde do Centro Universitário de Formiga - CLIFOR

3.3 Amostra

Todos os indivíduos que estão aguardando na fila de espera do ambulatório de fisioterapia em traumatologia (atualmente n = 53) foram convidados a participarem da pesquisa. Para a composição da amostra não foi levado em consideração o sexo, a idade, o IMC e ou o nível de atividade física do voluntário.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os indivíduos de ambos os sexos, de qualquer idade, que estão aguardando na fila de espera do estágio de traumatologia da CLIFOR e que aceitaram participar voluntariamente do estudo por meio da assinatura do TCLE.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Os seguintes critérios de exclusão foram considerados: Indivíduos que estão cadastrados na fila de espera do ambulatório de outras áreas tais como Neurologia, Adulto e Infantil, Cardiorespiratória, Ginecologia Obstetrícia e Urologia, Dermato Funcional e Gerontologia.

Indivíduos que se encontravam ou que tenham passado por tratamento fisioterapêutico em outro local de atendimento enquanto aguardavam o atendimento na CLIFOR.

3.4 Instrumentos

3.4.1 WHODAS 2.0

O WHODAS 2.0 (anexo A) foi desenvolvido pela OMS (2010) traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Castro (2013), com objetivo de prover a padronização de um método para mensuração da saúde e deficiência. Trata-se de um questionário com seis domínios que avaliam; Cognição (6 itens), Mobilidade (5 itens), Auto-Cuidado (4 itens), Relações Interpessoais (5 itens), Atividades Diárias (8 itens) e Participação (8 itens), cada item apresenta uma escala de 1 a 5 onde 1 significa sem dificuldades e 5 incapacidade ou dificuldade extrema de realizar a atividade. As respostas dos participantes devem ser de acordo com: Grau de dificuldade, condições de saúde, últimos 30 dias, média dos bons e maus dias, a forma com que finaliza atividade e os itens não vividos nos últimos dias não serão classificados (CASTRO, LEITE; 2016).

3.5 Procedimentos

Todas as etapas somente foram iniciadas após aprovação do CEPH, inicialmente a coordenadora da CLIFOR foi contatada e a ela foi solicitado o acesso aos componentes da fila de espera. A autorização encontra-se anexada ao final deste projeto (APENDICE B).

O estudo proposto foi realizado no Centro Universitário de Formiga - MG. Os pesquisadores de posse dos nomes que compõem a fila de espera do ambulatório de traumato-ortopedia realizaram um contato telefônico com os potenciais voluntários, verificando o interesse de estes participarem do estudo. Aos que aceitaram foi solicitado uma data e horário para a coleta dos dados no domicílio do próprio participante. Antes da aplicação do questionário os participantes deverão assinar o TCLE em duas vias. Em sequência o questionário WHODAS 2.0 foi aplicado pela pesquisadora aos voluntários. Posteriormente os dados dos participantes foram ordenados em ordem decrescente (maior nível de incapacidade para menor nível de incapacidade). Após esta etapa, foi sugerido à coordenação da Clínica Escola de Saúde do Centro Universitário de Formiga (CLIFOR) que esta nova ordem seja adotada como critério de prioridade no atendimento de traumatologia-ortopedia.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Análise Descritiva dos Dados

Os dados serão analisados por meio da estatística descritiva. Medidas de tendência central e de dispersão serão utilizadas. Números absolutos e relativos serão utilizados para a confecção de gráficos e tabelas. As análises descritivas serão realizadas no *Software GraphPadPrism* versão 5.0.

5 RESULTADOS

Cinquenta e três indivíduos que estavam na fila de espera para tratamento fisioterápico na área de traumatologia da Clínica Escola de Saúde do UNIFOR-MG (CLIFOR) foram contatados e convidados a participarem do estudo. No entanto, 41 não puderam participar desse estudo (19 não foram encontrados “número de telefone não existia ou era de outra pessoa”; 13 já haviam realizado tratamento fisioterápico antes e nove recusaram participar do estudo). A amostra final foi composta de 12 voluntários, seis homens e seis mulheres.

A idade dos participantes variou de 21 a 77 anos ($55 \pm 14,79$ anos), entre os homens a idade variou de 21 a 76 anos ($47 \pm 18,73$ anos) e a das mulheres de 50 a 77 anos ($63 \pm 10,86$ anos). Em relação à escolaridade, observou-se que o tempo mínimo de estudo foi de um ano e o máximo de 16 anos ($6,67 \pm 3,47$ anos). Analisando de maneira separada, entre os homens o tempo de estudo foi de dois a 16 anos ($9,67 \pm 5,32$ anos) e o das mulheres de um a seis anos de estudo ($3,67 \pm 1,63$ anos). Quanto ao estado civil da amostra geral, oito indivíduos são casados e quatro são solteiros. Em relação à ocupação, seis são aposentados, duas são do lar, um está afastado do emprego, um está desempregado, um possui trabalho remunerado e um é estudante.

No que se refere à média do tempo em fila de espera para o atendimento, verificou-se que este foi de $10 \pm 3,41$ meses, com mediana de 11,5 meses. Se analisado separadamente, a média dos homens foi de $10,17 \pm 3,06$ meses, com mediana de 11 meses e, entre as mulheres o período médio de espera foi de $9,83 \pm 4,02$ meses, com mediana de 11,5 meses.

A TAB. 1 apresenta os valores de pontuação média (desvio padrão, mediana e intervalo de confiança de 95%) dos participantes do estudo em cada um dos seis domínios do WHODAS 2.0. Observa-se que dentre os domínios do WHODAS, o mais impactado foi o de “Atividades de vida”, seguido dos: “Participação”, “Mobilidade”, “Cognição”, “Auto-Cuidado” e “Relações Interpessoais”.

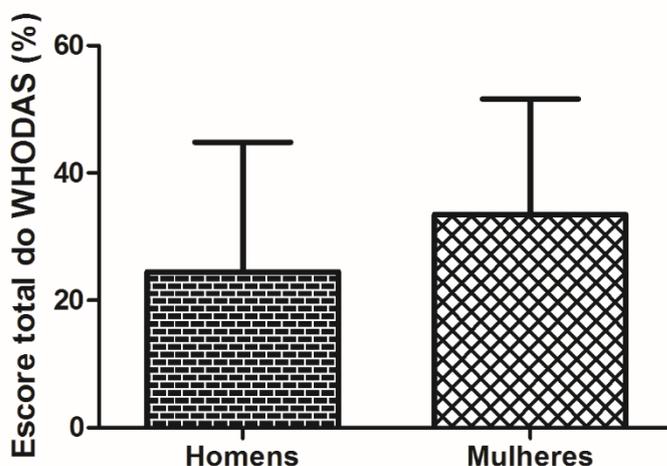
Tabela 1 – Média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança de 95% da pontuação total dos seis domínios do WHODAS 2.0 obtida pelos participantes do estudo.

Domínios	Média	Mediana	Desvio Padrão	IC95%
Cognição	25%	22,92%	16,95%	0% a 35,77%
Mobilidade	36,67%	35%	32,07%	0% a 57,05%
Auto-cuidado	14,06%	9,38%	17,50%	0% a 25,18%
Relações interpessoais	12,92%	12,50%	16,02%	0% a 23,10%
Atividades de vida	46,62%	46,88%	33,56%	0% a 67,95%
Participação	38,28%	42,19%	21,20%	0% a 51,75%

Fonte: O autor (2016).

Ao comparar o escore total do WHODAS 2.0, ou seja, o nível de incapacidade entre os homens e mulheres através do teste *t* independente (dados paramétricos), observou-se que os homens obtiveram nível de incapacidade menor ($24,47 \pm 20,36\%$, mediana de 18,32%) que as mulheres ($33,47 \pm 18,15\%$, mediana de 36,39%), contudo não houve diferença significativa para a análise intergrupo ($p = 0,43$) (GRAF. 1).

Gráfico 1 – Porcentagem obtida no escore total do WHODAS entre os homens e mulheres.



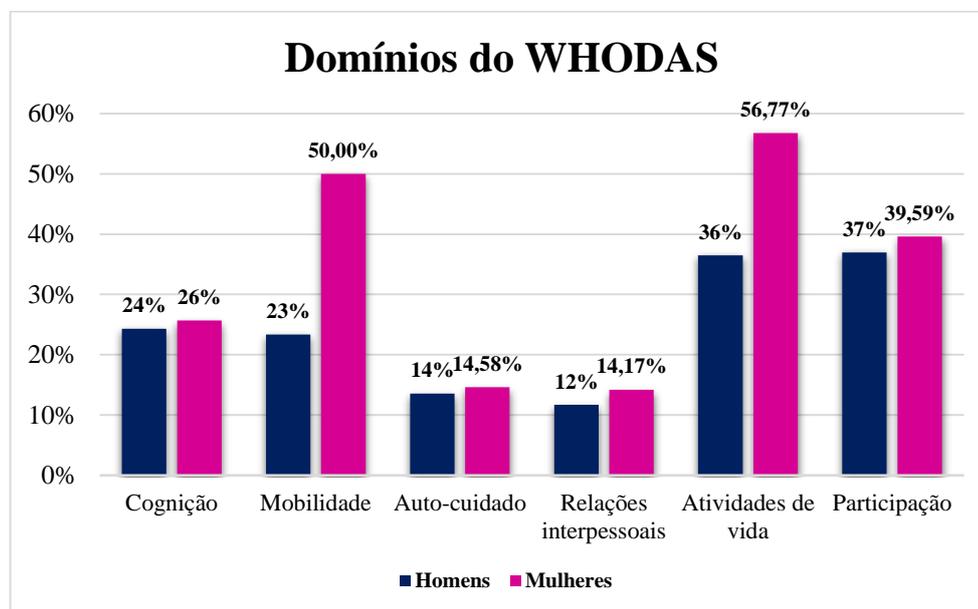
Os dados estão apresentados em média \pm desvio padrão.

Fonte: O autor (2016).

Para avaliar quais são as principais incapacidades dos indivíduos que estavam na fila de espera, foi avaliada a média dos escores de cada um dos domínios que compõe o WHODAS 2.0, tanto para os homens como para as mulheres. Os dados mostraram que as mulheres possuem níveis de incapacidade maiores que os homens em todos os domínios do instrumento. Nesse sentido, ainda observa-se que entre as mulheres, os domínios “mobilidade” e “atividades de vida”, são os mais

comprometidos. Já entre os homens, os domínios mais comprometidos são os de “atividades de vida” e o de “participação” (GRAF. 2)

Gráfico 2 – Porcentagem obtida no escore de cada domínio do WHODAS entre os homens e mulheres.



Os valores estão apresentados em média.
Fonte: O autor (2016).

Para comparar os escores dos seis domínios entre homens e mulheres, foi utilizado o teste *t* independente (dados com distribuição normal) e os seguintes valores de *p* foram evidenciados em cada domínio: Cognição ($p = 0,89$); Mobilidade ($p = 0,15$); Auto-cuidado ($p = 0,92$); Relações interpessoais ($p = 0,80$); Atividades de vida ($p = 0,31$) e, Participação ($p = 0,81$) (FIG. 1). Nenhuma das análises alcançou significância estatística.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, optou-se por usar o WHODAS 2.0 por este ser um questionário universal capaz de avaliar as limitações na atividade e restrições na participação social experimentada por um indivíduo em plena atividade, independentemente do diagnóstico médico, por ter fundamentos teóricos sólidos, por apresentar propriedades psicométricas testadas e validadas, e por ser aplicável a qualquer pessoa, além de ser facilmente aplicável. (OMS, 2010)

Segundo Silveira et al (2013) foram realizados estudos em 19 países com o WHODAS que englobaram pessoas com problemas físicos, emocionais ou mentais e pessoas saudáveis, além de usuários de drogas e dependentes de álcool, em ambos os sexos (feminino e masculino) em diferentes faixas etárias. Se comparado a outros instrumentos que avaliam a incapacidade e funcionalidade, o WHODAS 2.0 é o único questionário que abrange itens de diferentes culturas e de diferentes estado de saúde, que foram criados após explorar a prática bem como expor uma vasta análise linguística da terminologia em saúde.

O número de pacientes que se encontravam na fila do momento do recrutamento dos participantes era muito superior à amostra efetivamente utilizada nesse estudo. Contudo, diversos fatores contribuíram para a não participação da maior parte dos participantes da amostra. Entre eles, se destacam: critérios de exclusões, dados pessoais ausentes ou desatualizados e ausência de intenção de participar. A resolução 466/12 que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil afirma que os indivíduos devem ser convidados a participarem da pesquisa, mediante a assinatura de um TCLE, contudo, a qualquer momento eles podem se recusar a participar, tendo ou não assinado o documento, além disso, não precisam justificar o motivo pelo qual desistiram de participar do estudo, independentemente da fase. (PADILHA; 2012).

É importante mencionar que a amostra reduzida pode ocasionar um problema metodológico do tipo II, o que significa deixar de rejeitar a hipótese nula quando falsa. (LIMA; 2002) Deste modo, o número reduzido de participantes nesse estudo pode ser considerado uma limitação do estudo, e impede que os dados aqui apresentados possam ser generalizados.

O presente estudo apontou para um baixo nível de escolaridade entre os participantes. De acordo com Amendola, (2008) esse fato pode levar a uma falta de cuidado preventivos com a saúde. Hoje, é sabido que o cuidado a saúde deve ser pautado em três princípios: prevenção, promoção e recuperação (BORGES; SALÍCIO; GONÇALVES, et al;2016). A prevenção engloba as ações que planejam evitar uma população doente, retirando os fatores causais, ou seja, planejam a diminuição

da doença e de sua incidência e a promoção engloba as capacitações da comunidade e das pessoas para transformar os determinantes da saúde em proveito da própria qualidade de vida.

No Brasil, muitos indivíduos somente buscam pelos serviços de saúde quando já adoeceram. Esse fenômeno eleva os custos com o cuidado à saúde, impede que o paciente receba informações que contribua para seu bem estar e ainda diminui a resolutividade dos serviços. (VIEIRA; GOMES; BORBA, 2013). Nesse estudo, verificou-se que o domínio de Atividades de vida foi o mais impactado entre as pessoas em fila de espera. Por outro lado, evidenciou-se que o domínio Auto-cuidado foi o que estava menos impactado. Esses dados são importantes, afinal o domínio “Atividades de vida” corresponde a atividades domésticas, do trabalho e escola. Nesse sentido, pacientes com limitações na atividade podem estar apresentando sérias dificuldades na realização de atividades básicas, essenciais para a sobrevivência (SILVA; COLETA; SILVA, et al; 2013).

Por outro lado, os dados do estudo demonstram que os participantes não encontram-se em condições tão precárias a ponto de não conseguirem realizar ações de autocuidados. Na fisioterapia traumato-ortopedia, excluindo-se os casos de traumas graves e hospitalizações é incomum a presença de limitações tão graves que impeçam a realização dos autocuidados. De acordo com o Whodas os auto cuidados se referem à: auto-higiene, comer, vestir-se e ficar sozinho (LOPEZ; SANTOS; 2015)

Esse estudo não mostrou diferenças significativas entre homens e mulheres, talvez, pelo diminuto tamanho amostral. Contudo, é possível observar que as mulheres apresentaram maior grau de incapacidade do que os homens. Tal fato, pode estar relacionado à dupla jornada de trabalho enfrentada por grande parte das mulheres. (MONTEIRO; ALEXANDRE, 2006). Além disso, é importante ressaltar que as mulheres possuem força muscular, 63,5% menor do que a dos homens. (FORTES; MARSON; MARTINES, 2015) e estão mais propensas à doenças psicoemocionais tais como a fibromialgia (FILIPPON,2008) e à doenças osteometabólicas tais como a osteoporose (COSTA; SILVA; BRITO, 2016). Ambas podem acometer gravemente a funcionalidade dessas mulheres. Contudo, há de se mencionar que os homens, no Brasil, estão mais sujeitos a traumas de alta intensidade como os observados nos acidentes de trabalho e automobilísticos (SOLLER; POLETTI; BECCARIA, 2016). Todavia, este não parece ser o caso dos homens que participaram desse estudo, visto a condição funcional destes. Neste estudo, não se buscou por uma associação entre o diagnóstico apresentado pela participante e o nível de incapacidade, tal relação poderá ser objeto de futuros estudos.

Ao se avaliar todos os domínios do Whodas, verificou-se que somente o domínio mobilidade (50% mulheres, 23% homens) e o de atividade de vida foram muito díspares ao se comparar homens e mulheres. Em ambos os domínios as mulheres encontravam-se mais incapacitadas do que os homens.

As particularidades específicas do sexo do participante devem ser sempre consideradas no momento da decisão clínica. E poderiam também ser consideradas no momento de se priorizar o atendimento fisioterapêutico para estas pessoas. Afinal, pessoas com a mobilidade e com as atividades de vida comprometidas, podem estar mais sujeitas ao desenvolvimento de comorbidades e agravos da saúde. Além disso, é preciso mencionar que o paciente mais incapacitado fica restrito à participação social, deixa de trabalhar, acumula dívidas e passa a gerar um custo incalculável a si próprio, à família e ao governo (SANTOS; LIMONGI; JORGE, 2015).

Estes custos englobam os benefícios da seguridade social, visitas aos profissionais da saúde, medicamentos, dentre outros (SILVA; SILVA, 2016). Além disso, a limitação na atividade pode resultar em isolamento social e predispor a ocorrência de outros tipos de condições, como por exemplo, a depressão (SANTOS; RIBEIRO; MARTINS, 2016). Por fim, há de se mencionar que o longo tempo na fila de espera, principalmente quando se apresenta limitações tão essenciais como a mobilidade e nas atividades de vida diária, podem levar ao paciente a desenvolver a cinesiofobia (BARRETO, 2013). Esta condição, por sua vez, pode resultar em hipotrofias por desuso da musculatura, redução da força muscular e risco de quedas, dentre outros (BELMONTE; LIMA; OLIVEIRA, 2013). Todos estes fatores em conjunto pesam a favor de se organizar a fila de espera de acordo com o nível de incapacidade e funcionalidade e não mais só pela ordem de chegada à fila.

7 CONCLUSÃO

O Whodas 2.0 mostrou-se capaz de identificar os níveis de incapacidade apresentado pelos participantes da fila de espera. Além disso, foi capaz de demonstrar em qual domínio o participante apresentava maior grau de incapacidade. Estes achados são importantes, pois a partir destas informações é possível organizar a fila de espera de uma forma mais coerente, privilegiando aqueles que encontram-se mais incapacitados e minimizando assim o risco de agravamento da condição de saúde por ele apresentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, G. de F. P. ; RIBEIRO, M. H. A. ; SILVA, M. A. C. N. da; et al. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 14, n. 1, p. 37-44, 2016. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/rbmt_volume_14_n%C2%BA_1_28420161512457055475.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- ALVES, F. D. *et al.* O Preparo Bioético na Graduação de Fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.15, n.2, p.149-156, abr./jun. 2008.
- ARAUJO, E. S.; MAGGI, L. E.; REICHERT, T. T. CIF nos sistemas municipais de saúde. In: **Rev. CIF Brasil**. v. 3, n. 3, p. 49-60, 2015. Disponível em: <disciplinas.stoa.usp.br/.../CIF%20nos%20sistemas%20municipais.pdf?>. Acesso em: out. 2016.
- BARRETO, M. T. **Qualidade no atendimento de uma unidade de serviço do SUS** [manuscrito]: aplicação do modelo SERVQUAL para mensurar a qualidade dos serviços prestados na clinica escola de fisioterapia da UEPB. 25 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de ciências biológicas e da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/5046/1/PDF%20-%20Mona%C3%ADsa%20Targino%20Barreto.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- BELMONTE, L. M; LIMA, I. A. X; OLIVEIRA, L. A et al. Força de preensão manual de idosos participantes de grupos de convivência. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 1, p. 85-91, jan./mar., 2014. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2380/pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- BORGES, A. M. P; SALICIO, V. A. M.M; GONÇALVES, M. A. N. B. et al. A contribuição do fisioterapeuta para o programa de saúde da família: uma revisão da literatura. **Uniciências**, v. 14, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/848/814>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- CARVACHO. I. E. *et al.* Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. In: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 42, n.5, p. 886-894, 2008.
- CASTANEDA, L.; CASTRO, S. S. de. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Acta Fisiátrica**. v. 20, n. 1, p. 29-36, mar. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Shamyr_Castro/publication/256653990_Publicacoes_brasileiras_referentes_a_Classificacao_Internacional_de_Funcionalidade/links/0046352389a5ef1c25000000.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.

CASTRO, S. S. de; LEITE, C. F. World health assessment disability schedule "whodas 2.0" - Apresentação de instrumento de aferição de funcionalidade. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**. v. 2, n. 3, 2016. Editora Rede UNIDA. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioterapia/article/view/495>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

COBRA, M. **Marketing de serviço financeiro**. São Paulo: Atlas, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Definição e legislação da profissão de Fisioterapia**. 2011. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/historia>>. Acesso em: 14 nov. 2016a.

_____. DECRETO Lei número 938 de outubro de 1969. **Legislação que regulamenta a atividade de Fisioterapia**. 1969.

_____. **Definição de fisioterapia e atribuições profissionais**. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?page_id=2341>. Acesso em: 14 nov. 2016b.

COSTA, A. L. D. et al . Osteoporose na atenção primária: uma oportunidade para abordar os fatores de risco. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 56, n. 2, p. 111-116, Apr. 2016 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042016000200111&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2016.

FILIPPON, A. P. M. **A influência do trauma infantil na fibromialgia em mulheres**. 96.f. 2008. Dissertação (Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria) Faculdade Federal do Rio Grande do Sul. – Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14036/000652920.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

FORTES, M de S. R; MARSON, R; MARTINEZ, E. C. Comparação de desempenho físico entre homens e mulheres: revisão de literatura. **R. Min. Educ. Fís.** Jan., Viçosa, v. 23, n. 2, p. 54-69, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Marcos_Fortes2/publication/292059664_COMPARACAO_DE_DESEMPENHO_FISICO_ENTRE_HOMENS_E_MULHERES_REVISAO_DE_LITERATURA/links/56a8b1ce08ae860e02577469.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

ISABEL, F. **Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia**. 2011. Disponível em: <<http://fisiotraumatologia.blogspot.com.br/2011/11/recursos-terapeuticos.html>>. Acesso em: 14 out. 2016.

LOPES, G. L. ; SANTOS, M. I. P. de O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

MAGALHAES, M. N; LIMA, A. C. P. Noções de probabilidade e estatística. 6. Ed. [S. l.]: [S. n.], 2002. Disponível em: <https://www.ime.usp.br/~noproest/pdf/noproest5_6.pdf .>. Acesso em: 20 out. 2016.

MERHY E. E. et al. **O Trabalho em saúde**: olhando e experienciando a vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MILANI, G. B.; JOÃO, S. M. A.; FARAH, E. A. Fundamentos da Fisioterapia dermatofuncional: revisão de literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 13, n.1, p.37-43, abr./jun. 2006

MONTEIRO, M. S.; ALEXANDRE, N. M. C. ; RODRIGUES, C. M. Doenças músculo-esqueléticas, trabalho-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de estilo de vida de uma instituição pública de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 40, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100003>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação de Saúde e Deficiência**: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/19/9788562599514_por.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.

_____. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Editora USP. 2003.

_____. **Como usar a CIF**: Um manual prático para o uso da Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS, 2013.

PADILHA, A. R. S. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

SALMÓRIA, J.G.; CAMARGO, W.A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.1, p.73-84, 2008.

SANTOS, A. C. de Q. et al . Aposentadorias por invalidez e Doenças Crônicas entre os servidores da Prefeitura Municipal de Uberlândia, Minas Gerais, 1990-2009. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 57-62, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100057&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2016.

SANTOS, A. C. S; RIBEIRO, B. G. de A; MARTINS, J. T. et al. Motivações de docentes aposentados ao retorno as atividades laborais em uma universidade pública. **Revista RENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Jul./ago, v. 14, n. 4, p. 561-568, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4962/3661>> Acesso em: 20 out. 2016.

SARMENTO JUNIOR, K. M. de A; SHIRO, T; KOS, A. O de a. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 71, n. 3, p. 256-262, June 2005 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2016.

SILVA, C. ; COLETA, I. ; SILVA, A. G; AMARO, A. ; ALVARELHÃO, J. ;QUEIRÓS, A.;ROCHA, N. Adaptação e validação do WHODAS 2.0 em utentes com dor musculoesquelética.

Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 47, n. 4, ago, 2013. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004374>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

SILVA, J. N da; SILVA, J. L. A reabilitação profissional e o auxílio doença por incapacidade na previdência social Brasileira. 23 f. 2016. Disponível em:

<<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/159-508-1-pb.pdf> >. Acesso em: 16 out. 2016.

SILVA, P. H. B.; LIMA, K. A.; LEROY, P. L. A. Perfil epidemiológico dos pacientes assistidos na clínica de Fisioterapia Traumato-ortopédica da Prefeitura de Hidrolândia – Goiás. **Revista Movimenta**, v.6, n.3, p.520-529, 2013.

SILVEIRA, Carla et al. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. **Revista da Associação médica brasileira.** v. 59, n. 3, São Paulo, mai./jun. 2013. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

SOLLER, I. C DE S; POLETTI, N. A. P; BECCARIA, L. M et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. **REME : Revista Mineira de Enfermagem.**, v. 20, 2016. Disponível em:

<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1069>>. Acesso em: 16 out. 2016.

SOUSA, A. R. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. A Rede Assistencial em Fisioterapia no Município de João Pessoa: uma Análise a Partir das Demandas da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.3, p.357-368, 2011.

VIEIRA, K. L. D; GOMES, V. L. de O; BORBA, M. R. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery.** Jan./mar., v. 17, n. 1, p. 120 – 127, 2013. Disponível em:

<<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2013/03/artigo.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2016.

ANEXO A – Whodas 2.0



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

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

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

O texto a ser lido para o entrevistado está escrito

em letra padrão azul.

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

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

Seção 2 Informações gerais e demográficas

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

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

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

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

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

Seção 3 Introdução

Diga ao(à) respondente:

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

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

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

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

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

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

Diga ao(à) respondente:

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

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

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

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

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

Seção 4 Revisão dos domínios

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre [compreensão e comunicação](#).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2 para o(a) respondente

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

Domínio 2 Mobilidade

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

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

Domínio 3 Auto-cuidado

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

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

Domínio 4 Relações interpessoais

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

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

Domínio 5 Atividades de vida

5(1) Atividades domésticas

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

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

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

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

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

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

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

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

Mostre cartões resposta nº1 e nº2

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

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

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

Domínio 6 Participação

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

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

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

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

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

APÊNDICE A – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12)**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “PROPOSTA PARA PRIORIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ORTOPÉDICOS DE ACORDO COM A CIF”, coordenada pelo pesquisador responsável Andrei Pereira Pernambuco e conduzida por Giselle Davi Pedrosaaluno/pesquisador do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Formiga.

1. Os objetivos da pesquisa que estará sendo realizada serão: Identificar os níveis de incapacidade apresentados por pacientes na fila de espera para o atendimento na fisioterapia traumatologia-ortopedia. O procedimento de coleta será por meio do questionário WHODAS que constará de 36 questões que avaliará minha saúde e minha funcionalidade (atividades do dia-a-dia). Para tanto, serão realizados procedimentos que não trarão quaisquer danos a sua saúde, entretanto a risco de danos a dimensão física, psíquica, moral intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, e vazamento das informações obtidas oriundas do questionário para minimizar esses riscos, apenas os responsáveis pelo estudo contatarão os pacientes, aplicarão os questionários e manipularão os resultados.
2. O procedimento de coleta será por meio do questionário WHODAS que constará de 36 questões que avaliará minha saúde e minha funcionalidade (atividades do dia-a-dia).
3. Os benefícios esperados diante de sua participação neste estudo serão: que os participantes que apresentarem os mais altos níveis de incapacidade e conseqüentemente mais riscos de agravo à saúde terão a chance de receberem o atendimento mais rapidamente, o que minimizaria os riscos à sua saúde.
4. Sua identidade, que está na ficha de dados sociodemográficos pelas iniciais do seu nome, serão mantidos em sigilo absoluto sob responsabilidade do pesquisador, estando o mesmo sujeito às penas previstas na Lei brasileira;
5. Cabe a você decidir se deseja ou não participar dessa pesquisa. Se decidir participar deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando ciente de que terá o direito de interromper o estudo e/ou retirar seu consentimento a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa sem que isso afete seus direitos aos cuidados futuros, implique responsabilização ou cancelamento dos serviços oferecidos pela instituição. Sua participação é livre e não implica quaisquer tipos de recebimento de remuneração ou pagamento.
6. Em relação a qualquer dano direta ou indiretamente causado por esta pesquisa, o(s) Pesquisador(es) do Estudo o ressarcimento será por meio de depósito em conta bancária pelos responsáveis, perante a lei brasileira, pela indenização de eventuais danos que o participante de pesquisa possa vir a sofrer, bem como por prestar assistência imediata e integral, nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;
7. Você terá o direito de dirigir-se, a qualquer momento, ao(s) pesquisador(es) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Formiga, para os esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo, portanto, o direito à informação. Nesse caso, entre em contato:

- Nome do Pesquisador: ANDREI PEREIRA PERNAMBUCO
Telefone: (37) 9 9905 9495
Endereço: Rua Araxá, Número 206, Morro do Sol
CEP: 35680-284 Itaúna-MG
- Nome do Pesquisadora: GISELLE DAVI PEDROSA
Telefone: (035) 99804 6692
Endereço: Rua Olinto Lamounier, Número 497, Centro.
CEP: 372800-000 Candeias – MG
- Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Formiga– CEPE/UNIFOR-MG
Endereço: Avenida DR. Arnaldo Senna, 328, Água Vermelha
CEP: 35570-000- Formiga - MG
Telefone: (037) 3329 1400
E-mail: cepep@uniformg.edu.br
Horário de funcionamento: 08:00 horas às 12:00 horas e de 18:00 horas as 21:00 horas

8. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO:

- Eu recebi informação oral sobre o estudo acima e li por escrito este documento.
- Eu tive a oportunidade de discutir o estudo, fazer perguntas e receber esclarecimentos.
- Eu concordo em participar do estudo e estou ciente que minha participação é totalmente voluntária.
- Eu entendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso afete meu direito aos cuidados futuros.
- Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado e rubricado em duas vias originais por mim e pelo Pesquisador.
- Assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Pesquisador do Estudo garantirá ao Participante da Pesquisa, em seu próprio nome e em nome da instituição, os direitos descritos neste documento.
- Eu entendo que receberei uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A outra via original será mantida sob a responsabilidade do Pesquisador do Estudo.

Para ser assinado e datado pelo Participante da Pesquisa:

Assinatura do Participante da Pesquisa

Data da Assinatura

Nome da Participante da Pesquisa por extenso (LETRAS MAIÚSCULAS)

Para ser assinado e datado pelo Pesquisador do Estudo:

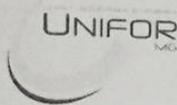
Assinatura do Pesquisador do Estudo

Data da Assinatura

Nome do Pesquisador do Estudo (LETRAS MAIÚSCULAS)

APENDICE B – Carta de intenção de Pesquisa

5

APÊNDICE B – Carta de Intenção de Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA
Credenciamento em 05/08/2004 e Recredenciamento em 15/12/2006
Mantenedora: Fundação Educacional Comunitária Formiguense – FUOM

CARTA DE INTENÇÃO DE PESQUISAA Sr^a. Cristiane Canto Ferreira

Eu, Giselle Davi Pedrosa, graduanda do 9º período de Fisioterapia do Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG) portadora do RG: MG16375440, responsável pelo trabalho conclusão de curso, orientado pelo professor Dr. Andrei Pereira Pernambuco, tenho a intenção de realizar a pesquisa intitulada: “PROPOSTA PARA PRIORIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ORTOPÉDICOS POR MEIO DE UTILIZAÇÃO DO WHODAS 2.0” que objetiva avaliar os níveis de incapacidades e sugerir a priorização do atendimento para aqueles que se encontram mais incapacitados. Para tanto, solicito seu consentimento e autorização para acessar os dados dos pacientes em fila de espera. Este projeto justifica-se devido ao alto número de indivíduos que se encontra na fila de espera, já que essa fila pode agravar as condições de saúde a curto e médio prazo. Necessitando que os participantes que estejam na fila de espera respondam a um questionário intitulado “WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0” visto que esse será o instrumento utilizado para análise das prioridades dos mesmos. A coleta de dados terá início a partir tão logo seja aprovado pelo comitê de ética em pesquisa.

Caso aceite a realização da mesma favor endossar no endereço específico abaixo.

Formiga, 17 de junho de 2016

Concordo com a coleta de dados

Coordenador (a) da CLIFOR .

APENDICE C – Parecer consubstanciado