

FERNANDA DE ASSIS DA COSTA FERREIRA

Avaliação da incapacidade de usuários de demanda espontânea em unidades do tipo tradicional e saúde da família no município de São Paulo

São Paulo
2021

FERNANDA DE ASSIS DA COSTA FERREIRA

Avaliação da incapacidade de usuários de demanda espontânea em unidades do tipo tradicional e saúde da família no município de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Basso Schmitt

São Paulo
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ferreira, Fernanda de Assis da Costa
Avaliação da incapacidade de usuários de demanda espontânea em unidades do tipo tradicional e saúde da família no município de São Paulo / Fernanda de Assis da Costa Ferreira. -- São Paulo, 2021.
Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências da Reabilitação.
Orientadora: Ana Carolina Basso Schmitt.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Avaliação da deficiência 3.Dor musculoesquelética 4.Saúde da família 5.Centros de saúde 6.Continuidade da assistência ao paciente

USP/FM/DBD-409/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: FERREIRA, Fernanda de Assis da Costa

Título: Avaliação da incapacidade de usuários de demanda espontânea em unidades do tipo tradicional e saúde da família no município de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

A minha mãe pela inspiração e pelo incentivo em trilhar esta jornada.

Ao meu pai, que sempre foi um exemplo pra mim, de trabalho e de foco no que acredita.

Ao meu irmão por todo o apoio.

In memoriam do meu querido avô Odilon.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Basso Schmitt por toda a orientação durante este processo de aprendizado, que desde a residência multiprofissional, tem sido a minha principal fonte de inspiração. Obrigada pela paciência e obrigada por todo o apoio.

Agradeço também a Prof.^a Dr.^a Raquel Casarotto, minha incrível mestre, pessoa pela qual tenho grande estima e admiração.

A minha colega Ângela, que percorreu comigo a trajetória da coleta de dados da pesquisa. Foi gratificante ter você como parceira de trabalho.

Aos Prof. Dr. Shamy e Tiotefris por todo o apoio, por terem sido bastante solícitos as minhas dúvidas. Obrigada por me ajudarem a enxergar vários aspectos da minha pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho da prefeitura de Carapicuíba, que durante todo este percurso do mestrado, sempre me deram um incentivo moral. Obrigada meninas.

Agradeço por fim, aos profissionais das unidades de coleta e claro, as pessoas que se disponibilizaram a responder a pesquisa, sem vocês nada disso seria possível. Obrigado a todos que colaboraram direta ou indiretamente na realização deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

EPÍGRAFE

“Não menospreze o dever
Que a consciência te impõe
Não deixe pra depois
Valorize a vida”

Charlie Brown Jr.

RESUMO

Ferreira FAC. *Avaliação da incapacidade de usuários de demanda espontânea em unidades do tipo tradicional e saúde da família no município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

Introdução: Um dos maiores desafios atuais para a Atenção Primária à Saúde (APS) é o fenômeno do envelhecimento demográfico da população, que favoreceu o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e incapacidades na população geral, além de elevar a demanda por serviços de saúde. **Objetivo:** Avaliar a incapacidade dos usuários de demanda espontânea da APS a partir da relação com o tipo de arranjo organizacional assistencial, fatores sociodemográficos, dor musculoesquelética e suas características. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, foram entrevistados indivíduos selecionados a partir da busca por demanda espontânea em dois tipos de arranjo organizacional da APS, o tradicional e a saúde da família. Foram investigadas a incapacidade pelo questionário World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 versão 36 itens que possui seis domínios: Cognição, Mobilidade, Auto-cuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida e Participação. Os usuários também foram questionados sobre a presença de dor musculoesquelética e as características de intensidade, frequência, duração, número de locais e regiões de dor. Medidas de associação entre preditores e a incapacidade foram feitas com testes estatísticos não paramétricos, foram apresentados modelos de regressão não paramétrica multivariada na população geral e específica de dor no estudo. **Resultados:** 6,0% da amostra geral tinha nível grave de incapacidade, sendo o domínio Participação o mais prejudicado na amostra (mediana=25,0; IIQ=8,3-41,7). Usuários do arranjo tradicional tiveram mais incapacidade autorrelatada do que os usuários da saúde da família ($p < 0.001$). Em geral, menos anos de vida e menor quintil de renda per capita se associaram a maior incapacidade. A dor mais intensa e em maior número de locais aumentaram o escore de incapacidade em 1,8(IC_{95%}=1,0-2,6) e 6,3(IC_{95%}=0,1-12,2) pontos respectivamente. **Conclusão:** Verificou-se que os usuários que tinham mais incapacidade buscaram por demanda espontânea unidades do tipo tradicional, tinham menor renda per capita, apresentavam dor musculoesquelética de pior intensidade e em maior número de locais.

Descritores: Atenção primária à saúde; Avaliação da deficiência; Dor musculoesquelética; Saúde da família; Centros de saúde; Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

Ferreira FAC. *Assessment of disability of spontaneous demand users in traditional and Family health units in the city of São Paulo* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

Background: One of the biggest current challenges for Primary Health Care (PHC) is the phenomenon of population aging, which favored the increase in the occurrence of chronic-degenerative diseases and disabilities in the general population, in addition to increasing the demand for health services. **Objective:** Assess the disability of spontaneous demand users for PHC based on the relationship with the type of organizational care arrangement, sociodemographic factors, musculoskeletal pain and its characteristics. **Methods:** This is a cross-sectional study, interviewing individuals selected from the search for spontaneous demand in two types of organizational arrangement of PHC, traditional and Family health. Disability was investigated using the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 questionnaire 36-item version that have six domains: Cognition, Mobility, Self-care, Getting along, Life activities and Participation. Users were also asked about the presence of musculoskeletal pain and characteristics of intensity, frequency, duration, number sites and regions of pain. Measures of association between predictors and disability were performed with non-parametric statistical tests, multivariate non-parametric regression models were presented in the general and specific pain population of the study. **Results:** 6,0% of the overall sample had severe level of disability, with the Participation domain being the most affected in the sample (median=25,0; IQR=8,3-41,7). Traditional arrangement users had more self-reported disability than family health users ($p<0.001$). In general, fewer years of life and a smaller per capita income quintile were associated with greater disability. The most intense pain and in the greatest number of sites increased the disability score by 1,8 ($CI_{95\%}=1,0-2,6$) and 6,3 ($CI_{95\%}=0,1-12,2$) points, respectively. **Conclusion:** It was found that users who had more disabilities sought traditional units by spontaneous demand, they had lower per capita income, had musculoskeletal pain of worse intensity and in a greater number of sites.

Descriptors: Primary health care; Disability evaluation; Musculoskeletal pain; Family health; Health centers; Continuity of patient care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Biopsicossocial proposto pela CIF	29
Figura 2. Tipos de arranjos organizativos da APS.....	40
Figura 3. Fluxograma da coleta por unidades da APS.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas e clínica e análise bivariada dos usuários de demanda espontânea de acordo com a incapacidade (n=668).....	48
Tabela 2. Descrição das características sociodemográficas e clínica e análise bivariada nos indivíduos com presença de dor musculoesquelética de acordo com a incapacidade (n=394).....	50
Tabela 3. Associação entre os domínios de incapacidade do WHODAS 2.0 com o tipo de arranjo organizativo tradicional e saúde da família.....	53
Tabela 4. Associação entre os domínios de incapacidade do WHODAS 2.0 com a dor musculoesquelética.....	54
Tabela 5. Estimativa de regressão não paramétrica multivariada entre a incapacidade e as características sociodemográficas e clínica (n=668).....	55
Tabela 6. Estimativas de regressão não paramétrica multivariada entre as variáveis de incapacidade e das características da dor, ajustados pelo tipo de cuidado assistencial, idade, renda per capita, trabalho e religião (n=394).....	59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSEB	Centro de Saúde Escola Butantã (Samuel Banrsley Pessoa)
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EVA	Escala Visual Analógica
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GAF	Avaliação Global do Funcionamento
GAS	Escala de Avaliação Global
HSRS	Health-Sickness Rating Scale
IASP	International Association for the Study of Pain
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
ICIDH	International Classification of Impairment, Disabilities and

	Handicaps
IIQ	Intervalo Interquartil
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
NLTCS	National Long Term Care Survey
OMS	Organização Mundial da Saúde
<i>P</i>	<i>Nível de significância</i>
PLPR	Programa de Levantamento dos Problemas relacionados a Reabilitação
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
VIF	Variance Inflation Factor
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule

SÚMARIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Atenção primária à saúde	16
1.2. Modelos assistenciais e os tipos de arranjos organizativos da APS	20
1.3. Contextualização da incapacidade	23
1.4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)	28
1.5. A incapacidade na dor musculoesquelética	33
1.6. A incapacidade na atenção primária à saúde	35
1.7. Hipótese	37
2. OBJETIVO	38
2.1. Objetivos específicos	38
3. MATERIAL E MÉTODOS	39
3.1. Desenho do estudo	39
3.2. Procedimento de campo	41
3.3. Amostra	41
3.4. Instrumentos da coleta de dados	42
3.5. Variáveis do estudo	43
3.6. Análise de dados	44
4. RESULTADOS	46
5. DISCUSSÃO	60
6. CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A	119
APÊNDICE B	121
APÊNDICE C	123
APÊNDICE D	128
ANEXO A	135
ANEXO B	138
ANEXO C	142

1. INTRODUÇÃO

A funcionalidade é influenciada tanto pelas condições de saúde, especialmente as crônicas, quanto pelos fatores contextuais, como as barreiras ambientais de diferentes aspectos, sejam elas físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais e entre outras^{1,2}. A partir de uma discussão técnica, é possível considerar a funcionalidade como um estado de bem-estar individual e coletivo que quando desempenhado em todas as fases do ciclo de vida, irá permitir a qualidade de vida e autonomia dos sujeitos para o pleno exercício das atividades e participação social³.

Mudanças no perfil de adoecimento da população têm resultado em aumento do prejuízo na funcionalidade dos indivíduos (incapacidade¹). No Brasil, as mudanças epidemiológicas são tidas pela redução das doenças infecto-parasitárias e pelo aumento das doenças crônicas e da expectativa de vida, juntamente com o crescimento da industrialização e urbanização. Este cenário proporcionou a ocorrência de novos problemas de saúde, como as doenças ocupacionais e aquelas relacionadas às causas externas⁴.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Deficiência, 15% das pessoas em todo o mundo vivem com incapacidade, incluindo de 2% a 4% com problemas graves em sua funcionalidade⁵. Só na União Europeia, aproximadamente 44 milhões de pessoas com idades entre 15 a 64 anos têm alguma forma de incapacidade^{6,7}. Já nos países de baixa renda, a prevalência teve uma ampla variação, entre 7,6% a 66,4% entre os indivíduos acima de 50 anos⁸.

No Brasil, os suplementos de saúde da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) vieram suprir em parte a demanda por dados de prevalências de doenças crônicas, percepção do estado de saúde e limitações nas atividades⁹. Segundo os dados de 2013, as doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes e depressão tiveram prevalências no Brasil de 21,4%, 6,2% e 7,6% respectivamente, sendo responsáveis por gerar incapacidades e alto grau de limitação nas atividades de trabalho e no lazer das pessoas¹⁰. Dados de 2019 estimaram 17,3 milhões de pessoas acima ou igual a 2 anos de idade com alguma deficiência relacionada a pelo

¹ Incapacidade é um termo abrangente para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Ela denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais). OMS (2001)¹¹.

menos uma das funções do corpo e naqueles com 60 anos ou mais de idade, 9,5% (ou 3,3 milhões) apresentavam limitações para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), como vestir-se e tomar banho¹².

As condições de saúde estão relacionadas à funcionalidade dos indivíduos, de modo que a combinação de múltiplas doenças crônicas culminou no aumento significativo das demandas aos serviços de saúde, especialmente os de natureza pública¹³. Neste sentido, a multimorbidade por si só, é um fator predominantemente associado a incapacidade^{14,15,16}. Condições mais comuns incluem as doenças circulatórias, síndromes de dor na coluna, doenças degenerativas articulares e doenças reumáticas¹⁷. Trazendo uma característica multifatorial e complexa que desafia os serviços de saúde a buscar soluções de manejo.

É provável que na medida em que os países de baixa e média renda continuem o processo de transição socioeconômica, epidemiológica e demográfica, a manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida dos indivíduos se torne cada vez mais o foco principal, implicando para que os governos atuem no desenvolvimento de sistemas de saúde e cuidados de longo prazo de forma responsiva para estas demandas de saúde¹⁸.

Dados do Global Burden Disease Study (2010)¹⁹ mostraram que, embora a expectativa média de vida tenha aumentado entre 1990 e 2010, a expectativa média de vida saudável aumentou mais lentamente em comparação, e relativamente pouco progresso foi observado na redução do efeito geral das doenças crônicas. Neste sentido, um importante objetivo do Plano de Ação Global para a Deficiência da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi sugerir formas de buscar uma vida saudável e de bem-estar, incluindo estratégias que reduzissem as desigualdades dentro dos países, a fim de melhorar o acesso à serviços e programas de saúde para pessoas com incapacidades²⁰.

As ações precoces devem ser entendidas como exigências aos esforços que garantem que os anos extras sejam vividos com boa saúde, para isso, é necessário reunir informações da funcionalidade através de indicadores aos provedores e gestores em saúde^{21,22}. Isto por que, alguns modelos vigentes de atenção à saúde, como do idoso ou das pessoas com deficiência, são de alto custo e, em alguns aspectos, não se apresentam totalmente eficientes, demandando estratégias complexas de prevenção e equipamentos de saúde destinados à manutenção ou recuperação da saúde de uma população que é mais envelhecida e/ou possui mais comorbidades³. Neste sentido, é fundamental identificar os fatores sensíveis à funcionalidade que podem ser usados para triar aqueles com maior risco de incapacidade

grave, e definir que os recursos limitados disponíveis sejam priorizados para estes indivíduos em termos de cuidados preventivos, reabilitadores e paliativos¹⁶.

Além disso, é importante pontuar os vários fatores que podem afetar o processo que envolve a funcionalidade e que se ajustam às condições de saúde do indivíduo, como aspectos da personalidade, do ambiente e os recursos aos quais os indivíduos têm acesso¹⁶. Diante disto, as ações de saúde pública encontraram a necessidade de permear outras dimensões do estado de saúde, como o contexto social dos determinantes de saúde, não somente as questões de morbidade e as condições de qualidade de vida da população²¹.

A identificação precoce dos problemas (danos e riscos) de saúde de uma população é o ponto primordial para alcançar as ações de saúde e funcionalidade, partindo da concepção de que o processo de reabilitação se inicia pelo reconhecimento das dificuldades e necessidades que demandam o cuidado à saúde^{3,13}. Equivocadamente, o entendimento sobre a reabilitação para muitos profissionais, remete a um tipo de atenção altamente especializada. No entanto, é necessário romper com este paradigma, principalmente no que se refere a encaminhamentos para serviços especializados sem avaliar propriamente as demandas, quando os aspectos da funcionalidade já poderiam ser iniciados nos cuidados básicos de saúde²³.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível assistencial preferencial e fundamental para organizar o fluxo dos usuários com incapacidades entre serviços, visto o seu papel na coordenação do cuidado e como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Diante desse contexto, os diferentes tipos assistenciais da APS, que são arranjos com o propósito de intervir sobre tais demandas, podem orientar o modo como são produzidas as ações assistenciais²⁴. É reconhecida a potencialidade da APS em resolver aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população²⁵.

1.1. Atenção primária à saúde

A conceitualização da APS tem sido usada instintivamente na literatura, embora derive de diversos contextos. Historicamente, a atenção primária foi formulada no Reino Unido em 1920 pelo Relatório Dawson que atribuiu à ideia de regionalização dos serviços de saúde. Desde então, o conceito evoluiu e atingiu seu potencial com o estabelecimento do modelo britânico National Health Service (NHS) após a Segunda Guerra Mundial^{26,27}.

Foi somente em 1978 que este conceito foi instituído como um consenso mundial, pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma-Ata. Naquele momento, a OMS empenhou-se em destacar e difundir: a integração dos serviços locais num sistema nacional, participação social, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social²⁸.

Tais propostas foram suficientemente conhecidas e transmitidas com intuito de enfrentamento de situações de crise e emergência, como aquelas devido ao crescimento das periferias urbanas, entre outros problemas instalados de forma acumulada em países em desenvolvimento. Embasado neste discurso, no Brasil da década de 70, o desenvolvimento da APS se destacou a partir da participação dos municípios no movimento de Reforma Sanitária e com as primeiras experiências de medicina comunitária²⁹.

Influenciada pelo cenário de efervescência política e democrática. Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que reforçava os debates sobre a garantia do acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde e a universalização. Os desdobramentos desta conferência repercutiram fortemente no discurso político-ideológico dos atores no campo da saúde no Brasil. Sendo um marco importante para propagação de uma efetiva Reforma Sanitária³⁰. Surgiram então, neste período, propostas que buscavam romper com antigos paradigmas, alertando para a importância da subjetividade dos usuários e coletivos de trabalho, e fazendo críticas contundentes a excessiva racionalização tecnoburocrática do sistema de saúde vigente^{31,32,33}. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi influenciado por este campo ideológico contemporâneo e transformador, tendo incorporado esses princípios e reconhecido que é a partir dos valores e demandas da APS, que o planejamento de suas ações deveria ser embasado^{25,28}.

A APS é, portanto, definida no Brasil como preferencialmente “o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades[...]”³⁴.

Desta forma, a APS é organizada para proporcionar a otimização de recursos, tanto básicos como especializados, que possa manter o vínculo e a responsabilização pelas necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade³⁵. No entanto, apesar de

representar um inquestionável avanço no plano legal, ainda se encontram muitos desafios atuais para a sua efetivação²⁵. Uma problemática recorrente é o constructo do cuidado longitudinal e abrangente que possa superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde.

Define-se longitudinalidade, o estabelecimento da relação terapêutica duradoura entre usuário e os/as profissionais/equipes/serviços de saúde, que ocorre quando as experiências do paciente estão vinculadas, dependentes, especialmente, da frequência de contato com a fonte regular de cuidado^{36,37}. A continuidade do atendimento é considerada essencial para o atendimento de alta qualidade ao paciente³⁸. Neste sentido, é necessário considerar a perspectiva do paciente ao investigar aspectos da continuidade do cuidado na prestação de serviços de reabilitação³⁹.

Neste contexto, o papel do profissional atuante na APS seria o de compreender a complexidade dos processos no qual está inserido, acerca da grande variabilidade das condições de saúde e das diferentes percepções dos usuários, suas características e contextos, e junto à equipe interdisciplinar, a de propor estratégias que assegurem o cuidado em uma sucessão ininterrupta de eventos. Este é um mecanismo inerente à coordenação, que juntamente com a integralidade e o acesso, compõem os atributos essenciais da APS⁴⁰.

Estudos anteriores relataram que a continuidade do atendimento está associada com a redução das hospitalizações⁴¹, com tempo reduzido nas taxas de readmissão hospitalar⁴² e com a diminuição dos custos e complicações de saúde⁴³. O estudo de Maarsingh et al. (2016)⁴⁴ apontou que a baixa continuidade do cuidado na prática geral da APS está associada a um maior risco de mortalidade em idosos, os autores reforçam que há uma grande complexidade dos fatores envolvidos neste cenário, que dificulta a delimitação da longitudinalidade, seja no nível do paciente, do profissional ou do sistema de saúde. Alguns estudos, preferencialmente, investigaram a continuidade a partir das perspectivas dos usuários, justamente pela lógica do cuidado centrado nas demandas dos indivíduos, através do conceito vinculado à familiaridade com o profissional/equipe/serviço de saúde^{45,46,47}.

Desta forma, as atuações das equipes que se movem no mesmo sentido com objetivos compartilhados, influenciam positivamente a qualidade do atendimento ao usuário, e possibilitam estabelecer o fluxo da assistência nos diferentes níveis de atenção, correspondente à integralidade do cuidado. Neste sentido, a troca de informações em saúde

deve ser otimizada, requerendo o uso de avaliações integradas e condizentes com o modelo conceitual adotado⁴⁸.

Por vezes, o alcance da integralidade em saúde esbarra em questões relacionadas ao acesso⁴⁹. As diferenças socioeconômicas entre os grupos populacionais associadas a uma complexidade dos contextos urbanos podem comprometer a equidade no acesso aos serviços de saúde⁵⁰. Segundo a perspectiva biomédica, o acesso é conceituado como dependente da acessibilidade física dos equipamentos de saúde, está relacionada à liberdade que o indivíduo tem em escolher o serviço de saúde⁵¹. No sentido mais ampliado, Souza et al. (2008)⁵² avaliam o acesso como um agente qualificador da atenção à saúde, atribuindo-lhe uma inter-relação com a resolubilidade das demandas de saúde, sobretudo no contexto de expansão e reestruturação da APS.

Algumas barreiras de acesso estão relacionadas a fatores culturais que o sistema de saúde e outros sistemas sociais não conseguem atender conforme as necessidades dos grupos mais vulneráveis⁵⁰. Desta forma, um ponto prioritário de cuidado na APS diz respeito ao acolhimento da demanda espontânea², com a devida responsabilização da clientela e do seu território. Neste sentido, o conceito de acesso deve ser ainda mais abrangente, ao ponto de poder incorporar os resultados dos cuidados recebidos e não somente a questão da entrada nos serviços, apoiando a discussão da justiça social e da equidade. O contrário disto, seria um enquadramento da demanda dos usuários, iniquidades e a quebra da longitudinalidade da assistência^{25,53}.

Considerando a diversidade no cenário assistencial da APS, é importante destacar o permanente processo de construção e enfrentamento, não só da APS, mas do SUS como um todo e que por conta disso, APS nunca teve regra clara e definitiva para a provisão de acesso oportuno, em escala nacional ou em contextos locais. Ainda assim, como será argumentado no próximo tópico, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem se consolidado como o arranjo organizacional que mais se aproxima do ideário que atenda o prescrito no arcabouço legal⁵⁴.

²Demanda espontânea é definida pela busca por cuidado para uma condição de saúde não programada nos equipamentos de saúde^{53,55}.

1.2. Modelos assistenciais e os tipos de arranjos organizativos da APS

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como diferentes combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas em intervenções dos diferentes problemas e necessidades sociais de saúde⁵⁶.

Se tratando de contexto histórico, foram identificados alguns importantes modelos assistenciais no Brasil a partir do século XIX e XX. O primeiro destes, o modelo biomédico, associava a doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica⁵⁷. O segundo, o modelo sanitário campanhista, foi um marco para saúde pública, baseava-se em campanhas sanitárias para combater as mais importantes epidemias. Já o modelo médico assistencial privatista, apoiou-se na concepção de saúde como uma mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população. E por fim, o modelo atual, ainda em construção, que busca resgatar os ideários da VIII CNS, de 1986, e do SUS, de 1990^{49,58,59}.

Atualmente, é bem estabelecido que os sistemas de saúde que estruturam seus modelos com base na APS, de modo a coordenar o cuidado do usuário, têm resultados sanitários melhores. Mendes (2011)⁶⁰ argumenta que os modelos assistenciais de saúde são como “sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS”, devendo seus componentes articularem, de forma singular, com as situações demográficas, epidemiológicas e sociais, no intuito de investigar danos e riscos à saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Sobre a lógica organizacional, Malta et al. (2004)⁶¹ acrescentam a necessidade de discutir tais modelos, através do mapeamento da integralidade da assistência por linhas de cuidado, no que chamou de “processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica indutora de consumo”, se referindo, sobretudo, aos recentes avanços da saúde suplementar.

Os esforços estratégicos para alcançar a integralidade nas diversas dimensões do cuidado em saúde, se iniciaram com a definição da APS como a principal estratégia para coordenar a rede de serviços de saúde. Tais esforços foram direcionados para ampliar o acesso e reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde. Baseando-se nos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social⁶².

Diante deste novo paradigma de atenção à saúde pautado no modelo assistencial da APS, é preciso classificar as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) como modalidades estruturantes desta formulação, neste sentido, no presente estudo, serão entendidas conforme os seus diferentes tipos organizativos, nomeadas de *arranjos organizacionais da APS*. Isto porque existem formas de organização inseridas na APS que seguem lógicas distintas na maneira como planejam, lidam e se articulam e no entendimento e acompanhamento da saúde da população em seu território. Sendo importante para discussão do processo em saúde, a identificação e reconhecimento destas diferentes concepções arquitetônicas e das formas de organização do trabalho⁶³.

O tipo de arranjo organizativo saúde da família é entendido conforme o seu embasamento na ESF, visa atender ao prescrito na constituição de 1988 e aos princípios do SUS, no entanto, é na dimensão político-operacional, ou seja, no plano das práticas de atenção, que se encontra o grande desafio, que é o de priorizar as ações de prevenção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, sem prejuízo das ações assistenciais^{49,64}.

A partir de 1994, com a formulação da ESF, se constituiu uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também da busca pela implementação dos princípios do SUS, sendo o principal eixo de sustentação do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na APS⁴⁹. Além disso, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde, Portaria GM nº154/2008, ampliou-se ainda mais as ações na APS com uma atuação mais próxima às comunidades e famílias através do apoio às equipes da ESF⁶⁵.

Nesta modalidade, cada equipe é constituída por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, sendo responsável por 2000 a 3500 habitantes⁶⁶. Em junho de 2020, existiam 47.725 equipes da ESF em todo o país, distribuídas em cerca de 42,8 mil UBS, atendendo aproximadamente 65% da população brasileira⁶⁷. Com base no conhecimento do seu território de abrangência, as equipes prestam assistência integral às famílias e identificam as vulnerabilidades e os determinantes do processo saúde-doença com ações educativas e intersetoriais que reforçam a característica perene de longitudinalidade dos usuários com o SUS⁶³.

Considerando os vários aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde, compreende-se que um único tipo cuidado assistencial enfocará apenas em questões

parciais de todo este processo. Desta forma, o tipo ESF convive com outras modalidades que integram os cuidados primários à saúde⁶⁸.

Uma destas é a modalidade mista, que é definida como a junção de diferentes modalidades de assistência, podendo articular algumas das principais características organizacionais de modalidades como a ESF e tradicional, por exemplo, em uma única unidade da APS^{69,70}.

O arranjo tradicional é entendido, neste estudo, como aquele cujas unidades não estão embasadas nos conceitos da ESF. A mais reconhecida pela representação de posto ou centro de saúde é a unidade do tipo tradicional. Esta coincide com o modelo hegemônico biomédico, concentrando a assistência à saúde na figura do médico generalista, além da equipe de enfermagem e odontologia. Os profissionais não possuem uma formação específica em saúde da família e atendem a população exclusivamente por agendamento de consultas após demanda espontânea, dada ênfase em consultas da tríade: clínico, ginecologista e pediatra⁶⁹.

Outro exemplo é o tipo programático, que compreende a utilização de programas como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde. Esta modalidade tem como ponto de partida, a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demandam os serviços das UBSs. Inicialmente voltadas para a atenção a doenças infectocontagiosas e parasitárias, foi regulando-se na medida em que se teve uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, com perspectiva crítica do enfoque epidemiológico. Em decorrência disto, adquiriu outros formatos, tais como programas voltados para a saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso, das doenças sexualmente transmissíveis, etc²⁴. Teve um importante papel a partir da década de 1970, a partir da Reforma Sanitária, quando foi implantada efetivamente o Centro de Saúde Samuel Banrsley Pessoa (CSEB) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), incorporando as ações programáticas em saúde nos serviços, aliadas a pesquisa e docência⁷¹.

Já a UBS integral é um conceito recente que busca o resgate do papel essencial das unidades da APS como organizadoras do cuidado. Tem como objetivos e premissas, a ampliação do acesso com qualidade e a oferta de um atendimento integral, de forma a ser mais resolutivo e humanizado. Seu diferencial é uma maior flexibilização para facilitar o acesso, através do acolhimento da demanda do não agendado e a ampliação do horário de atendimento. Busca dar respostas adequadas, em tempo oportuno, com encaminhamento

qualificado para outros pontos de atenção⁷². Discute-se a importância da ampliação do horário de funcionamento das UBSs como meio de melhorar o acesso aos serviços de saúde. Em teoria, as unidades do tipo integral poderiam acomodar as necessidades daqueles que não dispõem do horário comercial para buscar os serviços de saúde. Uma maior flexibilidade dos prestadores de cuidados de saúde em renunciar alguns dos procedimentos burocráticos em favor da qualificação do atendimento, também é um pressuposto importante desta modalidade⁷³.

A opção por determinado arranjo organizacional de atenção à saúde, deve levar em consideração os determinantes dos reais problemas de saúde de uma população. Cabe articular concepções, propostas e estratégias para a construção de um modelo integral que visa superar o modelo médico assistencial privatista, ao mesmo tempo em que resgata as dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado à saúde dos indivíduos e da comunidade^{56,68}. Desta forma, baseados no modelo assistencial da APS, os serviços podem desempenhar o papel fundamental de orientar e fundamentar projetos terapêuticos de maior eficácia sobre as condições de saúde, especialmente os voltados para às crônicas, das quais frequentemente cursam com a presença de dor e incapacidade⁷⁴.

1.3. Contextualização da incapacidade

Após a explanação dos modelos pela lógica assistencial, é importante discutir os modelos de saúde pela concepção do seu sentido sociológico, no que se refere a deficiência e a incapacidade. O modelo biomédico foi a referência inaugural para interpretações em relação à deficiência decorrente da doutrina cartesiana, e no caso da incapacidade, a lógica deste modelo indicaria que o corpo deveria ser objeto de intervenções até retomar suas funções com base em critérios de normalidade⁷⁵. Por outro lado, no modelo social de saúde, a deficiência tem sido definida como o resultado da interação das pessoas com o meio social, na forma de desvantagem, resultante da relação do corpo com lesões com a sociedade. Nessa ótica, tornar os ambientes sociais inclusivos, permitiria condições de melhoria da qualidade de vida das pessoas^{76,77}. Já na abordagem do modelo biopsicossocial, a deficiência não é mais o principal foco para a compreensão da funcionalidade e incapacidade, de modo que são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais)¹¹.

Por muito tempo, a deficiência foi compreendida com base no modelo biomédico hegemônico. Nagi (1991)⁷⁸ propôs um modelo com uma estrutura explicativa para o processo de incapacidade, sendo posteriormente modificada por Verbrugge e Jette (1994)⁷⁹, segundo este modelo, as doenças ou lesões (patologias) resultam em disfunções dos sistemas do corpo (deficiências) levando à incapacidade de realizar funções físicas e cognitivas básicas (limitações funcionais) que alteram a capacidade do indivíduo de atender às demandas de seu ambiente (incapacidade).

No intuito de atender à necessidade de aprofundamento sobre as consequências das doenças, a OMS, em 1976, publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH)⁸⁰. O documento simbolizava a dinâmica envolvida no modelo biomédico, definindo as terminologias “deficiência”, “incapacidade” e “desvantagem” (“impairment”, “disability” e “handicap”, respectivamente)⁸¹.

A divulgação dos conceitos de deficiência e incapacidade feitas pela ICIDH naquele período, trouxeram um entendimento da deficiência como algo inerente ao domínio do corpo e a principal casualidade das desvantagens sociais⁸¹. Após extenso debate acadêmico para compreensão da deficiência e suas implicações, o modelo social surgiu como forma de aprimorar as discussões sobre o tema, visto que a lógica da ICIDH foi muito criticada pela comunidade de acadêmicos e defensores da abordagem social, por focar na doença e tê-la como ponto de partida para a interpretação da deficiência, ignorando o papel das estruturas sociais em sua opressão e marginalização^{82,83}.

Após o estabelecimento dos conceitos do modelo social, foi percebido que não havia mais espaço exclusivo para um único modelo (biomédico ou social), uma vez que eles se restringiam a apenas um componente da funcionalidade (o corpo doente ou a sociedade)⁸⁴. Com a publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹¹ em 2001, foi realizada uma revisão da ênfase dada às restrições físicas pelo modelo biomédico, permitindo um debate sobre a limitação do uso do vocábulo “deficiência” e reforçando uma mudança para uma abordagem multifatorial que também assumisse um sentido sociológico e político^{82,85}.

Atualmente, a terminologia amplamente aceita é a da CIF em que “disability”, traduzida para o português “incapacidade”, é relacionada aos aspectos negativos da interação entre um indivíduo e os fatores contextuais deste indivíduo, assim como descrita no modelo biopsicossocial¹¹. Com base na CIF, também há uma proposta de definição da qual

incapacidade é “uma dificuldade de funcionamento no corpo, na pessoa ou na sociedade, em um ou mais domínios da vida, vivenciada por um indivíduo com uma condição de saúde em interação com fatores contextuais”⁸⁶. A incapacidade não é uma condição estável, os indivíduos podem progredir para um estado mais crítico relacionado ao seu nível de gravidade sendo um processo complexo que vai além das limitações físicas¹⁵.

Não obstante, a definição dos termos “incapacidade” e “deficiência” ainda têm sido objeto de inúmeras discussões sobre o tema em sua construção teórica. Em 2002 foi instituído a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002)⁸⁷ que enfatizou o entendimento da deficiência à luz da CIF como parte ou expressão de uma condição de saúde, não indicando necessariamente que o indivíduo deva ser considerado doente. Além disto, com as definições estabelecidas pela Lei Brasileira de Inclusão (13.146 de julho de 2015)⁸⁸, a pessoa com deficiência foi considerada aquela cujo o impedimento está em constante interação com uma ou mais barreiras que podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

O conteúdo cultural da palavra “disability” tem impacto no modo como as mensagens são comunicadas e percebidas⁸⁹. Diniz, Medeiros, Squinca (2007)⁸⁵ propuseram uma mudança no sentido da terminologia do inglês “disability” para o português “deficiência” ao invés de “incapacidade”. Segundo os autores, a tradução para o português, ignorou os fundamentos teóricos da CIF pois a categoria-chave do documento é a deficiência e não a incapacidade, neste sentido, “disability” e “deficiência” são expressões com objetivos de crítica à hegemonia biomédica de campo. Já para Martins e Cordeiro (2015)⁸⁹, o termo “incapacidade” é um conceito mais abrangente do que “deficiência” e está intrinsecamente associada ao desempenho e capacidade, assentando numa definição ao nível da pessoa influenciada pelo ambiente, seja no nível individual ou social. Kuhnen (2017)⁹⁰ argumentou sobre os riscos de se usar o conceito de deficiência de forma abstrata, dicotomizada e polarizada em documentos legais e que isso poderia ter repercussão na integração social como forma de compreender o normal e o patológico.

Pereira (2007)⁹¹ fez uma crítica a formulação exteriorizada dos parâmetros “perdas”, “restrições” e “dificuldades” em decorrência da deficiência. Para o autor, o resultado ou desempenho de determinado ato realizado por um indivíduo que tenha um comprometimento físico estará intimamente atrelado a uma comparação com o ato que é legitimado “normal” feito por alguém que não tenha o mesmo comprometimento. Nesta

lógica, os profissionais da assistência muitas vezes não percebem ou subestimam as deficiências relatadas por seus pacientes e que isso é agravado devido à ausência de inquéritos rotineiros centrados na percepção dos usuários⁹².

Sobre isso, os instrumentos de avaliação assumem papel relevante para a identificação e definição da incapacidade. De modo geral, a avaliação funcional pode ser realizada usando medidas autorreferidas e/ou medidas baseadas em testes que avaliam a capacidade³. Os primeiros, captam a percepção do indivíduo sobre sua incapacidade ao realizar uma série de atividades em seu dia a dia. Os últimos, analisam o quão bem as pessoas podem executar uma tarefa e geralmente envolvem a conclusão ou o tempo de atividades básicas de força, equilíbrio ou mobilidade⁹³. Historicamente, a maioria das ferramentas de avaliação é baseada em modelos médicos que avaliam a capacidade^{11,94}.

Uma desvantagem comumente relatada sobre ferramentas de avaliação de capacidade é que as atividades não refletem necessariamente aspectos relevantes da funcionalidade, como são realizados em ambientes controlados, podem não corresponder às demandas da vida real do paciente⁹⁵. Sendo assim, tais ferramentas detectam apenas a sintomatologia e a gravidade da doença⁹⁶.

E se tratando de melhor compreender a incapacidade, fica mais plausível o seu entendimento no modo intrínseco, através da avaliação do desempenho⁴ e pelas respostas diretas do próprio indivíduo sobre suas adversidades, valorizando a participação da pessoa com deficiência em seu contexto cultural e social⁹⁷. Desta forma, as impressões do indivíduo sobre suas dificuldades, fornecerá uma imagem abrangente, não apenas de “o que” os pacientes podem e não podem fazer, mas também de “como” estas dificuldades estão relacionadas ao contexto, podendo ser apreendidas através de entrevistas, questionários, ou outros instrumentos^{95,98}.

A percepção do indivíduo sobre sua condição de saúde é tão ou mais importante do que avaliação exteriorizada por medidas de avaliação da capacidade. Isto porque a incapacidade é multifatorial e multidimensional, produzindo uma interação dinâmica variável conforme o ambiente, local e pessoa^{99,100}. A exemplo disso, os impactos do envelhecimento na

³ Avaliação da capacidade descreve o que uma pessoa faz em uma situação em que o efeito do contexto está ausente ou é irrelevante (como em um contexto padronizado de avaliação). OMS (2013)¹⁰¹.

⁴ Avaliação do desempenho é como uma pessoa faz suas atividades em seu ambiente habitual. OMS (2013)¹⁰¹

incapacidade não podem ser considerados os mesmos em todos os gêneros e contextos socioculturais e espaciais¹⁸.

Uma série de outros fatores, podem contribuir para as diferenças na identificação da incapacidade, como a obesidade, tabagismo, uso de álcool e a carga das doenças crônicas¹⁸. Tais condições podem impactar a qualidade de vida do sujeito, porém é importante não direcionar a condição de saúde à incapacidade exclusivamente, como propunha o antigo modelo da ICIDH. Duas pessoas com a mesma deficiência podem ter qualidades de vida diferentes com base em suas autopercepções de dificuldade e com base nos fatores sociais e ambientais em que vivem^{102,103}.

Diante do exposto, sobre a ampla diversidade envolvendo a incapacidade, uma análise dos principais estudos indicou os fatores que mais se associaram com a incapacidade. Aponta-se que: Há uma relação da incapacidade com qualidade de vida, e que isto depende de vários fatores como morar sozinho, inatividade física e social^{2,7,18,103,104,105}. A incapacidade está também associada aos mais velhos^{2,15,18,106,107} e pode ocorrer simultaneamente com algumas síndromes geriátricas, como exemplo a fragilidade²², o risco de quedas¹⁰⁸, a demência¹⁰⁹ e a dificuldade de deambulação/ restrição de marcha¹¹⁰, contribuindo com o grande prejuízo nos relacionamentos e propiciando o isolamento social dos idosos¹¹¹. O prejuízo na funcionalidade tende a ser maior nas mulheres^{15,107,112}, isto se deve ao papel tradicional da mulher na sociedade em exercer diversas funções simultaneamente. As mulheres também apresentam um maior gasto energético para trabalhar e maior comprometimento neuromusculoesquelético¹¹³. Também se encontra relação com a depressão^{15,114,115}, e que a sua remissão não implica necessariamente em recuperação da funcionalidade¹¹⁶. A incapacidade está relacionada a um menor grau de atividade física^{93,111,113}. E por fim, a incapacidade é atribuída às condições de baixo status socioeconômico de trabalho^{17,96,106}, escolaridade^{15,107,114} e renda^{16,22,108}.

Desta forma, espera-se compreender a incapacidade com base na subjetividade dos sujeitos, devendo considerar o contexto que o indivíduo está inserido e que não há como avaliar ou tratar apenas um aspecto da sua funcionalidade. O entendimento da incapacidade, passou por diversas interpretações durante o seu processo de construção, no entanto, o que é atualmente proposto, é trazer o sujeito para o centro da discussão sobre o seu adoecimento e suas limitações a partir de diferentes visões e situações de sua vivência. Isto posto, é possível abordá-lo de uma maneira integral nos serviços de saúde⁷⁶.

1.4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

A necessidade de quantificar a deficiência apareceu pela primeira vez em 1962, com a publicação da Health-Sickness Rating Scale (HSRS). Sendo posteriormente revisada para a Escala de Avaliação Global (GAS) em 1976, e depois para Avaliação Global do Funcionamento (GAF) em 1987^{117,118}. Desde então, nas últimas décadas, avaliações metodológicas da deficiência e incapacidade têm sido altamente utilizadas como estratégias relevantes para medir uma variedade de abordagens na epidemiologia clínica. Em decorrência disso, pesquisadores relatam frequentemente, que estas estratégias de mediação bastante diversificadas, dificultam a comparabilidade entre os estudos, além de produzirem diferentes conclusões epidemiológicas sobre a distribuição da incapacidade¹¹⁹.

Quando em 2001 a 54ª Assembleia da OMS aprovou a CIF¹¹, apresentou-se um novo entendimento para os conceitos de saúde, funcionalidade e incapacidade que serviram para responder às necessidades de saúde em uma linguagem padronizada^{83,101}. Com base nisto, todos os instrumentos com objetivos de medir a deficiência, incapacidade e a saúde deveriam ser vinculados conceitualmente e operacionalmente com a CIF, para permitir comparações entre diferentes culturas e populações¹⁰².

Pela Resolução nº 54.21/2001 demandou-se aos países membros da OMS, grupo no qual o Brasil se inclui, a utilização da CIF como método de classificação prioritária nas avaliações de saúde. No Brasil, foi homologada pelo Ministério da Saúde a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 452, de 10 de maio de 2012, considerando a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas em saúde que destacam a funcionalidade e a incapacidade em todos os ciclos de vida, para pessoas com ou sem deficiência¹²⁰.

A OMS publicou a CIF com base nos resultados das interações de seus componentes, “condições de saúde”, “funções e estruturas do corpo”, “atividades”, “participação”, fatores “pessoais” e fatores “ambientais”, destacando-se na medida em que se conceituou a funcionalidade no sentido biopsicossocial, indo além do modelo biomédico amplamente difundido^{11,121}.

Por meio do modelo biopsicossocial, representado pelo diagrama da Figura 1. Os componentes da CIF podem ser descritos em termos negativos ou positivos. No que se refere ao aspecto negativo, podem indicar a deficiência das funções e estruturas do corpo,

limitação da atividade, restrição da participação e barreiras dos fatores ambientais. Por outro lado, podem indicar os aspectos neutros da funcionalidade, entendidos de forma positiva, como a integridade funcional e estrutural, a plena atividade e participação e os facilitadores dos fatores ambientais¹²². Acrescenta-se ainda a esta estruturação, a condição de saúde e os fatores pessoais. O seguinte modelo interativo, representa a dinâmica e complexidade dos fatores, cada um com suas dimensões, reconhecendo que uma intervenção em um dos elementos tem o potencial de modificar os demais¹²³.

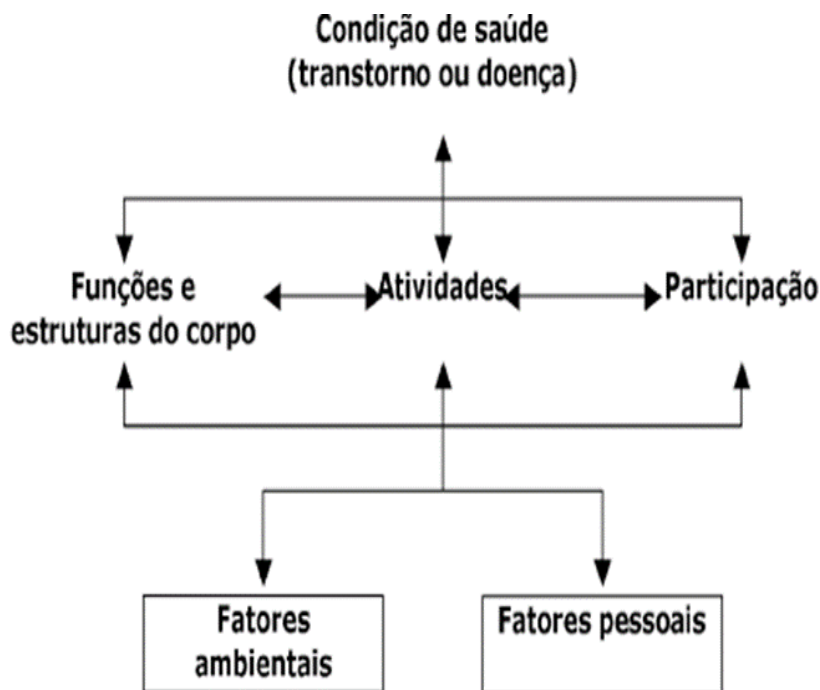


Figura 1 – Modelo Biopsicossocial proposto pela CIF (OMS, 2013, p. 5)¹⁰¹

Esta perspectiva, sendo indiferente à ordem hierárquica dos possíveis estados de saúde com base nos diagnósticos médicos, é focada no impacto dependente do contexto da funcionalidade da pessoa, sendo neutra em relação aos aspectos etiopatológicos da deficiência. Neste sentido, a deficiência (como uma perda significativa da função corporal por exemplo) não necessariamente leva a uma limitação na execução das atividades. O princípio da causalidade etiológica é substituído pela noção de paridade^{11,124}.

Foram desenvolvidas algumas listas resumidas da CIF como opção para reduzir o tempo gasto da coleta e facilitar a captação dos dados, os chamados Core sets e Checklist. Os qualificadores dos checklist, por exemplo, podem servir como forma de graduar o comprometimento da funcionalidade¹²⁵. Ainda assim, é importante enfatizar que a CIF é um sistema de classificação, devendo ser considerada por seus parâmetros, portanto, não

substitui a avaliação profissional, ao contrário, utiliza as informações que advêm dela¹²⁶. Desta forma, mesmo sendo abrangente, a CIF não é um instrumento capaz de mensurar a incapacidade. Assim como outros instrumentos que avaliam o estado genérico de saúde, estes também não são capazes identificar a incapacidade através de uma avaliação subjetiva^{127,128}.

Algumas ferramentas têm sido tradicionalmente utilizadas para medir o status de funcionalidade. Os Índices de atividades de vida diária¹²⁹, avaliação da função dos membros superiores¹³⁰, avaliação da função dos membros inferiores¹³¹, questionário de deficiência de dor lombar¹³², questionário de avaliação funcional¹³³ e medida de independência funcional¹³⁴ são alguns exemplos. No entanto, nenhum deles foi desenvolvido com o claro modelo conceitual biopsicossocial da CIF.

O World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 é um importante instrumento com o propósito de operacionalizar a utilização da CIF¹²⁷. Trata-se de um instrumento de avaliação genérico, desenvolvido a partir do componente “Atividade e Participação” da CIF¹³⁵.

O WHODAS teve sua primeira versão publicada em 1988 com pessoas com transtornos psiquiátricos, inicialmente para a avaliação da funcionalidade¹³⁶. Desde então, o instrumento passou por diversas revisões até a sua versão atual. Foi elaborado a partir do Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação de Incapacidade - OMS/ Institutos Nacionais de Saúde, em que foram realizadas colaborações entre OMS e diversas organizações, entre elas as de saúde mental e institutos sobre o abuso de álcool e drogas¹³⁵.

Alguns aspectos tornam o WHODAS 2.0 um instrumento particularmente útil. Ele apresenta uma ampla análise linguística da terminologia em saúde aplicada a diferentes culturas, possui bases teóricas sólidas e numerosas aplicações em diferentes grupos e ambientes, além de uma boa facilidade de uso. Isto o diferencia de outras ferramentas que avaliam a funcionalidade e incapacidade¹³⁷.

O desenvolvimento transcultural do WHODAS 2.0 envolveu testes de campo entre diversos países, com intuito de avaliar sua confiabilidade e validade. A primeira fase enfocou em 96 itens propostos para inclusão do instrumento em desenvolvimento, de modo que as diversas pesquisas foram projetadas para reduzir o número destes itens através do feedback obtido sobre as qualidades métricas. A segunda fase, envolveu a verificação da

confiabilidade de uma versão reduzida de 36 itens do WHODAS 2.0 por meio de um procedimento estatístico padrão, de acordo com testes clássicos e na teoria do item-resposta. Em cada fase, o desenho geral do estudo requereria igual número de participantes em cada local a serem retirados de quatro grupos diferentes: população geral, população com problemas físicos, população com problemas emocionais ou mentais e população com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. Cada local recrutou sujeitos com 18 anos ou mais, com distribuição de sexo equivalente¹³⁵.

Foram desenvolvidas três versões da estrutura final do WHODAS 2.0, sendo a versão 36 itens a mais detalhada. Uma outra versão de 12 itens também é considerada confiável e pode explicar 81% da variância geral dos resultados da versão 36 itens. O WHODAS 2.0 foi desenvolvido para mensurar a incapacidade associada à condição de saúde nos 30 dias que antecedem sua aplicação. Por ser etimologicamente neutro, ou seja, não é exclusivo para uma determinada doença ou estado de saúde, tem-se mostrado adequado para avaliar separadamente as condições de saúde, podendo identificar os níveis de funcionalidade e incapacidade de forma uniformizada, adequada tanto para grupos de população geral quanto para grupos específicos. Atualmente encontra-se disponível em mais de 27 idiomas, sendo traduzida e adaptada para o português Brasil em 2010, após a OMS conceder os direitos da versão para a Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. O WHODAS 2.0 não é válido para crianças/jovens e as deficiências corporais e fatores ambientais não são medidos^{94,135,138}.

Estudos anteriores avaliaram as propriedades métricas do WHODAS 2.0 em amostras específicas com boa validade e confiabilidade em: usuários que usam opioides (1)¹³⁹ doenças crônicas gerais (2)¹⁰⁴ deficiências físicas, mentais e sensoriais (3)¹²⁴ deficiências utilizando recursos/pensão aposentadoria por invalidez (4)⁷ na dor musculoesquelética (5)¹⁴⁰ dor lombar (6)¹⁴¹ na depressão (7)¹¹⁵ no acidente vascular cerebral (8)¹⁴² artrite inflamatória (9)¹⁴³ pacientes em hemodiálise (10)¹²¹ esquizofrenia (11)¹⁴⁴ usuários da reabilitação (12)^{145,146} e usuários da atenção primária (13)¹⁴⁷. Possui boa capacidade discriminativa, boa sensibilidade à mudança e boa correlação convergente com outros instrumentos de avaliação funcional^{148,149,150}. É um instrumento unidimensional, o que significa que o teste descreve apenas um fator subjacente, no caso, a incapacidade geral^{109,151}.

No que diz respeito às dificuldades de um paciente, poderia ser uma ferramenta de gerenciamento de prognóstico útil para avaliar a carga de cuidado e reabilitação

necessária¹⁵². A utilização do WHODAS 2.0 foi endossada por um estudo multicêntrico em dezenove países, como um sistema normativo para classificar o estado de saúde que abrange à execução individual de uma tarefa e a maneira como tais tarefas estão envolvidas na vida diária¹⁵³.

O WHODAS 2.0 possui seis domínios de vida para avaliar a funcionalidade: Cognição, Mobilidade, Auto-cuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida e Participação¹³⁵.

Os 36 itens são divididos da seguinte forma: Seis questões relacionadas ao **domínio cognição** (comunicação, compreensão, raciocínio; concentração, memória e aprendizado); cinco perguntas que contemplam o **domínio mobilidade** (movimentação e locomoção); quatro itens para o **domínio auto-cuidado** (higiene, vestir-se, alimentar-se e ficar sozinho); o **domínio relações interpessoais** é composto por cinco perguntas (interações com outras pessoas); o **domínio atividades de vida** possui oito questões, sendo quatro para atividades domésticas e quatro para atividades de trabalho (concernentes às atividades diárias do trabalho, escola, lazer e domésticas) e o **domínio participação** com oito itens (atividades comunitárias e sociais, fatores contextuais de barreiras e obstáculos no ambiente)^{127,135}.

O escore final gera uma pontuação final em uma métrica que varia de 0 a 100, sendo maior a incapacidade o quanto maior for o escore alcançado (100) e a funcionalidade seria representada pelo menor valor (0). No entanto, não existem pontos de corte estabelecidos para classificar de forma binária ou ordinal, o(s) nível(is) de incapacidade, não sendo possível uma identificação clara das pessoas que têm incapacidades ou a plena funcionalidade¹⁵⁴. É válido dizer, que a CIF aborda a funcionalidade em um continuum, interpretando a incapacidade como “uma redução em cada domínio de funcionalidade”¹³⁵.

Essa ferramenta prioriza absolutamente a perspectiva subjetiva, justamente por se tratar de um modelo de autoavaliação, centrado na percepção do sujeito, o que o torna vantajoso em comparação a outros métodos de avaliação, como aquelas referentes a testes de capacidade, por exemplo. Outros instrumentos que investigam a incapacidade podem estar sujeitos a influência das perspectivas do avaliador, que tende a compilar a análise com base em sua crítica exteriorizada¹⁵⁵.

1.5. A incapacidade na dor musculoesquelética

Os distúrbios musculoesqueléticos estão entre as condições crônicas que mais afetam a população com impactos significativos na atividade física, estado mental e qualidade de vida¹⁵⁶. A dor crônica⁵ afeta cerca de 18% dos indivíduos nos países em desenvolvimento¹⁵⁷. No Brasil, sua prevalência é em torno de 39%, sendo que quase metade deste público, relata insatisfação com o manejo recebido¹⁵⁸. No que se refere a dor musculoesquelética⁶ propriamente dita, ela é comum à maioria das pessoas em alguma fase da vida, sua prevalência variou entre os estudos de 11,4% na Suécia¹⁵⁹ a 60% nos Estados Unidos da América (EUA)¹⁶⁰, sendo no Brasil¹⁶¹, encontrada uma prevalência de 30,4%.

O acesso dos usuários com dor⁷ ao sistema de saúde é mais facilitado. Indivíduos com dor crônica são 1,5 vezes mais propensos a procurar atendimento na APS do que aqueles que não têm esta condição¹⁶². Isso se deve provavelmente porque as queixas algícas são, a mais tempo, amplamente difundidas e conceitualizadas, como reflexo do modelo biomédico¹⁶³. Deve-se, no entanto, pautar que a dor musculoesquelética crônica é uma das principais causas de incapacidade que afeta a vida das pessoas no seu contexto social¹⁶⁴.

A opinião atual sobre os mecanismos do desenvolvimento da incapacidade a partir da dor musculoesquelética crônica é a de que exista uma forte correlação de causa e consequência entre elas. Isso é consistente quando se identifica fatores preditivos em diversas condições de dor musculoesquelética, tais como: presença de dor generalizada, de alta intensidade, de longa duração, episódios prévios de dor, restrição de movimentos e estratégias de enfrentamento deficientes¹⁶⁵. É possível atribuir que quanto mais forte a dor, mais ela interfere em uma ampla gama de atividades diárias, emocionais e sociais^{96,166}.

A dor tem uma grande representatividade na prática clínica geral, mas ainda é necessário que a sua abordagem na APS englobe a magnitude e o impacto na saúde dos usuários, tais como as limitações na AVDS e a incapacidade no trabalho¹⁴⁰. É necessário

⁵ Dor crônica é aquela que persiste depois do tempo esperado para cura ou cicatrização (normalmente acima de 3 a 6 meses)¹⁶⁷. ⁶ Dor musculoesquelética é descrita como uma sensação de dor em estruturas profundas como em ossos, articulações, músculos ou estruturas adjacentes, podendo ser focal ou difusa, aguda ou crônica, sendo a lombalgia o exemplo mais comum desta última¹⁶⁸. ⁷ Dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano real ou potencial ao tecido¹⁶⁹.

refinar a análise da relação entre dor, incapacidade e um modelo de saúde que possa atender e estabelecer prioridades de ação^{170,171}.

Fundamentando esta proposta, um estudo qualitativo que abordou a comunidade de forma participativa apontou evidências que indicaram a APS como o principal modelo de gestão para a dor crônica, devendo ser promovido como parte de uma cultura organizacional dos serviços de saúde¹⁷². E dentro a lógica assistencial da APS, Peterson et al. (2017)¹⁷³ identificaram, com base em sua revisão, alguns modelos organizativos de atenção à dor crônica, tal como o modelo de tratamento escalonado de dor (envolvendo cuidados primários e equipes de atendimento alinhados ao paciente) e o modelo com tratamento guiado por algoritmo, estes tiveram as melhores evidências que forneceram a melhora clínica relevante na intensidade da dor e na funcionalidade relacionada à dor. Embora haja uma grande quantidade de literatura sobre modelos de prestação de cuidados, grande parte é apenas conceitual ou descritiva, não sendo identificada esta análise com diferentes modelos de saúde/arranjos assistenciais sobre os aspectos da dor¹⁷⁴.

Ainda tem o fato de que as disfunções relacionadas à dor são subnotificadas na APS, principalmente por não terem uma padronização de registros nas unidades de saúde. A exemplo disso, destaca-se a necessidade dos órgãos de pesquisa em incentivar que alguns países colocassem em pauta a saúde musculoesquelética da população e que realizassem o devido levantamento de dados epidemiológicos¹⁷⁵.

Desde então, poucas medidas de incapacidade foram validadas em uma variedade de locais e condições de dor¹³⁹. Ainda que as ações de reabilitação funcional para outras deficiências sejam bem desenvolvidas comparativamente, as limitações institucionais e políticas não permitiriam a adequação dos serviços de reabilitação no cenário crescente da dor crônica¹⁷⁶.

Muitos instrumentos de avaliação da funcionalidade associados a dor são testes específicos baseados na capacidade, porém, a dor pode interferir em muitas situações da vida, sendo difícil saber como uma mudança no equilíbrio ou na postura em um ambiente padronizado, se traduz em mudanças nas situações da vida real, onde a pessoa interage com o ambiente¹⁷⁷.

O WHODAS 2.0 é um instrumento genérico promissor para medir o status funcional em pacientes com dor musculoesquelética crônica. Sua utilidade potencial nessa população é

muito ampla. Pode ser usado, por exemplo, para determinar a necessidade de reabilitação ou a assistência necessária no domicílio, dada a sua natureza altamente subjetiva de medir as problemáticas mudanças relacionadas à dor. Particularmente em pacientes com dor crônica, a melhora na funcionalidade deve ser priorizada como a meta mais importante de um programa de reabilitação, ou de outras intervenções terapêuticas¹⁴⁰.

1.6. A incapacidade na atenção primária à saúde

Um dos maiores desafios atuais para a APS é o fenômeno do envelhecimento demográfico da população, que desencadeou mudanças no perfil epidemiológico, com o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e incapacidades, além de onerar a seguridade social (saúde, assistência social e previdência) e comprometer a qualidade de vida dos sujeitos¹⁷⁰.

Segundo Manton (1989)¹⁷⁸, que fez uma projeção a partir de dados do *National Long Term Care Survey* (NLTCSS), a incapacidade terá um rápido aumento até o ano de 2060, com previsão de crescimento de 245% na população de idosos institucionalizados e de 179% na população que vive em comunidade. Este cenário tem implicações importantes para os governos nos países de baixa renda que estão desenvolvendo serviços de saúde e cuidados de longo prazo para lidar com o aumento da expectativa de vida¹⁸. Ainda que a incapacidade não deva ser entendida como uma consequência natural do envelhecimento, espera-se que a média de acesso aos serviços de saúde aumente conforme a idade^{50,179}. Desta forma, a incapacidade e seus fatores de risco devem ser amplamente prevenidos e tratados em ambientes da atenção primária¹⁴.

Pessoas com deficiências, sejam elas de caráter físico ou intelectual, são mais propensas a sofrer de problemas de saúde que requerem os serviços da APS, do que pessoas sem deficiência¹⁸⁰. Neste sentido, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 793/2012, diante da necessidade de ampliar e diversificar os serviços de reabilitação do SUS e constituirlos em uma rede integrada, articulada e efetiva que atenda as demandas das pessoas com deficiências. No que se refere ao âmbito da APS, esta política estabelece as ações estratégicas, que dentre outras, incentivam a criação de linhas de cuidado e protocolos clínicos, acolhimento com classificação de risco e análise de vulnerabilidade, além do desenvolvimento de programas

articulados com recursos da própria comunidade, promovendo a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência¹⁸¹.

Em geral, as pessoas com deficiências e incapacidades podem ter uma maior exigência dos serviços de saúde, tanto por causa de sua condição de saúde, quanto por sua maior vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que, também podem enfrentar desafios no acesso aos serviços de saúde, contribuindo para um ciclo vicioso da deficiência. Além do acesso mais dificultoso, a adesão e a frequência regular também podem estar mais comprometidas para as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, afetando assim, a longitudinalidade do cuidado¹⁸².

Esta conjuntura é devido a ênfase do modelo tradicional de saúde consubstancialmente dada na redução da mortalidade, da qual a incapacidade se equivaleria exclusivamente a falência na prevenção das condições de saúde e se resumiria a um problema do indivíduo, supondo que cada um deva adaptar suas atividades e expectativas com as suas incapacidades^{183,184}.

O diagnóstico e a avaliação da incapacidade, quando se refere à APS, são valiosos porque podem prever fatores que o diagnóstico médico sozinho (ao atribuir um nome à doença) não consegue prever¹³⁵. Só será possível detectar os problemas de saúde e suas consequências de forma eficiente nos serviços de saúde, se os instrumentos forem de fácil aplicabilidade, em termos de habilidades técnicas e com equipamentos especializados necessários, e se forem amplamente e apropriadamente empregados, ainda que nas particularidades de faixa etária e das diferentes culturas¹⁸⁵.

Tem-se observado uma lacuna deixada entre a demanda real da população e a demanda programática, devido entre outros fatores, as limitações de dados e indicadores necessários para uma ação integral planejada^{176,186}. A falta de dados confiáveis torna um desafio planejar estratégias e políticas de desenvolvimento inclusivo para os usuários com deficiências e incapacidades na APS¹⁸⁷. As informações relacionadas à incapacidade têm se tornado cada vez mais relevantes para fornecer dados sobre a eficácia das intervenções de saúde e para apoiar as estratégias de políticas públicas¹⁵². Com base nisto, estimar a prevalência da incapacidade a partir do WHODAS 2.0 pode fornecer um ponto de partida para ligar a incapacidade com dados do uso de serviços na APS, no entanto, sua validade para prever a necessidade ainda é desconhecida, visto que as relações entre incapacidade e uso de serviços são bidirecionais¹⁰⁹.

Além disso, o conhecimento do comportamento de procura de cuidados de saúde é útil para identificar os serviços de saúde disponíveis e avaliar a utilização desses serviços pela comunidade. Fatores que determinam o comportamento de procura de cuidados de saúde, ajudará os formuladores de políticas a conceber intervenções de saúde pública eficazes de forma a garantir a participação dos usuários¹⁸⁰.

Em termos gerais, os planejadores de saúde precisam definir as prioridades para a alocação de recursos e estabelecer medidas que previnam o aparecimento e/ou agravamento da incapacidade na atenção primária¹⁸⁸. Uma pesquisa em idosos na comunidade revelou que a educação em saúde é a chave necessária para ajustar o ambiente de vida dos indivíduos com seu estado funcional e que as equipes da APS devem proporcionar uma maior promoção de saúde através de programas de atividade físicas, precedidas pela identificação das áreas prioritárias que requerem maior apoio. O custo da prevenção é muito menor do que o custo do tratamento¹¹¹.

O desafio posto é entender a relação complexa entre fatores biológicos e sociais, isso porque a dor e a funcionalidade são elementos que influenciam o modo de interação dos sujeitos com o meio ambiente que os cercam de forma dinâmica^{186,189}. Com base neste contexto, o WHODAS 2.0 pode ser favorável na APS para caracterizar o estado de saúde dos pacientes e servir como ferramenta de triagem de indivíduos com risco de desenvolver incapacidades mais graves⁹³.

1.7. Hipótese

- Há diferença quanto ao nível de incapacidade dos usuários entre os arranjos organizativos da APS. Sendo os usuários do tipo saúde da família, os que apresentam menores níveis de incapacidade, quando comparados aos do tipo tradicional.
- A dor musculoesquelética é um fator relacionado ao aumento da incapacidade, de modo que a sua maior intensidade, duração, frequência, bem como localizada em diversas regiões e em maior número de locais têm associações com o pior nível de incapacidade.

2. OBJETIVO

Avaliar a incapacidade dos usuários a partir da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde, segundo os tipos de arranjos organizativos em uma região do município de São Paulo.

2.1. Objetivos específicos

- Caracterizar as variáveis sociodemográficas, dor musculoesquelética e suas características conforme os níveis de incapacidade.
- Estimar a prevalência de algum nível de incapacidade (leve, moderado ou grave) e por níveis de gravidade.
- Identificar a associação da incapacidade com a dor musculoesquelética e suas características (intensidade, frequência, duração, região e número de locais de dor)
- Verificar a associação da incapacidade com as variáveis sociodemográficas
- Avaliar a associação dos domínios do WHODAS 2.0 (Cognição, Mobilidade, Autocuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida e Participação), segundo os tipos de arranjos organizacionais e a dor musculoesquelética.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas com os usuários adultos que buscaram atendimento por demanda espontânea em dois tipos de arranjos organizativos (Saúde da Família e Tradicional) da APS, de forma a caracterizar a incapacidade autorrelatada e verificar associações com a dor musculoesquelética e condições sociodemográficas.

A coleta de dados ocorreu na zona oeste do município de São Paulo. A zona oeste possui 1.023.48613 habitantes¹⁹⁰ e os equipamentos de saúde da APS nesta localidade estão sobre a Coordenadoria Regional de Saúde Oeste, contabilizando 23 UBS, 95 ESF e 8 NASF¹⁹¹. Já o município de São Paulo é a região metropolitana mais populosa do Brasil, com o total de 12.252.023 habitantes¹⁹².

As unidades da APS são estruturas organizativas de primeira comunicação com a RAS⁴⁹. Foram escolhidas, por conveniência, cinco unidades de saúde da APS que representavam diferentes modalidades de cuidado à saúde. Estas unidades foram: UBS Caxingui – Nanci Abranches - **Tradicional**, UBS Integral Jardim Edite - **Integral**, UBS Vila Dalva - **Saúde da Família**, UBS São Remo - **Misto** e o CSEB - **Programático**. Posteriormente, estas unidades foram agrupadas em dois tipos de arranjos organizativos, tradicional e saúde da família, conforme critério de possuir majoritariamente a equipe de referência (ESF) na unidade (Figura 2).

Arranjo Organizativo	Unidades	Número de pessoas cadastradas	Tipos de equipes disponíveis	Equipe de referência da Saúde da família
Saúde da Família	Mista (saúde da família + tradicional)	20.000 residentes adscritos	Equipes de saúde da família, de assistência médica/enfermagem e reabilitação.	Parcial 60 %
	Saúde da Família	15.641 residentes adscritos	Equipes de saúde da família e reabilitação.	Sim 100%
Tradicional	Programática	24.766 residentes adscritos	Equipes de assistência e profissionais vinculados à docência (médica/enfermagem e reabilitação)	Não
	Integral	52.369 residentes adscritos e trabalhadores locais.	Equipes de saúde da família, de assistência médica/enfermagem e reabilitação.	Parcial 23%
	Tradicional	31.208 residentes adscritos	Equipes de assistência médica/enfermagem	Não

Legenda nome de referência de cada unidade: unidade mista= UBS São Remo; unidade saúde da família= UBS Vila Dalva; unidade programática= Centro de Saúde Escola Samuel Banrsley Pessoa; unidade integral= UBS Jd. Edite e unidade tradicional= UBS Caxingui.

Figura 2. Tipos de arranjos organizativos da APS.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da FMUSP (protocolo: 1.781.749. Anexo A) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (protocolo: 1.819.729. Anexo B).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com o estabelecido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice A). O risco do estudo foi considerado mínimo, pois os usuários foram

expostos apenas às perguntas relacionadas à condição de saúde, entretanto, todos tiveram a possibilidade de não responder alguma pergunta ou retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

3.2. Procedimento de campo

Contatou-se as unidades da APS para alinhar o processo de coleta juntamente com os gestores e profissionais de saúde. Foi necessário saber o padrão da demanda espontânea ou de primeiro contato do usuário nas referidas unidades como: dias e horários da semana com maior procura dos usuários; quantidade média de demanda espontânea por dia; número de profissionais por dia (escala); fluxo da demanda espontânea (processo de trabalho); evolução das condutas em prontuário e população de abrangência.

Após o alinhamento do fluxo de coleta nas unidades, os participantes eram convidados a participar do estudo no momento em que procuravam a unidade por demanda espontânea, e após a assinatura do TCLE, eram aplicados o Questionário Sociodemográfico e o Questionário WHODAS 2.0, e se os usuários tivessem a presença de dor musculoesquelética, aplicava-se também o Questionário de Dor.

3.3. Amostra

A população de abrangência do arranjo saúde da família foi de 35.641 habitantes e para o arranjo tradicional, 108.343 habitantes.

A população de referência estudada foram os usuários adultos que chegaram nas unidades da APS por alguma demanda espontânea. A coleta aconteceu durante o período de junho de 2017 a maio de 2019. O tamanho amostral foi de 687 pessoas, considerando a menor prevalência de incapacidade na população geral do Brasil (32,8%)¹⁹³ com uma margem de erro de 2% em 95% das possíveis amostras e 20% de perdas. A amostra foi contínua até atingir o número de pessoas e selecionada usando o procedimento de amostragem sistemática por partilha proporcional à população de referência de cada unidade.

Os critérios de inclusão foram os usuários maiores de 18 anos que procuraram uma das unidades de saúde da pesquisa e que concordaram em assinar o TCLE. Os critérios de

exclusão foram os usuários em que não se identificava uma condição de saúde que caracterize a demanda espontânea (Ex: consultas e exames previamente agendados, renovação de receitas, solicitação de relatórios, coleta de sangue) e os usuários com dificuldade cognitiva que impossibilitava a compreensão da entrevista.

3.4. Instrumentos da coleta de dados

Primeiramente, aplicava-se aos participantes o Questionário Sociodemográfico (Apêndice B) referentes ao: sexo, data de nascimento, situação conjugal, cor de pele, escolaridade, religião, trabalho, tipo de ocupação de acordo a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)¹⁹⁴ e renda per capita.

Em seguida, era aplicado o Questionário WHODAS 2.0 (Apêndice C) composto por 36 itens, cujos domínios são: Cognição, Mobilidade, Auto-cuidado, Relações Interpessoais, Atividades de Vida e Participação. As questões dizem respeito às dificuldades enfrentadas pelos entrevistados durante os últimos 30 dias, com opções de respostas apresentadas na forma de escala Likert variando em 5 pontos (nenhuma, leve, moderada, grave ou extrema/não consegue fazer).

Nos usuários com presença de dor musculoesquelética, identificada pela resposta positiva a pergunta “*Você possui alguma dor no corpo?*”, também se aplicava o Questionário de Dor (Apêndice D), composto pelo Questionário Nórdico Musculoesquelético, validado para versão brasileira como medida de morbidade¹⁹⁵. O questionário Nórdico contém uma representação corporal dividida por segmentos da qual o indivíduo demarca o(s) local(is) que possui alguma dor. Os locais representados foram: pescoço, ombro, região dorsal, cotovelo, antebraço, punho/mãos/dedos, região lombar, quadril/coxa, joelho e tornozelo/pé.

A intensidade da dor musculoesquelética foi identificada pela Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo C), que é um instrumento numerado de 0 a 10, sendo 0 sem/nenhuma dor e 10, a dor mais insuportável sentida pelo indivíduo¹⁹⁶, aplicada no momento da procura e no período de crise (utilizando da memória da dor), referente ao(s) local(is) de dor identificado(s) pelo usuário. A frequência da dor foi definida pela quantidade de dias na semana que normalmente o entrevistado relata dor, com opções: 1) de uma a duas vezes por semana), 2) de três a cinco vezes por semana) ou 3) de seis a sete vezes por semana. A

duração da dor é referente ao tempo que o usuário apresenta a queixa álgica, as respostas foram categorizadas como: 1) <6 meses e 2) ≥6 meses¹⁹⁷. Naqueles que não referiram a presença de dor musculoesquelética, só eram aplicados o Questionário sociodemográfico e o WHODAS 2.0.

3.5. Variáveis do estudo

A variável dependente do estudo foi a incapacidade (geral e por domínios) atribuída pelo WHODAS 2.0. As respostas “nenhuma, leve, moderada, grave ou extrema/não consegue fazer” foram recodificadas como descritas pelo *Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*¹³⁵ e por Castro et al. (2019)¹⁹⁸. A pontuação assumida foi pelo método complexo, em que se leva em conta os níveis múltiplos de dificuldade para cada item do WHODAS 2.0, somando-se então, os dados recodificados para cada domínio (Cognição, Mobilidade, Auto-cuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida e Participação), e posteriormente, convertendo estes valores em um escore final que varia entre 0 (nenhuma incapacidade) a 100 (máxima incapacidade).

Se o participante não estivesse trabalhando ou estudando no momento da entrevista, os quatro itens sobre atividades do trabalho (domínio Atividades de vida) eram excluídos e realizado o ajuste na pontuação final. Dados ausentes também foram tratados conforme sugerido no manual do WHODAS 2.0, foi seguido conforme processo de imputação recomendado, em que o valor do item ausente era substituído por um valor aleatório de um item respondido similarmente pareado.

As variáveis independentes da pesquisa foram os arranjos assistenciais (tradicional/saúde da família), a idade em anos, sexo, situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), escolaridade (sem instrução e menos de 1 ano de estudo / ensino fundamental ou equivalente / ensino médio ou equivalente / ensino superior ou pós graduação), trabalho, renda per capita (quintil), religião (não possui/católica/evangélica/outras), tipo de ocupação (membros superiores do poder público, de empresas privadas e profissionais das ciências e das artes / técnicos de nível médio e trabalhadores de serviços administrativos / trabalhadores dos serviços e autônomos / trabalhadores da indústria, reparo e manutenção) e cor de pele (branca/não branca). A variável dor foi definida pela presença de dor musculoesquelética no momento da demanda

espontânea, assim como as suas características como intensidade, frequência e duração. O número de locais de dor foi estipulado pela contagem dos segmentos da representação corporal do Questionário Nórdico, sendo categorizado como: 1) um local de dor, 2) dois locais de dor e 3) três ou mais locais de dor¹⁹⁹. As regiões de dor foram definidas pelos agrupamentos dos locais de dor, categorizadas em: 1) coluna, 2) membros superiores, 3) membros inferiores e 4) mais de uma região.

3.6. Análise de dados

Foi realizado o teste Shapiro Wilk que constatou que os dados não apresentavam uma distribuição normal. O WHODAS não é um instrumento que oferece informação para estimar a prevalência, portanto para as estatísticas descritivas, foi utilizado o critério com base nos qualificadores da CIF²⁰⁰, qualificador ausente (0-4,9), leve (5-24,9), moderado (25-49,9) e grave (50-95,9), não houve na amostra, indivíduos com incapacidade extrema / completa. Foi caracterizada a amostra por níveis de incapacidade os seguintes preditores: tipo de arranjo organizativo da APS, sexo, idade, escolaridade, renda per capita, situação conjugal, trabalho, ocupação, religião, cor de pele, dor musculoesquelética e suas características.

Para as variáveis distribuídas de forma categórica, foram apresentadas as medidas de frequência absoluta(n) e relativa (%) e para as variáveis distribuídas de forma contínua, as medidas de média e desvio padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartil (IIQ). A prevalência da incapacidade e da dor musculoesquelética foi estipulada com os respectivos intervalos de confiança.

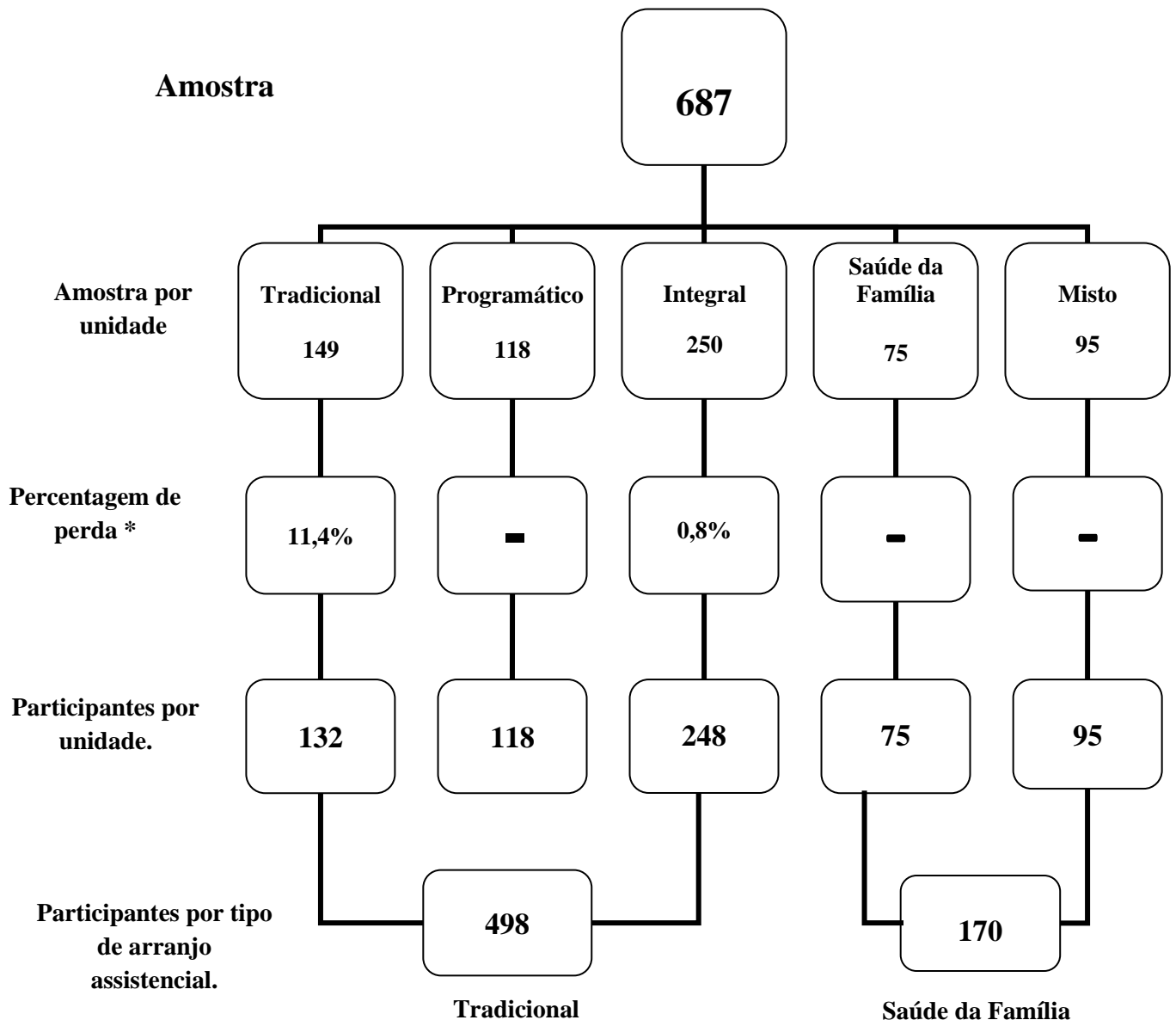
Para a estatística inferencial e conforme a distribuição não gaussiana dos dados, foram realizados testes não paramétricos para verificar as medidas de associação nas análises bivariadas. Entre a incapacidade e as variáveis explicativas com mais de duas categorias (idade categórica, ocupação, escolaridade, renda per capita categórica, religião, frequência, região e número de locais de dor) foram utilizados os testes de Kruskal Wallis e post hoc Dunn test. Para as variáveis explicativas dicotômicas (arranjo assistencial, sexo, trabalho, situação conjugal, cor de pele, dor musculoesquelética e duração da dor) foram utilizados os testes de U Mann-Whitney. A relação entre a variável incapacidade com as variáveis (idade contínua, renda per capita contínua e intensidade da dor) foram calculadas usando os

coeficientes de correlação de Spearman, cujo resultado varia de -1 a 1 e a classificação sugerida indica: 0,1 a 0,29 (fraca), 0,30 a 0,49 (moderada) e maior ou igual a 0,50 (forte)²⁰¹.

Na análise multivariada foi aplicado o modelo de regressão não paramétrica de Kernel. Uma matriz de correlação para todas as variáveis independentes foi realizada para avaliar a multicolinearidade. Para que as variáveis fossem incluídas no modelo final, era necessário que o valor de inflação da variância - Variance Inflation Factor (VIF) fosse menor que cinco²⁰² e que fossem ajustadas após análise bivariada ($p < 0,20$). Foram construídos seis modelos para amostra geral do estudo, sendo um para variável dor musculoesquelética e cinco para as características da dor, assim como um modelo final para a amostra com dor musculoesquelética. Para cada modelo foi estimado o peso líquido das variáveis independentes na incapacidade, usando um *bootstrap* de 1000 repetições para calcular os ICs de 95%, derivando a média da incapacidade em função das variáveis explicativas. Todos os testes estatísticos foram realizados pelo pacote estatístico Stata versão 16.0, o nível de significância foi previamente estabelecido em $\alpha = 0,05$ e o IC em 95%.

4. RESULTADOS

Dos 668 indivíduos que participaram da pesquisa, 498 eram de unidades do tipo tradicional e 170 do tipo saúde da família. A Figura 2 apresenta o fluxograma com a amostra geral do estudo, percentual de perda por unidades da APS e a amostra por tipo de arranjo assistencial.



Legenda: * Perda por limitações do processo de coleta, porém, número da amostra suficientemente necessário para responder os objetivos da pesquisa.

Figura 3: Fluxograma da coleta por unidades da APS

A Tabela 1 apresenta as características das variáveis sociodemográficas e clínica e as associações com a incapacidade na amostra geral. A idade média dos entrevistados foi de 45,7 anos com DP de 16,9 anos. As mulheres foram a maioria no estudo representando 72,6% da amostra geral. No que se refere ao trabalho, 66,9% relataram possuir alguma atividade laboral remunerada e destes, 60,5% eram trabalhadores da área de serviços e autônomos em geral. Predominava os que não se consideravam brancos (64,2%), tinham escolaridade até o ensino médio (48,8%), católicos (53,1%) e os que não possuíam um companheiro (63,9%). Cerca de 3/5 dos indivíduos da amostra possuíam renda per capita inferior a 1 salário mínimo, sendo o valor da média referente a R\$1155,10 (DP=R\$1328,28).

A pontuação da mediana do WHODAS 2.0 foi de 15,5 (IIQ=5,7 – 29,2) e a prevalência de algum nível de incapacidade foi de 76,9% (IC_{95%}= 73,6% - 80,0%). O arranjo tradicional teve maior gravidade da incapacidade comparada ao arranjo saúde da família (p<0.001). 65,3% (IC_{95%}= 57,9% - 72,0%) dos usuários do arranjo saúde da família tinham algum nível de incapacidade, já no arranjo tradicional a percentagem foi de 80,9% (IC_{95%} =77,2% - 84,1%). A prevalência de incapacidade grave também foi maior no tipo tradicional (7,2%; IC_{95%}= 5,6% - 10,9%) em comparação com o tipo saúde da família (2,3%; IC_{95%} =0,9% - 5,9%).

Os usuários católicos (mediana=14,3; IIQ= 4,4 – 27,5) apresentavam menos incapacidade (p=0.0328) e menor nível grave (p= 0.0284) comparada a não possuir religião (mediana=19,3; IIQ=9,0 – 37,0). A incapacidade aumentou conforme a renda per capita diminuiu (r= -0.12; p=0.0068). A mediana de incapacidade foi maior no quintil de renda mais baixo (mediana=19,5; IIQ=4,8 – 31,8) do que no quintil de renda mais alto (mediana=13,5; IIQ=3,7 – 21,9), porém esta diferença não foi estatisticamente significativa.

A dor musculoesquelética também variou conforme a incapacidade (p<0.001), sendo mais prevalente e associada ao nível grave (n=37; 92,5%) e contínuo de incapacidade (mediana= 20,6; IIQ=10,0 – 33,7). A prevalência geral de dor musculoesquelética no estudo foi de 59,0% (IC_{95%}= 55,2% - 62,6%) e nestes usuários, a prevalência de algum nível de incapacidade foi de 86,5% (IC_{95%}=82,8% - 89,6%). Considerando os tipos de arranjos, as prevalências de dor foram próximas entre si, sendo 58,6% (IC_{95%}=54,3 - 62,9%) para o tradicional e 60,0% (IC_{95%}=52,5 - 67,1) para saúde da família.

Tabela 1: Descrição das características sociodemográficas e clínica e análise bivariada dos usuários de demanda espontânea de acordo com a incapacidade (n=668).

Características sociodemográficas e clínica	INCAPACIDADE POR NÍVEL					INCAPACIDADE					
	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	P	r	Contínua		P	r	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			Mediana	IQ (25-75)			
Tipo de arranjo assistencial	Saúde da Família	59(38,3)	71(23,4)	36(21,2)	4(10,0)	<0.001*		11,4	2,4 - 23,6	<0.001*	
	Tradicional	95(61,7)	233(76,6)	134(78,8)	36(90,0)			16,7	7,4 - 31,1		
Idade (anos)	percentil25 (18-32 anos)	30(19,6)	85(28,6)	36(22,1)	9(22,5)	0.2347**		16,3	8,4 - 26,7	0.0938**	
	percentil25-75 (33-58 anos)	83(54,2)	129(43,4)	96(58,9)	23(57,5)			16,7	4,8 - 31,1		
	percentil75-99 (>58 anos)	40(26,1)	83(27,9)	31(19,0)	8(20,0)	0.1562***	-0.05	13,0	5,0 - 24,6	0.0614***	-0.07
	média (DP)	47,5 (15,6)	46,4 (18,0)	44,9 (15,3)	46,5 (14,6)			15,5	5,7 - 29,2		
Sexo	Masculino	47(30,5)	85(28,0)	39(22,9)	12(30,0)	0.2227*		14,4	4,6 - 26,4	0.2765*	
	Feminino	107(69,5)	219(72,0)	131(77,1)	28(70,0)			15,8	5,9 - 29,9		
Trabalho	Não	41(26,6)	117(38,5)	51(30,0)	12(30,0)	0.7799*		15,1	6,5 - 27,5	0.6473*	
	Sim	113(73,4)	187(61,5)	119(70,0)	28(70,0)			15,9	4,9 - 30,9		
Ocupação	Membros superiores do poder público e de empresas privadas, profissionais das ciências e das artes.	20(17,7)	26(14,0)	16(13,6)	3(11,1)	0.7786**		13,9	3,9 - 27,4	0.8949**	
	Técnicos de nível médio e trabalhadores de serviços administrativos	11(9,7)	36(19,5)	12(10,2)	4(14,8)			14,6	8,0 - 25,6		
	Trabalhadores dos serviços e autônomos	67(59,3)	111(60,0)	73(61,9)	17(63,0)			16,3	4,9 - 31,1		
	Trabalhadores da indústria e reparo e manutenção	15(13,3)	12(6,5)	17(14,4)	3(11,1)			17,3	3,2 - 34,7		
Situação conjugal	Sem companheiro.	94(61,0)	200(65,8)	110(64,7)	23(57,5)	0.8396*		15,6	6,0 - 29,1	0.8724*	
	Com companheiro	60(39,0)	104(34,2)	60(35,3)	17(42,5)			15,4	5,0 - 29,4		

Cor de pele	Não branca	96(62,3)	197(64,8)	111(65,3)	25(62,5)	0.7005*	15,8	6,2 - 29,2	0.5286*	
	Branca	58(37,7)	107(35,2)	59(34,7)	15(37,5)		14,4	5,3 - 29,2		
Escolaridade	Sem instrução e menos de 1 ano de estudo	4(2,6)	12(3,9)	7(4,1)	3(7,5)	0.5102**	15,2	6,7 - 32,1	0.8738**	
	Ensino fundamental ou equivalente	54(35,1)	87(28,6)	66(38,8)	13(32,5)		16,0	5,1 - 31,5		
	Ensino médio ou equivalente	72(46,7)	160(52,6)	75(44,1)	19(47,5)		15,4	6,7 - 27,4		
	Ensino superior/Pós graduação	24(15,6)	45(14,8)	22(12,9)	5(12,5)		14,4	4,9 - 27,0		
Renda per capita (reais)	1º Quintil	26(21,5)	34(15,0)	33(28,2)	6(21,4)	0.1710**	19,5	4,8 - 31,8	0.0727**	
	2º Quintil	18(14,9)	53(23,3)	24(20,5)	8(28,6)		17,8	7,8 - 30,1		
	3º Quintil	27(22,3)	61(26,9)	31(26,5)	4(14,3)		14,3	5,3 - 27,6		
	4º Quintil	23(19,0)	33(14,5)	13(11,1)	5(17,9)		11,5	3,3 - 22,8		
	5º Quintil	27(22,3)	46(20,3)	16(13,7)	5(17,9)		13,5	3,7 - 21,9		
	média (DP)	1354 (2073)	1169 (1046)	957 (828)	1015 (763)		0.0197***	-0.10		15,5
Religião	Não possui ^A	18(11,7)	47(15,5)	31(18,2)	13(32,5)	0.0284**	19,3	9,0 - 36,9	0.0328**	
	Católica ^B	95(61,7)	154(50,8)	91(53,5)	14(35,0)		14,3	4,4 - 27,5		
	Evangélica ^{AB}	31(20,1)	72(23,8)	34(20,0)	8(20,0)		16,1	5,5 - 26,2		
	Outras ^{AB}	10(6,5)	30(9,9)	14(8,2)	5(12,5)		14,4	8,2 - 36,2		
Dor Musculoesquelética	Não	101(65,6)	127(41,8)	43(25,3)	3(7,5)	<0.001*	9,4	1,7 - 19,3	<0.001*	
	Sim	53(34,4)	177(58,2)	127(74,7)	37(92,5)		20,5	10,0 - 33,7		
Prevalência % (IC_{95%})		23,0% (20,0% - 26,4%)	45,5% (41,8% - 49,3%)	25,4% (22,3% - 28,9%)	6,0% (4,4% - 8,0%)					

Legenda: n= número de usuários, DP= desvio padrão, IC_{95%}= intervalo de confiança de 95%, IIQ= intervalo interquartil, * teste de U Mann-whitney, **kruskal wallis e pós-teste de Dunn, *** Correlação de Spearman. A, B= Letras iguais indicam que não houve significância entre os grupos. Níveis de incapacidade= nenhuma (0-4,9); leve (5-24,9); moderada (25-49,9); grave (50-95,9). Renda per capita= 1º quintil (R\$ 0-475); 2º quintil (R\$ 476-700); 3º quintil (R\$ 701-1000); 4º quintil(R\$1001-1500); 5º quintil (>1500).

A Tabela 2 mostra as características das variáveis sociodemográficas e clínica e as associações com a incapacidade na amostra que possui dor musculoesquelética. Em relação a descrição das características da dor, a intensidade média foi de 5,1 (DP= 3,0), a maioria tinha dor somente relatada na região da coluna (37,1%), frequência da dor de 6 a 7 dias por semana (66,0%), dor com duração superior a 6 meses (65,7%) e apenas um local de dor relatado (58,4%). No que se refere a associação com a incapacidade, a dor mais intensa, a frequência de 6 a 7 dias por semana, dor em diversas regiões e 3 ou mais locais de dor foram relacionadas ao aumento da incapacidade, a duração da dor não apresentou significância estatística ($p=0.8474$). Nesta população de usuários com dor musculoesquelética, a idade teve uma correlação linear inversa e fraca com a incapacidade ($r=-0.13$; $p=0.0089$), de modo que, mais anos de vida corresponderam a um menor escore de incapacidade.

Tabela 2: Descrição das características sociodemográficas e clínica e análise bivariada nos indivíduos com presença de dor musculoesquelética de acordo com a incapacidade (n=394).

Características sociodemográficas e clínica		INCAPACIDADE			
		Mediana	Contínua IIQ(25-75)	p	r
Tipo de arranjo assistencial	Saúde da Família	16,4	5,9 - 27,8	0.0063*	
	Tradicional	21,8	10,7 - 35,2		
Idade (anos)	percentil25 (18-32 anos) ^A	21,4	12,5 - 33,7	0.0126***	-0.13
	percentil25-75 (33-58 anos) ^A	23,6	10,1 - 35,8		
	percentil75-99 (>58 anos) ^B	15,3	6,9 - 29,4		
	contínua	20,5	10,0 - 33,7		
Sexo	Masculino	20,4	11,3 - 29,6	0.7263*	
	Feminino	20,5	9,3 - 35,0		
Trabalho	Não	16,4	8,1 - 29,9	0.0665*	
	Sim	22,4	10,1 - 36,2		

Ocupação	Membros superiores do poder público e de empresas privadas, profissionais das ciências e das artes.	20,5	8,2 - 29,6	0.7263**
	Técnicos de nível médio e trabalhadores de serviços administrativos	22,8	10,0 - 33,6	
	Trabalhadores dos serviços e autônomos	22,0	10,1 - 36,4	
	Trabalhadores da indústria e reparo e manutenção	29,2	15,5 - 41,5	
Situação conjugal	Sem companheiro.	20,5	10,0 - 33,9	0.9075*
	Com companheiro	20,4	10,0 - 33,5	
Cor de pele	Não branca	21,7	10,1 - 33,6	0.4872*
	Branca	19,6	9,9 - 35,0	
Escolaridade	Sem instrução e menos de 1 ano de estudo	24,2	10,8 - 37,7	0.8043**
	Ensino fundamental ou equivalente	20,5	10,2 - 35,1	
	Ensino médio ou equivalente	20,5	10,0 - 33,8	
	Ensino superior/Pós graduação	20,5	9,0 - 30,5	
Renda per capita (reais)	1° Quintil	25,2	10,0 - 35,5	0.1200**
	2° Quintil	22,6	13,8 - 40,1	
	3° Quintil	16,5	9,9 - 29,3	
	4° Quintil	14,4	8,2 - 28,5	
	5° Quintil	15,9	7,5 - 27,4	
	Contínua	20,5	10,0 - 33,7	0.0587***

Religião	Não possui	22,8	10,4 - 40,7	0.1273**	0.38
	Católica	20,3	9,5 - 32,2		
	Evangélica	20,3	9,3 - 32,1		
	Outras	21,5	9,2 - 40,1		
Intensidade	(0-10)	20,5	10,0 - 33,7	<0.001***	
Frequência (dias por semana)	1 - 2 ^A	14,3	6,7 - 27,4	0.0045**	
	3 - 5 ^{AB}	22,1	11,2 - 31,7		
	6 - 7 ^B	22,1	11,2 - 36,9		
Região	Coluna ^A	20,2	9,2 - 32,1	0.0001**	
	MMSS ^B	10,3	4,2 - 21,2		
	MMII ^{AB}	16,0	9,4 - 28,9		
	+ dor regiões ^C	29,0	15,8 - 42,1		
nº de locais de dor	1 local ^A	15,6	6,9 - 27,9	0.0001**	
	2 locais ^B	25,5	16,3 - 40,5		
	3 ou mais locais ^B	31,0	15,5 - 44,5		
Duração (meses)	<6 meses	20,5	9,7 - 36,2	0.8474*	
	≥ 6 meses	20,4	10,0 - 33,5		

Legenda: n= número de usuários, IIQ= intervalo interquartil, * teste de U mann-whitney, **kruskal wallis e pós-teste de Dunn, *** Correlação de Spearman. A, B, C= Letras iguais indicam que não houve significância entre os grupos. Renda per capita= 1º quintil (R\$ 0-475); 2º quintil (R\$ 476-700); 3º quintil (R\$ 701-1000); 4º quintil(R\$1001-1500); 5º quintil (>1500). MMSS=membros superiores. MMII=membros inferiores.

As Tabelas 3 e 4 apresentam a relação dos domínios do WHODAS 2.0 na amostra geral por tipo de arranjo organizativo da APS e pela dor musculoesquelética respectivamente. A participação foi o domínio com maior incapacidade relatada, no arranjo tradicional (mediana=25,0; IIQ=8,3-45,8) e ainda maior na presença da dor musculoesquelética (mediana= 29,2; IIQ=12,5-50,0). Todos os outros domínios do WHODAS 2.0 também tiveram os maiores escores de incapacidade associados ao tipo de arranjo tradicional e na presença da dor musculoesquelética.

Tabela 3. Associação entre os domínios de incapacidade do WHODAS 2.0 com o tipo de arranjo organizativo tradicional e saúde da família.

Domínios de incapacidade	Arranjo Organizativo APS			p*
	Geral mediana (IIQ 25-75)	Tradicional mediana (IIQ 25-75)	Saúde da Família mediana (IIQ 25-75)	
Contínua				
Cognição	20,0(5,0-35,0)	20,0(5,0-35,0)	12,5(0,0-25,0)	0.0019
Mobilidade	12,5(0,0-37,5)	12,5(0,0-37,5)	12,5(0,0-25,0)	0.0423
Auto-cuidado	0,0(0,0-10,0)	0,0(0,0-20,0)	0,0(0,0-10,0)	0.0423
Relações interpessoais	8,3(0,0-25,0)	8,3(0,0-25,0)	0,0(0,0-16,7)	0.0001
Atividades de vida	8,3(0,0-33,3)	12,5(0,0-37,5)	0,0(0,0-20,8)	<0.001
Participação	25,0(8,3-41,7)	25,0(8,3-45,8)	16,7(4,2-37,5)	0.0002

Legenda: IIQ= Intervalo Interquartil. * teste de U Mann Whitney

Tabela 4. Associação entre os domínios de incapacidade do WHODAS 2.0 com a dor musculoesquelética.

Domínios de incapacidade	Dor Musculoesquelética			p*
	Geral mediana (IIQ 25-75)	Sim mediana (IIQ 25-75)	Não mediana (IIQ 25-75)	
Contínua				
Cognição	20,0(5,0-35,0)	20,0(10,0-40,0)	10,0(0,0-25,0)	<0.001
Mobilidade	12,5(0,0-37,5)	25,0(6,2-50,0)	6,2(0,0-18,7)	<0.001
Auto-cuidado	0,0(0,0-10,0)	0,0(0,0-20,0)	0,0(0,0-0,0)	<0.001
Relações interpessoais	8,3(0,0-25,0)	8,3(0,0-25,0)	0,0(0,0-16,7)	0.0012
Atividades de vida	8,3(0,0-33,3)	16,7(0,0-41,7)	0,0(0,0-16,7)	<0.001
Participação	25,0(8,3-41,7)	29,2(12,5-50,0)	12,5(4,2-33,3)	<0.001

Legenda: IIQ= Intervalo Interquartil. * teste de U Mann Whitney

A Tabela 5 refere-se aos modelos de regressão não paramétrica multivariada na amostra geral em relação às variáveis sociodemográficas e clínica com a incapacidade. No modelo 1, final para amostra geral do estudo, é possível observar que ter dor musculoesquelética aumentou em 11,2 pontos a incapacidade ($IC_{95\%}=8,5$, 13,8). Além disso, as variáveis idade e renda diminuíram o escore enquanto o tipo de arranjo tradicional aumentou.

Em substituição da variável dor musculoesquelética, todas as características de dor mantiveram-se significativas quanto a sua maior gravidade (maior intensidade, frequência, duração, diversas regiões e número de locais) quando comparadas a não ter dor. Destaca-se que: a região dos membros inferiores (modelo 4) aumentou mais o escore de incapacidade (9,0 ; $IC_{95\%}= 5,6$, 12,1) do que as regiões da coluna e membros superiores, e que o modelo 2, referente a intensidade, correspondeu ao maior coeficiente de determinação entre todos modelos (23,7%).

Tabela 5: Estimativa de regressão não paramétrica multivariada entre a incapacidade e as características sociodemográficas e clínica (n=668).

Características Sociodemográficas e clínica		Modelo 1- Final		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5		Modelo 6	
		r ² =0.1529		r ² =0.2372		r ² =0.1697		r ² = 0.2126		r ² = 0.2027		r ² =0.1484	
		Estimated (IC _{95%})	p	Estimated (IC _{95%})	p	Estimated (IC _{95%})	p	Estimated (IC _{95%})	p	Estimated (IC _{95%})	p	Estimated (IC _{95%})	p
Tipo de arranjo assistencial	Saúde da Família Tradicional	Ref 5,5 (2,6 , 8,4)	<0.001	Ref 4,9 (2,1 , 7,5)	<0.001	Ref 5,9 (2,9 , 9,0)	<0.001	Ref 5,6 (2,8 , 8,5)	<0.001	Ref 4,3 (1,4 , 7,3)	0.005	Ref 5,5 (2,5 , 8,7)	0.001
Idade (anos)	Contínua	-0,08 (-0,16 -0,002)	0.034	-0,08(-0,16 -0,01)	0.034	-0,10 (-0,18 -0,03)	0.009	-0,09 (-0,17 -0,02)	0.017	-0,12 (-0,20 -0,05)	0.003	- 0,10 (-0,18 -0,01)	0.022
Renda per capita	1° Quintil	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
	2° Quintil	-1,5 (-2,7 , -0,3)	0.014	-1,2 (-2,5 , -0,04)	0.050	-1,4 (-2,6 , -0,2)	0.021	-1,8 (-3,3 , -0,3)	0.017	-1,0 (-2,1 , 0,0)	0.057	-1,6 (-2,8 , -0,5)	0.006
	3° Quintil	-2,4 (-4,6 , -0,4)	0.019	-1,7 (-3,7 , 0,1)	0.082	-2,3 (-4,5 , -0,3)	0.030	-2,5 (-4,7 , -0,4)	0.021	-1,9 (-4,0 , 0,2)	0.071	-2,8 (-5,0 , -0,8)	0.008
	4° Quintil	-3,5 (-6,7 , -0,4)	0.023	-2,3 (-5,2 , 0,3)	0.107	-3,3 (-6,6 , -0,4)	0.033	-3,5 (-6,6 , -0,5)	0.026	-2,8 (-5,9 , 0,3)	0.077	-4,1 (-7,4 , -1,2)	0.009
	5° Quintil	-5,0 (-9,2 , -0,9)	0.013	-3,6 (-7,4 , -0,1)	0.060	-4,8 (-9,0 , -0,9)	0.022	-5,2 (-9,5 , -1,1)	0.014	-3,8 (-8,0 , 0,3)	0.068	-5,7 (-10,0 , -1,9)	0.007

Religião	Não possui	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref						
	Católica	-2,7 (-7,5 , 1,7)	0.232	-3,5 (-7,7 , 0,6)	0.094	-2,6 (-7,4 , 1,5)	0.262	-2,8 (-7,9 , 1,8)	0.227	-1,6 (-6,2 , 2,7)	0.480	-2,8 (-7,2 , 1,8)	0.226
	Evangélica	-4,0 (-9,0 , 1,1)	0.115	-4,4 (-9,1 , -0,2)	0.050	-3,5 (-8,5 , 1,1)	0.135	-4,0 (-8,8 , 0,6)	0.094	-2,8 (-7,8 , 2,3)	0.275	-4,1 (-9,0 , 0,6)	0.089
	Outras	-1,4 (-8,4 , 5,2)	0.670	-1,3 (-7,3 , 4,9)	0.657	-1,8 (-7,7 , 4,5)	0.559	-2,8 (-9,4 , 3,1)	0.373	-2,2 (-8,6 , 3,8)	0.480	-1,6 (-7,3 , 4,1)	0.584
Dor musculoesquelética	Não	Ref											
	Sim	11,2 (8,5 , 13,8)	<0.001										
Intensidade	(0-10)			2,1 (1,7 , 2,5)	<0.001								
Frequência (dias por semana)	não dor					Ref							
	1 - 2					4,2 (3,1 , 5,4)	<0.001						
	3 - 5					8,5 (6,3 , 10,7)	<0.001						
	6 - 7					13,0 (9,7 , 16,3)	<0.001						

Região	Não dor		Ref		
	Coluna		7,9 (5,4 , 10,5)	<0.001	
	MMSS		6,0 (3,9 , 8,1)	<0.001	
	MMII		9,0 (5,6 , 12,1)	<0.001	
	+ dor regiões		16,3 (12,2 . 20,3)	<0.001	
número de locais de dor	Não dor		Ref		
	1 local		6,7 (5,2 , 8,4)	<0.001	
	2 locais		13,3 (10,2 , 16,6)	<0.001	
	3 ou mais locais		20,2 (15,6 - 25,1)	<0.001	
Duração (meses)	Não dor				Ref
	<6 meses				5,8 (4,2 , 7,4), <0.001
	≥6 meses				11,8 (8,6 , 14,9) <0.001

Legenda: IC_{95%}= intervalo de confiança de 95%. Bootstrap para 1000 repetições. MMSS=membros superiores. MMII=membros inferiores. Renda per capita= 1º quintil (R\$ 0-475); 2º quintil (R\$ 476-700); 3º quintil (R\$ 701-1000); 4º quintil(R\$1001-1500); 5º quintil (>1500).

A Tabela 6 mostra os resultados da análise da regressão não paramétrica multivariada na amostra com dor musculoesquelética (n=394). As variáveis das características da dor foram inseridas progressivamente como forma de verificar o melhor ajuste para o modelo final. Todas as variáveis tiveram o VIF < 5, ainda assim, regiões e número de locais de dor apresentaram uma forte correlação ($r=0,72$) entre si, indicando uma possível colinearidade entre elas. Os coeficientes de correlação entre as outras variáveis foram <0,38. A escolha da permanência da variável número de locais de dor no modelo final, foi devido ao menor valor de p apresentado no modelo 1. Desta forma, a intensidade e o número de locais de dor foram as características preditoras que melhor explicaram a incapacidade na amostra com dor musculoesquelética (modelo final), sendo a intensidade a mais robusta, permanecendo significativa em todos os ajustes dos modelos de regressão.

Tabela 6: Estimativas de regressão não paramétrica multivariada entre as variáveis de incapacidade e das características da dor, ajustados pelo tipo de cuidado assistencial, idade, renda per capita, trabalho e religião (n=394).

Características Sociodemográficas e clínica		Modelo 1 r ² =0.2443		Modelo 2 r ² =0.6435		Modelo Final r ² =0.6386	
		Estimated (IC _{95%})	p	Estimated (IC _{95%})	p	Estimated (IC _{95%})	p
Intensidade	(0-10)	1,7(0,9 , 2,4)	<0.001	1,9(1,2 , 2,7)	<0.001	1,8(1,0 , 2,6)	<0.001
Frequência (dias por semana)	1 – 2	Ref		Ref		Ref	
	3 – 5	1,2(-1,3 , 3,9)	0.351	2,3(-0,7 , 5,0)	0.115	2,4(-0,6 . 5,2)	0.089
	6 – 7	2,6(-2,5 , 7,9)	0.325	3,0(-2,5 , 8,1)	0.276	3,0(-2,4 . 8,4)	0.267
Região	Coluna	Ref		Ref			
	MMSS	0,1(-2,1 , 2,2)	0.916	-0,7(-2,4 , 1,4)	0.483		
	MMII	0,3(-4,2 , 4,5)	0.883	1,2(-2,1 , 4,9)	0.490		
	+ dor regiões	0,6(-6,1 , 6,9)	0.861	3,8(-1,4 , 8,8)	0.159		
Número de locais	1 local	Ref				Ref	
	2 locais	2,9(-0,9 , 6,7)	0.131			4,1(0,8 , 7,1)	0.009
	3 ou mais locais	5,9(-1,7 , 13,3)	0.125			6,3(0,1 , 12,2)	0.033

Legenda: IC_{95%}= intervalo de confiança de 95%. Bootstrap para 1000 repetições. MMSS=membros superiores. MMII=membros inferiores.

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que alguns preditores estão relacionados a incapacidade autorrelatada dos usuários por demanda espontânea na atenção primária. É uma pesquisa relevante por ter o tipo de arranjo organizativo da APS como medida para interpretar o perfil de incapacidade dos usuários. Na amostra geral, os usuários das unidades do tipo saúde da família apresentaram menos incapacidade autorrelatada em comparação aos do tipo tradicional. Entende-se que a lógica organizativa das unidades saúde da família, permite direcionar o cuidado centrado no sujeito, considerando o grau de complexidade exigido, e que, portanto, ter uma equipe de referência para as demandas dos usuários, ao invés de profissionais alternando o cuidado, pode ter sido um fator contribuinte para este achado.

É esperado que os usuários experimentem um melhor tratamento em saúde quando há atitudes relacionais de toda a equipe ao invés do contato com um único profissional de saúde^{38,39}. Hustoft et al. (2018)³⁹ verificaram que a continuidade do cuidado estava relacionada com a capacidade da equipe de saúde em manter uma comunicação eficaz, através de conhecimentos e objetivos compartilhados e respeito mútuo, e que isto se refletia na percepção de satisfação pelos usuários e benefícios na funcionalidade em relação às AVDs. Além disso, o acompanhamento compartilhado dos casos, longitudinalmente, reforça a capacidade das equipes em lidar com as diversas demandas de saúde, descentralizando suas ações, evitando, quando possível, os deslocamentos desnecessários de usuários com incapacidades^{57,203}.

Os usuários da APS muitas vezes estão apenas iniciando processos patológicos²⁰⁴. As equipes de saúde, neste contexto, têm a responsabilização do cuidado, no sentido de examinar as melhores práticas para tratar os problemas de saúde mais comuns e identificar casos potenciais para piora funcional²⁰⁵. Como exemplo, no estudo de Montoro et al. (2020)¹⁴ foi constatado que os preditores sexo feminino, idade ≥ 80 anos, ter ≥ 2 morbidades e possuir uma autopercepção do estado de saúde ruim foram rotineiramente inseridos como sinais de alerta pelas equipes da saúde da família para rastrear as incapacidades com possibilidades de agravamento.

É importante que a identificação destes fatores no contexto de saúde e funcionalidade sejam enfatizados por meio de um processo contínuo e coordenado da equipe^{38,206}. O profissional da APS deve registrar a demanda principal apresentada pelo usuário, o local

para início do cuidado, os profissionais envolvidos e um planejamento para os casos mais complexos que envolvem diferentes equipes e locais de tratamento⁷⁶.

No presente estudo, optou-se por agrupar as unidades da APS (que independentes, já representavam lógicas assistenciais diferentes entre si) em duas categorias, de modo a distinguir a forma em que o cuidado era ofertado aos usuários em uma classificação mais objetiva, para isto, foi estabelecido o critério “possuir majoritariamente equipe de referência” como fator determinante para o tipo de arranjo organizacional saúde da família em contraposição ao tradicional. Conceitualmente os serviços de saúde encontram dificuldades em estabelecer profissionais em equipe de referência que entendam as limitações e dificuldades da sua população, que consigam obter informações sobre os serviços disponíveis e conheçam as vias de encaminhamento. Esta falta de clareza foi identificada anteriormente como uma barreira específica importante para o acesso a cuidados de saúde especializados para pessoas com algum nível de incapacidade^{207,208}. Além disso, os usuários da RAS, esperam atendimento especializado e boa comunicação da equipe ao visitar uma unidade de saúde¹⁸⁰. Desta forma, a equipe de referência é de suma importância no presente estudo, por abordar hipóteses de como a organização do cuidado por um tipo de unidade pode influenciar a forma como a incapacidade é autorreferida pelos usuários.

Apesar de manter a mesma lógica organizativa, estabelecida através de diretrizes de uma mesma política, as unidades da saúde da família podem encontrar diferenças quanto à prevalência de incapacidade e fatores associados conforme os locais em que estão estabelecidas. A exemplo disso, Montoro et al. (2020)¹⁴ encontraram em seu estudo com idosos em unidades básicas filiadas à saúde da família, uma prevalência 66,0% no município de Manaus, este valor foi significativamente superior à prevalência de incapacidade encontrada no município de São Paulo (56,4%). Segundo os autores, esta diferença pode ter sido devida à localização da área e outros fatores de contexto, como a disponibilidade e estrutura das unidades, atitudes dos profissionais de saúde e condições socioeconômicas dos usuários. De modo que tais fatores podem ter correspondido a divergências no acesso dos usuários e na pior percepção de saúde.

No presente estudo, a prevalência de algum nível de incapacidade no arranjo do tipo saúde da família foi de 65,3%, em comparação ao estudo supracitado de Montoro et al. (2020)¹⁴, esta prevalência foi superior ao encontrado no mesmo município de São Paulo e

próximo ao encontrado em Manaus. Ainda assim, estas prevalências foram muito inferiores quando comparadas a um outro tipo de arranjo organizativo, o tradicional (80,9%). Importante ressaltar que ambos arranjos deste estudo estavam em uma mesma região, isto denota que as características da lógica de cuidado são tão ou mais cruciais para determinar a prevalência de incapacidade do que os fatores estritos a localização.

Não obstante, tais diferenças podem ser explicadas no contexto de que o WHODAS não é um instrumento que ofereça pontos de cortes que permitam uma categorização, ou seja, uma prevalência, portanto, diferentes estudos podem ter usado de critérios metodológicos arbitrários, o que dificulta as comparações. Alguns exemplos são: No estudo de Waterhouse et al. (2017)¹⁶, utilizou-se o percentil 90 como o ponto de corte para determinar a incapacidade grave, ou seja, independentemente de qualquer comparação, 10% de sua amostra sempre teria incapacidade grave, o que representou um valor de 45 e acima no escore do WHODAS 2.0. Gaskin et al. (2017)²⁰⁹ classificaram por percentis os níveis de incapacidade, mas utilizavam a percentagem do valor “0” do escore do WHODAS versão 12 itens, para categorizar as comparações de incapacidade entre os diferentes países. Já o estudo de Radamass et al. (2018)¹⁰³ utilizou 50% dos dados obtidos para categorizar a incapacidade, os autores justificaram a escolha deste critério a não existência de literatura sobre o WHODAS 2.0 para estudos de prevalência, a prevalência de incapacidade encontrada foi de 7,7%.

É possível argumentar que as diferenças nas prevalências também decorram das escolhas de critérios da própria amostra. Dados da pesquisa de base populacional Study on global AGEing and adult health (SAGE), indicaram 8,0% de prevalência nível grave de incapacidade em idosos de países de baixa e média renda¹⁵. Já no contexto de amostras com condições específicas, a prevalência tende a ser superior, como apontado por Karami et al. (2019) que avaliaram indivíduos com deficiências físicas e intelectuais e apresentaram uma prevalência de 28,9% de incapacidade grave em sua pesquisa⁵⁰.

Em comparação, o presente estudo não é considerado metodologicamente de base populacional, porém, também não é sobre condições específicas de saúde, o critério que parece definir as prevalências encontradas, se referem ao fator “demanda espontânea”. Em razão disto, o nível grave de incapacidade identificada (7,2% no arranjo tradicional e 2,3% na saúde da família) foi inferior aos estudos acima, pois acredita-se que aqueles que tinham deficiências com mais restrições, e por consequência, os que possuíam as incapacidades

mais graves, tivessem menos probabilidade de participar de estudos deste contexto. É importante salientar que não houve no presente estudo, indivíduos em que o escore final do WHODAS 2.0 indicasse incapacidade extrema. Esta argumentação é embasada conforme o estudo de Gomez-Olive et al. (2017)¹⁸, em que se discutiu a possibilidade de que os indivíduos com incapacidades mais graves tendiam mais ao desfecho morte (viés de sobrevivência) ou não tinham acesso a pesquisa. Isto explicaria as diferenças na prevalência de incapacidade entre grupos, além de também reforçar a necessidade de uma padronização dos fatores de risco da amostra.

No ambiente de atenção primária, os critérios da amostra devem ter como base a multidimensionalidade envolvida no processo da funcionalidade. Uma visualização mais ampla do sujeito, que permita verificar além da deficiência, pode trazer inferências sobre a qualidade dos serviços prestados. Ao examinar os atributos essenciais da APS a partir da percepção dos usuários, o estudo de Almeida et al. (2017)²¹⁰ observou em sua amostra com usuários com e sem deficiências diagnosticadas, que o grau de afiliação, acesso de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação da atenção/integralidade se destacavam como os atributos mais bem avaliados entre os usuários de forma homogênea, ou seja, independentemente de os usuários terem ou não deficiências diagnosticadas. Devido aos diversos fatores biopsicossociais que se relacionam ao usuário que busca por atendimento, os autores sugeriram que a atenção desenvolvida nos serviços de saúde deve ser repensada, para adotar estratégias que garantam o acesso pleno de todos os usuários à APS e ao sistema de saúde como um todo.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, uma pesquisa apontou que os usuários que buscavam por serviços de cuidados médicos convencionais, tinham mais incapacidade autorrelatada do que aqueles que buscavam por serviços de saúde informais²¹¹. Isto sugere, que os usuários podem ter esperado uma pior gravidade da sua condição de saúde para procurar assistência nos serviços convencionais, devido à, por exemplo, questões socioeconômicas que postergam a demanda espontânea. Além disso, há uma tendência dos serviços convencionais de saúde em ofertar os cuidados priorizando o modelo tradicional com base no diagnóstico clínico somente. Estas características induzem os usuários com menores níveis de incapacidade a não procurem tais serviços, ainda que possuam fatores de risco identificáveis para piora da saúde, pois entendem que não serão devidamente acolhidos em suas demandas, soma-se a isso, o fato de que grande parte dos usuários reconheça os

cuidados não convencionais como recursos de maior facilidade de acesso e atuantes na prevenção dos agravamentos de saúde⁷³.

O estudo de Almazán-Isla et al. (2017)²¹² revelou uma alta proporção de sujeitos com incapacidades grave / extrema, que recebiam apenas cuidados não profissionais e boa parte destes, não tinham nenhum tipo de serviço ou apoio. Ainda assim, o uso de serviços públicos de cuidados de longo prazo para estes sujeitos era maior do que os de serviços baseados na assistência privada, particularmente os serviços de apoio aos cuidados domiciliares.

No presente estudo, supõe-se que algumas unidades podem ter facilitado o acesso dos usuários com incapacidades mais graves, e outras podem ter atuado na melhora da percepção do indivíduo sobre a sua funcionalidade através de atributos como a longitudinalidade do cuidado por exemplo. Considerando que o arranjo tradicional teve as demandas dos usuários com maior incapacidade neste estudo, duas modalidades deste arranjo se destacaram pela sua alta prevalência, as unidades integral e programática (79,4% e 89,0% respectivamente). Isto permitiu que algumas possibilidades fossem então sugeridas.

Uma delas refere-se à unidade integral, que tem seu conceito estabelecido na ampliação do acesso e na oferta de um atendimento integral ao cidadão. É possível que os indivíduos com incapacidades mais graves possam ter procurado mais esta unidade, por reconhecerem a facilidade de acolhimento de suas demandas. Como exemplo, eles não necessariamente precisariam residir no território de abrangência para serem atendidos nesta modalidade, o que amplia o escopo do perfil dos usuários nesta unidade⁷². Já a modalidade programática do CSEB, a alta prevalência de incapacidade pode ser analisada por uma outra lógica, argumenta-se que as obrigações de ensino e a extensa área de cobertura nesta unidade, colaboraram para a insuficiência dos recursos humanos disponíveis em dar conta das necessidades de saúde, desta forma, os usuários podem ter encontrado dificuldades de acesso e tempo de espera prolongado, além de prejuízos na manutenção do acompanhamento de saúde em todas as áreas²¹³.

Ter um acesso mais fácil a recursos sociais teve um efeito protetor dose-dependente contra a incapacidade e dependência em outro estudo⁸⁴. Argumenta-se que os recursos sociais mais disponíveis em uma determinada região, podem explicar o porquê da avaliação do WHODAS 2.0 ter resultados bastante diversificados. No presente estudo, as unidades da saúde da família possuem uma lógica pautada na proximidade com o território,

estabelecendo um maior vínculo dos usuários com o serviço de saúde e um maior incentivo para que os mesmos se co-responsabilizem pelo processo em saúde, e por tanto, busquem mais ativamente os cuidados de forma preventiva²¹⁴. Isto ajudaria a explicar as menores prevalências de incapacidade nas unidades que possuem as equipes de referência em ESF. Neste sentido, o tipo de arranjo organizativo da APS pode ser reconhecido como um fator ambiental importante associado à incapacidade.

É discutido que a disponibilidade dos cuidados de saúde, sejam através de serviços formais ou informais, dependam do grau de coesão social, de modo que para se contribuir com o bem-estar de todos os indivíduos envolvidos, seja necessário constituir a tríade: participação na comunidade, confiança/vínculo e segurança. Esta organização possibilita a diminuição da incapacidade e indica a importância da questão do território como forma de apoio social. Condições do ambiente são importantes para a avaliação das alterações da funcionalidade, pois a incapacidade pode estar impulsionando os indivíduos para um bairro mais pobre ou o bairro mais pobre, pode ser um fator determinante para a incapacidade dos sujeitos¹⁰⁷. De todo modo, é importante desenvolver ambientes que ajudem os indivíduos com incapacidades graves a continuarem vivendo em comunidade, preservando sua autonomia, dignidade e participação social¹⁵.

A capacidade dos sistemas de saúde de abordar ou mitigar fatores associados ao ambiente que mais contribuem para a incapacidade, vai determinar as diferenças do perfil da funcionalidade entre as diversas populações. Entre estes fatores, podem estar inclusos: a habitação, poluição e as condições de trabalho¹⁸. Por exemplo, a não adaptação do local de residência dos usuários com limitações de mobilidade, pode estar relacionado a um pior grau de percepção de incapacidade¹¹¹. Nesta perspectiva, nem sempre é possível atuar no nível próximo e particular da vida cotidiana dos sujeitos, mas se tratando de planejamento social, e em específico na APS, faz-se necessário a análise no sentido mais amplo das barreiras ambientais, como aquelas que permitem a implementação de recursos de vigilância de incapacidades graves não assistidas no território. Este recurso pode ser útil para identificar prioridades e reduzir as necessidades não satisfeitas dos usuários²¹².

Desta forma os planejadores de saúde devem ser capazes de desenvolver estratégias localizadas para estimular as pessoas a receberem serviços preventivos de saúde quando se têm dificuldades de acesso, isto através de indicadores precisos¹⁵³. Uma estratégia prevista no que se refere ao arranjo saúde da família, sugere que os profissionais de reabilitação que

compõem os NASF, possam realizar o mapeamento daqueles usuários com redução de mobilidade, alteração cognitiva e outros fatores que limitam a busca por demanda espontânea até a UBS, como é o caso daqueles que estão totalmente dependentes de terceiros para o cuidado (usuários restritos ao leito)⁵⁷. Possíveis intervenções nesta área, podem incluir o uso de agentes comunitários de saúde auxiliando no diagnóstico e no tratamento continuado daqueles cujo acesso aos cuidados de saúde é problemático¹⁶. Tais ações não são possíveis em unidades tradicionais, pois elas são passíveis quanto à procura dos sujeitos, independentes dos fatores de vulnerabilidade do território²¹⁵.

Outra estratégia prevista foi apontada no estudo de Souza (2016)⁷⁶ que abordou a necessidade de reorientar o modelo assistencial de forma a sistematizar a demanda espontânea dos indivíduos com os serviços da rede de reabilitação. Através da construção de um banco de dados, denominado de “Programa de Levantamento dos Problemas relacionados a Reabilitação (PLPR)”, foi possível conhecer as características da funcionalidade da população atendida na rede. Na APS, observou que a extensa maioria dos indivíduos iniciava o tratamento neste nível assistencial (77%) e que a dor foi a condição mais frequente relatada com dificuldade grave/moderada (58%)²¹⁶.

Grande parte dos usuários dos sistemas de saúde apresentam como as maiores necessidades de reabilitação as queixas de dor, sejam elas em termos gerais ou musculoesqueléticas, principalmente quando associadas a uma diminuição do desempenho físico²¹⁷. Entende-se que a dor é algo difícil de se administrar sem ajuda profissional e também pode ser altamente incapacitante, isto condiz com o fato de as síndromes dolorosas serem as principais causas de procura por atendimento. As necessidades não atendidas de reabilitação neste grupo são as mais baixas em comparação a outras condições, sugerindo que os serviços de saúde estão mais preparados para acolher as demandas de dor, ainda assim, o manejo necessita ser aprimorado, visto que a satisfação do atendimento e a resolutividade ainda são baixas¹⁷⁶.

Neste estudo, a prevalência de dor musculoesquelética foi de 59,0% no momento da procura por atendimento nas unidades da APS. Uma percentagem relativamente alta em comparação com dois outros estudos sobre dor e distúrbios musculoesqueléticos na atenção primária, 29,0%²¹⁸ e 18,8%²¹⁹. Estas diferenças podem ser explicadas devido aos fatores culturais e sociais, já que ambas as pesquisas foram realizadas em outros países. O Brasil foi o segundo país com maior prevalência de dor na atenção primária em um outro estudo

multicêntrico envolvendo 14 países¹⁹⁷. É possível que a implementação da APS no Brasil, com vista à consolidação do SUS, possa ser mais favorável para que os indivíduos com dor musculoesquelética daqui, procurem mais o atendimento do que comparado aos usuários de outros países.

Este estudo apresentou associação positiva entre a dor musculoesquelética e a incapacidade, de modo que responder “sim” para a presença de dor aumentou 11,2 pontos no escore do WHODAS 2.0, além disso, quase todos os usuários com incapacidade grave relataram a presença deste sintoma (92,5%). A associação positiva entre dor e incapacidade autorrelatada foi discutida em diversos estudos^{200,220,221,222,223}. Ainda que nem sempre, esta relação seja observada de forma proporcional, podendo haver melhora funcional sem acompanhamento da redução da dor e vice-versa^{224,225}.

O estudo de Talukdar, Mahmud e Rashid (2018)¹⁸⁰ avaliou o comportamento de busca dos usuários com deficiências físicas na APS, observou que a condição de dor geral teve 3,6 mais chances de procura pelo usuário por demanda espontânea, um valor maior do que outras condições como febre e diarreia por exemplo. Já Silva et al. (2014)⁹³, apresentaram um dado relevante, os participantes do seu estudo não estavam necessariamente procurando por cuidados relacionados à dor na demanda espontânea da APS. No entanto, as taxas de prevalência de dor neste estudo foram altas (81%) indicando que as intervenções da APS devem ter como alvo a dor, pois mesmo que a queixa algica não seja o motivo principal de procura, ela ainda está presente em boa parte dos usuários que frequentam as UBSs.

Existem amplos mecanismos relacionados a padrões de mudança na dor e na funcionalidade em resposta à intervenção comportamental ao longo do tempo, isto acontece porque a dor musculoesquelética nem sempre é determinada por fatores exclusivamente biológicos, mas também podem depender de fatores psicossociais²²⁴. No trabalho de Horta-Bass e Romero-Figueroa (2019)²⁰⁰, a presença de incapacidade grave foi de 40,9% em mulheres com fibromialgia e os fatores que melhor explicaram esta relação foram a intensidade da dor e os fatores emocionais. Já o estudo de Koho et al. (2001)²²², investigou o comportamento da dor associado a incapacidade autorrelatada e a limitação física, os fatores psicológicos de depressão e a percepção somática relacionada a dor, contribuíram para piora nas atividades diárias e foram determinantes importantes da incapacidade autorrelatada.

Fortes et al. (2019)²⁰⁴ avaliaram as síndromes somáticas sem diagnóstico clínico definido na APS e relataram que as queixas musculoesqueléticas se associavam a esta

condição, de modo que com o aumento da quantidade de sintomas somáticos relatados (cardiopulmonares, musculoesqueléticos, gastrointestinais e gerais), o nível de incapacidade também se intensificava. Entende-se que na APS há um amplo cenário que possibilita intervir nos fatores psicossociais modificáveis que se relacionam com a dor e a incapacidade, e que a multidimensionalidade inerente neste contexto, permite que o melhor direcionamento do manejo clínico seja ofertado para o sujeito como um todo e não para aspectos segmentados²²⁶.

Ainda que haja um crescente reconhecimento de que indivíduos com déficits psicossociais sejam um grupo marginalizado nas políticas públicas e nos serviços de saúde, o comprometimento psicossocial muitas vezes não é considerado nas avaliações sobre funcionalidade e saúde¹⁸⁷. Vale destacar, que as variáveis psicossociais se correlacionam com o relato do indivíduo, mas não necessariamente com testes específicos que avaliam a capacidade física nos pacientes com dor crônica²²⁷.

É necessário que no contexto da APS, principalmente devido o foco estar no contexto biopsicossocial, a funcionalidade autorreferida seja o objeto fundamental de intervenção para as equipes de saúde, ao invés restringir às medidas de analgesia, com elevado número de prescrições medicamentosas de pouca efetividade. Os pacientes têm uma combinação complexa de incapacidades físicas, psicológicas, comportamentais e emocionais, e especialmente em condições de multimorbidade, pode ser difícil conseguir a melhora na funcionalidade através da melhora dos sintomas^{139,150,176,228}. Calvalcanti et al. (2017)²²⁹ relataram em seu estudo, que a multimorbidade pode interferir negativamente na autopercepção de saúde, contribuindo para o aumento do consumo de medicamentos. Supõe-se que esta lógica possa ser interpretada como um ciclo vicioso, de modo que: O maior comprometimento de saúde do sujeito leve a uma maior necessidade de medicações, e que a ineficácia dos sistemas/profissionais de saúde em atuar em medidas que vão além daquelas focadas em condutas medicamentosas, leve a uma pior percepção do estado de saúde do indivíduo, o que aumenta seu comprometimento de saúde.

Wawrzyniak et al. (2019)¹³⁹ investigaram os riscos do uso de opioides com relação a incapacidade e encontraram que a pontuação do WHODAS 2.0 foi correlacionada positivamente com o risco do uso indevido deste analgésico, ainda que não tenham encontrado relação com a dosagem. Já no estudo de Talukdar, Mahmud e Rashid (2018)¹⁸⁰, grande parte dos participantes mencionaram tomar várias formas diferentes de tratamento

porque estavam desesperados para melhorar rapidamente e também buscaram tratamento com um provedor de saúde informal como medida de autocuidado. É válido ressaltar, que mesmo que a diminuição dos sintomas dolorosos seja importante para diminuir a incapacidade e melhorar a percepção de saúde do sujeito, uma melhora da funcionalidade não necessariamente segue o alívio sintomático¹⁵⁰.

Neste sentido, o arranjo organizativo da saúde da família pode ter uma visão além das práticas medicamentosas. As equipes NASF podem auxiliar as equipes ESF nas situações de usuários que retornam ao acolhimento com muita frequência, sempre com a mesma queixa da qual não se resolve com as práticas usuais da equipe. O autocuidado é uma estratégia para aqueles que mais buscam a unidade por demanda recorrente de dor. Orientações de recursos como termoterapia, crioterapia, exercícios para o alongamento, fortalecimento e relaxamento muscular, além de adaptações nas atividades domésticas e/ou laborais, podem ser passadas aos usuários como forma de autogerenciamento do cuidado⁵⁷.

No presente estudo, o arranjo tradicional e saúde da família tiveram prevalências de dor musculoesquelética muito similares. O que se pode sugerir com base neste recorte, é que a dor não muda conforme o tipo de arranjo organizativo de saúde, podendo estar presente nos usuários da APS de forma homogênea em uma determinada região, independente da diferença na lógica de cuidado, o mesmo não se pode declarar em relação a incapacidade. A relação da dor com serviços de saúde está, há muito tempo, em perspectiva do modelo biomédico, condicionando uma maior padronização desta queixa. Apesar da avaliação da incapacidade também ter em parte esta abordagem, há um impulsionamento maior para mudança de paradigma, sobretudo na lógica da saúde da família. É importante que ambas devam ser entendidas pelo seu dimensionamento biopsicossocial^{163,230}.

No que se refere às características da dor musculoesquelética, o presente estudo apontou que as dores com maior intensidade, frequência, duração, localizadas em diversas regiões e em maior número de locais foram fatores independentes associados a incapacidade na amostra geral.

A intensidade da dor e a incapacidade apresentaram correlação moderada ($r=0.38$; $P<0.001$). Este achado foi corroborado por Silva et al. (2013)²³¹ que apresentou em sua amostra com patologias musculoesqueléticas, a prevalência de dor generalizada de 29,9% e também, uma correlação moderada da intensidade da dor com a incapacidade ($r = 0,44$; $p < 0,001$).

Severeijns et al. (2001)²³² apontaram que a intensidade da dor está intimamente relacionada a catastrofização que impacta diretamente na percepção da incapacidade. Independente dos diversos diagnósticos clínicos, alguns indivíduos podem apresentar um perfil semelhante relacionado a catastrofização, e nisto a intensidade da dor parece ser a característica mais apropriada para identificar subgrupos com dor crônica disfuncional dos quais os indivíduos apresentam sofrimento psicológico.

Outro estudo identificou que a maior intensidade da dor pode levar a uma maior utilização de cuidados de saúde, enquanto a catastrofização mais alta e a distribuição espacial mais ampla dos sintomas podem levar a custos mais elevados para os serviços recebidos, reforçando que a abordagem da intensidade pode ser útil para estratégias que visam a redução de custos para dor musculoesquelética nos serviços de saúde²³³.

Silva et al. (2013)¹⁷⁷ relataram em seu estudo, que a intensidade da dor, geral e localizada, tiveram maiores correlações com os escores do WHODAS 2.0 do que outras características. Para os autores, uma maior integralidade do cuidado, contrapondo a fragmentação, pode ser atribuída com o manejo da intensidade, no entendimento de que intervir na diminuição da intensidade global da dor é uma estratégia melhor, do que o seu manejo por locais específicos. Desta forma seria possível reduzir efetivamente a incapacidade percebida associada à dor.

Neste estudo, a média da dor foi de 5,1 (DP= 3,0) na EVA, um valor abaixo do encontrado no estudo de Mata et al. (2011)¹⁸⁶ que avaliou a dor e funcionalidade na APS. Os autores apontaram que a intensidade da dor (mediana =7; IIQ = 5 - 9) foi relativamente alta e quase 1/3 de sua amostra procurou atendimento devido às queixas musculoesqueléticas, além de também apresentarem limitações importantes para capacidade do trabalho e AVDs. Sugeriram que reforçar as ações de prevenção com foco na ESF poderia constituir uma maior resolutividade e menor custo para esta população.

É possível que grande parte dos usuários na APS tenham queixas de dor musculoesquelética diariamente¹⁸⁶. A dor de caráter mais frequente foi associada a incapacidade na amostra geral deste estudo, assim como no estudo de Satghare et al. (2016)²³⁴, que mostrou que a frequência de dor superior a “2-3 dias na semana” se associou significativamente com a incapacidade em idosos. Pessoas com dor o tempo todo, ou quase todo o tempo, podem ter uma alteração na experiência de dor refletida através dos comprometimentos nas estratégias de enfrentamento e nos aspectos psicológicos²³⁵.

Em relação a duração da dor, a prevalência de dor persistente é entendida como aquela com um período de 6 meses ou mais durante o ano. A maioria dos usuários neste estudo tinham dor crônica superior a 6 meses (65,7%), o que é condizente com alguns estudos na atenção primária^{93,148,236,237}.

A cronicidade da dor pode afetar a percepção de incapacidade de uma maneira insidiosa, a longo prazo. O estudo de Chwastiak, Von Korff (2003)¹⁴⁷ apontou que setenta por cento dos usuários da APS que tinham dores nas costas, já relataram episódios anteriores de dor. A dor nas costas entre os pacientes de cuidados primários é tipicamente uma condição recorrente para a qual as definições com base em um único episódio são inadequadas²³⁸.

A localidade da dor pode ter um impacto diferente na função²²⁵. Neste estudo, a dor na coluna foi a mais prevalente (37,1%) em comparação com as outras regiões do corpo, no entanto, não foi a mais associada ao pior nível de incapacidade na amostra geral, nesta análise, as diversas regiões e os membros inferiores tiveram um maior impacto no aumento do escore do WHODAS 2.0. Tem-se reconhecido o esforço em estudar sobre a dor na coluna, em especial, a lombar na APS, de modo que se é bem estabelecido o grande impacto desta condição nas atividades de vida e laborais dos sujeitos, justamente por ser altamente frequente na população^{237,239,240,241}. No entanto, sugere-se que outras regiões de dor musculoesquelética, principalmente as diversas regiões e as dos membros inferiores, também necessitam de atenção por parte dos provedores de saúde da APS, pois estas podem ser tão ou mais incapacitantes que a dor na coluna. E que nem sempre a condição mais frequente relatada pelo sujeito é a que influencia mais a incapacidade a partir da sua percepção.

Além disso, a maioria dos usuários indicaram apenas uma região de dor, porém a maior incapacidade ocorreu na presença de dor em diversas regiões e 3 ou mais locais de dor relatados. Ter o enfoque em apenas um ou dois aspectos da dor para um determinado local, torna difícil comparar com a ampla gama dos fatores de impacto da dor sobre a funcionalidade. É importante que as informações sobre as características da dor estejam no contexto geral do indivíduo, pois elas informam quais aspectos precisam ser direcionados pelas intervenções da APS, a fim de prevenir maior perda funcional^{93,177}.

Dragiotti et al. (2017)²⁴² associaram a dor de vários locais com a idade, sexo feminino e um maior prejuízo na qualidade de vida, considerando um indicador potencial para avaliação

e tratamento em idosos. Mottram et al. (2008)²²⁵ que compararam a limitação na mobilidade associada à dor, relataram que a dor nos membros inferiores só ficava atrás da dor em mais de uma região, quanto a sua maior propensão às limitações nas atividades dos indivíduos, os autores hipotetizaram que a própria dor nos membros inferiores pode ser mais grave e mais limitante em pessoas que têm dores em várias regiões. Pessoas com mais locais de dor também tiveram um pior desempenho no equilíbrio, em testes de função dos membros inferiores no estudo de Eggermont et al. (2009)²⁴³.

Na avaliação multivariada das características da dor, apenas a intensidade e o número de locais de dor se mantiveram significativas na análise. Sugerindo que, apesar das características gerais da dor serem importantes no sentido da sua interpretação de maior gravidade (pior intensidade, mais frequente, maior duração, em maior número de locais e diversas regiões), a intensidade se destaca quando analisada conjuntamente com todas as características, possivelmente porque é a melhor forma de expressão do desconforto e do impacto na funcionalidade. Os usuários tendem a referir com mais frequência a intensidade da dor do que outras características ao explicar como a dor interfere em sua vida diária, porque devido à falta de evidência física objetiva da dor, o sujeito usa desta característica para justificar a existência da sua dor para o outro, além de adotá-la como mecanismo para receber a devida atenção e tratamento, com um comportamento relativo às expectativas médicas e sociais de dor relacionada à doença²⁴⁴.

O padrão de queixas de dor pode mudar com a idade. Argumenta-se que a limitação na mobilidade ou limitações em outras áreas, podem se tornar relativamente mais importantes do que propriamente a dor em idades mais avançadas²²⁵. Uma revisão sistemática sugere, inclusive, que possa ocorrer um declínio na dor relatada em idosos mais velhos, com o pico ou platô na prevalência de dor por volta dos 65 anos²⁴⁵.

Na literatura, há um consenso que permite afirmar que conforme ocorre um aumento da idade, maior se torna a incapacidade nos indivíduos. Uma revisão sistemática apontou evidências de moderadas a fortes de que idade mais elevada é um fator prognóstico para a incapacidade, além do fato de que as taxas de recuperação também serem mais baixas nesta faixa etária²⁴⁶. No entanto, no presente estudo, os resultados mostraram que ter mais anos de vida diminui o escore de incapacidade, ainda que esta diferença não tenha sido significativa na análise bivariada da amostra geral.

Possíveis explicações para este achado podem ser descritas em razão da própria questão da demanda espontânea. Neste cenário, os usuários com comprometimentos de mobilidade podem encontrar uma maior barreira de acesso para ir até a unidade de saúde, então é possível que os indivíduos mais incapacitados não foram entrevistados¹⁸. Os idosos mais saudáveis podem ter procurado mais a APS por demanda espontânea, já que, possivelmente aqueles com maior comprometimento estariam mais inseridos em demandas programadas, atendimentos domiciliares ou outros níveis assistenciais.

Souza (2016)⁷⁶ observou que aqueles que iniciaram a reabilitação na atenção especializada, eram mais jovens, na faixa etária produtiva, e possuíam uma maior limitação e restrição das atividades. Já os usuários que iniciaram a reabilitação na APS eram mais velhos e relataram menor número de qualificadores altos de dificuldade, ou seja, tinham uma menor incapacidade em comparação. Este trabalho corrobora com o presente estudo, no sentido de que as diferenças no perfil de funcionalidade dos usuários podem ser encontradas conforme o nível assistencial de saúde, ainda que se reconheça que idosos tenham incapacidades mais graves em um contexto populacional.

Além disso, os usuários mais velhos podem ter desenvolvido mecanismos de adaptação que afetam a percepção da funcionalidade, de modo que, podem ter encarado suas limitações nas atividades e participação como uma consequência normal do envelhecimento²⁴⁷. A exemplo disso, o estudo de Pinto et al. (2019)⁹² observou que os usuários na APS com 70 anos ou mais tinham uma menor chance de responder à pergunta sobre possuir alguma incapacidade (*Do you have any of the following disabilities?*) quando comparada a indivíduos de 30 a 39 anos. Alguns pacientes podem não considerar uma doença crônica como uma limitação importante. Neste sentido, condições como a fibromialgia, que ocorre com mais frequência em indivíduos em idade produtiva, podem ser relativamente mais limitantes, dependendo do contexto, do que as dores nas articulações em pessoas mais velhas, por exemplo²²⁵.

A carga de doenças, tanto as transmissíveis quanto não transmissíveis, pode pesar mais sobre algumas populações em uma determinada idade, de modo que é possível que o ônus da incapacidade reflita as diferenças entre os locais de saúde e a idade biológica (em oposição à idade cronológica) dos indivíduos¹⁸. Sobre isso, o fator sociodemográfico de renda per capita pode apresentar um grande impacto nos níveis de incapacidade apresentados.

A renda per capita surgiu como um importante preditor de incapacidade autorrelatada no presente estudo. A amostra teve em média R\$1155,10 de renda per capita, porém, na análise não paramétrica, apontou-se que cerca de 3/5 dos participantes possuíam menos de 1 salário mínimo per capita, ou seja, os dados sugerem uma desigualdade de distribuição da renda nesta amostra. A incapacidade autorrelatada aumentou conforme os quintis de renda per capita decresceram. Isso está de acordo com um estudo anterior em que as pontuações do WHODAS 2.0 foram maiores para os participantes com menor nível econômico¹⁰⁷. Resultados semelhantes também no estudo de Waterhouse et al. (2017)¹⁶, revelando que o quintil de renda mais pobre se associava a incapacidade grave e ao número de doenças crônicas relatadas. De modo geral, indivíduos com incapacidade generalizada são mais propensos a ocupar posições de baixo status socioeconômico, incluindo não trabalhar, ou trabalhar com baixa remuneração, ter menor nível educacional e menor renda familiar¹⁵¹.

Neste estudo não houve diferenças estatísticas significativas entre a incapacidade autorrelatada e o trabalho, tipo de ocupação e escolaridade. No entanto, indivíduos com incapacidades podem encontrar nestas condições, situações que geram barreiras para o uso dos serviços de saúde e outras que os impedem de alcançar uma plena funcionalidade¹⁰³. A incapacidade autorreferida tende a ser maior nos indivíduos que estão desempregados em relação àqueles que possuem um emprego formal ou estão aposentados, esta questão parece estar diretamente relacionada ao fator renda, ainda que também possam ter uma relação bidirecional^{106,139}. Um estudo que investigou a coesão social na incapacidade com as características sociodemográficas, apontou que os trabalhadores remunerados, trabalhadores em suas próprias casas e aposentados tiveram menos incapacidade em relação aos indivíduos desempregados. Os aposentados, inclusive, foram os que mais tiveram redução no escore de incapacidade nesta comparação, além disso, os autores referiram a falta de educação formal, como um fator que também se associava a maior prevalência de incapacidade em seu estudo¹⁰⁷.

Em relação à religião, os indivíduos católicos do presente estudo tiveram menos incapacidade autorreferida em comparação aos que não tinham uma religião na análise bivariada, ainda que esta diferença não tenha sido mantida na análise multivariada. Crenças e tradições religiosas podem surgir como uma forma de lidar ou explicar o sofrimento experimentado para aqueles que têm a percepção subjetiva de perda funcional²⁴⁸. Outro fator semelhante a esta situação, se refere às relações interpessoais, principalmente a falta de

apoio social, que também pode se correlacionar com uma percepção de piora na funcionalidade¹¹⁴.

Discute-se que o apoio familiar tem grande relevância no entendimento da funcionalidade. Sobre isto, alguns estudos apontam que: Ser viúvo, divorciado ou separado pode aumentar a chance de maior incapacidade¹⁰⁷, que os familiares mais próximos podem ser potenciais cuidadores quando há um declínio funcional¹⁰⁰, que ser casado aumenta a probabilidade ter acesso aos serviços de saúde⁵⁰ e que viver sozinho pode ser significativamente associado a qualquer limitação²²⁵.

Sobre os domínios do WHODAS 2.0, “relações interpessoais” buscou identificar as dificuldades dos indivíduos no contexto íntimo, como também as dificuldades condizentes com as relações sociais, como aquelas em que o respondente deve lidar com quem não conhece. Este domínio apresentou junto com o domínio auto-cuidado e atividades de vida, um baixo escore de incapacidade autorrelatada neste estudo. É possível que os usuários não tenham encontrado grandes dificuldades neste aspecto, devido a demanda espontânea já exigir um mínimo de contato social dos usuários com as unidades de saúde.

O domínio auto-cuidado apresentou, entre todos outros domínios, o menor escore de incapacidade. Este achado é condizente com a maioria dos estudos que avaliaram os domínios do instrumento WHODAS 2.0^{17,102,103,124,249}. De modo geral, o autocuidado é particularmente prejudicado em indivíduos mais velhos com grave doença mental, doença hepática crônica, neurodegenerações, demência e doença cerebrovascular¹⁰⁹.

O fato do domínio auto-cuidado estar relacionado as dificuldades condizentes a Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), justifica este achado, já que as ABVDs são comportamentos básicos e habituais do sujeito, referentes à capacidade de se alimentar, tomar banho e se vestir. E normalmente, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa possa ter neste domínio, mais severa será considerada sua incapacidade geral, pois espera-se que este seja o último domínio a ser afetado, principalmente no contexto de usuários que buscam atendimento por demanda espontânea. Em contraposição, as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são tarefas mais complexas e relacionadas à autonomia e participação social, são consideradas mais difíceis do que as ABVDs²⁵⁰.

As atividades de vida são vistas conforme a interpretação das AIVDs. É um domínio do WHODAS 2.0 do qual se tem um agrupamento das atividades domésticas e de trabalho,

representando tarefas de alta complexidade. É esperado que os usuários possam relatar muitas dificuldades presentes neste domínio, ainda assim, neste estudo, este foi o segundo domínio com menor escore de incapacidade, empatado com as relações interpessoais. Um resultado diferente foi encontrado por Silva et al. (2013)¹⁷⁷, em que o domínio atividades de vida teve o maior nível de incapacidade encontrada, enquanto relações interpessoais tiveram o menor prejuízo em indivíduos acima de 50 anos. A atividade de vida também foi o principal domínio como maior incapacidade em idosos com demência que não deambulavam em outro estudo¹¹⁰.

Tratando-se dos domínios cognição e mobilidade, estes foram o segundo e o terceiro com maiores níveis de incapacidade respectivamente (o primeiro foi o domínio participação). Ćwirlej-Sozańska et al. (2018)¹⁷ apontaram em seu estudo que mais de 2/3 dos idosos em comunidade com distúrbios musculoesqueléticos também tinham limitações no domínio de mobilidade, além dos comprometimentos no domínio cognição estarem presentes em mais da metade das pessoas com doenças degenerativas das articulações e síndromes de dor na coluna. No que se refere a APS, é mais favorável o acesso por demanda espontânea do idoso com boas condições de cognição e mobilidade. Uma vez que a diminuição significativa da mobilidade associada a demência, pode aumentar a chance do status de restrição ao domicílio e maior número de horas necessárias do cuidador¹⁰⁹. Além disso, a má cognição também é um fator de risco para lesões relacionadas a quedas, trazendo prejuízos à autonomia dos sujeitos¹⁰⁸.

A participação foi o domínio mais afetado autorrelatado pelos usuários de demanda espontânea nas unidades da APS. Este domínio representa uma mudança na linha de questionamento usada nos outros domínios, os respondentes necessitam entender que o foco das perguntas são os problemas causados pela sociedade em que eles vivem, em vez daqueles causados por suas dificuldades. Trata-se do envolvimento do sujeito em situações da vida e sua motivação para realizar ações com base nos fatores contextuais (pessoais e ambientais) que podem ser afetados pela sua condição de saúde. Neste sentido, o problema que uma pessoa pode vivenciar, vai depender tanto de suas próprias habilidades, quanto dos fatores condizentes ao desempenho real da atividade^{17,135}.

Em um estudo de base populacional, o escore do domínio participação teve a maior restrição em ambas dimensões do desempenho e da capacidade em indivíduos com algum tipo de deficiência²⁴⁹. Indicando que a participação tem sido fortemente impactada pela

deficiência do indivíduo ainda que o foco se estabeleça na interação com o ambiente. Outro estudo apontou que a participação foi a mais afetada em idosos com comprometimento de saúde mental (sensação de não pertencimento)²⁵¹. Garin et al. (2010)¹⁰⁴ mostrou na sua análise de validação do instrumento WHODAS 2.0, que os domínios participação e cognição tiveram os maiores níveis de incapacidade grave nos sujeitos com dor generalizada, a participação teve ainda, correlações de moderada a alta com todas as dimensões da qualidade de vida (SF-36).

A participação do sujeito na comunidade pode ser condizente com sua percepção do estado de saúde, mas, além disso, também pode se associar com o uso dos serviços de saúde. Isso se refere ao quanto o indivíduo despense de seu tempo com questões relativas à saúde, principalmente para aqueles que necessitam buscar atendimento quando não se tem uma linha de cuidado bem estabelecida¹⁷. Hustoft et al. (2019)³⁸ relataram que uma melhor longitudinalidade do cuidado na percepção dos usuários foi atribuída a uma melhora da incapacidade com diminuição significativa no domínio participação, após um ano de seguimento dos usuários em seu estudo. Isto reforça a necessidade de aprimorar os serviços de saúde, como forma de incluir ações integradas e coordenadas que estabeleçam cuidados de longo prazo, sobretudo para aqueles com mais condições de vulnerabilidade social¹⁰⁰.

De modo geral, a integralidade do cuidado e o acesso em saúde devem ser garantidos pelos diferentes arranjos da APS, de modo que as equipes de saúde devam ajustar as demandas mais frequentes com aquelas de maior impacto na funcionalidade, estabelecendo um fluxo eficiente de cuidado do usuário, para que o mesmo percorra um itinerário terapêutico mais efetivo, melhore sua participação e não aumente a gravidade das suas demandas de saúde.

Como indicativo de limitação no estudo, não houve uma análise abrangente do perfil de incapacidade com base no tipo de arranjo organizativo da APS, já que era necessário que os usuários fossem até as unidades de coleta. Além disso, uma vez que era necessário a compreensão do estudo em relação as perguntas dos questionários, os usuários com funções cognitivas altamente prejudicadas não foram incluídos no estudo¹⁴⁵. Sugere-se que mais estudos tenham um olhar ampliado para as diferentes lógicas de cuidado na APS de modo a compreender como seus variados atributos estão envolvidos na funcionalidade dos usuários e como as equipes de saúde devem lidar com as diversas demandas de saúde em seu território.

6. CONCLUSÃO

- Os usuários de demanda espontânea das unidades do tipo de arranjo tradicional relataram mais incapacidade do que os usuários de unidades da saúde família. Sugere-se que as unidades de saúde da família, que estão voltadas para a longitudinalidade do cuidado, podem ser a melhor estratégia para abordar oportunamente a incapacidade.
- A prevalência de incapacidade foi maior no arranjo tradicional do que no da saúde da família. A prevalência de incapacidade grave foi baixa.
- Há associação entre a presença de dor musculoesquelética e a pior gravidade da incapacidade. Entre aqueles com presença de dor musculoesquelética, verificou-se que a intensidade e o número de locais foram as principais características de dor associadas. Além disso, também é sugerido que as dores de maior frequência, duração e de diversas regiões e em específico, os membros inferiores, necessitam de atenção pelos profissionais de saúde da APS no que se refere a pior gravidade da incapacidade.
- Maior renda per capita e os mais velhos tiveram associação com a menor gravidade da incapacidade.
- O domínio auto-cuidado teve o menor escore de incapacidade, enquanto a participação foi o domínio com maior comprometimento. Todos os domínios de incapacidade tiveram pior gravidade associada ao tipo de arranjo tradicional e na presença de dor musculoesquelética.

REFERÊNCIAS

1. Araujo ES. Manual de utilização da CIF em saúde funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.
2. Ćwirlej-Sozańska AB, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Sozański B. Factors associated with disability and quality of life among the oldest-old living in community in Poland - a cross-sectional study. *Ann Agric Environ Med.*[Internet]. 2020 Dec. [cited 2021 May. 14];27(4):621-9. Available from: <http://www.aaem.pl/Factors-associated-with-disability-and-quality-of-life-among-the-oldest-old-living,115020,0,2.html>. doi: 10.26444/aaem/115020. PMID: 33356070.
3. Brasil AC. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* [Internet].2013.[cited 2021 May.26];26(1):1-4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/270025330_Promocao_de_Saude_e_a_Funcionalidade_Humana. 10.5020/18061230.2013.p1.
4. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde coletiva.* [Internet].2007 Nov.[cited 2021 May. 17];12(spp1):1179-90. Available from: https://www.researchgate.net/publication/238444849_Padroes_de_adoecimento_e_de_morte_da_populacao_brasileira_os_renovados_desafios_para_o_Sistema_Unico_de_Saude
5. World Health Organization. *World Report on Disability.*[Internet]. Geneva: Switzerland; 2011 [cited 2021 May. 22]. 325 p. Available from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
6. Eurostat news release *Situation of People with Disabilities in the EU. Fewer than 1 in 2 Disabled Adults Were in Employment in the EU28 in 2011. And Almost a Third at Risk of Poverty or Social Exclusion in 2013.* [Internet] (2014). [cited 2021 May. 22]. 1-6 p. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6181592/3-02122014-BP-EN.pdf/aefdf716-f420-448f-8cba-893e90e6b460>
7. Xenouli G, Xenoulis K, Sarafis P, Niakas D, Alexopoulos EC. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS II) in Greek and its added value to the Short Form 36 (SF-36) in a sample of people with or without disabilities. *Disabil Health J.* [Internet].2016 July. [cited 2021 May. 25];9(3):518-23. Available from:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657416300036?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.dhjo.2016.01.009. PMID: 26996759.
8. Hosseinpoor AR, Bergen N, Kostanjsek N, Kowal P, Officer A, Chatterji S. Socio-demographic patterns of disability among older adult populations of low-income and middle-income countries: results from World Health Survey. *Int J Public Health*. [Internet]. 2016 Apr. [cited 2021 May. 15];61(3):337-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879166/>. doi: 10.1007/s00038-015-0742-3. PMID: 26537634; PMCID: PMC4879166.
 9. Camargos MCS, Gonzaga MR, Costa JV, Bomfim WC. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Mar [cited 2020 Aug 12]; 24(3): 737-747. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300737&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07612017>.
 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE. [Internet]. 2014. [cited 2020 Sep. 8]. Available from: <http://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
 11. World Health Organization. The international classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001. 311 p.
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos da vida – Brasil/IBGE Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE. [Internet]. 139 p. 2021. [cited 2021 Sep. 8]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>
 13. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre a Deficiência /World Report on Disability. [Internet]. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 2011. [cited 2020 May 18]. 334 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
 14. Montoro PWG, Fajersztajn L, Ribeiro E, Rossi Menezes P, Scazufca M. Prevalence of Older Adult Disability and Primary Health Care Responsiveness in Low-Income Communities. *Life*. [Internet]. 2020 [cited May. 21];10(8):133. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7460338/>

<https://doi.org/10.3390/life10080133>

15. Salinas-Rodríguez A, Rivera-Almaraz A, Scott A, Manrique-Espinoza B. Severity Levels of Disability Among Older Adults in Low- and Middle-Income Countries: Results From the Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *Front Med (Lausanne)*. [Internet]. 2020 Oct. [cited 2021 May. 18];7:562963. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7594509/doi:10.3389/fmed.2020.562963>.
16. Waterhouse P, Wielen N, Chirwa-Banda P, Channon A. The impact of multi-morbidity on disability among older adults in South Africa: Do hypertension and socio-demographic characteristics matter? *International Journal for Equity in Health*. [Internet] 2017. [cited 2021 May. 20];16:62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385014/>. Doi:10.1186/s12939-017-0537-7.
17. Ćwirlej-Sozańska A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A. Analysis of Chronic Illnesses and Disability in a Community-Based Sample of Elderly People in South-Eastern Poland. *Med Sci Monit*. [Internet]. 2018 Mar [cited 2021 Apr. 22];24:1387-96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5854107/>. doi: 10.12659/msm.904845. PMID: 29512628; PMCID: PMC5854107.
18. Gomez-Olive FX, Schröders J, Aboderin I, Byass P, Chatterji S, Davies JI, Debpuur C, Hirve S, Hodgson A, Juvekar S, Kahn K, Kowal P, Nathan R, Ng N, Razzaque A, Sankoh O, Streatfield PK, Tollman SM, Wilopo SA, Witham MD. Variations in disability and quality of life with age and sex between eight lower income and middle-income countries: data from the INDEPTH WHO-SAGE collaboration. *BMJ Glob Health*. [Internet]. 2017 Dec. [cited 2020 May. 21];2(4):e000508. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5759706/> doi: 10.1136/bmjgh-2017-000508. PMID: 29333288; PMCID: PMC5759706.
19. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, Murray CJ. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*. [Internet]. 2012 Dec. [cited 2021 Jan. 25];380(9859):2144-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61690-0. Erratum in: *Lancet*. 2013

- Feb 23;381(9867):628. Available from:
[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(12\)61690-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(12)61690-0). PMID: 23245606.
20. World Health Organization . WHO Global Disability Action Plan 2014–2021. [Internet]. Geneva,WHO: 2015.[cited 2021 May.17]. 25 p. Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/who-global-disability-action-plan-2014-2021>
21. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico. [Internet]. 2001 Dec. [cited 2020 Dec 01];22(4):1-5. Available from:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31740/EB_v22n4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Biritwum RB, Minicuci N, Yawson AE, Theou O, Mensah GP, Naidoo N, et al. Prevalence of and factors associated with frailty and disability in older adults from China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *Maturitas*. [Internet]. 2016 Sep.[cited 2021 May.17] 91:8-18. Available from: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(16\)30121-9/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(16)30121-9/fulltext). doi: 10.1016/j.maturitas.2016.05.012.PMID: 27451316.
23. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2009. [cited 2021 June. 11];13(28):177-88. Available from:
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>>. ISSN 1807-5762.
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>.
24. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [Internet]. Salvador: Editora EDUFBA; 2006. [cited 2021 Jan. 08].Saladeaula series, nº3. 237 p. Available from: <https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. ISBN 978-85-232-0920-9
25. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Oct [cited 2020 July 24] ; 38(spe): 252-264. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>.
26. Dawson Report: sixty years after the high hopes of 1920. *Health Soc Serv J*. 1980 May 16;90(4693):638-40. PMID: 10247170

27. Félix-Bortolotti M. Part 1--unravelling primary health care conceptual predicaments through the lenses of complexity and political economy: a position paper for progressive transformation. *J Eval Clin Pract*. 2009 Oct;15(5):861-7. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01274.x. PMID: 19811601.
28. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2020 June 28];24(1):7-16. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.)
29. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc* [Internet]. 2011 Dec [cited 2020 Sept. 29];20(4): 867-74. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
30. Rosário CA, Baptista TWF, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2020. [cited 2021 May. 15]; 44(124):17-31. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>.
31. Teixeira CF. Uma Agenda para a Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 1997 [cited 2020 July 24]; 2(1-2):173-7. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100173&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/1413-812319972102392014>.
32. Campos GWS. *Saúde pública e a defesa da vida*. 0.ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1991. 200 p.
33. Campos GWS. *Reforma da reforma, repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1992. 220 p.
34. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para

- a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 Out 21. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
35. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. *Enferm [Internet]*. 2013 Sept [cited 2020 Sept. 29]; 22(3):780-8. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300026&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300026>.
36. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery [Internet]*. 2011. [cited 2021 Feb. 18];15(4);802-10. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>.
37. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2011. [cited 2021 June 11];16(suppl 1):1029-42. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
38. Hustoft M, Biringer E, Gjesdal S, Moen VP, Aßmus J, Hetlevik Ø. The effect of team collaboration and continuity of care on health and disability among rehabilitation patients: a longitudinal survey-based study from western Norway. *Qual Life Res. [Internet]*. 2019 Oct. [cited 2021 May 18];28(10):2773-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6761089/>. doi: 10.1007/s11136-019-02216-7. PMID: 31144204; PMCID: PMC6761089.
39. Hustoft M, Biringer E, Gjesdal S, Aßmus J, Hetlevik Ø. Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care: a prospective cohort study from rehabilitation centres in Western Norway. *BMC Health Serv Res. [Internet]*. 2018 Sep. [cited 2021 May 18];18(1):719. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6142375/>. doi: 10.1186/s12913-018-3536-5. PMID: 30223847; PMCID: PMC6142375.

40. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2017. [cited 2021 May. 2];27(2):255-76. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. ISSN 1809-4481.
41. Knight JC, Dowden JJ, Worrall GJ, Gadag VG, Murphy MM. Does higher continuity of family physician care reduce hospitalizations in elderly people with diabetes? *Popul Health Manag.* [Internet] 2009 Apr. [cited 2021 mar. 14];12(2):81-6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/24272697_Does_Higher_Continuity_of_Family_Physician_Care_Reduce_Hospitalizations_in_Elderly_People_with_Diabetes. doi: 10.1089/pop.2008.0020. PMID: 19361251.
42. Swanson JO, Vogt V, Sundmacher L, Hagen TP, Moger TA. Continuity of care and its effect on readmissions for COPD patients: A comparative study of Norway and Germany. *Health Policy.* [Internet]2018 July [cited 2021 May. 18];122(7):737-745. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018301623?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.013. PMID: 29933893
43. Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med.* [Internet]2014 May [cited 2021 June 10];174(5):742-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075052/> doi: 10.1001/jamainternmed.2014.245. PMID: 24638880; PMCID: PMC4075052.
44. Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study. *Br J Gen Pract.* [Internet].2016 Aug. [cited 2021 May. 18];66(649):e531-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979943/>. doi: 10.3399/bjgp16X686101. PMID: 27324627; PMCID: PMC4979943.
45. Uijen AA, Schers HJ, van Weel C. Continuity of care preferably measured from the patients' perspective. *J Clin Epidemiol.* 2010 Sep;63(9):998-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.03.015. PMID: 20656193.
46. Kowalyk KM, Hadjistavropoulos HD, Biem HJ. Measuring continuity of care for cardiac patients: development of a patient self-report questionnaire. *Can J Cardiol.* 2004 Feb;20(2):205-12. PMID: 15010745.

47. Schers H, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. *Fam Pract.*[Internet] 2005 Feb; [cited 2021 May. 14];22(1):15-9. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article/22/1/15/440480>. doi: 10.1093/fampra/cmh721. PMID: 15640289.
48. New South Wales Health. Rehabilitation Redesign Project Final Report. [Internet] 2011. Agency for Clinical Innovation. Chatswood. [cited 2021 May. 14]143 p. Available from: <https://aci.health.nsw.gov.au/resources/rehabilitation/rehabilitation-model-of-care/rehabilitation-moc/NSW-Rehabilitation-MOC.pdf>
49. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 June [cited 2020 July 24] ; 20(6): 1869-78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
50. Karami Matin B, Kamali M, Williamson HJ, Moradi F, Solatni S. The predictors of access to health services for people with disabilities: A cross sectional study in Iranian context. *Med J Islam Repub Iran.* [Internet].2019 Nov. [cited 2021 Jan.14];33:125. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7137830/>. doi: 10.34171/mjiri.33.125. PMID: 32280631; PMCID: PMC7137830.
51. Horrill T, McMillan DE, Schultz ASH, Thompson G. Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nurs Inq.* [internet].2018.[cited 2021 Jun. 15];25(3):e12237. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055798/>. PMID: 29575412; PMCID: PMC6055798
52. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2020 July 24] ; 24(Suppl 1): 100s-110s. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>
53. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude soc.* [Internet], 2015

- Mar [cited 2020 Oct. 16];24(1):165-79. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>.
54. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Sept. [cited 2020 July 14]; 42(spe1): 361-78. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500361&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s125>.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 290 p.
56. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: *Seminários Temáticos Permanentes*; 2001 Mar. 28. [cited 2020 July 24]. Available from: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168>
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [cited 2021 Apr. 18]; 50 p. Available from:
http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf
58. Matta GC; Morosi MVG. Atenção à saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. rev. ampl. [Internet] Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. [cited 2021 jan. 07]. 478p. Available from: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>
59. Vasconcellos MPC. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 1993 [cited 2020 May 19];2(1):121-2. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901993000100010>
60. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 1 ed. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [cited 2021 May 05.] 549 p. Available from:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

61. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2004 June [cited 2020 July 24]; 9(2): 433-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019>.
62. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sept. 29];510: 86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100277&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006831>.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. [cited 2021 Apr. 18]; 72p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf
64. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface (Botucatu)* [Internet], 2005 Feb. [cited 2020 Sept. 29];9(16):53-66. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100005&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100005>.
65. Ministério da Saúde. Portaria nº 154. Dispõe sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [Internet]. Brasília-DF; 2008 Jan. 24. [cited 2021 Feb. 21]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
66. Ministério da Saúde. Portaria nº2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Atenção básica no âmbito do SUS. 2017 Sept. 21. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

67. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de. Parecer Técnico no 161/2020: dispõe sobre a pandemia de covid-19 e seus impactos no financiamento da atenção básica. Brasília-DF; 2020. 7 p.
68. Teixeira CF. Modelos De Atenção Voltados Para A Qualidade, Efetividade, Equidade E Necessidades Prioritárias De Saúde. In: Caderno Da 11ª Conferência Nacional De Saúde, S/L; S/D, p.261-81
69. Mendes EV. A construção Social da atenção primária à saúde.[Internet] Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 2014.[cited 2018 Sep. 18]. 193 p. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>.
70. Santos N, Vaz EM, Nogueira J, Toso B, Collet N, Reichert A. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. Cadernos de Saúde Pública.[Internet]. 2018. [cited 2021 Jun. 15]. 34(1):e00014216. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322937891_Presenca_e_extensao_dos_atributos_de_atencao_primaria_a_saude_da_crianca_em_distintos_modelos_de_cuidado
71. Mendes-Gonçalves RB. Saúde, sociedade e história /; [organizadores] Ayres JR, Santos L. – 1. ed. – São Paulo : Hucitec ; Porto Alegre : Rede Unida, 2017. [cited 2021 Jan. 08].439 p. Available from: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf>
72. Sistema único de saúde: Fortalecendo a Atenção Básica no município de São Paulo. [Internet] São Paulo: Diretriz Operacional, 2016 [cited 2020 Sept. 28] 43 p. Available from: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/diretrizesoperacionaisatencaoobasica.pdf>.
73. Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a "best-fit" framework synthesis. Glob Health Res Policy [Internet].2018 Dec.[cited 2021 Mar. 1];3:36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6305566/>. doi: 10.1186/s41256-018-0091-x. PMID: 30603678; PMCID: PMC6305566.

74. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013 [cited 2020 Sept. 28]. 3.143-82p. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/42.pdf>
75. Santos FL. História da deficiência: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial - concepções, limites e possibilidades. In: Anais eletrônicos do XVI Encontro regional de história – tempos de transição. [Internet]. Ponta Grossa. 2018.[cited 2021 Jan. 14]. Available from: <http://www.encontro2018.pr.anpuh.org>. Issn 1808-9690, 2018.
76. Souza MAP. Inovação nos serviços públicos de reabilitação: propostas para a sistematização da coleta de informações funcionais centradas no usuário.[tese doutorado]. [Internet]. Belo Horizonte: Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. [cited 2021 Feb. 21];181 p. Available from: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/defesas/20170320164001.pdf>.
77. Diniz, D. Modelo social da deficiência: a crítica feminista. [Internet] 2003 July; Brasília. Anais (Série Anis 28) [cited 2021 July 07]:1-8. Available from: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15250/1/ARTIGO_ModeloSocialDeficiencia.pdf
78. Nagi SZ. Disability concepts revisited: implications for prevention. In: AM Pope, AR Tarlow, editors. Disability in America: toward a national agenda for prevention. Washington, DC: National Academy Press; 1991. p. 309-27
79. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. Soc Sci Med. [Internet].1994 Jan [cited 2021 Apr. 24];38(1):1-14. Available from: <http://hdl.handle.net/2027.42/31841>. PMID: 8146699. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
80. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva; 1980. 207 p.
81. França TH. Modelo social da deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. Lutas Sociais [Internet].2013 cited 2020 Jul 24];17(31): 59-73. Available from:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/25723/18359>.

<https://doi.org/10.23925/ls.v17i31.25723>.

82. Bampi LNS, Guilhem D, Alves ED. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Rev. Latino- Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 Aug. [cited 2020 July 16];18(4):816-23. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_22.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400022>.
83. Fontes AP, Fernandes AAI, Botelho MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev. Port. Sau. Pub.* [Internet]. 2010 Dec. [cited 2019 May. 19];28(2):171-8. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200008&lng=pt&nrm=iso.
84. Virues-Ortega J, Vega S, Seijo-Martinez M, Saz P, Rodriguez F, Rodriguez-Laso A, et al. A protective personal factor against disability and dependence in the elderly: an ordinal regression analysis with nine geographically-defined samples from Spain. *BMC Geriatr.* [Internet]. 2017 Jan. [cited 2021 May. 15];17(1):42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5286674/>. doi: 10.1186/s12877-016-0409-9. PMID: 28143509; PMCID: PMC5286674
85. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2007 Oct. [cited 2020 July 16];23(10): 2507-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000025&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000025>.
86. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S; MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? *Lancet.* 2006 Oct;368(9543):1219-21. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69498-1. PMID: 17027711.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.060. Dispões sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União.* Brasília- DF [Internet]. 2002 June 05. [cited 2021 Mar. 14]. Available from:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf

88. Brasil. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 2015 Jul 7.
89. Martins A, Cordeiro E. Deficiência não é incapacidade: o que isso significa?. Revista CIF Brasil. [Internet]. 2015. [cited 2021 May. 11];3(3):18-27. Available from: https://www.researchgate.net/publication/283901606_Deficiencia_nao_e_incapacidade_o_que_isso_significa
90. Kuhnen RT. A Concepção de Deficiência na Política de Educação Especial Brasileira (1973-2016). Revista Brasileira de Educação Especial. [Internet] 2017.[cited 2021 Mar. 19];23(3):329-34. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/zy6xH5wSzJDtVkHF7BKtQYt/?lang=pt#>.
<https://doi.org/10.1590/s1413-65382317000300002>
91. Pereira RJ. Anatomia da diferença: uma investigação teórico-descritiva da deficiência à luz do cotidiano. [tese de doutorado]. [internet]. Rio de Janeiro: Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006. [cited 2021 Feb. 11]; 174 p. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4375/2/ve_Raimundo_Pereira_2006.pdf
92. Pinto A, Shenfeld E, Lattanzio R, Aratangy T, Wang R, Nisenbaum R, Kiran T. Routine identification of patients with disabilities in primary care: A mixed-methods study. Disability and Health Journal. [Internet] 2019. [cited 2021 July 14];13(2):100872. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657419301906>.
Doi:10.1016/j.dhjo.2019.100872.
93. Silva AG, Queirós A, Cerqueira M, Rocha NP. Pain intensity is associated with both performance-based disability and self-reported disability in a sample of older adults attending primary health care centers. Disabil Health J.[Internet]. 2014 Oct. [cited 2021 May. 21];7(4):457-65. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657414000508?via%3Dihub>.
doi: 10.1016/j.dhjo.2014.05.001

94. Sedano-Capdevila A, Barrigón ML, Delgado-Gomez D, Barahona I, Aroca F, Peñuelas-Calvo I, Miguelez-Fernandez C, Rodríguez-Jover A, Amodeo-Escribano S, González-Granado M, Baca-García E. WHODAS 2.0 as a Measure of Severity of Illness: Results of a FLDA Analysis. *Comput Math Methods Med.* [Internet]2018 Mar. [cited 2021 Apr. 04];25;2018:7353624. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29770158/>. doi: 10.1155/2018/7353624. PMID: 29770158; PMCID: PMC5889883.
95. Mantovani LM, Teixeira AL, Salgado JV. Functional capacity: a new framework for the assessment of everyday functioning in schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2015. [cited 2021 Jun. 15]; 37(3):249-55. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/q8cMb3kdGkXg4ZFVX7DhpMF/?lang=en#>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1551>.
96. Tarvonen-Schröder S, Kaljonen A, Laimi K. Comparing functioning in spinal cord injury and in chronic spinal pain with two ICF-based instruments: WHODAS 2.0 and the WHO minimal generic data set covering functioning and health. *Clin Rehabil.* [Internet]2019 July [cited 2021 Mar. 02];33(7):1241-51. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269215519839104?casa_token=I1y7I9Sc5NEAAAAA:xCpNGOU5ILf6EhXEDEUJPHu6fdJ-zv2TpO583aO9MsokCeUtNcz6Je60YDXrVgkcDUcSIXD2VEqH-Lg. doi: 10.1177/0269215519839104. PMID: 30935211.
97. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2000 Feb [cited 2020 July 24]; 34(1):97-103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100017&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000100017>.
98. Stephens D, Héту R. Impairment, disability and handicap in audiology: towards a consensus. *Audiology.* 1991;30(4):185-200. doi: 10.3109/00206099109072885. PMID: 1755748
99. Almazán-Isla J, Comín-Comín M, Damián J, Alcalde-Cabero E, Ruiz C, Franco E, Martín G, Larrosa-Montañés LA, de Pedro-Cuesta J; DISCAP-ARAGON Research Group. Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain. *Disabil Health J.* 2014 Jan;7(1):78-87. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.08.004. PMID: 24411511.

100. Bachani AM, Bentley JA, Zia N, Galiwango E, Lum J, Tuli G, Ho SE. Caregiving for Uganda's elders with disability: Using cross-sectional surveillance data to identify healthcare service gaps in low- and middle-income settings. *Disabil Health J*. 2018 Jul;11(3):456-460. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.12.011. PMID: 29311034.
101. Organização Mundial da Saúde 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. Outubro de 2013. 87 p
102. Cheung MK, Hung AT, Poon PK, Fong DY, Li LS, Chow ES, Qiu ZY, Liou TH. Validation of the World Health Organization Assessment Schedule II Chinese Traditional Version (WHODAS II CT) in persons with disabilities and chronic illnesses for Chinese population. *Disabil Rehabil.*[Internet] 2015 [cited 2021 May. 31];37(20):1902-7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/269720553_Validation_of_the_World_Health_Organization_Assessment_Schedule_II_Chinese_Traditional_Version_WHODAS_II_CT_in_persons_with_disabilities_and_chronic_illnesses_for_Chinese_population. doi: 10.3109/09638288.2014.989336. PMID: 25495681.
103. Ramadass S, Rai SK, Gupta SK, Kant S, Wadhwa S, Sood M, Sreenivas V. Prevalence of disability and its association with sociodemographic factors and quality of life in a rural adult population of northern India. *Natl Med J India*. [Internet]2018 Sep-Oct.[cited 2021 Apr. 01];31(5):268-73. Available from: <https://www.nmji.in/article.asp?issn=0970-258X;year=2018;volume=31;issue=5;spage=268;epage=273;aulast=Ramadass>. doi: 10.4103/0970-258X.261179. PMID: 31267990.
104. Garin O, Ayuso-Mateos JL, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, Alonso J, Cieza A, Svetskova O, Burger H, Racca V, Francescutti C, Vieta E, Kostanjsek N, Raggi A, Leonardi M, Ferrer M; MHADIE consortium. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet] 2010 May. [cited 2021 May. 14];8:51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2893517/>. doi: 10.1186/1477-7525-8-51. PMID: 20482853; PMCID: PMC2893517.
105. Yoo JI, Park JS, Kim RB, Seo AR, Park YJ, Kim MJ, Park KS. WHO disability assessment schedule 2.0 is related to upper and lower extremity disease-specific quality of life. *Qual Life Res*. [Internet] 2018 Sep [cited 2021 May. 14];27(9):2243-50.

Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-018-1869-5>. doi: 10.1007/s11136-018-1869-5. PMID: 29721659.

106. Naidoo P, Sewpaul R, Nyembezi A, Reddy P, Louw K, Desai R, Stein DJ. The association between biopsychosocial factors and disability in a national health survey in South Africa. *Psychol Health Med.*[Internet] 2018 Jul [cited 2021 May. 18];23(6):653-60. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322087696_The_association_between_biopsychosocial_factors_and_disability_in_a_national_health_survey_in_South_Africa. doi: 10.1080/13548506.2017.1417606. PMID: 29280386.
107. Devassy S, Benny A, Allagh K, Joseph B, Joseph B, Jotheeswaran AT. Relationship between neighbourhood cohesion and disability: findings from SWADES population-based survey,[Internet] 2020.[cited 2021 May. 22]; *F1000Research*;9:700. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7424915/>. doi: 10.12688/f1000research.25073.1.
108. Stewart Williams J, Kowal P, Hestekin H, O'Driscoll T, Peltzer K, Yawson A, Biritwum R, Maximova T, Salinas Rodríguez A, Manrique Espinoza B, Wu F, Arokiasamy P, Chatterji S; SAGE collaborators. Prevalence, risk factors and disability associated with fall-related injury in older adults in low- and middle-income countries: results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). *BMC Med.* [Internet]. 2015 June [cited 2021 May. 17];13:147. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4495610/>. doi: 10.1186/s12916-015-0390-8. PMID: 26099794; PMCID: PMC4495610.
109. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Jotheeswaran AT, Rodriguez JJ, Pichardo GR, Rodriguez MC, Salas A, Sosa AL, Williams J, Zuniga T, Prince M. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet.* [Internet] 2009 Nov.[cited 2021 June 08];374(9704):1821-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2854331/>. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61829-8. PMID: 19944863; PMCID: PMC2854331.
110. Lee HH, Hong CT, Wu D, Chi WC, Yen CF, Liao HF, Chan L, Liou TH. Association between Ambulatory Status and Functional Disability in Elderly People with Dementia.

- Int J Environ Res Public Health. [Internet].2019 June [2021 May. 14];16(12):2168. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6616473/>. doi: 10.3390/ijerph16122168. PMID: 31248158; PMCID: PMC6616473.
111. Ćwirlej-Sozańska A, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Kujawa J. Assessment of Disability and Factors Determining Disability among Inhabitants of South-Eastern Poland Aged 71-80 Years. *Biomed Res Int.*[Internet] 2018 June [cited 2021 May 25];2018:3872753. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029473/>. doi: 10.1155/2018/3872753. PMID: 30018979; PMCID: PMC6029473.
112. Sinalkar DR, Kunwar R, Kunte R, Balte M. A cross-sectional study of gender differentials in disability assessed on World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 among rural elderly of Maharashtra. *Med J DY Patil Univ.* [Internet] 2015 [cited 2021 June 21];8(5):594-8. Available from: <https://www.mjdrdypu.org/article.asp?issn=0975-2870;year=2015;volume=8;issue=5;spage=594;epage=598;aualast=Sinalkar>
113. Caron A, Ayala A, Damián J, Rodriguez-Blazquez C, Almazán J, Castellote JM, Comin M, Forjaz MJ, de Pedro J; DISCAP-ARAGON research group. Physical activity, body functions and disability among middle-aged and older Spanish adults. *BMC Geriatr.* [Internet]2017 July [cited 2021 July 11];17(1):150. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516319/>. doi: 10.1186/s12877-017-0551-z. PMID: 28720075; PMCID: PMC5516319.
114. Habtamu K, Medhin G, Selamu M, Tirfessa K, Hanlon C, Fekadu A. Functional impairment among people diagnosed with depression in primary healthcare in rural Ethiopia: a comparative cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst.* [Internet] 2019 July [cited 2021 July 17];13:50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635998/>. doi: 10.1186/s13033-019-0305-8. PMID: 31346349; PMCID: PMC6635998.
115. Luciano JV, Ayuso-Mateos JL, Fernández A, Serrano-Blanco A, Roca M, Haro JM. Psychometric properties of the twelve item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) in Spanish primary care patients with a first major depressive episode. *J Affect Disord.*[Internet] 2010 Feb. [cited 2021 Feb. 21];121(1-2):52-8. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503270900189X?via%3Dihub>. doi: 10.1016/j.jad.2009.

116. Collard RM, Wassink-Vossen S, Schene AH, Naarding P, Verhaak P, Oude Voshaar RC, Comijs HC. Symptomatic and functional recovery in depression in later life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Internet] 2018 Oct. [cited 2021 July 17];53(10):1071-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6182497/>. doi: 10.1007/s00127-018-1540-z. PMID: 29923072; PMCID: PMC6182497.
117. Aas IH. Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry*. [Internet]. 2010 May [cited 2021 Jan. 30];9:20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880316/>. doi: 10.1186/1744-859X-9-20. PMID: 20459646; PMCID: PMC2880316
118. Luborsky L. Clinician's judgments of mental health. *Arch Gen Psychiatry*. 1962 Dec;7(6):407-17. doi: 10.1001/archpsyc.1962.01720060019002. PMID: 13931376.
119. Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Seijo-Martínez M, Saz P, Sánchez-Sánchez F, Rojo-Pérez F, et. al. Prevalence of disability in a composite ≥ 75 year-old population in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*. [Internet] 2011 Mar. [cited 2021 June 01];11:176. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3070655/>. doi: 10.1186/1471-2458-11-176. PMID: 21429194; PMCID: PMC3070655.
120. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 452, de 10 de maio de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* [Internet]. Brasília-DF. 2012 May 10 [cited 2021 Apr. 22]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html.
121. Castro SS, Leite CF, Baldin JE, Accioly MF. Validation of the Brazilian version of WHODAS 2.0 in patients on hemodialysis therapy. *Fisioter. mov*. [Internet] 2018 [cited 2020 July 24]; 31: e003130. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100222&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.031.ao30>.
122. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. In: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução

Cássia Maria Buchalla. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003. 325 p.

123. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2009. [cited 2021 July 14];25(3):475-83. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>.
124. Federici S, Meloni F, Mancini A, Lauriola M, Olivetti Belardinelli M. World Health Organisation Disability Assessment Schedule II: contribution to the Italian validation. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2009. [cited 2021 May. 05];31(7):553-64. Available from: https://www.researchgate.net/publication/23975295_World_Health_Organisation_Disability_Assessment_Schedule_II_Contribution_to_the_Italian_validation doi: 10.1080/09638280802240498. PMID: 19191060.
125. Castro SS, Castaneda L, Araújo ES, Buchalla CM. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) [Functioning assessment in Brazilian health surveys: discussions about International Classification of Functioning, Disability and Health-based tools]. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet] 2016 Jul-Sep. [cited 2021 June 10];19(3):679-87. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/wS9jZVsGf8gtWpT3pbg8X9G/?lang=pt>. doi: 10.1590/1980-5497201600030018. PMID: 27849281.
126. Biz MCP, Chun RYS. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. *CoDAS*. [Internet]. 2020. [cited 2021 May. 14];32(2):e20190046. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822020000200301&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>.
127. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korf M, Pull C; WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ*. [Internet]. 2010 Nov [cited 2020 July 24];88(11):815-23. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971503/> doi:
10.2471/BLT.09.067231. PMID: 21076562; PMCID: PMC2971503

128. Rodrigues-Neto JF, Ferreira C. Quality of life and health outcome. *Rev. méd. Minas Gerais*. [Internet] 2003. [cited 2021 Feb. 02];13(1):42-46. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1566>
129. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914–19.
130. Orfale, AG. Tradução e validação do Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) para a língua portuguesa [tese on the internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003 [cited 2021 Feb. 11]. 62 p. Available from: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/19992/Tese-8318.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
131. Pereira LM, Dias JM, Mazuquin BF, Castanhas LG, Menacho MO, Cardoso JR. Translation, cross-cultural adaptation and analysis of the psychometric properties of the lower extremity functional scale (LEFS): LEFS- BRAZIL. *Braz. J. Phys. Ther.* [Internet]. 2013 June. [cited 2021 May. 14];17(3):272-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552013000300272&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000091>
132. Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Feb 15;32(4):481-6. doi: 10.1097/01.brs.0000255075.11496.47. PMID: 17304141.
133. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1983 Mar;8(2):141-4. doi: 10.1097/00007632-198303000-00004. PMID: 6222486.
134. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2004 ago;11(2):72-6. Available from: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/102481/100795>

135. Castro S, Leite C. Organização Mundial da Saude. Avaliação de saúde e deficiência: manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2015 [cited 2020 July]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/19/9788562599514_por.pdf
136. World Health Organization. WHO psychiatric disability assessment schedule (WHO/DAS): with a guide to its use. [Internet] Geneva-WHO .1988. [cited 2021 May. 11]. 88 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40429>
137. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil.* [Internet].2003 June [cited 2021 May. 11];25(11-12):565-71. Available from: http://ufvjm.edu.br/prppg/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3137&Itemid=839. doi: 10.1080/0963828031000137063. PMID: 12959329.
138. Moreira A, Alvarelhão J, Silva AG, Costa R, Queirós A. Tradução e validação para português do WHODAS 2.0: 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Rev. Port. Sau. Pub.* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Jul 24];33(2):179-82. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252015000200007&lng=pt.
139. Wawrzyniak KM, Finkelman M, Schatman ME, Kulich RJ, Weed VF, Myrta E, DiBenedetto DJ. The World Health Organization Disability Assessment Schedule-2.0 (WHODAS 2.0) in a chronic pain population being considered for chronic opioid therapy. *J Pain Res.* 2019 Jun 10;12:1855-1862. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6573777>. /doi: 10.2147/JPR.S207870. PMID: 31354334; PMCID: PMC6573777.
140. Saltychev M, Bärlund E, Mattie R, McCormick Z, Paltamaa J, Laimi K. A study of the psychometric properties of 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in a large population of people with chronic musculoskeletal pain. *Clin Rehabil.* 2017 Feb;31(2):262-72. doi: 10.1177/0269215516631385. PMID: 26851249.
141. Ówirlej-Sozańska A, Bejer A, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A, de Sire A, Spalek R, Sozański B. Psychometric Properties of the Polish Version of the 36-Item WHODAS 2.0 in Patients with Low Back Pain. *Int J Environ Res Public Health.*

- [Internet] 2020 Oct. [cited 2021 Feb. 17];17(19):7284. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579066/>. doi: 10.3390/ijerph17197284. PMID: 33036141; PMCID: PMC7579066.
142. Schlote A, Richter M, Wunderlich MT, Poppendick U, Möller C, Wallesch CW. Der WHODAS II in der Anwendung bei Schlaganfallpatienten und ihren Angehörigen: Reliabilität und Inter-Rater-Reliabilität [Use of the WHODAS II with stroke patients and their relatives: reliability and inter-rater-reliability]. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2008 Feb;47(1):31-8. German. doi: 10.1055/s-2007-985168. PMID: 18247269.
 143. Baron M, Schieir O, Hudson M, Steele R, Kolahi S, Berkson L, Couture F, Fitzcharles MA, Gagné M, Garfield B, Gutkowski A, Kang H, Kapusta M, Ligier S, Mathieu JP, Ménard H, Starr M, Stein M, Zummer M. The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. *Arthritis Rheum*. [Internet]2008 Mar [cited 2021 Apr. 11];59(3):382-90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.23314>. doi: 10.1002/art.23314. PMID: 18311751.
 144. McKibbin C, Patterson TL, Jeste DV. Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Jun;192(6):405-13. doi: 10.1097/01.nmd.0000130133.32276.83. PMID: 15167403
 145. Pösl M, Cieza A, Stucki G. Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. *Qual Life Res*. [Internet].2007 Nov. [cited 2021 May. 16];16(9):1521-31. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11136-007-9259-4.pdf> doi: 10.1007/s11136-007-9259-4. Epub 2007 Sep 9. PMID: 17828578.
 146. Kulnik ST, Nikolettou D. WHODAS 2.0 in community rehabilitation: a qualitative investigation into the validity of a generic patient-reported measure of disability. *Disabil Rehabil*. 2014;36(2):146-54. doi: 10.3109/09638288.2013.782360. Epub 2013 Apr 15. PMID: 23586698.
 147. Chwastiak LA, Von Korff M. Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *J Clin Epidemiol*. 2003 Jun;56(6):507-14. doi: 10.1016/s0895-4356(03)00051-9. PMID: 12873644.

148. Silva AG, Queirós A, Sa-Couto P, Rocha NP. Self-Reported Disability: Association With Lower Extremity Performance and Other Determinants in Older Adults Attending Primary Care, Physical Therapy. [Internet].2015 Dec.[cited 2021 May. 17];95(12):1628–37. Available from: <https://academic.oup.com/ptj/article/95/12/1628/2888270>. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140323>
149. Von Korff M, Crane PK, Alonso J, Vilagut G, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, Gureje O, de Graaf R, Huang Y, Iwata N, Karam EG, Kovess V, Lara C, Levinson D, Posada-Villa J, Scott KM, Ormel J. Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *J Clin Epidemiol*. [Internet]. 2008 Nov [cited 2021 June 01];61(11):1132-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3277915/>. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.12.009. PMID: 18619808; PMCID: PMC3277915.
150. Bastiaens L, Galus J, Goodlin M. The 12 item W.H.O.D.A.S. as primary self report outcome measure in a correctional community treatment center for dually diagnosed patients. *Psychiatr Q*. [Internet] 2015 June [cited 2021 May. 18];86(2):219-24. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11126-014-9322-6.pdf>. doi: 10.1007/s11126-014-9322-6. PMID: 25262006.
151. MacLeod MA, Tremblay PF, Graham K, Bernards S, Rehm J, Wells S. Psychometric properties and a latent class analysis of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in a pooled dataset of community samples. *Int J Methods Psychiatr Res*. [Internet] 2016 Dec [cited 2021 Apr. 17];25(4):243-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6860311/> doi: 10.1002/mpr.1523. PMID: 27634553; PMCID: PMC6860311.
152. Galli T, Mirata P, Foglia E, Croce D, Porazzi E, Ferrario L, Ricci E, Garagiola E, Pagani R, Banfi G. A comparison between WHODAS 2.0 and Modified Barthel Index: which tool is more suitable for assessing the disability and the recovery rate in orthopedic rehabilitation? *Clinicoecon Outcomes Res*. [Internet].2018 June [cited 2021 Apr. 11];10:301-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5993025/>. doi: 10.2147/CEOR.S150526. PMID: 29892201; PMCID: PMC5993025.

153. Chiu TY. Predictors of Use of Preventative Health Services for People with Disabilities in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2021 Feb. [cited 2021 Apr. 01];18(4):1661. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7916133/>. doi: 10.3390/ijerph18041661. PMID: 33572360; PMCID: PMC7916133.
154. Andrews G, Kemp A, Sunderland M, Korff M, Ustun T. Normative Data for the 12 Item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PloS one*. [Internet]. 2009. [cited 2021 Apr. 18]; 4(12):e8343. Available from: https://www.researchgate.net/publication/40697339_Normative_Data_for_the_12_Item_WHO_Disability_Assessment_Schedule_20. doi:10.1371/journal.pone.0008343.
155. Lee HH, Shin EK, Shin HI, Yang EJ. Is WHODAS 2.0 Useful for Colorectal Cancer Survivors? *Ann Rehabil Med*. [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 July 14];41(4):667-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5608675/>. doi: 10.5535/arm.2017.41.4.667. PMID: 28971052; PMCID: PMC5608675.
156. Binglefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain--a gender perspective. *Eur J Pain*. 2004 Oct;8(5):435-50. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.01.005. PMID: 15324775.
157. Sá KN, Moreira L, Baptista AF, Yeng LT, Teixeira MJ, Galhardoni R, de Andrade DC. Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Pain Rep*. [Internet] 2019 Dec. [cited 2021 Feb. 02];4(6):e779. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6903356/>. PMID: 31984290; PMCID: PMC6903356
158. Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, de Oliveira Junior JO, da Fonseca PRB, Posso IP. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain Res Manag*. [Internet]. 2017 [cited 2021 June 21];2017:4643830. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634600/> doi: 10.1155/2017/4643830. PMID: 29081680; PMCID: PMC5634600.
159. Bergman S, Herrström P, Högström K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol*. [Internet] 2001 June [cited 2021 May.

- 11];28(6):1369-77. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/11931085_Chronic_musculoskeletal_pain_prevalence_rates_and_sociodemographic_associations_in_a_Swedish_population_study
 PMID: 11409133
160. Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ, Puntillo KA, Widera E, Williams BA, Boscardin WJ, Covinsky KE. The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med.*[Internet]. 2010 Nov [cited 2021 June 14];153(9):563-9. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150170/> doi: 10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00005. PMID: 21041575; PMCID: PMC3150170.
161. Pereira AM, Valim V, Zandonade E, Ciconelli RM. Prevalence of musculoskeletal manifestations in the adult Brazilian population: a study using copcord questionnaires. *Clin Exp Rheumatol.* 2009 Jan-Feb;27(1):42-6. PMID: 19327228.
162. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Scherstén B. Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health.* [Internet]. 1999. . [cited 2021 Sep. 15] Aug;53(8):503-9. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756941/pdf/v053p00503.pdf> PMID: 10562870; PMCID: PMC1756941.
163. Lima MAG, Trad LAB. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 Nov [cited 2020 Agu. 13]; 23(11):2672-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100015&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100015>
164. Marley J, Tully MA, Porter-Armstrong A, Bunting B, O'Hanlon J, McDonough SM. A systematic review of interventions aimed at increasing physical activity in adults with chronic musculoskeletal pain—protocol. *Systematic Reviews.* [Internet]. 2014 Sep. [cited 2020 Aug. 23];3:106. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4179220/>
165. Rushton AB, Evans DW, Middlebrook N, Heneghan NR, Small C, Lord J, Patel JM, Falla D. Development of a screening tool to predict the risk of chronic pain and disability following musculoskeletal trauma: protocol for a prospective observational study in the United Kingdom. *BMJ Open.*[Internet]. 2018.[cited 2020 July

- 24];8(4):e017876. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5931282>. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017876
166. Gheldof EL, Vinck J, Van den Bussche E, Vlaeyen JW, Hidding A, Crombez G. Pain and pain-related fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: evidence of mediation by pain-related fear. *Eur J Pain*. 2006 Aug;10(6):513-25. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.07.005. PMID: 16199186
167. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2^a ed. Seattle: IASP Press; 1994. 209-214.
168. Arendt-Nielsen L, Graven-Nielsen T. translational aspects of musculoskeletal pain: from animals to patients. In: Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L, Mense S, editors. *Fundamentals of Musculoskeletal Pain*. Seattle WA: IASP Press; 2008. 347–66p.
169. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep 1;161(9):1976-82. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. PMID: 32694387; PMCID: PMC7680716.
170. Faria LR, Alves CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. *Saúde e Sociedade*, [Internet]. 2015 Mar. [cited 2019 Apr. 23];24(1):72-85. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100006>. ISSN 1984-0470.
171. Ferrer MLP, Perracini MR, Rebusini F, Buchalla CM. WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 24];53:19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100216&lng=en. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000586>
172. Wilson MG, Lavis JN, Ellen ME. Supporting chronic pain management across provincial and territorial health systems in Canada: Findings from two stakeholder dialogues. *Pain Res Manag*. [Internet] 2015 Sep-Oct [cited 2021 Feb. 22];20(5):269-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4596635/>. Epub 2015 Aug 20. PMID: 26291124; PMCID: PMC4596635.

173. Peterson K, Anderson J, Bourne D, Mackey K, Helfand M. Evidence Brief: Effectiveness of Models Used to Deliver Multimodal Care for Chronic Musculoskeletal Pain. [Internet] 2017 Jan. [cited 2021 Aug. 22]In: VA Evidence Synthesis Program Evidence Briefs . Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442254/>
174. Tiedeman ME, Lookinland S. Traditional models of care delivery: what have we learned? *J Nurs Adm.* 2004 Jun;34(6):291-7. doi: 10.1097/00005110-200406000-00008. PMID: 15190224.
175. Genth E. The Bone and Joint Decade 2000-2010--zur Verhütung und Behandlung muskuloskelettaler Krankheiten [The Bone and Joint Decade 2000-2010--for the prevention and treatment of musculoskeletal diseases]. *Z Rheumatol.* 1999 Dec;58(6):331-2. German. doi: 10.1007/s003930050191. PMID: 10663938.
176. Kim IS, Hyun SE, Park J, Lim JY. Understanding the Rehabilitation Needs of Korean Patients With Complex Regional Pain Syndrome. *Ann Rehabil Med.*[Internet]. 2020 June [cited 2021 June 15];44(3):218-27 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7349043/> PMID: 32475093; PMCID: PMC7349043. doi: 10.5535/arm.19084.
177. Silva AG, Alvarelhão J, Queirós A, Rocha NP. Pain intensity is associated with self-reported disability for several domains of life in a sample of patients with musculoskeletal pain aged 50 or more. *Disabil Health J.* 2013 Oct;6(4):369-76. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.04.007. PMID: 24060260.
178. Manton KG. Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. *Milbank Q.* 1989;67 Suppl 2 Pt 1:13-58. PMID: 2532293.
179. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist.* [Internet].1997 Aug [cited 2021 Mar. 21];37(4):433-40.
180. Talukdar JR, Mahmud I, Rashid SF. Primary health care seeking behaviour of people with physical disabilities in Bangladesh: a cross-sectional study. *Arch Public Health.* [Internet]. 2018. [cited 2021 May.17];76(43). Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-018-0293-1#citeas>. <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0293-1>

181. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012. [Internet]. 2012 Apr. [cited 2021 Jan. 25]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
182. Bright T, Kuper H. A Systematic Review of Access to General Healthcare Services for People with Disabilities in Low and Middle Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2018 Aug [cited 2021 May. 01];15(9):1879. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6164773/>. doi: 10.3390/ijerph15091879. PMID: 30200250; PMCID: PMC6164773.
183. Lollar DJ, Crews JE. Redefining the role of public health in disability. *Annu Rev Public Health*. [Internet]. 2003 [cited 2020 July 14];24:195-208.. Available from: https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.24.100901.140844?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed. doi: 10.1146/annurev.publhealth.24.100901.140844. PMID: 12668756
184. Giacomini KC, Firmo JOA. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Dec. [cited 2019 May 31];20(12):3631-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203631&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.11752014>
185. Silva AG, Queiros A, Rocha NP. Generic self-reported and performance based instruments: How to capture pain associated disability. *Rev. Port. Sau. Pub.* [Internet]. 2016 June [cited 2019 Apr. 23];34(2):125-33. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252016000200004&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.03.003>
186. Mata MS, Costa FA, Souza TO, Mata ÁNS, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Jan [cited 2020 July 24];16(1): 221-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100025&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100025>.
187. Marella M, Huq NL, Devine A, Baker SM, Quaiyum MA, Keeffe JE. Prevalence and correlates of disability in Bogra district of Bangladesh using the rapid assessment of disability survey. *BMC Public Health*. [Internet]. 2015 Sep [cited 2021 June 01];15:867.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561432/>. doi: 10.1186/s12889-015-2202-7. PMID: 26346063; PMCID: PMC4561432.

188. Veiga B, Pereira R, Pereira A, Nickel R. Avaliação de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*[Internet]. 2016 [cited 2021 May. 13];19(6):1015–21. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/FtQ6ydJhxj6kqTJh3H6nXHq/?lang=pt&format=pdf>. doi: 10.1590/1981-22562016019.150053.
189. Makino K, Lee S, Bae S, Jung S, Shinkai Y, Chiba I, Shimada H. Pain characteristics and incidence of functional disability among community-dwelling older adults. *Plos One*. [Internet]. 2019 Apr. [cited 2020 July 24];14(4):65-77. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464340/>
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0215467>.
190. São Paulo. Infocidade. Dados demográficos dos distritos pertencentes às Subprefeituras. [Internet] 2021. [cited 2021 Feb. 23]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.
191. Prefeitura de São Paulo. Estratégia de Saúde da família. [Internet] [cited 2020 July 19]. Available from: [www.capital.sp.gov.br › saude-e-bem-estar › estrategia-saude-da-familia-esf](http://www.capital.sp.gov.br/saude-e-bem-estar/estrategia-saude-da-familia-esf)
192. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2019.[cited 2020 Feb.23]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2019/tabelas_pdf
193. Andrade KRC, Silva MT, Galvão TF, Pereira MG. Incapacidade funcional de adultos no Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 24]; 49: 89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100268&lng=es. Epub 31-Dic-2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005945>.

194. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego: Classificação Brasileira de Ocupações, 2002. [cited 2020 Mar. 22]. Available from:
<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf.htm>>
195. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Revista de Saúde Pública* [Internet], 2002 June. [cited 2020 Feb.23]; 36(3):307-12. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/26344817_Validacao_do_Questionario_Nordico_de_Sintomas_Osteomusculares_como_medida_de_morbidade.
<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102002000300008>.
196. Jensen TS, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, eds. *The Handbook of Pain Assessment*. New York. The Guildford Press;1992.135–51p.
197. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. [Internet].1998 July [cited 2021 June 16];280(2):147-51. Available from: <http://www.pain-initiative-un.org/doc-center/en/docs/Persistent%20Pain%20and%20Well-being.pdf>. doi: 10.1001/jama.280.2.147. Erratum in: *JAMA* 1998 Oct;280(13):1142. PMID: 9669787.
198. Castro S, Leite CF, Coenen M, Buchalla CM. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2 (WHODAS 2.0): remarks on the need to revise the WHODAS. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 24];35(7):e00000519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000904001&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00000519>
199. Saltychev M, Laimi K. Predicting self-reported disability level by a number of pain sites marked on pain drawing. *Int J Rehabil Res*. 2018 Sep;41(3):276-9. doi: 10.1097/MRR.0000000000000293. PMID: 29757773.
200. Horta-Baas G, Romero-Figueroa MS. Self-reported disability in women with fibromyalgia from a tertiary care center. *Adv. rheumatol*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 04]; 59:45. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2523-31062019000100233&lng=en. <https://doi.org/10.1186/s42358-019-0086-4>.

201. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2^a ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 75-108 p.
202. Hansen RK, Samani A, Laessoe U, Larsen RG, Cowan RE. Sociodemographic characteristics associated with physical activity barrier perception among manual wheelchair users. *Disabil Health J.* 2021 Mar. 101119
203. Reis DC, Flisch TMP, Vieira MHF, Santos-Junior WS. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012 Dec [cited 2021 June 16]; 21(4): 663-74. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400016&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400016>.
204. Fortes S, Ziebold C, Reed G, García R, Campos M, Reisdorfer E, et al. Studying ICD-11 Primary Health Care bodily stress syndrome in Brazil: do many functional disorders represent just one syndrome?. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2019. [cited 2021 June 01];41(1):15-21. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0003>. ISSN 1809-452X.
205. Mugisha JO, Schatz EJ, Randell M, Kuteesa M, Kowal P, Negin J, Seeley J. Chronic disease, risk factors and disability in adults aged 50 and above living with and without HIV: findings from the Wellbeing of Older People Study in Uganda. *Glob Health Action.* [Internet] 2016 May [cited 2021 Apr. 01];9:31098. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880619/>. doi: 10.3402/gha.v9.31098. PMID: 27225792; PMCID: PMC4880619.
206. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. *Eur J Phys Rehabil Med.*[Internet] 2018 Apr [cited 2021 May 23];54(2):156-65. Available from: <https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/VIRwUDcwc0xZT0NmaWp2VnhpOVA0L2tqNUlyVFNlcW95ZEttT3dCSFhhbUxJZ3BrK3ZPdZOWktDaXJwb1UzUw%253D%253D/R33Y2018N02A0156.pdf>. doi: 10.23736/S1973-9087.18.05144-4. PMID: 29565102.

207. Iezzoni LI, Killeen MB, O'day BL. Rural residents with disabilities confront substantial barriers to obtaining primary care. *Health Services Research*. [Internet]. 2006 Aug [cited 2021 May. 17];41(4p1):1258–75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1797079/>
208. Ali A, Scior K, Ratti V, Strydom A, King M, Hassiotis A. Discrimination and other barriers to accessing health care: perspectives of patients with mild and moderate intellectual disability and their carers. *PLoS One*. [Internet]. 2013 Aug [cited 2021 May. 11];8(8):e70855. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3741324/>. doi: 10.1371/journal.pone.0070855. PMID: 23951026; PMCID: PMC3741324.
209. Gaskin CJ, Lambert SD, Bowe SJ, Orellana L. Why sample selection matters in exploratory factor analysis: implications for the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2017. [cited 2021 Aug. 22];17(40). Available from: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-017-0309-5>
210. Almeida MH, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR, de et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. *CoDAS* [Internet]. 2017 [cited 2021 May. 29];29(5):e20160225. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016225>. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016225>.
211. Hamid LN, Kobusingye O, Baine SO, Mayora C, Bentley JA. Disability Characteristics of Community-Based Rehabilitation Participants in Kayunga District, Uganda. *Ann Glob Health*. [Internet]. 2017 May-Aug. [cited 2021 2021 may. 15];83(3-4):478-88. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5728444/> doi: 10.1016/j.aogh.2017.10.006. PMID: 29221520; PMCID: PMC5728444.
212. Almazán J, Comín-Comín M, Alcalde-Cabero E, Ruiz C, Franco E, Magallón-Botaya R, et al. Disability, support and long-term social care of an elderly Spanish population, 2008-2009: An epidemiologic analysis. *International Journal for Equity in Health*. [Internet]. 2017. [cited 2021 Mar. 15];16:4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223489/>. doi: 10.1186/s12939-016-0498-2.

213. Nasser MA, Dalmaso ASW, Ayres JRJM, Lopes JA, Figueiro MTL, Teixeira RR et al. O Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa (Butantã, São Paulo, Brasil) completa 40 anos. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2017 Dec. [cited 2020 Sep 05];21(63):1053-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000401053&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0427>
214. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [cited 2021 June 02];42(spe1):18-37. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
215. Urbani J. Acolhimento à demanda espontânea em uma unidade básica de saúde tradicional, tipo C, sem ESF. [undergraduate thesis]. Rio de Janeiro: Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);2015.14p. DOI 10.29327/41.1435
216. Souza MAP, Dias JF, Ferreira FR, Mancini MC, Kirkwood RN, Sampaio RF. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Oct [cited 2020 Sep 06];21(10):3277-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003277&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.11192016>.
217. Saltychev M, Mattie R, McCormick Z, Laimi K. Confirmatory factor analysis of 12-Item World Health Organization Disability Assessment Schedule in patients with musculoskeletal pain conditions. *Clin Rehabil*. 2017 May;31(5):702-9. doi: 10.1177/0269215516652930. PMID: 27260763
218. Wiitavaara B, Fahlström M, Djupsjöbacka M. Prevalence, diagnostics and management of musculoskeletal disorders in primary health care in Sweden - an investigation of 2000 randomly selected patient records. *J Eval Clin Pract*. [Internet]. 2017 Apr. [cited 2021 June 20];23(2):325-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396352/>. doi: 10.1111/jep.12614. PMID: 27538347; PMCID: PMC5396352.
219. Dasgupta E, Yap JLL, Kunjune KK, Choong XY, Soh WW, Sundaran M, Yeap SS, Tai KS. Prevalence of musculoskeletal pain in two primary care clinics in a mid-sized

- town's urban population in Malaysia. *Malays Fam Physician*. [Internet]. 2021 Feb [cited 2021 Feb. 27];16(1):93-102. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8088749/>. doi: 10.51866/oa1102.
 PMID: 33948147; PMCID: PMC8088749.
220. Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1996 Jul;23(7):1255-62. PMID: 8823701.
221. Turner JA, Franklin G, Heagerty PJ, Wu R, Egan K, Fulton-Kehoe D, Gluck JV, Wickizer TM. The association between pain and disability. *Pain*. [Internet]. 2004 Dec [cited 2021 June 21];112(3):307-14. Available from:
https://journals.lww.com/pain/Abstract/2004/12000/The_association_between_pain_and_disability.11.aspx. doi: 10.1016/j.pain.2004.09.010. PMID: 15561386.
222. Koho P, Aho S, Watson P, Hurri H. Assessment of chronic pain behaviour: reliability of the method and its relationship with perceived disability, physical impairment and function. *J Rehabil Med*. [Internet]. 2001 Mar [cited 2021 June 24];33(3):128-32. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/11861413_Assessment_of_chronic_pain_behaviour_Reliability_of_the_method_and_its_relationship_with_perceived_disability_physical_impairment_and_function. doi: 10.1080/165019701750165970. PMID: 11482353
223. Blyth FM, March LM, Cousins MJ. Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *Med J Aust*. [Internet]. 2003 July [cited 2021 June 04];179(2):84-7. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05441.x>. doi: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05441.x. PMID
224. Lynch-Jordan AM, Sil S, Peugh J, Cunningham N, Kashikar-Zuck S, Goldschneider KR. Differential changes in functional disability and pain intensity over the course of psychological treatment for children with chronic pain. *Pain*. [Internet]. 2014 Oct [cited 2020 Sep 05];155(10):1955-61. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467550/> doi: 10.1016/j.pain.2014.06.008. PMID: 24954165; PMCID: PMC4467550.

225. Mottram S, Peat G, Thomas E, Wilkie R, Croft P. Patterns of pain and mobility limitation in older people: cross-sectional findings from a population survey of 18,497 adults aged 50 years and over. *Qual Life Res.* [Internet]. 2008 May [cited 2021 June 24];17(4):529-39. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-008-9324-7>. doi: 10.1007/s11136-008-9324-7. PMID: 18365768.
226. Denison E, Asenlöf P, Sandborgh M, Lindberg P. Musculoskeletal pain in primary health care: subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *J Pain.* 2007 Jan;8(1):67-74. doi: 10.1016/j.jpain.2006.06.007. PMID: 16950657.
227. Greenberg J, Mace RA, Popok PJ, Kulich RJ, Patel KV, Burns JW, Somers TJ, Keefe FJ, Schatman ME, Vranceanu AM. Psychosocial Correlates of Objective, Performance-Based, and Patient-Reported Physical Function Among Patients with Heterogeneous Chronic Pain. *J Pain Res.*[Internet]. 2020 Sep. [cited 2021 June 01];13:2255-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7498493/>. doi: 10.2147/JPR.S266455. PMID: 32982388; PMCID: PMC7498493.
228. Martinez JE, Macedo AC, Pinheiro DFC, Novato FC, Jorge CM, Teixeira DT. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor musculoesquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta fisiátrica.* [Internet]. 2004 [cited 2021 May. 17];11(2):67-71. Available from: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102479/100792>
229. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarelo A, Dellani MP. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 17]20(5):634-42. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170059>. ISSN 1981-2256.
230. Dantas DS, Correa AP, Buchalla CM, Castro SS, Castaneda L. Modelo biopsicossocial na atenção à saúde: reflexos na produção de dados sobre funcionalidade e deficiência. *Fisioterapia em Movimento* [Internet]. 2020.[cited 2021 July 17];33:e003321. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.AO21.ISSN 1980-5918>.

231. Silva C, Coleta I, Silva AG, Amaro A, Alvarelhão J, Queirós A, Rocha N. Adaptação e validação do WHODAS 2.0 em utentes com dor musculoesquelética. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr. 17];47(4):752-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004374>. ISSN 1518-8787
232. Severeijns R, Vlaeyen JW, van den Hout MA, Weber WE. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clin J Pain*. 2001 Jun;17(2):165-72. doi: 10.1097/00002508-200106000-00009. PMID: 11444718.
233. Lentz TA, Rhon DI, George SZ. Predicting Opioid Use, Increased Health Care Utilization and High Costs for Musculoskeletal Pain: What Factors Mediate Pain Intensity and Disability? *J Pain*. [Internet]. 2020 Jan-Feb[cited 2021 Aug. 22];21(1-2):135-145. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6908782/> PMID: 31201989; PMCID: PMC6908782.
234. Satghare P, Chong SA, Vaingankar J, Picco L, Abdin E, Chua BY, Subramaniam M. Prevalence and Correlates of Pain in People Aged 60 Years and above in Singapore: Results from the WiSE Study. *Pain Res Manag*. [Internet].2016 [cited 2021 May 31];2016:7852397. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4921630/> doi: 10.1155/2016/7852397.PMID: 27445628; PMCID: PMC4921630.
235. Scudds RJ, Robertson JM. Pain factors associated with physical disability in a sample of community-dwelling senior citizens. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000 Jul;55(7):M393-9. doi: 10.1093/gerona/55.7.m393. PMID: 10898256.
236. Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha CS, Pacola L, Yamada KN. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev. da Associa. Méd. Bra.* [internet]. 2008. [cited 2021 Aug. 22];54(1):36-41. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100018>>. Epub 01 Abr 2008. ISSN 1806-9282.
237. Campbell P, Foster NE, Thomas E, Dunn KM. Prognostic indicators of low back pain in primary care: five-year prospective study. *J Pain*. [internet] 2013 Aug [cited 2021 June 02];14(8):873-83. Available from:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3739005/> doi: 10.1016/j.jpain.2013.03.013. PMID: 23791041; PMCID: PMC3739005.
238. Von Korff M, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1996 Dec 15;21(24):2833-7; discussion 2838-9. doi: 10.1097/00007632-199612150-00004. PMID: 9112707.
239. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ [Internet]*. 2017 Nov. [cited Feb. 17];189(45):E1386-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5687927/>. doi: 10.1503/cmaj.170527. PMID: 29133540; PMCID: PMC5687927.
240. Simula A, Malmivaara A, Booth N, Karppinen J. A classification-based approach to low back pain in primary care – protocol for a benchmarking controlled trial. *BMC Family Practice*. [Internet]. 2020. [cited 2021 June 21];21(61). Available from: https://www.researchgate.net/publication/340469437_A_classification-based_approach_to_low_back_pain_in_primary_care_-_protocol_for_a_benchmarking_controlled_trial. doi:10.1186/s12875-020-01135-8.
241. Bener A, Dafeeah EE, Alnaqbi K. Prevalence and correlates of low back pain in primary care: what are the contributing factors in a rapidly developing country. *Asian Spine J*. [Internet]. 2014 June [cited 2021 May. 30];8(3):227-36. Available from: https://www.researchgate.net/publication/263430473_Prevalence_and_Correlates_of_Low_Back_Pain_in_Primary_Care_What_Are_the_Contributing_Factors_in_a_Rapidly_Developing_Country . doi: 10.4184/asj.2014.8.3.227. PMID: 24967035; PMCID: PMC4068841.
242. Dragioti E, Larsson B, Bernfort L, Levin LÅ, Gerdle B. A cross-sectional study of factors associated with the number of anatomical pain sites in an actual elderly general population: results from the PainS65+ cohort. *J Pain Res*. [internet]2017 Aug [cited 2021 Apr. 05];10:2009-2019. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5574683/>. PMID: 28883740; PMCID: PMC5574683.
243. Eggermont LH, Bean JF, Guralnik JM, Leveille SG. Comparing pain severity versus pain location in the MOBILIZE Boston study: chronic pain and lower extremity function. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. [Internet]. 2009 July [cited 2021 May

- 27];64(7):763-70. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691797/> doi: 10.1093/gerona/glp016.
 PMID: 19228782; PMCID: PMC2691797.
244. Douglas C, Windsor C, Wollin J. Understanding chronic pain complicating disability: finding meaning through focus group methodology. *J Neurosci Nurs*. [Internet]. 2008 June [cited 2021 Apr. 18];40(3):158-68. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/5276516_Understanding_Chronic_Pain_Complicating_Disability_Finding_Meaning_Through_Focus_Group_Methodology. PMID: 18578274.
245. Gibson SJ, Lussier D. Prevalence and relevance of pain in older persons. *Pain Med*. 2012;13(Suppl 2):S23-6.
246. Tas U, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Odding E, Koes BW. Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. *Br J Gen Pract*. [Internet] 2007 Apr. [cited 2021 Mar. 28];57(537):319-23. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17394736/> PMID: 17394736; PMCID: PMC2043327.
247. Wettstein M, Eich W, Bieber C, Tesarz J. Pain Intensity, Disability, and Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain: Does Age Matter? *Pain Med*. [Internet]. 2019 Mar. [cited 2021 May 09];20(3):464-475. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6387985/#!po=7.50000>. doi: 10.1093/pm/pny062. PMID: 29701812; PMCID: PMC6387985.
248. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Oliveira J. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013. [cited 2021 May. 19];18(8):2319-28. Available from:
<https://www.redalyc.org/pdf/630/63027994016.pdf>. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800016>.
249. Yen CF, Chiu TY, Liou TH, Chi WC, Liao HF, Liang CC, Escorpizo R. Development of Activity and Participation Norms among General Adult Populations in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet] 2017 June [cited 2021 Mar. 28];14(6):603. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5486289/>. doi: 10.3390/ijerph14060603. PMID: 28587271; PMCID: PMC5486289.

250. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2008 Aug. [cited 2019 May. 31];13(4):1199-207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400016&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
251. Mournet AM, Bower E, Van Orden KA. Domains of Functional Impairment and Their Associations with Thwarted Belonging and Perceived Burden in Older Adults. *Clin Gerontol.* [Internet]2020 Jan-Feb [cited 2021 May 09];43(1):95-103. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6923585/>. doi: 10.1080/07317115.2019.1650406. PMID: 31397645; PMCID: PMC6923585

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE:DDD(.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA LINHA DE CUIDADO DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRADICIONAL, INTEGRAL, SAÚDE DA FAMÍLIA, PROGRAMÁTICA E MISTA

2. PESQUISADOR: **Ana Carolina Basso Schmitt**

CARGO/FUNÇÃO: Fisioterapeuta INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº Crefito 3 - 29.994F

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: **2 anos**

1 - Convidamos você para participar dessa pesquisa de forma voluntária com o objetivo de entender a sua dor no corpo e como você foi orientado a cuidar e como os profissionais tratam da sua dor.

2 - Para tanto, faremos perguntas para você agora e depois de 90 dias por telefone como está sua dor (intensidade dela, quanto tempo você sente dor, o que fez e faz para melhorar a dor). As informações de sua idade, escolaridade, estado civil, cor da pele, trabalho, renda familiar e sua funcionalidade no dia a dia serão colhidas também. Além de hoje, ligaremos para você em três meses para saber como está sua dor no corpo.

3 - Esse estudo não terá nenhuma intervenção risco mínimo por fazer perguntas para você, mas caso não queira responder alguma é só dizer.

4 - O benefício desta pesquisa é entender melhor como as unidades de saúde cuidam das dores no corpo e assim melhorar a forma de tratamento para todos que usam a unidade.

5 - Em qualquer momento do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal responsável é a Ana Carolina Basso Schmitt que pode ser encontrada no endereço Rua Cipotânea, 51 – Cidade Universitária CEP 05360-160 – São Paulo/SP e no Telefone. (11) 3091-7451/Fax (11) 3091-746. Se você tiver alguma consideração 64

ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): **Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP -21º andar – sala 36- CEP: 01246-000** Tel.: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br.

6- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

7- Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

8- Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

9- Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10- Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo” Linha de Cuidado da dor musculoesquelética em modelos de atenção primária à saúde: tradicional, integral, saúde da família, programática e mista”. Eu discuti com a Ana Carolina Basso Schmitt sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do
paciente/representante legal


Data ___/___/___

Assinatura da testemunha
(Somente para o responsável do projeto)

Data ___/___/___

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

ID:	
 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.	
Unidade	Dia
	__/__/__

Apresentação
<p>Bom dia/tarde. Meu nome é (DIGA O NOME) sou Entrevistador (a) da Faculdade de Medicina da USP. Nós estamos fazendo uma pesquisa com as pessoas que procuram por atendimento nesta unidade, para entender melhor as questões de dor e funcionalidade em diferentes níveis assistenciais, gostaria de lhe fazer algumas perguntas, que ajudarão a entender melhor a sua queixa e os problemas associados a ela. Os resultados de todas as respostas dadas neste estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que o (a) Sr°/Srª responder, mesmo assim, caso não queira responder alguma das perguntas, é só dizer. Pode ser que precisemos entrar em contato daqui há 3 meses por telefone. Se o(a) Sr°/Srª quiser ler o TCLE agora, fique à vontade. Você poderá ter acesso ao contato dos profissionais responsáveis pela pesquisa caso necessite de algum esclarecimento para eventuais dúvidas (MOSTRE O CONTATO NO TCLE). Assine aqui neste espaço. (ASSINAR O TERMO).</p>

Questionário Sócio demográfico				
Nome Completo				
Qual é o seu nome completo?				
R:				
N° CNS				
Você está com a carteira do SUS? Posso anotar o número?				
R:				
Sexo				
(Obs: Em necessidade, confirmar por cartão SUS ou prontuário)				
1- Mulher <input type="checkbox"/>		2- Homem <input type="checkbox"/>		
Data de Nascimento				
Em que dia, mês e ano O(a) Sr(a) nasceu?				
R: /__/____ dd/mm/aaaa				
Telefone				
Pode por favor me passar 2 números de telefone?				
1 () _____ (xxx)nnnnnnnn				
2 () _____ (xxx)nnnnnnnn				
Estado Civil				
O(a) Sr(a) já viveu ou vive em companhia de cônjuge ou companheiro?				
Se sim, este casamento ou união continua ou acabou?				
Se acabou, o(a) Sr(a) se separou ou ficou viúva?				
1- Casado <input type="checkbox"/>	2- Solteiro <input type="checkbox"/>	3- Separado/divorciado <input type="checkbox"/>	4- Viúvo <input type="checkbox"/>	
Cor de Pele				
O(a) Sr(a) se considera ...				
1- Branca <input type="checkbox"/>	2- Preta <input type="checkbox"/>	3- Amarela <input type="checkbox"/>	4- Parda <input type="checkbox"/>	5- Indígena <input type="checkbox"/>

Escolaridade**O(a) Sr(a)** foi à escola?

Se sim, qual foi o curso mais elevado que frequentou e concluiu na escola?

Não frequentou escola	<input type="checkbox"/>	Não concluiu nem a 1º ano/ Pré-escola	<input type="checkbox"/>
1º ano/ Pré-escola	<input type="checkbox"/>	1ª série/ 2º ano	<input type="checkbox"/>
2ª série/3º ano	<input type="checkbox"/>	3ª série/4º ano	<input type="checkbox"/>
4ª série/5º ano	<input type="checkbox"/>	5ª série/6º ano	<input type="checkbox"/>
6ª série/7º ano	<input type="checkbox"/>	7ª série/8º ano	<input type="checkbox"/>
8ª série/9º ano	<input type="checkbox"/>	1º colegial (científico)	<input type="checkbox"/>
2º colegial (científico)	<input type="checkbox"/>	3º colegial (científico)	<input type="checkbox"/>
Superior de graduação (terceiro grau ou superior)	<input type="checkbox"/>	Mestrado e/ ou doutorado	<input type="checkbox"/>
Alfabetização de adultos	<input type="checkbox"/>	Supletivo ministrado em escola	<input type="checkbox"/>

Anos de EstudoQuantos anos **o(a) Sr(a)** frequentou a escola?R: *dados de contínuos***Trabalha atualmente?****O(a) Sr(a)** trabalha mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro (objetos, alimentos, roupas, favores, etc), ou pensionista ou aposentada?1- Sim 2- Não **Ocupação**

Qual seu cargo ou função ou profissão ou ofício exercido atualmente?

R: _____

obs.: classificação brasileira de ocupações

Nº de moradores no domicílioQuantas pessoas moram com **o(a) Sr(a)**? (Contando com você)R: *dados de contínuos***Renda Bruta e Per capita**Qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos que moram com **o(a) Sr(a)**?

1- Renda Bruta

R\$: _____

2- Renda Per capita

R\$:- _____ (calcular depois)

Religião**O(a) Sr(a)** tem alguma religião?

Se sim, qual destas?

Se outra, qual religião seria?

Sem religião	<input type="checkbox"/>	Católica apostólica romana	<input type="checkbox"/>
Evangélica de missão	<input type="checkbox"/>	Evangélica de origem pentecostal	<input type="checkbox"/>
Outras evangélicas	<input type="checkbox"/>	Espírita	<input type="checkbox"/>
Umbanda ou candomblé	<input type="checkbox"/>	Testemunha de Jeová	<input type="checkbox"/>

Outras: _____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO WHODAS 2.0

**WHODAS 2.0**

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

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

Os 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 1quilômetro?	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

Obs: Se qualquer das respostas de D5.1-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 tarefas domésticas 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:		Nenhum	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar bem 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 reduzir a intensidade do trabalho por causa de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2
D5.10	Você ganhou menos dinheiro 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 deixou de trabalhar por meio dia ou mais 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 nº1 e nº2

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 consequências?	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 _____				

Quanta dificuldade você tem
para:

Atividade	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Sentar	1	2	3	4	5
Subir vários lances de escada	1	2	3	4	5
Deitar-se levantar-se da cama?	1	2	3	4	5
Sentar e levantar de um vaso sanitário?	1	2	3	4	5
Curvar-se ou agachar-se para pegar roupas no chão?	1	2	3	4	5
Entrar e sair de um ônibus?	1	2	3	4	5
Levantar objetos	1	2	3	4	5
Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa e aspirar a casa	1	2	3	4	5
Dormir	1	2	3	4	5
O(a) Sr/Sr^a tem alguma dor no corpo?					
1) SIM <input type="checkbox"/>	2) NÃO <input type="checkbox"/>				
	FIM DA ENTREVISTA. Isto encerra a sua participação. OBRIGADO (a)				

APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO DE DOR

Questionário de Dor

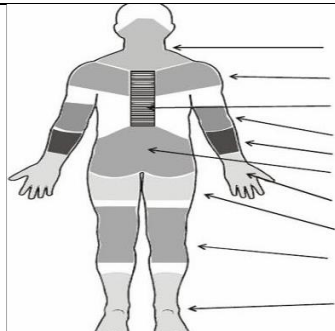
Impacto no Trabalho 7 dias

Nos últimos 7 dias, a sua dor no corpo impactou negativamente no seu trabalho?

1- Sim

2- Não

Questionário Nórdico 7 dias



NOS ÚLTIMOS 7 DIAS VOCÊ FOI IMPEDIDO DE REALIZAR ATIVIDADES DO DIA A DIA COMO POR EXEMPLO: TRABALHAR, ATIVIDADES DOMÉSTICAS E DE LAZER POR CONTA DA DOR NO... (Imagem do Nórdico)

NOS ÚLTIMOS 7 DIAS VOCÊ CONSULTOU ALGUM PROFISSIONAL DA SAÚDE (MEDICO, ENFERMEIRO, FISIOTERAPEUTA) POR CONTA DA DOR NO... (Imagem do Nórdico)

	Sim	Não	Sim	Não
Pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Região Dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotovelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antebraço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punho/mãos/Dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Região Lombar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadril/Coxa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tornozelo/Pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pescoço			
Você tem dor no Pescoço agora?		Dor	
		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Esta dor no Pescoço é o motivo da procura por atendimento?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Qual é o nível / intensidade de dor no pescoço nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)		EVA no momento (0-10)	
		R: _____	
Qual foi o nível / intensidade de dor no pescoço no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)		EVA na crise (0-10)	
		R: _____	
Com que frequência, nesta semana (nos últimos 7 dias), você teve dor no pescoço?		Frequência (1 -7 dias)	
		R: _____	
Desde quando você tem dor no pescoço? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)		Duração	
		R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos	
A sua dor no pescoço vem melhorando, piorando ou está igual?		Estado da Dor	
		Melhorando <input type="checkbox"/>	Piorando <input type="checkbox"/>
		Igual <input type="checkbox"/>	
Conduta do Usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no pescoço?		
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no pescoço. <input type="checkbox"/>			
Qual(s) _____			
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____			
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/>			
Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____			
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____			
_____ Por quem? _____			
Ombro			
Você tem dor no ombro agora?		Dor	
		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Se sim, de qual lado é a dor?		Lateralidade	
		Direito <input type="checkbox"/>	Esquerdo <input type="checkbox"/>
		Ambos <input type="checkbox"/>	
Esta dor no ombro é o motivo da procura por atendimento?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Qual é o nível / intensidade de dor no ombro nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)		EVA no momento (0-10)	
		R: _____	
Qual foi o nível / intensidade de dor no ombro no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)		EVA na crise (0-10)	
		R: _____	
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no ombro?		Frequência (1 a 7 dias)	
		R: _____	
Desde quando você tem dor no ombro? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)		Duração	
		R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos	
A sua dor no ombro vem melhorando, piorando ou está igual?		Estado da Dor	
		Melhorando <input type="checkbox"/>	Piorando <input type="checkbox"/>
		Igual <input type="checkbox"/>	
Conduta do usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no ombro?		
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no ombro. <input type="checkbox"/>			
Qual(s) _____			
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____			
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/>			
Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____			
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____			
_____ Por quem? _____			

Região Dorsal		
Você tem dor na Região dorsal agora?	Dor	
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Esta dor na Região dorsal é o motivo da procura por atendimento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Qual é o nível / intensidade de dor na Região dorsal nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)	
	R: _____	
Qual foi o nível / intensidade de dor na Região Dorsal no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)	
	R: _____	
Com que frequência, nesta semana (nos últimos 7 dias), você teve dor na Região Dorsal?	Frequência (1 -7 dias)	
	R: _____	
Desde quando você tem dor na Região Dorsal? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração	
	R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos	
A sua dor na Região Dorsal vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor	
	Melhorando <input type="checkbox"/>	Piorando <input type="checkbox"/>
	Igual <input type="checkbox"/>	
Conduta do Usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor na Região Dorsal?	
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor na Região Dorsal. <input type="checkbox"/>		
Qual(s) _____		
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____		
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/>		
Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____		
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____		
_____ Por quem? _____		
Cotovelo		
Você tem dor no cotovelo agora?	Dor	
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade	
	Direito <input type="checkbox"/>	Esquerdo <input type="checkbox"/>
	Ambos <input type="checkbox"/>	
Esta dor no cotovelo é o motivo da procura por atendimento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Qual é o nível / intensidade de dor no cotovelo nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)	
	R: _____	
Qual foi o nível / intensidade de dor no cotovelo no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)	
	R: _____	
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no cotovelo?	Frequência (1 a 7 dias)	
	R: _____	
Desde quando você tem dor no cotovelo? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração	
	R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos	
A sua dor no cotovelo vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor	
	Melhorando <input type="checkbox"/>	Piorando <input type="checkbox"/>
	Igual <input type="checkbox"/>	
Conduta do usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no cotovelo?	
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no cotovelo. <input type="checkbox"/>		
Qual(s) _____		
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____		
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/>		
Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____		
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____		
_____ Por quem? _____		

Antebraço	
Você tem dor no antebraço agora?	Dor Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, de que lado é a dor?	Lateralidade Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>
Esta dor no antebraço é o motivo da procura por atendimento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual é o nível / intensidade de dor no antebraço nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10) R: _____
Qual foi o nível / intensidade de dor no antebraço no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10) R: _____
Com que frequência, nesta semana (nos últimos 7 dias), você teve dor no antebraço?	Frequência (1 -7 dias) R: _____
Desde quando você tem dor no antebraço? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos
A sua dor no antebraço vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor Melhorando <input type="checkbox"/> Piorando <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/>
Conduta do Usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no antebraço?
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no antebraço. <input type="checkbox"/> Qual(s) _____	
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____	
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____	
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____ Por quem? _____	
Punho/mão/dedos	
Você tem dor no punho/mão/dedos?	Dor Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>
Esta dor no punho/mão/dedos é o motivo da procura por atendimento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual é o nível / intensidade de dor no punho/mão/dedos nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10) R: _____
Qual foi o nível / intensidade de dor no punho/mão/dedos no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10) R: _____
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no punho/mão/dedos?	Frequência (1 a 7 dias) R: _____
Desde quando você tem dor no punho/mão/dedos? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração R: _____ dias ou _____ Meses ou _____ Anos
A sua dor no punho/mão/dedos vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor Melhorando <input type="checkbox"/> Piorando <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/>
Conduta do usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no punho/mão/dedos?
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no punho/mão/dedos. <input type="checkbox"/> Qual(s) _____	
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____	
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____	
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____ Por quem? _____	

Região Lombar			
Você tem dor na Região Lombar agora?	Dor		
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Esta dor na Região Lombar é o motivo da procura por atendimento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Qual é o nível / intensidade de dor na Região Lombar nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor na Região Lombar no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana (nos últimos 7 dias), você teve dor na Região Lombar?	Frequência (1 -7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor na Região Lombar? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: ___ dias ou ___ Meses ou ___ Anos		
A sua dor na Região Lombar vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Melhorando <input type="checkbox"/>	Piorando <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/>
Conduta do usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor na Região Lombar?		
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor na Região Lombar. <input type="checkbox"/>	Qual(s) _____		
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/>	Qual(s)? _____		
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/>	Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____		
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: <input type="checkbox"/>	Qual(s)? _____ Por Quem? _____		
Quadril/Coxa			
Você tem dor no Quadril/Coxa agora?	Dor		
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Se sim, de que lado é a dor?	Lateralidade		
	Direito <input type="checkbox"/>	Esquerdo <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
Esta dor no Quadril/Coxa é o motivo da procura por atendimento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Qual é o nível / intensidade de dor no Quadril/Coxa nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10)		
	R: _____		
Qual foi o nível / intensidade de dor no Quadril/Coxa no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10)		
	R: _____		
Com que frequência, nesta semana (nos últimos 7 dias), você teve dor no Quadril/Coxa?	Frequência (1 -7 dias)		
	R: _____		
Desde quando você tem dor no Quadril/Coxa? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração		
	R: ___ dias ou ___ Meses ou ___ Anos		
A sua dor no Quadril/Coxa vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor		
	Melhorando <input type="checkbox"/>	Piorando <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/>
Conduta do Usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no Quadril/Coxa?		
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no Quadril/Coxa. <input type="checkbox"/>	Qual(s) _____		
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/>	Qual(s)? _____		
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/>	Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____		
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: <input type="checkbox"/>	Qual(s)? _____ Por quem? _____		

Joelho	
Você tem dor no Joelho agora?	Dor Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, de que lado é a dor?	Lateralidade Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>
Esta dor no Joelho é o motivo da procura por atendimento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual é o nível / intensidade de dor no Joelho nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10) R: _____
Qual foi o nível / intensidade de dor no Joelho no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10) R: _____
Com que frequência, nesta semana (nos últimos 7 dias), você teve dor no Joelho?	Frequência (1 -7 dias) R: _____
Desde quando você tem dor no Joelho? (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos
A sua dor no Joelho vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor Melhorando <input type="checkbox"/> Piorando <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/>
Conduta do Usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no Joelho?
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no Joelho. <input type="checkbox"/> Qual(s) _____	
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____	
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____	
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____ Por quem? _____	
Tornozelo/Pé	
Você tem dor no Tornozelo/Pé?	Dor Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, de qual lado é a dor?	Lateralidade Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>
Esta dor no Tornozelo/Pé é o motivo da procura por atendimento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual é o nível / intensidade de dor no Tornozelo/Pé nesse momento em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA no momento (0-10) R: _____
Qual foi o nível / intensidade de dor no Tornozelo/Pé no momento da crise (Pico de dor) em uma escala de 0 a 10. Sendo que zero é nenhuma dor e dez é a pior dor imaginável. (Mostrar a Placa com o EVA)	EVA na crise (0-10) R: _____
Com que frequência, nesta semana, (nos últimos 7 dias), você teve dor no Tornozelo/Pé	Frequência (1 a 7 dias) R: _____
Desde quando você tem dor no Tornozelo/Pé (Obs: Atenção aos dias, meses e anos)	Duração R: ____ dias ou ____ Meses ou ____ Anos
A sua dor no Tornozelo/Pé vem melhorando, piorando ou está igual?	Estado da Dor Melhorando <input type="checkbox"/> Piorando <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/>
Conduta do usuário	Quais das seguintes medidas o(a) Sr/Sr. ^a utilizou para tratar / cuidar da sua dor no Tornozelo/Pé?
Adotou alguma postura corporal para evitar/melhorar a dor no Tornozelo/Pé. <input type="checkbox"/> Qual(s) _____	
Mudou algum hábito: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____	
Utilizou algum recurso que ajuda (ou) a melhorar a dor (medicamento, órteses, compressas) / por conta própria: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____ Qual dosagem: _____	
Teve alguma indicação de tratamento ou recomendação para cuidar / tratar a dor: <input type="checkbox"/> Qual(s)? _____ Por quem? _____	

QUESTIONÁRIO DE DOR
OBS: INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

Número de Matrícula:

Data da Coleta das informações do Prontuário: ___/___/___

Diagnostico

CID: _____ ou CIAP: _____

Não diagnosticado **Conduta da Equipe**

a) Anotar as condutas observadas da Demanda no Acolhimento. (Ex: Agendamento, Orientações na recepção)

b) Anotar as do Prontuário

Conduta	Profissional	Se houve encaminhamento, escrever o(s) nome(s) do(s) local(ais)
<i>Exemplo:</i> Usuário se queixando de forte dor lombar, recebu eu orientação para procurar o pronto socorro	Recepcionista	Nome do local: HUUSP _____ 1) Atenção Primaria <input type="checkbox"/> 2) Média Complexidade <input type="checkbox"/> 3) Alta complexidade <input type="checkbox"/>
1.	1.	Nome do local: _____ 1) Atenção Primaria <input type="checkbox"/> 2) Média Complexidade <input type="checkbox"/> 3) Alta complexidade <input type="checkbox"/>
2.	2.	Nome do Local: _____ 1) Atenção Primaria <input type="checkbox"/> 2) Média Complexidade <input type="checkbox"/> 3) Alta complexidade <input type="checkbox"/>
3.	3.	Nome do local: _____ 1) Atenção Primaria <input type="checkbox"/> 2) Média Complexidade <input type="checkbox"/> 3) Alta complexidade <input type="checkbox"/>

Finalização da entrevista/ Agradecimento

Muito obrigado (a) pela sua disposição em responder estas perguntas, suas respostas serão de grande ajuda para desenvolver o estudo e também para entender melhor a sua dor no corpo. Nós iremos retornar pra você daqui a 3 meses por telefone, para saber qual foi o desfecho desta sua procura por atendimento e também para saber como estará a sua dor no corpo

Obrigada e até breve.

ANEXO A- APROVAÇÃO DO CEP DA FMUSP

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Linha de cuidado da dor musculoesquelética em modelos de atenção primária à saúde: tradicional, integral, saúde da família, programática e mista

Pesquisador: Ana Carolina Basso Schmitt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60917916.5.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.781.749

Apresentação do Projeto:

Projeto metodologicamente bem elaborado, claro e viável.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a linha de cuidado e resolutividade da dor musculoesquelética crônica a partir da demanda UBS com modelos assistências diferentes do município de São Paulo.

Objetivo Secundário:

Estimar a prevalência de demanda ativa das queixas musculoesqueléticas; Identificar o diagnóstico e decisão terapêutica da população atendida com dor musculoesquelética; Caracterizar a dor musculoesquelética na procura por tratamento e após três meses; Avaliar a adesão e aderência da decisão terapêutica;- Identificar o percurso do tipo de tratamento para dor musculoesquelética; Avaliar a resolutividade da dor musculoesquelética.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco Mínimo. Alguns usuários podem ficar desconfortáveis em responder alguma pergunta, entretanto, todos têm a possibilidade de não responder alguma pergunta ou retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 1.781.749

Benefícios:

Os participantes não receberão nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, não terão nenhuma despesa pessoal. Ao final os resultados serão entregues para a gestão dos equipamentos de saúde estudados e os pesquisadores contribuirão juntos para o planejamento de planejamento e organização de linha de cuidado à dor musculoesquelética.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área de saúde primária, viável e metodologicamente adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência, mas seria importante a pesquisadora declarar como receberá fundos para pagamento de despesas previstas, embora o montante seja mínimo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_707294.pdf	11/10/2016 15:04:58		Aceito
Outros	DocCepFmusp_com_assinaturas.docx	11/10/2016 15:04:03	Angela Baroni de Góes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	05/10/2016 10:06:19	Ana Carolina Basso Schmitt	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	04/10/2016 13:51:38	Angela Baroni de Góes	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/10/2016 13:49:26	Angela Baroni de Góes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/10/2016 13:48:40	Angela Baroni de Góes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.doc	04/10/2016 13:42:05	Angela Baroni de Góes	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 1.781.749

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Outubro de 2016

Assinado por:

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

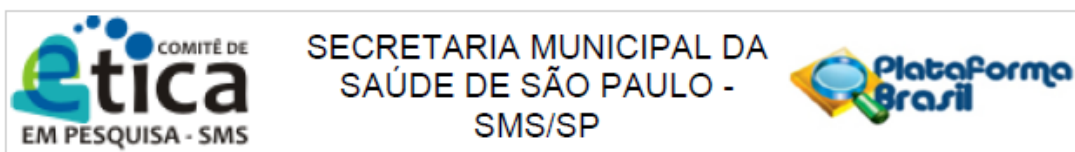
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO B- APROVAÇÃO DO CEP DA SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Linha de cuidado da dor musculoesquelética em modelos de atenção primária à saúde: tradicional, integral, saúde da família, programática e mista

Pesquisador: Ana Carolina Basso Schmitt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60917916.5.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.819.729

Apresentação do Projeto:

O cuidado da dor musculoesquelética crônica atualmente é um grande desafio para o sistema de saúde, dado os efeitos negativos sobre o bem-estar das pessoas e o custo para a sociedade. Apesar de várias estratégias para o cuidado da dor, não há linha de cuidado estabelecida, isto é, não há um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento da dor a serem ofertados de forma articulada pelo sistema de saúde, com base em protocolos clínicos.

Trata-se de um estudo transversal sobre a linha de cuidado da dor musculoesquelética para caracterizar o problema e o fluxo percorrido para o cuidado, bem como sua resolutividade. Acontecerá em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Saúde Escola: UBS Caxingui, UBS Integral Jardim Edite, UBS Jardim D'Abril, UBS Vila Dalva e Centro de Saúde Escola Samuel Bannsley Pessoa. A população de referência a ser estudada será usuários que chegaram às unidades na demanda espontânea a partir de janeiro de 2017 com queixa de dor musculoesquelética. Participarão da pesquisa 633 sujeitos com as condições descritas. Para isso, a presença de dor será identificada pela UBS através de uma lista. Posteriormente os indivíduos serão reconhecidos pelo prontuário individual e serão contatados via telefone 7 dias e 90 dias após a busca pelo cuidado da dor musculoesquelética.

Os dados serão analisados usando o programa Stata, versão 12.0. A prevalência de dor será

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

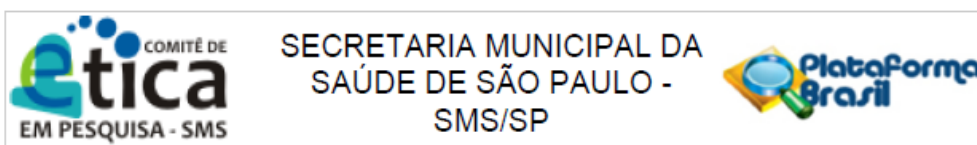
CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2484

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.819.729

estimada com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Serão calculadas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas e porcentagem para as categóricas.

A caracterização da dor será feita pelo Questionário Nórdico na semana da procura pela assistência com o relato do usuário sobre o local da dor (coluna, membros superiores, membros inferiores e difusa), a intensidade com a utilização da escala visual analógica, a frequência mensurada pelos dias com dor na semana e o tempo de queixa indicada em meses.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a linha de cuidado e resolutividade da dor musculoesquelética crônica a partir da demanda UBS com modelos assistências diferentes do município de São Paulo.

Objetivo Secundário:

- Estimar a prevalência de demanda ativa das queixas musculoesqueléticas;
- Identificar o diagnóstico e decisão terapêutica da população atendida com dor musculoesquelética;
- Caracterizar a dor musculoesquelética na procura por tratamento e após três meses; - Avaliar a adesão e aderência da decisão terapêutica;
- Identificar o percurso do tipo de tratamento para dor musculoesquelética;
- Avaliar a resolutividade da dor musculoesquelética.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco Mínimo. Alguns usuários podem ficar desconfortáveis em responder alguma pergunta, entretanto, todos têm a possibilidade de não respondê-la ou retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Benefícios

Os participantes não receberão nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, não terão nenhuma despesa pessoal. Ao final os resultados serão entregues para a gestão dos equipamentos de saúde estudados como contribuição para o planejamento e organização de linha de cuidado à dor musculoesquelética.

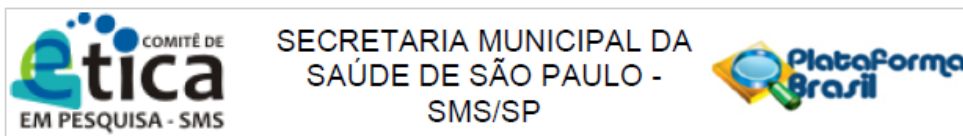
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.819.729

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/10/2016 13:48:40	Angela Baroni de Góes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.doc	04/10/2016 13:42:05	Angela Baroni de Góes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 1.819.729

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 14 de Novembro de 2016

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO C- ESCALA VISUAL ANALÓGICA- EVA