

PERFIL DE INCAPACIDADE EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO ATRAVÉS DO *BRIEF MODEL DISABILITY SURVEY*: ESTUDO PILOTO

DISABILITY PROFILE IN A CITY IN NORTHEASTERN BRAZIL USING THE BRIEF MODEL DISABILITY SURVEY: PILOT STUDY

DOI: 10.16891/2317-434X.v12.e4.a2024.pp4967-4980

Recebido em: 22.07.2024 | Aceito em: 12.01.2025

**Denise Soares de Araújo^{a*}, Janiele Joaquim da Silva^b, Shamyry Sulyvan de Castro^c,
Eleazar Marinho de Freitas Lucena^a, Núbia Maria Freire Vieira Lima^a**

**Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Santa Cruz – RN, Brasil^a
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Canguaretama – RN, Brasil^b
Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza – CE, Brasil^c
*E-mail: denise.araujo.702@ufrn.edu.br**

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar, por meio do *Brief Model Disability Survey* (*Brief MDS*), o perfil de incapacidade em uma população residente no município de Santa Cruz-RN. Trata-se de um estudo piloto descritivo, realizado através de inquérito populacional. Foram considerados elegíveis participantes com idade superior a 18 anos de ambos os sexos, com ou sem deficiências. Excluiu-se aqueles que se negassem a responder a todas as perguntas do questionário, assim como os desistentes. A distribuição da amostra foi apresentada através de frequência absoluta e relativa e a análise descritiva foi realizada utilizando as medidas de tendência central e dispersão. Foram qualificadas 504 entrevistas, com predominância de um público adulto, a maioria composto por mulheres (n=385). As condições de saúde autorreferidas mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (35,3%) e ansiedade (24,4%). Os fatores ambientais facilitadores foram os locais frequentados, a residência e suporte social. Sobre a assistência pessoal, esse papel parece ser representado principalmente por uma figura feminina com vínculo familiar. Sobre dispositivos assistivos, apenas 3,6% dos participantes relataram utilizar alguma tecnologia. Sendo assim, torna-se importante o investimento em políticas públicas de saúde que considerem a influência dos fatores contextuais na saúde da população.

Palavras-chave: Pessoa com Incapacidade; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Inquéritos Populacionais.

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze, using the *Brief Model Disability Survey* (*Brief MDS*), the disability profile in a population residing in the city of Santa Cruz-RN. This is a descriptive pilot study, carried out through a population survey. Participants over the age of 18 of both sexes, with or without disabilities, were considered eligible. Those who refused to answer all the questions in the questionnaire were excluded, as well as those who dropped out. The sample distribution was presented using absolute and relative frequency and the descriptive analysis was carried out using measures of central tendency and dispersion. 504 interviews were qualified, with a predominance of an adult audience, the majority made up of women (n=385). The most prevalent self-reported health conditions were systemic arterial hypertension (35.3%) and anxiety (24.4%). The facilitating environmental factors were the places frequented, residence and social support. Regarding personal assistance, this role seems to be played mainly by a female figure with family ties. Regarding assistive devices, only 3.6% of participants reported using some technology. Therefore, it is important to invest in public health policies that consider the influence of contextual factors on the population's health.

Keywords: Person with Disability; International Classification of Functioning, Disability and Health; Population Surveys.

INTRODUÇÃO

A necessidade de avaliação do cuidado e perfil de saúde tem sido alterada ao longo do tempo, acarretando em alterações nos modelos de compreensão desse perfil. Um desses modelos é o chamado modelo biopsicossocial que, segundo Engel (1977), seria a representação ideal da ciência e do humanismo na prática médica. Esse modelo é considerado por muitos como de difícil implementação, visto que integrar mente, corpo e ambiente social do paciente torna-se um desafio, considerando a intrincada combinação de dimensões biológicas e psicossociais (ENGEL, 1977; KUSNANTO; AGUSTIN; HILMANTO, 2018).

Nesse contexto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi criada como uma opção para permitir uma visão ampliada sobre a condição de saúde do indivíduo, atuando como referência para equipes multiprofissionais (FONSECA FILHO *et al.*, 2021). A CIF foi desenvolvida a partir de uma proposta fundamentada no modelo biopsicossocial, considerando elementos como condição de saúde, funções e estruturas do corpo, atividades, participação e fatores contextuais (pessoais e ambientais) (DANTAS *et al.*, 2020; KARLSSON; GUSTAFSSON, 2022).

De acordo com a CIF, a funcionalidade e a incapacidade representam uma interação dinâmica entre condições de saúde e fatores contextuais, sejam eles pessoais ou ambientais. Nessa perspectiva, a incapacidade apresenta-se como um termo abrangente para deficiências, limitações para realizar atividades e restrições na participação em meio social, englobando assim os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e seus fatores contextuais (OMS, 2011).

Recomenda-se a utilização de três indicadores relevantes em saúde (WHO, 2013). O primeiro indicador é o de mortalidade, representando o tempo de vida de uma população; em segundo, encontra-se o indicador de morbidade, o qual expõe as condições de saúde e a utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Considerando a necessidade por dados populacionais referentes ao perfil de funcionalidade e incapacidade, torna-se crucial o processo de monitoramento da resposta dos sistemas de saúde às necessidades da população, sendo então, a funcionalidade compreendida como terceiro indicador de saúde, sugerido em mobilizações da Organização Mundial da Saúde (OMS), como combinação entre o estado de saúde da população e o resultado de intervenções clínicas ou prestação de

serviços. Tal indicador poderá ser classificado através dos códigos disponíveis na CIF e da OMS (WHO, 2013; STUCKI; BICKENBACH, 2017).

A coleta de informações relacionadas à saúde torna-se cada vez mais necessária para que haja o desenvolvimento correto de políticas públicas. Para isso, instrumentos confiáveis devem ser utilizados como padrão para reunir essas informações. O processo de formulação e implementação de políticas públicas envolve uma variedade de atores, incluindo não apenas o governo, mas também organizações da sociedade civil, setor privado e cidadãos (FERRER, 2019). Tal organização é imprescindível para garantir que as políticas públicas criadas sejam eficazes, legítimas e responsivas às necessidades da sociedade (ALMEIDA; SANTOS, 2023).

No ano de 2011, a OMS divulgou a criação do questionário *Model Disability Survey* (MDS), sendo este instrumento baseado no modelo biopsicossocial de saúde apresentado pela CIF e importante para análise da funcionalidade e incapacidade em saúde nas mais diversas populações (SABARIEGO *et al.*, 2015). O MDS já foi traduzido para os idiomas Árabe, Espanhol, Cingalês, Filipino, Francês, Quêmer e Dari, sendo implementado em diversos países para utilização em inquéritos populacionais, incluindo o Brasil (SILVA, 2021).

De acordo com um estudo prévio, o MDS tende a apresentar maior aplicabilidade em ambiente de pesquisa ou durante inquérito populacional, sendo a versão resumida do instrumento (*Model Disability Survey - Brief Version*) mais adequado para uso em inquéritos populacionais mais céleres (SILVA, 2021). A utilização de um instrumento fidedigno mostra-se relevante principalmente em situações que não torna-se possível quantificar a magnitude da incapacidade de uma maneira comparável entre as variadas condições de saúde, não sendo possível determinar se um indivíduo apresenta mais ou menos incapacidade que o outro, prejudicando assim a distribuição equitativa dos recursos (CIEZA *et al.*, 2018).

Portanto, o objetivo do presente estudo foi utilizar o *Brief Model Disability Survey* (*Brief MDS*) para delinear o perfil de incapacidade em uma população residente no município de Santa Cruz-RN, na região nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo piloto descritivo, realizado através de inquérito populacional com o *Brief Model Disability Survey (Brief MDS)* no Brasil. O estudo foi desenvolvido na cidade de Santa Cruz-RN, interior do nordeste brasileiro, tendo como principal instituição responsável a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN). Os participantes do estudo foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa e autorizaram a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo obteve aprovação do CEP da FACISA sob o número 4.102.958 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 31112020.4.0000.5568.

Para realização do inquérito populacional, o número total de domicílios a serem visitados foi obtido

através de uma amostragem intencional para levantamento das informações no município. Para que fosse possível obter os dados relativos à população, estratificou-se o município de Santa Cruz segundo os setores censitários que possuíam identificação clara de suas coordenadas, quadras, faces e nomes de logradouros, sendo essa a Unidade Primária de Amostragem (UPA). Para cada setor censitário, atribuiu-se uma quantidade de entrevistas respeitando-se a participação relativa do setor no total de setores selecionados, com o mínimo previsto de 500 entrevistas, conforme quadro 1. Cinco setores censitários representaram os bairros da cidade que seriam visitados e, somado ao auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foi possível também delimitar as ruas e residências que iriam participar da pesquisa.

Quadro 1. Distribuição das entrevistas pelos setores censitários.

Distribuição das entrevistas pelos setores censitários					
Ordem	Número do setor	Qtd domicílios	Freq. Relativa(%)	Situação	Nº de entrevistas
	Total	3943	100	-	500
1	241120505000003	334	8,5	Urbano	42
2	241120505000006	411	10,4	Urbano	52
3	241120505000016	209	5,3	Urbano	27
4	241120505000019	296	7,5	Urbano	38
5	241120505000021	219	5,6	Urbano	28
6	241120505000031	433	11,0	Urbano	55
7	241120505000032	114	2,9	Urbano	14
8	241120505000033	208	5,3	Urbano	26
9	241120505000034	211	5,4	Urbano	27
10	241120505000037	236	6,0	Urbano	30
11	241120505000043	170	4,3	Urbano	22
12	241120505000049	160	4,1	Urbano	20
13	241120505000051	364	9,2	Urbano	46
14	241120505000052	324	8,2	Urbano	41
15	241120505000056	254	6,4	Urbano	32

Fonte: Elaboração própria.

Na seleção do segundo estágio (USA) foi empregada amostragem aleatória, escolhendo-se aleatoriamente a quantidade de domicílios prevista para o respectivo setor censitário. No terceiro estágio da amostra (UTA), para selecionar os moradores com mais de 18 anos de idade, optou-se por entrevistar a pessoa adulta com disponibilidade do domicílio, e foi dada preferência às pessoas com deficiência. A aleatorização da amostra para identificação do domicílio a ser visitado, deu-se por uma estratégia de coleta onde os entrevistadores sempre iniciavam a visita na primeira casa a direita da rua e, caso conseguissem a entrevista no primeiro domicílio, deveria ser feito um pulo de oito casas para realizar a segunda entrevista.

Como critérios de inclusão do estudo, foram considerados elegíveis participantes com idade superior a 18 anos de ambos os sexos, com ou sem deficiências, com ou sem escolaridade formal. Foram excluídos aqueles que se negassem a responder a todas as perguntas do questionário e os que desistissem da entrevista sem a mesma ter sido finalizada.

A aplicação do MDS-Brasil abrangente foi realizada utilizando-se *tablets* da marca *Samsung*[®], programados para preenchimento da versão *online* do MDS-Brasil. Os cartões de apresentação foram impressos e plastificados, sendo entregues a cada participante de acordo com a ordem de seguimento da entrevista. Foram utilizados cartões constituídos de elementos gráficos, escalas do tipo *likert* e figuras, sendo estes presentes também no MDS original. O objetivo desses cartões de apresentação foi ilustrar visualmente as opções de resposta em alguns itens específicos, não influenciando a decisão final do (a) entrevistado (a).

O MDS-Brasil abrangente apresenta 14 módulos fundamentais, sendo que destes três dizem respeito a questão do domicílio e 11 módulos são relacionados ao sujeito, totalizando assim 315 questões. Para o presente estudo, utilizou-se o módulo referente às características sociodemográficas e também os 40 itens relativos à versão resumida do instrumento.

O *Brief MDS* é composto por perguntas extraídas do MDS original, buscando adquirir dados sobre capacidade intrínseca e desempenho que possam contribuir para o entendimento da incapacidade naquela

determinada população. Nesse mesmo instrumento, existe a inclusão de perguntas referentes às condições de saúde e fatores ambientais que venham a influenciar os níveis de funcionalidade e incapacidade desse indivíduo (SABARIEGO *et al.*, 2021). O tempo de aplicação do *Brief MDS* é de 10 a 15 minutos.

As entrevistas foram realizadas em local reservado no domicílio, de preferência sem interferência de outras pessoas da residência, garantindo assim a privacidade dos participantes. A coleta foi feita por 47 membros da equipe do projeto de pesquisa. Antes do período de entrevistas ser iniciado, todos os entrevistadores e supervisores passaram por um treinamento *online* para teste do *software*.

Análise de dados

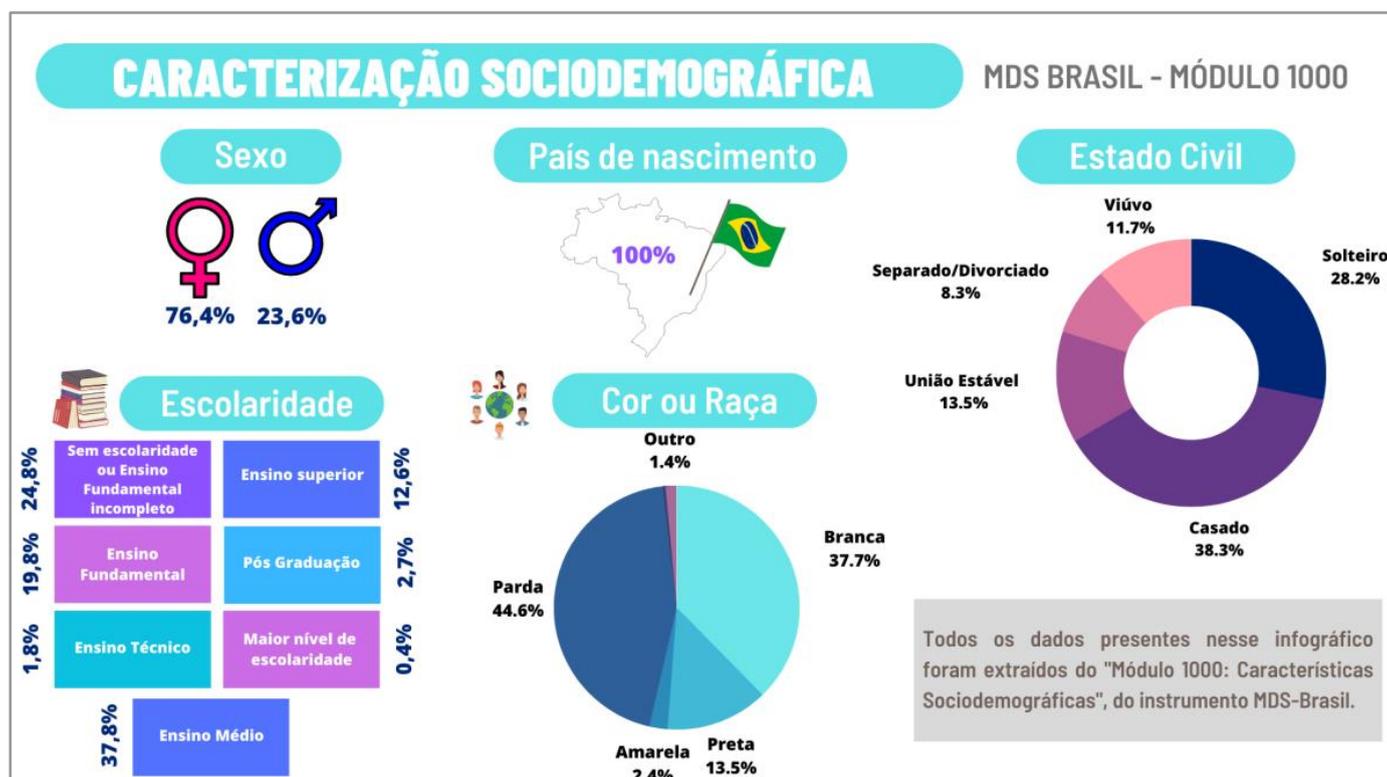
Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados, elaborado através do *Microsoft Excel*[®], versão 2013, e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Science (SPSS for Windows)*[®], versão 20.0. A distribuição da amostra foi apresentada através de frequências absoluta e relativa e a análise descritiva foi realizada utilizando as medidas de tendência central e dispersão, sendo respectivamente mediana e quartis. Para verificar a normalidade de distribuição das variáveis quantitativas, foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

De acordo com os dados coletados, foram iniciadas 518 entrevistas, sendo que destas, 14 foram excluídas da amostra devido a motivos como: tempo indisponível por parte do entrevistado, retorno ao domicílio sem sucesso, problemas técnicos no *software* e/ou *tablet*. Por fim, restaram 504 entrevistas qualificadas e elegíveis para análise de dados. Os dados coletados foram enviados para um banco de dados do *software* e, posteriormente, transformados em planilhas do excel.

A Caracterização Sociodemográfica (Figura 1) baseou-se nos dados do módulo 1000 (Características Sociodemográficas) do MDS-Brasil.

Figura 1. Infográfico para Caracterização Sociodemográfica (n=504).



Legenda: MDS, *Model Survey Disability*.

Os resultados descritos na Tabela 1, referente a análise descritiva do Módulo 3000A (Fatores Ambientais), mostram o nível de limitação apresentado pelos indivíduos ao serem questionados sobre suas atividades de vida diária. As respostas do item B3001 ao B3007 obtiveram respostas positivas, atingindo em sua maioria percentuais superiores a 50% para a opção "Facilita". Os itens B3004 e B3005 relacionados, respectivamente, ao nível de facilidade ou dificuldade em sua residência e facilidade em solicitar auxílio de um membro da família, apresentaram os maiores índices de resposta para a opção "Facilita".

Dentre as dificuldades encontradas, o item B3002 que trata da dificuldade em frequentar lojas, bancos e

correios obteve 20,4% das respostas; e os itens B3006 (27,2%) e B3007 (25,4%), relacionados a necessidade de pedir ajuda a amigos, colegas de trabalho ou vizinho, também representaram dificuldade por parte dos entrevistados. Os itens B3008 e B3009, relacionados a autonomia na realização de suas atividades e sentimento de respeito, apresentaram, respectivamente, os maiores percentuais de resposta para a opção "Totalmente", com valores de 87,5% e 80,9%, demonstrando uma independência dos participantes para questões relacionadas à tomada de decisão e sentimento de respeito para com o outro.

Tabela 1. Análise descritiva do Módulo 3000A (Fatores Ambientais).

MÓDULO 3000A-FATORES AMBIENTAIS									
Item	Pergunta	Facilita		Nem Facilita/ Nem dificulta		Dificulta		Não sei/ Não se aplica	
		n	%	n	%	n	%	n	%
B3001	Os locais onde você participa de atividades da comunidade facilitam ou dificultam suas ações?	266	52,8	79	15,7	60	11,9	99	19,7
B3002	As lojas, bancos e correios em sua vizinhança facilitam ou dificultam para você utilizá-los?	306	60,7	63	12,5	103	20,4	32	6,4
B3003	O transporte que você quer ou precisa usar facilita ou dificulta seu acesso?	325	64,5	56	11,1	87	17,3	36	7,1
B3004	A sua residência, incluindo banheiro, facilita ou dificulta para você morar lá?	425	84,3	33	6,5	15	8	6	1,2
B3005	Caso necessite, é fácil para você pedir ajuda a um membro próximo da família, incluindo seu (sua) parceiro(a)?	386	76,6	36	7,1	72	14,3	10	2
B3006	Caso necessite, é fácil para você pedir ajuda a amigos e colegas de trabalho?	258	51,2	58	11,5	135	27,2	53	10,5
B3007	Caso necessite, é fácil para você pedir ajuda a vizinhos?	283	56,2	66	13,1	128	25,4	27	5,4
		Nem um pouco/pouco		Moderadamente		Totalmente		Não sei/ Não se aplica	
		n	%	n	%	n	%	n	%
B3008	Você faz suas próprias escolhas sobre sua vida no dia-a-dia? Por exemplo, saber aonde ir, o que fazer, o que comer.	31	6,2	3	6	441	87,5	2	0,4
B3009	Você sente que as outras pessoas respeitam você? Por exemplo, você sente que os outros valorizam você como pessoa e ouvem o que você tem a dizer?	42	8,4	51	10,1	408	80,9	3	0,6

A Tabela 2 mostra os dados do módulo 4000 (Funcionalidade), apresentando 12 itens relacionados aos níveis de funcionalidade do indivíduo ao desempenhar tarefas de sua vida diária e o quanto o exposto na pergunta seria um problema para o entrevistado. Como resultados, na maior parte dos itens os entrevistados optaram pela opção "Nenhum problema/problema leve",

exceto no item B4012 referente às tarefas solicitadas no trabalho serem um problema, havendo uma divisão quase igualitária entre as opções "Nenhum um problema/problema leve" (46,1%) e "Não sei/Não se aplica" (46,6%). Além disso, mesmo o item B4006 apresentando maior porcentagem (58,3%) para opção "Nenhum um problema/problema leve", uma parcela

importante da amostra (22,6%) referiu "problema extremo" ao sentir-se cansado e com falta de energia para desempenhar suas tarefas. Da mesma forma, o item

B4008 sobre o quanto seria um problema lembrar-se de realizar coisas importantes, representou um total de 17% da amostra.

Tabela 2. Análise descritiva do Módulo 4000-Funcionalidade.

MÓDULO 4000-FUNCIONALIDADE									
Item	Pergunta	Nenhum problema/ problema leve		Problema moderado		Problema extremo		Não sei/ Não se aplica	
		n	%	n	%	N	%	n	%
B4001	O quanto percorrer curtas distâncias, como 100 metros, é um problema para você?	374	74,2	55	10,9	75	14,8	-	-
B4002	O quanto chegar aonde você deseja ir é um problema para você?	373	74	65	12,9	63	12,5	3	0,6
B4003	O quanto fazer sua higiene pessoal e vestir-se é um problema para você?	471	93,5	15	3	18	3,6	-	-
B4004	O quanto usar o banheiro é um problema para você?	481	95,5	13	2,6	10	2	-	-
B4005	O quanto cuidar da sua saúde, ter uma alimentação saudável, fazer atividades físicas ou tomar seus medicamentos é um problema para você?	399	79,1	65	12,9	38	7,6	2	0,4
B4006	O quanto sentir-se cansado e não ter energia suficiente é um problema para você?	294	58,3	94	18,7	114	22,6	2	0,4
B4007	O quanto lidar com todas as suas responsabilidades é um problema para você?	349	69,2	70	13,9	83	16,4	2	0,4
B4008	O quanto lembrar-se de realizar coisas importantes no seu dia a dia é um problema para você?	326	64,7	92	18,3	86	17	-	-
B4009	O quanto realizar as tarefas domésticas é um problema para você?	392	77,7	46	9,1	63	12,5	3	0,6
B4010	O quanto participar de atividades da comunidade, como festas, eventos religiosos ou outras atividades é um problema para você?	366	72,6	46	9,1	73	14,4	19	3,8
B4011	O quanto utilizar transporte público ou privado é um problema para você?	338	67	27	5,4	20	6	109	21,6
B4012	O quanto realizar as tarefas solicitadas no trabalho é um problema para você?	232	46,1	14	2,8	23	4,6	235	46,6

A Tabela 3 apresenta os resultados do módulo 5000 (Capacidade e Condições de Saúde). Nesse módulo, o item B5001 relacionado à percepção de saúde geral do entrevistado solicita que o mesmo classificasse sua saúde em "Muito bom/bom", "Moderado", "Ruim/Muito ruim".

Como resultado, observou-se uma polarização entre as opções "Muito bom/Bom" (41,2%) e "Moderado" (47,4%). Seguindo os resultados desse mesmo módulo, do item B5002 ao B5006, as opções de respostas foram "Não, nenhuma dificuldade", "Sim, alguma dificuldade",

B5007	Quanta dificuldade você tem para dormir por causa da sua saúde?	364	72,3	53	10,5	86	17	1	0,2
B5008	Quanta dificuldade você tem para realizar tarefas domésticas, por causa da sua saúde?	393	77,9	49	9,7	57	11,3	5	1
B5009	Quanta dificuldade você tem para participar de atividades da comunidade, como festas, atividades religiosas ou outras, por causa da sua saúde?	386	76,5	35	6,9	51	10,2	32	6,3
B5010	Até que ponto você se sente triste, desanimado ou deprimido, por causa da sua saúde?	330	65,5	97	19,2	77	15,2	-	-
B5011	Quanta dificuldade você tem para se relacionar com pessoas próximas a você, incluindo a sua família e amigos, por causa da sua saúde?	450	89,2	23	4,6	24	4,8	7	1,7
B5012	Quanta dor no corpo você sente?	268	53,2	102	20,2	134	26,6	-	-
B5013	Agora, gostaria de lhe perguntar sobre as doenças ou condições de saúde que você apresenta atualmente.	Condição de saúde autorreferida							
					n				%
		A) Perda da audição			16				3,2
		B) Perda de visão			145				28,7
		C) Derrame (AVC ou AVE)			1				0,2
		D) Ansiedade			123				24,4
		E) Hanseníase (lepra)			0				-
		F) Pressão alta (Hipertensão)			178				35,3
		G) Diabetes			68				13,5
		H) Artrite, artrose			64				12,7
		I) Bronquite crônica ou Enfisema			2				0,4
		J) Asma, doença respiratória alérgica			24				4,8
		K) Dor nas costas ou hérnia de disco			82				16,3
		L) Depressão			33				6,5
M) Amputação			1				0,2		
N) Zumbido			5				1		
O) Outros			90				17,9		

No Módulo 3000B, referente a assistência pessoal, dispositivos assistivos e produtos facilitadores, encontrou-se no item B3010 um total de 216

participantes (42,9%) relatando alguém para auxiliá-los em suas atividades dentro e fora de casa. Em seguida, o item B3011 registrou que 10,3% relatam a necessidade

de um pouco mais de assistência para realização dessas tarefas. Para o item B3012, aqueles que relataram não possuir nenhuma ajuda externa, mas consideravam necessário esse auxílio, representaram 14,3% da amostra.

Neste mesmo módulo, os resultados do item B3013 relacionado a utilização de algum dispositivo assistivo, mostrou que apenas 18 (3,6%) dos 504 participantes faziam uso desse tipo de tecnologia. Cada participante poderia responder que utilizava um ou mais dispositivos, sendo as principais respostas: bengala (1,19%), calçado terapêutico (0,8%) e cadeira de rodas (0,8%). O item B3015 trata da não utilização de dispositivos auxiliares e questiona se os entrevistados reconhecem a necessidade de algum auxílio, destacando-se a bengala (1,2%), almofadas para alívio de pressão (0,4%) e o calçado terapêutico (0,8%) como respostas obtidas.

DISCUSSÃO

O público deste estudo, composto por 504 participantes, é formado predominantemente por mulheres, adultas casadas ou em união estável, autodeclaradas pardas e com tempo de estudo entre 9 e 12 anos. O perfil de incapacidade da população adulta e idosa através do *Brief* MDS-Brasil pode ser definido a partir dos resultados encontrados nos módulos de Fatores Ambientais, Funcionalidade, Capacidade e condições de saúde, Assistência pessoal, dispositivos assistivos e produtos facilitadores.

O ambiente no qual um indivíduo está inserido está diretamente relacionado ao desenvolvimento de condições incapacitantes, sendo assim relevante incluir os fatores ambientais como estratégia para a recuperação funcional e integração social de pessoas com deficiência (TOUGH; SIEGRIST; FEKETE, 2017). No presente estudo, a maior parte da população entrevistada considerou como fatores ambientais facilitadores os locais que frequentam, os tipos de transporte utilizados para deslocamento, a estrutura da própria residência, assim como o suporte social recebido ao realizarem suas atividades, considerando que 25% das pessoas relataram problemas moderados ou graves para caminhar 100 metros e/ou para chegar aonde desejam. Em contrapartida, um estudo realizado com o *Brief* MDS em populações da Índia, República Democrática Popular do Laos e Tajiquistão, também investigou os aspectos do ambiente físico, observando que pessoas com incapacidade grave, consideravam o transporte como

uma barreira de acesso nos dois primeiros países citados (WHO, 2021). Um estudo desenvolvido nos Camarões também mostrou que as condições de moradia, o acesso ao transporte e outros aspectos físicos do ambiente influenciam na incapacidade (LEE, *et al.* 2021).

Ainda sobre os fatores ambientais foi observada uma maior dificuldade por parte dos participantes para frequentar lojas, bancos e correios. Um estudo da OMS mostra que instalações de saúde, local de trabalho ou escola, assim como lojas, bancos e correios estão entre os ambientes físicos que mais dificultam o acesso da pessoa com algum nível de incapacidade (WHO, 2018). A compreensão, acerca desses fatores ambientais é imprescindível para criação de políticas públicas que minimizem as disparidades associadas às pessoas com algum grau de incapacidade, tornando os ambientes mais acessíveis e inclusivos para todos (CHEN *et al.*, 2022).

No que diz respeito aos itens relacionados à autonomia na realização de suas atividades e sentimento de respeito, uma parcela significativa da população demonstrou independência para tomada de decisão e 18,5% declararam não se sentir totalmente respeitados. A experiência de funcionalidade pode ser influenciada por estes resultados, uma vez que não ser valorizado nem ouvido pelas pessoas constituem barreiras atitudinais. De acordo com um estudo do MDS desenvolvido no Distrito de Ziarat, Província de Baluquístão e Paquistão, não ser capaz de tomar grandes decisões na vida mostrou-se como uma situação de problema extremo para 60% dos homens com incapacidade grave, enquanto que 54% das mulheres não esperam muito de si mesmas (WHO, 2018). Com isso, observa-se que problemas externos relacionados às atitudes dos outros são vivenciados constantemente por pessoas em todos os níveis de incapacidade.

O módulo de funcionalidade, constituído por perguntas sobre as atividades de vida diária, mostrou que uma grande parcela de participantes não considera um problema realizar as tarefas solicitadas no ambiente de trabalho. Apesar de este ser um resultado positivo, não foi o mesmo encontrado em outro estudo realizado através do MDS pela OMS, no qual homens e mulheres relataram enfrentar problemas no trabalho de maneira proporcional ao seu nível de incapacidade (WHO, 2018). Além disso, apesar de mais da metade da amostra do presente estudo não referir problemas relacionados à cansaço e falta de energia para desempenhar suas tarefas, um número expressivo (22,6%) relatou problema

extremo nesse quesito, assim como para lembrar-se de realizar tarefas importantes (17%).

O autorrelato acerca do seu estado de saúde geral também foi avaliado no estudo, havendo a polarização entre os participantes que consideravam ter uma saúde boa ou muito boa (41,2%) e aqueles com saúde moderada (47,4%). Essa percepção subjetiva fornece informações valiosas sobre o indivíduo e pode influenciar diretamente nas estratégias para melhorar a saúde. Além disso, indivíduos que percebem um aumento acentuado na sua saúde autorrelatada, principalmente quando se recorda do passado até o presente, apresentam intenções de comportamento de saúde mais fortes, ou seja, tornam-se mais propensos a desenvolver hábitos saudáveis como, comer bem, fazer exercício, dormir o suficiente, etc (BUNDA; BUSSERI, 2019). Neste sentido, quase metade da amostra autorreferiu estado geral de saúde moderado, devendo-se considerar as condições e ações preventivas e promotoras de saúde para esta população.

No estudo atual, aproximadamente metade da população relatou dificuldade para se lembrar de algo ou se concentrar, podendo ser esse achado explicado pelo fato da amostra ser composta, em sua maioria, por adultos com mediana de 52 anos. Segundo Tedrus e Lange (2021), a presença de problemas de memória auto percebidos é um fato comum entre indivíduos de meia idade que estão passando pelo processo de envelhecimento, havendo por vezes a relação entre queixas de memória e o maior risco para o desenvolvimento de demência.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 21,4% dos adultos brasileiros autorrelataram Hipertensão Arterial (HA), ao passo que, tendo em vista as medidas de pressão arterial aferidas e uso de medicação anti-hipertensiva, o percentual de adultos com HA é de 32,3% (MALTA *et al.*, 2018). A prevalência de HA autorrelatada neste estudo foi de 35,3%. Isto deve-se a amostra ser composta, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino com mediana de idade de 52 anos, considerando que a elevação pressórica por década se apresenta maior nas mulheres (MENNI *et al.*, 2013). A prevalência observada de ansiedade entre os participantes foi de 24,4%. Esse achado pode ser explicado pelo período de distanciamento social vivenciado por esses indivíduos durante a pandemia de COVID-19, acarretando em instabilidade econômica, angústia e maior susceptibilidade ao desenvolvimento de problemas de saúde mental e comportamentos suicidas (GUNNELL *et al.*, 2020). Além disso, o Brasil é atualmente um país

com alto grau de desigualdade, sendo este fato agravado pela pandemia, prejudicando ainda mais algumas etnias, minorias e populações desfavorecidas (CASTRO-DE-ARAÚJO *et al.*, 2022; KAPILASHRAMI; BHUI, 2020).

Um dado que se destaca no estudo é que 48,6% da população alegou sentir dores no corpo nos últimos 30 dias, de forma moderada ou intensa. Simultaneamente, 16,3%, 12,7% e 41,3% das pessoas autorreferiram respectivamente dor nas costas/hérnia discal, artrite/artrose e pouca energia para o dia a dia. Um estudo prévio encontrou que a dor, sono e falta de energia (cansaço) afetam, sobretudo homens com grau de incapacidade grave, enquanto que nas mulheres, esses problemas estão relacionados com todos os tipos de incapacidade, de leve a grave (WHO, 2018).

A assistência pessoal pode ser compreendida como um apoio prestado a indivíduos com incapacidade, permitindo que realizem suas atividades de maneira eficiente. Os assistentes podem ajudar nas atividades do cotidiano, como tomar banho, vestir-se, movimentar-se durante o dia, ir ao supermercado, etc (MAYO-WILSON; MONTGOMERY; DENNIS, 2008). No presente estudo, a prevalência de assistência pessoal foi de 42,9% para atividades realizadas dentro e fora de casa. O resultado encontrado é similar ao visto no II Estudo Nacional de Incapacidade, realizado no Chile, no qual 41,2% relatou a assistência de outras pessoas para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária (CHILE, 2015).

Dentre os entrevistados, 14,3% relataram não dispor de ninguém para ajudá-los, mas acreditam que seja necessário, concordando assim com as informações encontradas no estudo de Nasiri *et al.* (2023), no qual cerca de 15,8% dos entrevistados com incapacidade moderada relataram precisar de apoio e 23,8% indicaram que o apoio recebido não foi suficiente. O trabalho de cuidado certamente tem sido cumprido por cuidadores familiares do gênero feminino ou vínculos formais com baixa remuneração, como observado pelo estudo brasileiro de Ceccon *et al.* (2020), no qual os cuidadores familiares apresentaram características de vulnerabilidades individuais, emocionais e sociais. Em sua maioria, esses cuidadores são mulheres, principalmente filhas e cônjuges, que comprometem a vida econômica e financeira à medida que desempenham o papel de cuidador sem remuneração.

O cuidado familiar desempenhado, sobretudo por mulheres, potencializa as desigualdades de gênero presentes na sociedade, historicamente marcadas por

relações assimétricas de poder intergênero (CECCON *et al.*, 2020). No Chile, 73,9% dos cuidadores de pessoas em situação de incapacidade que recebem assistência pessoal também são do sexo feminino, e a maioria não recebe remuneração (CHILE, 2015).

No que diz respeito aos dispositivos assistivos, apenas 3,6% dos participantes relataram utilizar alguma tecnologia, sendo a bengala, o calçado terapêutico e a cadeira de rodas os mais citados. A utilização de uma tecnologia de apoio pode melhorar significativamente a qualidade de vida de uma pessoa com incapacidade. Em um estudo com inquérito através do MDS no Laos e no Tajiquistão, os indivíduos que necessitavam de mais tecnologia assistiva, mostraram em média, níveis mais elevados de incapacidade do que as pessoas que não utilizavam e não precisavam desse apoio (CHEN *et al.*, 2022).

A pesquisa do MDS desenvolvida no Afeganistão mostrou que aproximadamente metade dos afegãos entrevistados não utilizavam dispositivo assistivo, pois não tinham acesso a esses dispositivos. Ainda nesse estudo, crianças e adolescentes com incapacidades relataram dificuldade para usar transportes, problemas no engajamento interpessoal e dificuldades de aprendizado na escola (MODEL DISABILITY SURVEY OF AFGHANISTAN 2019, 2020).

Entre as sugestões específicas para gestores locais sobre como implementar políticas baseadas nos achados do estudo, recomenda-se: 1. capacitação dos profissionais de saúde acerca do modelo biopsicossocial de saúde e os conceitos de incapacidade e deficiência; 2. capacitação para uso do MDS-Brasil versão resumida para identificação e rastreamento de incapacidades; 3. incentivo ao inquérito populacional municipal ou regional para levantamento de necessidades em saúde e perfil de incapacidade; 4. discussão dos dados municipais no Conselho municipal de saúde; 5. popularização do conhecimento sobre incapacidade e necessidade em saúde nas rádios e mídias locais. Considerando que pessoas com a mesma condição de saúde podem apresentar diferentes níveis de incapacidade e que a identificação destas necessidades podem melhorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde, baseadas no modelo adotado pelo MDS-Brasil.

O presente estudo é o primeiro a ser realizado no Brasil com o *Brief* MDS, apresentando um caráter único e inédito para as pesquisas relacionadas à funcionalidade. A aplicação do *Brief* MDS no Brasil poderá permitir

maior identificação de fragilidades relacionadas à incapacidade e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que visem melhorias na assistência à saúde de seus usuários. No Brasil, a PNS responsável por coletar as principais informações de saúde pública no país, encontra-se hoje desatualizada, sendo o instrumento *Brief* MDS uma oportunidade inovadora de renovar o banco de dados nacional acerca da funcionalidade e incapacidade da população brasileira. Esse instrumento também poderá ser utilizado como ferramenta estratégica para o planejamento de ações por parte dos gestores, apresentando dados fidedignos sobre as necessidades da população.

Os resultados deste estudo foram apresentados à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde, com vistas à discussão das necessidades de saúde da população, no intuito de contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. A implementação de políticas públicas baseadas nos dados desse estudo deve, sobretudo, priorizar ações que facilitem o acesso e a participação dos usuários aos serviços de saúde. Como um dos principais resultados esteve relacionado com a infraestrutura e acesso a locais públicos, mostrando-se como barreira para pessoas com algum nível de incapacidade, espera-se que haja investimento financeiro e educacional no que tange essa área. A tradução do conhecimento também será realizada, de modo a popularizar os achados sobre a funcionalidade, incapacidade e deficiência.

Como limitações do estudo, destacamos o caráter transversal e a representatividade da amostra que, apesar de apresentar um grande número de participantes, foi obtida através de amostragem intencional e não probabilística. Considerando a dificuldade operacional em trabalhar com a base cartográfica censitária atualizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em vista à realização do próximo Censo Demográfico, essa limitação impediu que fossem identificados todos os setores censitários, sobretudo a definição clara da situação urbana/rural, bem como das coordenadas associadas aos respectivos setores. Como trata-se de um estudo piloto, recomenda-se a aleatorização dos domicílios em futuros inquéritos regionais e nacionais.

CONCLUSÕES

As condições de saúde autorreferidas mais prevalentes no presente estudo foram hipertensão arterial

sistêmica e a ansiedade. Os fatores ambientais indicados como facilitadores foram principalmente relacionados aos locais frequentados, a residência e suporte social. Contudo, alguns ambientes externos ao domicílio foram vistos como barreiras, como é o caso de lojas, bancos e correios. Nesse contexto, torna-se interessante avaliar a infraestrutura e acessibilidade destes locais, observando

as principais necessidades da população e construindo políticas que respeitem o princípio da equidade. O relato de dores no corpo foi prevalente na população estudada, sendo também um importante subsídio para desenvolvimento de ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. A.; SANTOS, V. S. Desafios e estratégias na implementação de políticas públicas: um estudo abrangente e comparativo. **Ciências humanas**, v. 7, n. 127, 2023.

BUNDA, K.; BUSSERI, M. A. Lay theories of health, self-rated health, and health behavior intentions. **Journal of Health Psychology**, v. 24, n. 7, p. 979-988, 2019.

CASTRO-DE-ARAÚJO, L. F. S. *et al.* Multimorbidity worsened anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic in Brazil. **J Affect Disord.**, v. 1, n. 314, p. 86-93, 2022.

CECCON, R. F. *et al.* Aging and dependence in Brazil: sociodemographic and care characteristics of older adults and caregivers. **Cien Saude Colet.**, v. 26, n. 1, p. 17-26, 2021.

CHEN, M. Z.; LEE, L.; FELLINGHAUER, C. *et al.* Demographic and environmental factors associated with disability in India, Laos, and Tajikistan: a population-based cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 22, n. 607, 2022.

CIEZA, A.; SABARIEGO, C.; BICKENBACH, J. *et al.* Rethinking Disability. **BMC Med**, v. 16, n. 14, 2018.

DANTAS, D.S. *et al.* Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. **Fisioterapia em Movimento**, v. 33, e003321, 2020. ENGEL, G. L. A necessidade de um novo modelo médico: um desafio para a biomedicina. **Ciência**, v. 196, p. 129-36, 1977.

FERRER, Florencia. **Gestão pública eficiente**. Alta Books Editora, 2019.

GUNNELL, D. *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 468-471, 2020.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/santa-cruz/panorama>. Acesso em: 10 jan. 2024.

KAPILASHRAMI, A.; BHUI, K. Mental health and COVID-19: is the virus racist? **The British Journal of Psychiatry**, v. 217, n. 2, p. 405-407, 2020.

KARLSSON, E.; GUSTAFSSON, J. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core sets from 2001 to 2019 – a scoping review. **Disability and Rehabilitation**, v. 44, n. 14, p. 3736-3748, 2022.

KUSNANTO, H.; AGUSTIAN, D.; HILMANTO, D. Modelo biopsicossocial de doenças na atenção primária: uma revisão hermenêutica da literatura. **J Family Med Prim Care**, v. 7, n. 3, p. 497-500, 2018.

LEE, L.; MOU, F.; UM BOOCK, A.; FELLINGHAUER, C.; KOHLS, M.; CIEZA, A. *et al.* Identifying key environmental barriers experienced by persons with mild, moderate, or severe disability in Bankim Health District, Cameroon: a policy-targeted secondary analysis of data obtained with the World Bank and WHO model disability survey. **Arch Public Heal**, v. 79, n. 1, p. 1-11, 2021.

MALTA, D. C.; GONÇALVES, R. P. F.; MACHADO, I. E.; FREITAS, M. I. F.; AZEREDO, C.; SZWARCOWALD, C. L. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos. Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 21, E180021, 2018.

MAYO-WILSON, E.; MONTGOMERY, P.; DENNIS, J. A. Personal assistance for adults (19-64) with both physical and intellectual impairments. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. CD006860, 2008.

MENNI, C.; MANGINO, M.; ZHANG, F.; CLEMENT, G.; SNIEDER, H.; PADMANABHAN, S. *et al.* Heritability analyses show visit-to-visit blood pressure variability reflects different pathological phenotypes in younger and older adults: evidence from UK twins. **J Hypertens**, v. 31, n. 12, p. 2356-2361, 2013.

MODEL DISABILITY SURVEY OF AFGHANISTAN 2019. Format Analysis Source. **The Asia Foundation**, p. 1-199, 2020.

NASIRI, K.; AKSEER, N.; TASIC, H.; RAFIQZAD, H.; AKSEER, T. Disability types, determinants and healthcare utilisation amongst Afghan adults: a secondary analysis of the Model Disability Survey of Afghanistan. **BMJ Open**, v. 13, e062362, 2023.

SABARIEGO, C.; FELLINGHAUER, C.; LEE, L. *et al.* Measuring functioning and disability using household surveys: metric properties of the brief version of the WHO and World Bank model disability survey. **Arch Public Health**, v. 79, n. 1, p. 79-128, 2021.

SABARIEGO, C.; OBERHAUSER, C.; POSARAC, A. *et al.* Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection Approaches on Disability Rates. **Int J Environ Res Public Health**, v. 12, n. 9, p. 10329-10351, 2015.

STUCKI, G.; BICKENBACH, J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. **Eur J Phys Rehabil Med**, v. 53, n. 1, p. 134-138, 2017.

TOUGH, H.; SIEGRIST, J.; FEKETE, C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 17, p. 414, 2017. doi: 10.1186/s12889-017-4308-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Brief model disability survey: 2019 results for India, Lao People's Democratic Republic and Tajikistan**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Model Disability Survey General Results: Ziarat District, Balochistan Province, Pakistan**. Geneva: World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Research for universal health coverage: World health report**; Geneva, 2013.