



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

EDINARA KOSOSKI

**Informações funcionais e fatores ambientais: estudo exploratório com análise
geoespacial realizado em usuários da atenção básica**

Uberaba-MG

2018

EDINARA KOSOSKI

Informações funcionais e fatores ambientais: estudo exploratório com análise geoespacial realizado em usuários da atenção básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Atenção à Saúde, nível Mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra.

Área de concentração: Saúde e enfermagem

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo Temático: Saúde do adulto e do idoso.

Uberaba-MG

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

K88i Kososki, Edinara
Informações funcionais e fatores ambientais: estudo exploratório
com análise geoespacial realizado em usuários da atenção básica /
Edinara Kososki. -- 2018.
99 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Classificação
internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 4. Equipe de
assistência ao paciente. 5. Pesquisa sobre serviços de saúde. 6. Fa-
tores Ambientais. I. Dutra, Fabiana Caetano Martins Silva e. II. Uni-
versidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614

EDINARA KOSOSKI

Informações funcionais e fatores ambientais: estudo exploratório com análise geoespacial realizado em usuários da atenção básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Atenção à Saúde, nível Mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 17 de dezembro de 2018.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra - Orientadora

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Profa. Dra. Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Assinatura: _____

À minha família, por todo amor, apoio,
zelo e compreensão.

À Fabiana Caetano, pela parceria, por
ser exemplo de dedicação e exigência.

A todos os terapeutas ocupacionais
que, assim como eu, acreditam na
funcionalidade humana.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus por todas as possibilidades que vivencio.

À Professora Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra por dividir comigo todos os ensinamentos dessa jornada, pela confiança, por me fazer rever minhas limitações, me permitindo sempre a superação. Obrigada por de fato ter sido *orientadora* e por todos os revigorantes, prazerosos e divertidos cafezinhos de nossas reuniões.

À Anna Rita Norberto dos Santos pelo companheirismo da coleta, das incertezas e das conquistas sempre comemoradas com belos sorrisos.

Ao Professor Ricardo Vicente Ferreira por aceitar integrar nossa equipe, pela disponibilidade e valiosa contribuição com as técnicas geoespaciais do território.

Ao Professor Vanderei José Hass pelos auxílios e ensinamentos estatísticos.

Aos amigos que conheci nessa aventura do aprendizado chamada mestrado. Vocês foram apoio, trocas, diversão e os carregarei comigo daqui em diante.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde – UFTM pelo conhecimento dividido, carinho e atenção.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde Dona Aparecida Conceição Ferreira pela receptividade e auxílios ao longo da coleta de dados.

Aos usuários da UBS e participantes desse estudo, muito obrigada!

À minha amada família por acreditar, apoiar e me dar subsídios de amor diário.

Aos amigos, aqueles que entendem a ausência, que estão ali para o que for preciso, aqueles que se alegram com as vitórias, que são acolhida, risos e amor.

Aos componentes da banca de qualificação e defesa, por disponibilizarem tempo e conhecimento em prol de potencializar a construção desse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo ao conhecimento, suporte e apoio financeiro durante o mestrado.

“Porque o movimento da vida precisa de função”

RESUMO

KOSOSKI, Edinara. **Informações funcionais e fatores ambientais: estudo exploratório com análise geoespacial realizado em usuários da atenção básica.** 2018. 99f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

Identificar e atender as demandas funcionais dos usuários acolhidos na atenção primária se faz primordial para promover a atenção integral em saúde, favorecendo a rede de cuidados e direcionando as demandas existentes para uma oferta de serviços de saúde mais resolutivos. Esta pesquisa teve como objetivo analisar as demandas funcionais dos usuários (adultos e idosos) atendidos na atenção primária e suas relações com fatores ambientais. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório e com delineamento transversal. Participaram do estudo, n=230 usuários adultos e idosos selecionados por conveniência, assistidos nos serviços de uma unidade da atenção primária. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e julho de 2018, sendo aplicados dois instrumentos: o Protocolo para Levantamento de Problemas em Reabilitação (PLPR), usado para identificação de demandas funcionais e informações sociais em usuários de serviços públicos; e o Inventário de Fatores Ambientais do Hospital Craig (CHIEF) para verificar frequência e magnitude com que fatores do ambiente interferem no cotidiano dos indivíduos. Foram empregadas estatísticas descritivas, técnicas de georreferenciamento e Regressão Linear Múltipla considerando um nível de confiança de 5% nos testes realizados. Os resultados encontrados apontam que 51,3% dos participantes pertencem à ESF Leblon; a média de idade é 52 anos, maioria adultos (59,1%), do sexo feminino (76,5%), têm filhos (82,8%) e vivem com companheiro (casados ou em união estável) (54,3%). 61,7% dos participantes têm até oito anos de estudo e renda familiar média de R\$2.086,39. 53,9% deles têm vínculo profissional ativo. 75,2% possuem algum fator de risco: são tabagistas (16,5%), consomem bebida alcoólica (20,9%), são sedentários (52,6%), estão com sobrepeso e/ou obesidade (33,9%), são diagnosticados com apenas 1 condição de saúde (52,6%) e o tempo de início das queixas relatado foi de 87,33 meses. 66,8% possui sintomas considerados crônicos (há mais de 6 meses). Desses, 58,7% avaliou a saúde física como negativa e 52,2% avaliou a saúde emocional como negativa. As demandas funcionais relatadas como deficiência ou dificuldades graves ou completas foram nos domínios de mobilidade, eutrofia, dor e desconforto, energia

e sono, afeto, tarefas e demandas gerais e trabalho remunerado. Os profissionais indicados para atender essas demandas são: educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Na maioria dos domínios, os participantes se referiram a alguma deficiência ou dificuldade leve ou moderada. Dessa maneira, sugere-se que o início do tratamento ocorra na atenção primária à saúde. A análise geoespacial permitiu verificar os pontos com maiores demandas funcionais e fatores ambientais presentes entre as três ESF que compõem o território analisado. Participantes com pior percepção de saúde, maior número de condições de saúde diagnosticadas e barreiras relacionadas com estrutura física e serviços e assistência apresentam demandas funcionais mais elevadas. O uso do PLPR e dos preceitos no modelo da CIF, se configuram como nova forma de acolhimento dos usuários aos serviços da atenção primária, ampliando a visão sobre saúde no município e contribuindo para que o indivíduo seja assistido em totalidade quanto ao contexto que está inserido e não somente por sua condição de saúde.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Fatores Ambientais.

ABSTRACT

KOSOSKI, Edinara. **Functional information and environmental factors: an exploratory study with geospatial analysis performed with primary health care patients**. 2018. 99s. Dissertation (Master's Degree in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

Identifying and meeting the functional demands of people receiving primary care is essential to promote integral health care, favoring the care network and directing the existing demands for a more ascertained health services offer. This research aimed to analyze the functional demands of the patients (adults and elderly) assisted in a primary care unit and their relations with environmental factors. This is a quantitative, exploratory-type, cross-sectional study. N = 230 adult and elderly patients assisted in the services of a primary care unit were selected as convenient to participate in this study. Data collection took place between February and July 2018, with two instruments: the Protocol for Identification of Problems for Rehabilitation (PLPR), used to identify functional demands and social information in public primary health care services' patients; and the Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF), to verify the frequency and magnitude of interference of environmental factors on individuals' daily lives. Descriptive statistics, georeferencing techniques and Multiple Linear Regression were used considering a confidence level of 5% in the performed tests. The results show that 51.3% of the participants belong to the ESF Leblon; the average age is 52 years old, and most of them are adults (59.1%), female (76.5%), have children (82.8%) and live with a partner (married or in a civil partnership) (54.3%). 61.7% of participants had up to eight years of study, and average family income of \$2,086.39 reais. 53.9% of them have an active professional activity. 75.2% have a risk factor: they are tobacco users (16.5%), alcoholic beverages consumers (20.9%), sedentary people (52.6%), overweight and/or obese (33.9%), are diagnosed with only one health condition (52.6%) and the onset time of complaints reported was 87.33 months. 66.8% have symptoms considered chronic (over 6 months). Of these, 58.7% evaluated their physical health as negative and 52.2% assessed their emotional health as negative. The reported functional demands as deficiency or serious or complete difficulties were in the domains of mobility, eutrophy, pain and discomfort, energy and sleeping, affection, tasks and general demands, and paid job. The professionals

indicated to treat these demands are: physical educator, physiotherapist, nutritionist, psychologist and occupational therapist. In most domains, participants referred to some mild or moderate disability or difficulty. Thus, it is suggested that the beginning of treatment occurs in primary health care. The geospatial analysis made it possible to verify the points where the greatest functional demands and environmental factors are present among the three ESFs that constitute the analyzed territory. Participants with poorer health perception, greater number of diagnosed health conditions and barriers related to physical structure and care have higher functional demands. The use of PLPR and the precepts in the CIF model, configure as a new way of welcoming patients to primary health care services, expanding the vision on health in the city and contributing to the fully assistance of the individual in the context in which one is inserted and not just because one's health condition.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health. Primary Health Care. Patient Care Team. Health Services Research. Environmental Factors.

RESUMEN

KOSOSKI, Edinara. **Informaciones funcionales y factores ambientales: estudio exploratorio con análisis geoespacial realizado en usuarios de atención primaria**. 2018. 99h. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

Identificar y atender las demandas funcionales de los usuarios acogidos en la atención básica es primordial para promover la atención integral en salud, favoreciendo la red de cuidados y direccionando las demandas existentes para una oferta de servicios de salud más resolutivos. Esta pesquisa tuvo como objetivo analizar las demandas funcionales de los usuarios (adultos y viejos) atendidos en la atención básica y sus relaciones con factores ambientales. Se trata de un estudio de naturaleza cuantitativa, del tipo exploratorio y con delineamiento transversal. Participaron del estudio, n = 230 usuarios adultos y viejos seleccionados por conveniencia, asistidos en los servicios de una unidad de atención básica. La recolección de datos ocurrió entre febrero y julio de 2018, siendo aplicados dos instrumentos: el *Protocolo para Levamento de Problemas em Reabilitação (PLPR)*, usado para identificación de demandas funcionales e informaciones sociales en usuarios de servicios públicos; y el *Inventário de Fatores Ambientais do Hospital Craig (CHIEF)* para verificar frecuencia y magnitud con que factores del ambiente interfieren en el cotidiano de los individuos. Fueron empleadas utilizadas estadísticas descriptivas, técnicas de georreferenciación y Regresión Linear Múltiple considerando un nivel de confianza de 5% en los testes realizados. Los resultados encontrados apuntan que (51,3%) de los participantes pertenecen a ESF Leblon, la media de edad fue igual a 52 años, mayoría adultos (59,1%), de sexo femenino (76,5%), tiene hijos (82,8%) y viven con pareja (casados o en unión estable) (54,3%). 61,7% de los participantes cursaron hasta ocho años de estudio, y renta familiar media de R\$ 2.086,39 reales. 53,9% de los participantes tiene vínculo profesional activo. 75,2% poseían algún factor de riesgo: son tabaquistas (16,5%), consumen bebida alcohólica (20,9%), eran sedentarios (52,6%), estaban con sobrepeso y/u obesidad (33,9%), eran diagnosticados con apenas 1 condición de salud (52,6%) y el tiempo de inicio de las quejas relatado fue de 87,33 meses. 66,8% poseía síntomas considerados crónicos (desde hace 6 meses). De esos, (58,7%) evaluó la salud física como negativa, (52,2%) evaluaron la salud emocional como

negativa. Las demandas funcionales relacionadas como deficiencia o dificultades graves o completas fueron en los dominios de movilidad, eutrofia, dolor e incomodidad, energía y sueños, afecto, tareas y demandas generales y trabajo remunerado. Los profesionales indicados para atender esas demandas son: educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo y terapeuta ocupacional. En la mayoría de los dominios, los participantes refirieron alguna deficiencia o dificultad leve o moderada, de esa manera, es sugerido que el inicio del tratamiento ocurra en la atención primaria a la salud. El análisis geoespacial permitió verificar los puntos con mayores demandas funcionales y factores ambientales presentes entre las tres ESF que componen el territorio analizado. Participantes con peor percepción de salud, mayor número de condiciones de salud diagnosticadas y barreras relacionadas con estructura física y servicios y asistencia presentaron demandas funcionales más elevadas. El uso del PLPR y de los preceptos en el modelo de la CIF, se configuran como nueva forma de acogida de los usuarios a los servicios de la atención primaria, ampliando la visión sobre salud en el municipio y contribuyendo para que el individuo sea asistido en totalidad cuanto al contexto que está inserido y no apenas por su condición de salud.

Palabras clave: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Atención Primaria de Salud. Grupo de Atención al Paciente.

Investigación en Servicios de Salud. Factores Ambientales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Interação entre os conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	28
Figura 2 -	Distribuição da rede de atenção à saúde entre os Distritos Sanitários de Uberaba/MG.....	34
Figura 3 -	Mapa de abrangência da Estratégia de Saúde da Família – Unidade Básica de Saúde.....	35
Figura 4 -	Dados demográficos SIAB relacionados às Estratégias de Saúde da Família referentes ao território de abrangência da Unidade Básica de Saúde.....	36
Figura 5 -	Distribuição geoespacial dos participantes da pesquisa no território da Unidade Básica de Saúde.....	57
Figura 6 -	Mapa de distribuição geoespacial da demanda funcional de acordo com níveis de dificuldade/deficiência no território da Unidade Básica de Saúde.....	58
Figura 7 -	Mapas de distribuição geoespacial das subescalas Assistência e Serviços e Estrutura Física no território da Unidade Básica de Saúde.....	59
Figura 8 -	Mapa síntese da demanda funcional e fatores ambientais no território da Unidade Básica de saúde.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde (n=230).....	49
Tabela 2 - Hábitos de vida e condições de saúde dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde (n=230).....	50
Tabela 3 - Agrupamento de condições de saúde usando a codificação do CID-10.....	51
Tabela 4 - Tabela descritiva com uso de medidas de variabilidade para apresentação dos escores de cada domínio e escore total da Breve Descrição Funcional (n=230).....	54
Tabela 5 - Graus de deficiência ou dificuldade relatados pelos usuários nos itens da Breve Descrição Funcional (n=230).....	54
Tabela 6 - Tabela descritiva com uso de medidas de variabilidade para apresentação de fatores ambientais - CHIEF (n=230).....	56
Tabela 7 - Análise bivariada da demanda funcional em comparação às variáveis independentes (n=230).....	61
Tabela 8 - Correlação da demanda funcional com as variáveis independentes quantitativas. (n=230).....	62
Tabela 9 - Modelo de Regressão Linear Múltipla (n=230).....	63

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AP – Atenção Primária

APS- Atenção Primária à saúde

ArcGIS – Geographic Information System

BDF – Breve Descrição Funcional

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAIS/UFTM – Centro de Atenção Integrado em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

CEP/UFTM – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

CHIEF – Inventário de Fatores Ambientais do Hospital Craig

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DP – Desvio Padrão

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GEP/UFTM – Gerência de Ensino e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Nasf – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

Nasf-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NEPIT – Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Incapacidade e Trabalho

NETRAS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho Participação Social e Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASS – Power Analysis and Sample Size

PLPR – Protocolo para Levantamento de Problemas em Reabilitação

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RIMS/UFTM – Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIG – Sistemas de Informações Geográficas

SPSS – Software Statistical Package for Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

LISTA DE SÍMBOLOS

% - Porcentagem

= - Igual

® - Registered Sign

R\$ - Reais

R^2_{aj} - Valor de R Ajustado

β - Beta

> - maior que

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	21
1.1	IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PARA DIRECIONAR AÇÕES DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA.....	22
1.2	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE.....	26
2.	LACUNAS NA LITERATURA, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	29
3.	OBJETIVOS.....	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	33
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	33
4.3	POPULAÇÃO.....	37
4.3.1	Critérios de inclusão.....	37
4.3.2	Critérios de exclusão.....	37
4.4	AMOSTRA.....	37
4.5	COLETA DE DADOS.....	38
4.5.1	Procedimentos para coleta de dados.....	38
4.5.2	Instrumentos para coleta de dados.....	39
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	42
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5.	RESULTADOS.....	48
5.1	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS.....	48
5.2	HÁBITOS DE VIDA E CONDIÇÃO DE SAÚDE.....	49
5.3	DEMANDA FUNCIONAL.....	52
5.4	FATORES AMBIENTAIS.....	55
5.5	ANÁLISE GEOESPACIAL.....	56

5.6	ASSOCIAÇÃO ENTRE DEMANDA FUNCIONAL E FATORES AMBIENTAIS.....	61
6.	DISCUSSÃO	64
7.	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	84
	ANEXO A – PROTOCOLO PARA LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS EM REABILITAÇÃO (PLPR)	86
	ANEXO B – INVENTÁRIO DE FATORES AMBIENTAIS DO HOSPITAL CRAIG (CHIEF)	91
	ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA...	95

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo aprimorado e, por meio de políticas e diretrizes, tem consolidado a prestação de serviços de saúde no País. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção primária (PNAB) é um marco legal norteador das ações em saúde no Brasil e estabelece a atenção básica (AB) como a porta de acesso do usuário aos serviços da rede de saúde. Segundo a PNAB, as unidades básicas de saúde devem estar localizadas próximas aos domicílios dos usuários, garantindo ampliação do acesso e qualidade na prestação de serviços. Suas ações devem ser orientadas pelos princípios do SUS de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL 2012a).

Em agosto de 2017, a PNAB foi revisada com intuito de regulamentar a implementação e operacionalização vigentes e estabelecer diretrizes para a organização do componente Atenção primária à Saúde (APS) e da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse documento, os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica (AB) são considerados equivalentes e destinadas à realização de ações de saúde individuais, familiares e coletivas no que diz respeito à promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017). A PNAB descreve que estas ações devem ser desenvolvidas por um cuidado integrado com gestão de qualidade e equipe multiprofissional. Além disso, ressalta-se que a atenção primária (AP) é a principal responsável por iniciar o acesso dos usuários e promover a comunicação com a Rede de Atenção à Saúde na coordenação e ordenação de ações e serviços ofertados pela Rede (BRASIL, 2017).

A RAS foi formalmente inserida em regulamentações oficiais pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, sendo descrita como forma de potencializar a oferta da assistência disponível e reduzir os gastos operacionais (BRASIL, 2010a). Os objetivos da Rede de Atenção à Saúde são reestruturar e interligar os serviços como forma de desfragmentação da atenção e efetivar a prestação do cuidado de acordo com os serviços que a população necessita (ARRUDA et al., 2015).

Dessa maneira, algumas mudanças na reformulação da PNAB recomendam a inserção de outros profissionais atuando na Atenção Primária a Saúde, de acordo com as necessidades de assistência no território. Assim, destaca-se o fortalecimento das

equipes multiprofissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) na atenção básica, com a atualização da nomenclatura para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção primária Nasf-AB em 2017 (BRASIL, 2017).

1.1 IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PARA DIRECIONAR AÇÕES DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

Tem-se debatido nacionalmente, a necessidade de reconstrução dos serviços de saúde em direção a uma prática centrada nas necessidades de saúde e na produção do cuidado em saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2011). O acolhimento é uma das estratégias da Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2010b) e se constitui em uma mudança de postura no momento da recepção do usuário aos serviços de saúde, priorizando acolher, promover escuta ativa e responder de maneira direcionada às necessidades dos usuários. O acolhimento visa, além de ampliar o acesso, possibilitar mudanças no processo de trabalho em saúde ao transformar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários/comunidades para a construção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2011). Assim, o acolhimento possibilita um ambiente favorável ao vínculo de responsabilização do indivíduo e dos profissionais (DAMASCENO et al., 2012).

Quando bem estruturado, o acolhimento permite que as demandas dos usuários sejam direcionadas e os serviços estabeleçam comunicação, alcançando metas dos programas de cuidado (CARDOSO et al., 2009). Dessa maneira, o acolhimento é fundamental para a atenção primária em saúde, permitindo que o usuário seja atendido em amplitude numa escala multiprofissional e setorial (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). O acolhimento permite que ocorra um processo de expansão da clínica e fortaleça a atuação do usuário como promotor de sua saúde, favorecendo a integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013). Assim, este momento potencializa o processo de cuidado, que busca resolutividade frente à demanda e favorece o acesso aos serviços de saúde, sendo essencial a articulação da rede de saúde para que haja a assistência integral às necessidades dos usuários (LOPES et al., 2014).

De acordo com Chagas e Vasconcellos (2013), o acolhimento é uma prática que visa atender a todos que buscam os serviços de saúde, ouvindo suas demandas e dando o direcionamento mais adequado para cada um. Desse modo, é durante o

acolhimento, a partir das demandas e necessidades de cada usuário, que deverão ser tomadas as decisões sobre o fluxo de atendimento, com quais profissionais e em qual nível de atenção será iniciado o seu cuidado (SOUZA et al., 2016a).

Comumente, o acolhimento se apresenta em duas dimensões: a espacial, que envolve a recepção e o ambiente confortável; e a ação de triagem e encaminhamentos (BRASIL, 2010c). Quando efetivadas de maneira isolada, estas dimensões perdem a importância e tornam-se atos reducionistas descomprometidos com o processo em saúde, o que pode resultar em problemas como filas de espera, oferta de serviços desnecessários à demanda, atendimento superficial e pontual ao usuário sem identificação da real demanda, equipes sobrecarregadas e retrabalho (BRASIL, 2010c). Além disso, a falta de sistematização dos serviços em saúde, com dificuldades de articular e alinhar as ações desenvolvidas nos diferentes pontos da rede e delinear claramente as responsabilidades de cada segmento e os fluxos de acesso dos usuários, são importantes fatores que levam à não efetivação do acolhimento nos pressupostos do SUS (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Como tentativa de sanar estes desafios, a PNAB fortalece o papel do Nasf-AB no apoio e desenvolvimento de ações realizadas junto às Estratégias da Saúde da Família (ESF) nas áreas de reabilitação e saúde mental, ampliando a integralidade e resolutividade da AB no SUS (BRASIL, 2017). Considerando as necessidades da população identificadas pelas ESF, os profissionais que compõem o Nasf-AB são solicitados a contribuir com saberes, práticas intersetoriais e interdisciplinares de cuidado nos territórios da AB e educação permanente para melhor resolutividade dessas demandas. A atuação desses profissionais deve ser direcionada de acordo com problemas, necessidades e demandas apresentadas pela população na AB, ou a partir da dificuldade dos profissionais que atuam diariamente nas áreas de abrangência. O trabalho do Nasf-AB busca unificar uma proposta de cuidado horizontal e conjunta entre profissionais, com ações individuais e/ou grupais, permitindo maior direcionamento na rede de cuidados em saúde (BRASIL, 2017).

Conforme a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, são os gestores municipais que definem a equipe, do Nasf na AP. A gestão horizontalizada de forma ampliada e com o objetivo de responder às demandas dos usuários a equipe do Nasf-AB pode ser composta por: médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário; médico acupunturista; assistente

social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2011). De acordo com Donnelly et al., (2014), a atuação do terapeuta ocupacional na atenção primária nem sempre é bem definida ou delimitada, de modo que suas ações se aproximam de um profissional generalista em torno das necessidades dos usuários. No entanto, a funcionalidade, envolvimento em atividades e participação em situações de vida devem ser o objetivo principal de sua atuação, o que transcende diagnósticos e projeta a complexidade do indivíduo, suas necessidades, papéis e tarefas diárias. Assim, o terapeuta ocupacional, quando inserido na Atenção Primária à Saúde, possui uma atuação ampla, sobretudo pela diversidade de atributos desse profissional em atendimentos grupais ou individuais. Ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação podem ser realizadas, mediante necessidades dos usuários e ou identificadas pela equipe (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

Na atenção básica, a intervenção do terapeuta ocupacional se faz fundamental principalmente na prestação de serviços a idosos e pacientes com condições crônicas, já que estes têm recursos suficientes para entender o impacto das condições de saúde nas funções cotidianas de desempenho ocupacional e participação em atividades (DONNELLY, et al., 2014). O terapeuta ocupacional participa de maneira ativa em diferentes ações como intervenções grupais (atividade corporal, cuidados às pessoas com dores crônicas); oficinas (socialização, expressão e participação social); ações nos domicílios (orientação, adaptações, treinamento, tratamentos e ações organizadoras e estruturadoras do cotidiano); atendimentos individuais (casos que necessitam de intervenção pontual, prevenindo a instalação de quadros crônicos, por meio de adaptações, órteses, intervenções quanto a aspectos físicos, cognitivos ou de socialização) (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

A inserção do terapeuta ocupacional no Nasf passa por um momento de expansão, de modo que a importância desse profissional é respaldada por meio do trabalho em equipe e com os demais setores, contribuindo para promover saúde à população por meio do uso de recursos na comunidade e favorecer a autonomia dos usuários no contexto que vivem (DUARTE; SILVA, 2018).

De acordo com Hopfe et al., (2017), com o aumento de multimorbidades pela população, se faz primordial investigar a saúde do indivíduo de maneira mais ampla,

por meio das demandas funcionais. Essas demandas, quando bem identificadas, podem otimizar os serviços de saúde. Nesse sentido, o estudo desenvolvido por Souza et al., (2016a), enfatiza o acolhimento como peça primordial para que as demandas possam ser compreendidas, sendo possível verificar reais necessidades da população, bem como definir ações e facilitar a comunicação da rede. Assim, o acolhimento deve ser realizado de maneira sistematizada, em que demandas e necessidades são visualizadas e os serviços e profissionais mais indicados possam ser ofertados, minimizando redundâncias e favorecendo uma atuação direcionada e ampla à saúde (Souza et al., 2016a). Assim, para compreender as demandas funcionais dos usuários da AB é preciso aprimorar a coleta de informações de forma estruturada, abrangendo aspectos mais amplos da saúde do indivíduo e contribuindo para a oferta de serviços em saúde mais adequados às reais necessidades da população.

Para potencializar a atuação e abrangência do SUS e os cuidados em relação às necessidades funcionais da população, duas normativas foram instituídas no cenário nacional. A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, estabelece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde ampliando as ações em saúde voltadas às pessoas com deficiência e assegurando a esta população acesso e direito aos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2012b). Esta portaria determina que as ações voltadas às pessoas com deficiências deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, com enfoque funcional e integral, respeitando as especificidades de cada caso e observando os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Neste mesmo contexto de ampliação e estruturação dos serviços de saúde voltados para uma perspectiva funcional, a Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012, preconiza o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em todo o âmbito do SUS. A CIF pertence à família das classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi oficialmente publicada no ano de 2001 e criada mediante a necessidade de que o indivíduo seja atendido e entendido de forma totalitária em saúde, não direcionando o foco somente à doença (BRASIL, 2012c; OMS, 2003). A CIF pode ser utilizada como um sistema de classificação para descrever, organizar e entender o impacto funcional de uma condição de saúde na vida do indivíduo (OMS, 2003; DUTRA et al., 2016). Como um sistema de

classificação, a CIF busca promover uma linguagem internacional e comum entre profissionais de diferentes áreas de conhecimento e servir como marco conceitual para descrever os processos de funcionalidade e de incapacidade humana (DUTRA et al., 2016).

1.2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

O envelhecimento populacional associado ao aumento das taxas de adoecimento crônico e grande percentual de pessoas com incapacidades temporárias e permanentes têm se mostrado como desafios atuais à saúde pública no Brasil e no mundo. Em decorrência desses fatos, ao longo dos últimos anos, o foco na construção de indicadores de saúde se deslocou da mortalidade para a morbidade e, mais recentemente, para as consequências das doenças crônicas (SAMPAIO; LUZ, 2009). Como efeito, a análise das teorias que explicam funcionalidade e incapacidade humana orientam a formulação de indicadores de saúde voltados às consequências das doenças e à elaboração de políticas públicas mais efetivas. Como alternativa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003).

O modelo teórico da CIF é universal e pode ser aplicado para todas as pessoas em qualquer condição de saúde, tendo como objetivo principal fornecer uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever a funcionalidade humana (OMS, 2003). A CIF é constituída sob uma abordagem biopsicossocial usada para explicar a integração das várias dimensões da saúde a partir da junção dos modelos médico e social (DUTRA et al., 2016). Segundo a OMS, a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a CIF são complementares, uma vez que a informação sobre o diagnóstico somada à funcionalidade fornece um quadro mais completo sobre a saúde dos indivíduos e de populações (FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014). O uso prático da CIF permite aos profissionais de saúde compreenderem a funcionalidade humana com uma visão mais ampla, em que a saúde e a incapacidade são frutos da interação do indivíduo, seu contexto e questões biológicas (OMS, 2003).

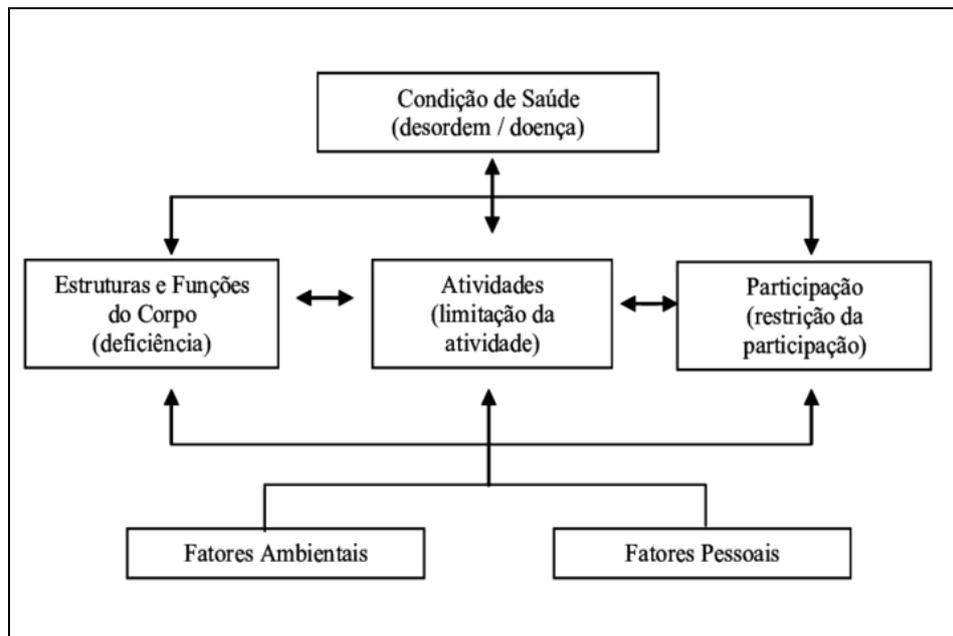
A CIF apresenta a funcionalidade e incapacidade humana como uma interação dinâmica entre a perspectiva do corpo (funções e estruturas do corpo) e as

perspectivas do próprio indivíduo e da sociedade (atividades e participação) (DUTRA et al., 2016; OMS, 2003). Assim, este modelo aborda aspectos biológicos, individuais e sociais e é estruturada pelos componentes: condição de saúde, estrutura e função do corpo, atividade, participação e fatores contextuais - pessoais e ambientais (OMS, 2003). Na CIF, condição de saúde é definida como um distúrbio ou uma doença (OMS, 2003). Os componentes 'estrutura e função corporal', 'atividade' e 'participação' compõem a funcionalidade humana e representam as dimensões biológica, individual e social da saúde (OMS, 2003). A função corporal engloba as funções fisiológicas dos sistemas corporais, e estruturas são partes anatômicas do corpo. Atividade é a execução de uma tarefa pelo indivíduo, e a participação é o envolvimento em uma situação da vida. Dessa maneira, participar significa tomar parte, ser incluído ou participar em uma área da vida, ser aceito ou ter acesso aos recursos necessários para esta inclusão (SILVA et al., 2013).

De acordo com a OMS (2003), alterações nos sistemas corporais ou partes do corpo são definidos na CIF como deficiência, enquanto a incapacidade centra-se em limitações das pessoas para realizarem atividades ou em restrições no desempenho de papéis socialmente esperados. A estrutura da CIF sugere que a funcionalidade é influenciada por características pessoais do indivíduo e por contextos ambientais. Assim, a incapacidade nos componentes descritos acima resulta da interação entre uma condição de saúde e os fatores do contexto, que agem como facilitadores ou barreiras para a funcionalidade (SILVA et al., 2013). Os fatores do contexto representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo e incluem dois componentes: fatores ambientais e fatores pessoais. Os fatores ambientais são externos ao indivíduo e compõem o ambiente físico e social nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas (OMS, 2003). Já os fatores pessoais são características particulares de cada um e compreendem elementos que não fazem parte da condição de saúde, tais como sexo, idade, aptidão física, estilo de vida, dentre outros (OMS, 2003).

A Figura 1 apresenta a representação estrutural do modelo teórico da CIF e permite identificar as inter-relações entre seus componentes.

FIGURA 1 - Interação entre os conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.



Fonte: OMS, 2003.p. 19.

2. LACUNAS NA LITERATURA, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A partir de uma abordagem voltada para a compreensão da funcionalidade e incapacidade humana, a Resolução nº 452/2012 apresenta algumas ações que devem ser implementadas no serviço. Dentre estas ações destaca-se o uso da CIF em investigações para avaliar acesso aos serviços, como uma ferramenta estatística na coleta e registro de dados em inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão e como ferramenta clínica para avaliar necessidades e compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado (BRASIL, 2012c). Dentro deste escopo de aplicações e levando em consideração o potencial da CIF como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana, é necessário que, desde o primeiro contato com o indivíduo, sejam coletadas informações relacionadas às suas queixas e objetivos para o adequado planejamento e monitoramento dos serviços de saúde (BRASIL, 2012c).

Nesse sentido, ferramentas para captar os problemas e necessidades dos usuários que superem os limites profissionais e considerem diferentes perspectivas no processo terapêutico, podem contribuir para uma troca de informações de qualidade (SOUZA et al., 2016b). Na saúde pública no Brasil, um importante momento para conhecer os problemas e demandas trazidos pelos usuários é o acolhimento. É por meio da atenção primária e do acolhimento ao usuário que os demais serviços serão direcionados (BRASIL, 2012a). Desta forma, para que o planejamento das ações em saúde e o fluxo do usuário nos diferentes dispositivos da rede sejam adequados, é necessário que, desde o primeiro contato com o indivíduo, sejam coletadas informações relacionadas às suas queixas e objetivos, geralmente relacionados à sua funcionalidade ou incapacidade. Para que essas informações sejam coletadas, se faz primordial verificar como o acolhimento acontece e se existem ferramentas capazes de captar os problemas e necessidades dos usuários para contribuir para uma coleta de informações de qualidade (SOUZA et al., 2016a; ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016).

Assim, este estudo tem algumas questões à serem respondidas. Quais são as demandas funcionais dos usuários atendidos na atenção primária de saúde? Quais os fatores ambientais presentes no contexto desses usuários e como estes fatores estão distribuídos no território de abrangência de uma unidade básica de saúde? Existe associação entre as demandas funcionais dos usuários e os fatores

ambientais? Esta associação apresenta diferença em relação à distribuição espacial dos usuários no território de abrangência da unidade de saúde?

Como preconizado na Resolução nº 452/2012 (BRASIL, 2012c), a aplicação da CIF auxilia na detecção de demandas emergentes e específicas centradas no usuário. A CIF deve ser utilizada na coleta e registro de dados dos usuários e da população, no planejamento dos serviços, na padronização das informações de saúde e, ainda, na construção de indicadores referentes à funcionalidade humana (BRASIL, 2012c). Acompanhando o recomendado pela Resolução 452/2012, Souza et al., (2016a) desenvolveram uma ferramenta de triagem condizente com o modelo conceitual da CIF que permite a coleta de dados funcionais nos serviços de saúde pública brasileiros em uma perspectiva multiprofissional. Além de um protocolo voltado para identificar as necessidades funcionais dos usuários, esta ferramenta otimiza a troca de informações entre os pontos da rede e permite estabelecer um contínuo de assistência nos diferentes níveis de cuidado (SOUZA et al., 2016b). Assim, pensando no momento do acolhimento dos serviços públicos de atenção primária à saúde de Uberaba/MG, a adoção deste instrumento poderia fornecer informações funcionais importantes.

No entanto, além de identificar as demandas funcionais dos usuários, é primordial destacar que a funcionalidade humana é influenciada por fatores ambientais que representam as circunstâncias sociais e físicas que envolvem o cotidiano das pessoas, como os ambientes físico, social e de atitudes nas quais a pessoa vive e conduz sua vida (OMS, 2003). Entender os fatores contextuais do indivíduo, social e pessoal, se faz fundamental para mensurar o quanto esses fatores influenciam sua funcionalidade. De acordo com Friche (2011), este contexto está amplamente relacionado com a manutenção da saúde e de questões singulares que o constituem. Silva et al., (2013) apontam fatores como o ambiente natural, transporte urbano e serviços de saúde associados a uma rede de suporte social, como as mais importantes barreiras aos componentes da funcionalidade. Dessa forma, é primordial o uso de metodologias mais específicas para avaliar os fatores ambientais.

Tradicionalmente, os instrumentos que avaliam a influência do ambiente sobre a funcionalidade adotam uma visão restrita do conceito de meio ambiente, focando preferencialmente as limitações impostas por barreiras arquitetônicas, sem documentarem os diferentes elementos que compõem este conceito, como o apoio social e acesso aos serviços (SILVA et al., 2013). Embora na atualidade se reconheça a importância de fatores contextuais (pessoais e ambientais), ainda existem poucos

estudos que analisam a associação desses fatores e seu impacto em conjunto sobre a funcionalidade humana. Nos últimos anos, como forma de avançar na análise dos fatores ambientais, pesquisas em saúde vêm utilizando ferramentas de georreferenciamento para converter informações contextuais em dados geográficos. Um dos métodos destacados é o Sistemas de Informações Geográficas (SIG), que permite apresentar, mensurar e prever padrões espaciais relacionados a epidemias, controles, investigações e análises espaciais (SILVEIRA; OLIVEIRA; JUNGER, 2017).

Roux (2001) foi pioneiro ao abordar a necessidade de estudar aspectos da vizinhança, ressaltando a importância do ambiente, que pode ser considerado determinante de adoecimento. Além disso, o autor cita que os bairros podem interferir sobre a saúde dos indivíduos mediante questões sociais tais como renda, ocupação e educação e podem ou não ser agravadas ou favorecidas por aspectos individuais. Mais recentemente, Kirby, Delmelle e Eberth (2017), em um estudo introdutório sobre epidemiologia espacial e sistemas de informações geográficas, apresentam estudos sobre o aumento na utilização e aplicação de métodos espaciais em pesquisas de serviços em saúde para acompanhar padrões espaciais, seja em doenças específicas, condições de saúde e fatores de risco. Estes autores destacam ainda a importância da análise do ambiente como fator que influencia a saúde do indivíduo, acrescentando ao contexto características específicas relacionadas a normas culturais, fornecimento e uso de serviços de saúde (KIRBY; DELMELLE; EBERTH, 2017).

Neste contexto, a presente investigação busca identificar as demandas funcionais dos usuários assistidos na atenção primária de saúde; caracterizar os usuários, demandas e fatores ambientais; identificar serviços e profissionais necessários; descrever os fatores ambientais; descrever a distribuição geoespacial desses fatores; verificar a associação entre fatores ambientais e funcionalidade dos usuários assistidos na atenção básica.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as demandas funcionais dos usuários (adultos e idosos) atendidos na atenção primária à saúde e suas relações com fatores ambientais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar os usuários atendidos na atenção primária conforme aspectos sociodemográficos, ocupacionais, de hábitos de vida e relacionados à condição de saúde;

b) Analisar as demandas funcionais dos usuários assistidos na atenção primária de acordo com os 10 domínios do PLPR (mobilidade, comunicação, eutrofia, auto-cuidado, dor e desconforto, atividade interpessoal, energia e sono, afeto, tarefas e demandas gerais, trabalho remunerado);

c) Identificar os serviços e profissionais necessários para responder as demandas funcionais identificadas nos usuários da atenção primária;

d) Descrever os fatores ambientais presentes no cotidiano desses usuários quanto às subescalas do instrumento CHIEF (atitude e suporte, serviços e assistência, estrutura física, política, trabalho e escola);

e) Analisar o padrão de distribuição geoespacial das demandas funcionais e dos fatores ambientais;

f) Verificar associação entre demandas funcionais e fatores ambientais dos usuários atendidos na atenção básica.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

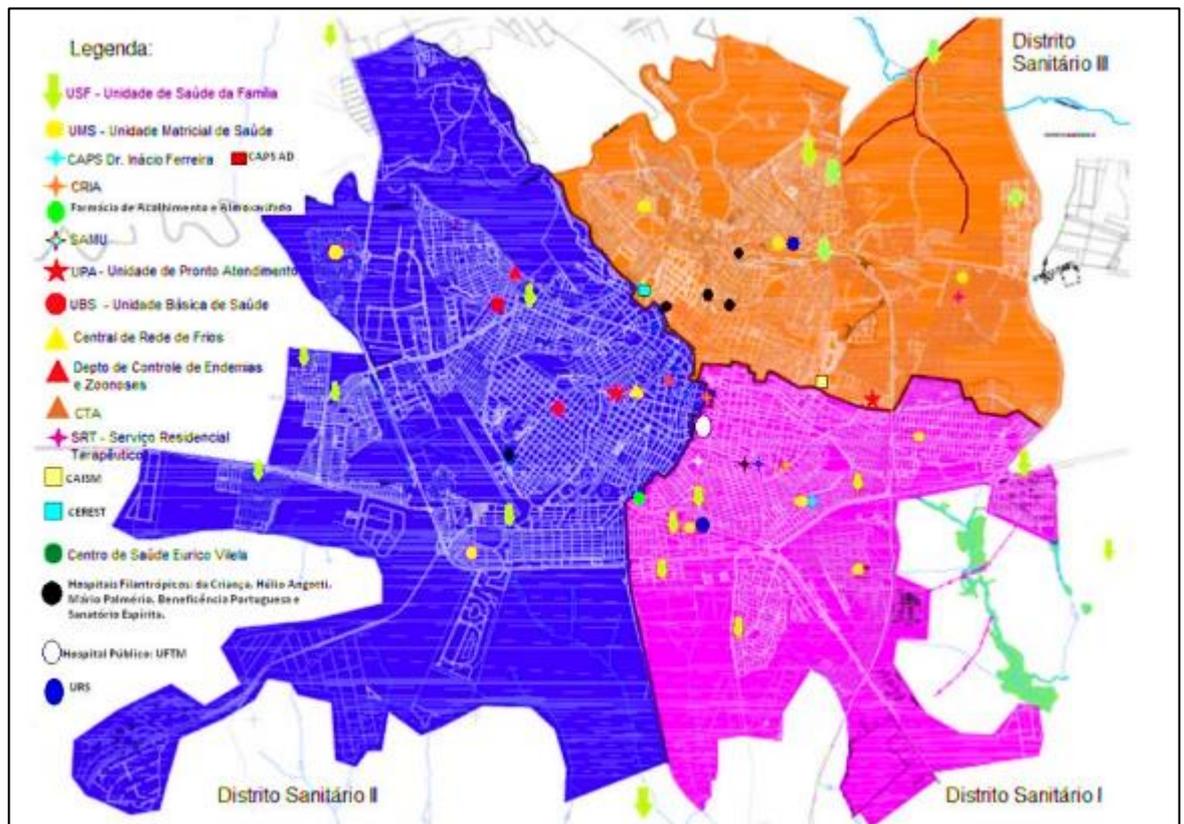
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório e com delineamento transversal, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Participação Social e Saúde (NETRAS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). A natureza quantitativa analisa variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e, neste estudo, permitiu empregar recursos e técnicas estatísticas para mensurar a existência de demandas diversas nos serviços de atenção primária que compõem a RAS (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013). O delineamento do tipo exploratório transversal possibilita que hipóteses sejam fundamentadas por meio de descobertas e explicações dos objetivos propostos em um único período, possibilitando descrever as características do estudo a partir de variáveis e possíveis associações (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Uberaba está localizado na região Sudeste, especificamente no Triângulo Mineiro, e possui, segundo dados estimados, uma população de 330 mil pessoas, sendo sua área total de 4.523,957 km² (IBGE, [201-]). Segundo a Prefeitura Municipal (2017), Uberaba é dividida em três distritos sanitários (I, II, III) e possui 28 Unidades de Saúde distribuídas entre os distritos, sendo nove Unidades Matriciais de Saúde, 51 Estratégia de Saúde da Família (ESF), 7 unidades de apoio e 6 Nasf-AB (figura 2).

Figura 2 – Distribuição da rede de atenção à saúde entre os Distritos Sanitários de Uberaba/MG.



Fonte: Uberaba, 2017.

O Nasf-AB em Uberaba ocupa uma parcela pequena de atuação, em que cada um deles atua em média junto a oito ESF e opera somente com uma equipe mínima composta por: médico clínico geral, médico ginecologista, médico pediatra, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social (UBERABA, 2017). Dessa maneira, pensando em fortalecer o Nasf-AB do município, optou-se em realizar esta pesquisa na Atenção Primária à Saúde, especificamente na UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira.

Esta, localizada no Distrito Sanitário I, em uma área central da cidade, próxima a outros dispositivos que compõem a RAS, como unidades de pronto atendimento e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e seus anexos. Esta UBS possui ações conjuntas entre a prefeitura municipal e a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da UFTM, sendo uma unidade com registro municipal de dados sociodemográficos.

Esta UBS é integrada por três Estratégias de Saúde da Família (ESF), a saber: Abadia II, Leblon e Parque São Geraldo. Conforme apresentado na figura 3, possui

grande dimensão em território, com espaços bem delimitados, podendo contribuir para o acesso aos serviços e cobertura das áreas, mas também pode ser um problema quando associada a dimensão do território à insuficiência de profissionais de saúde (BRAGATO et al., 2017).

Figura 3 - Mapa de abrangência da Estratégia de Saúde da Família – Unidade Básica de Saúde, Uberaba/MG.



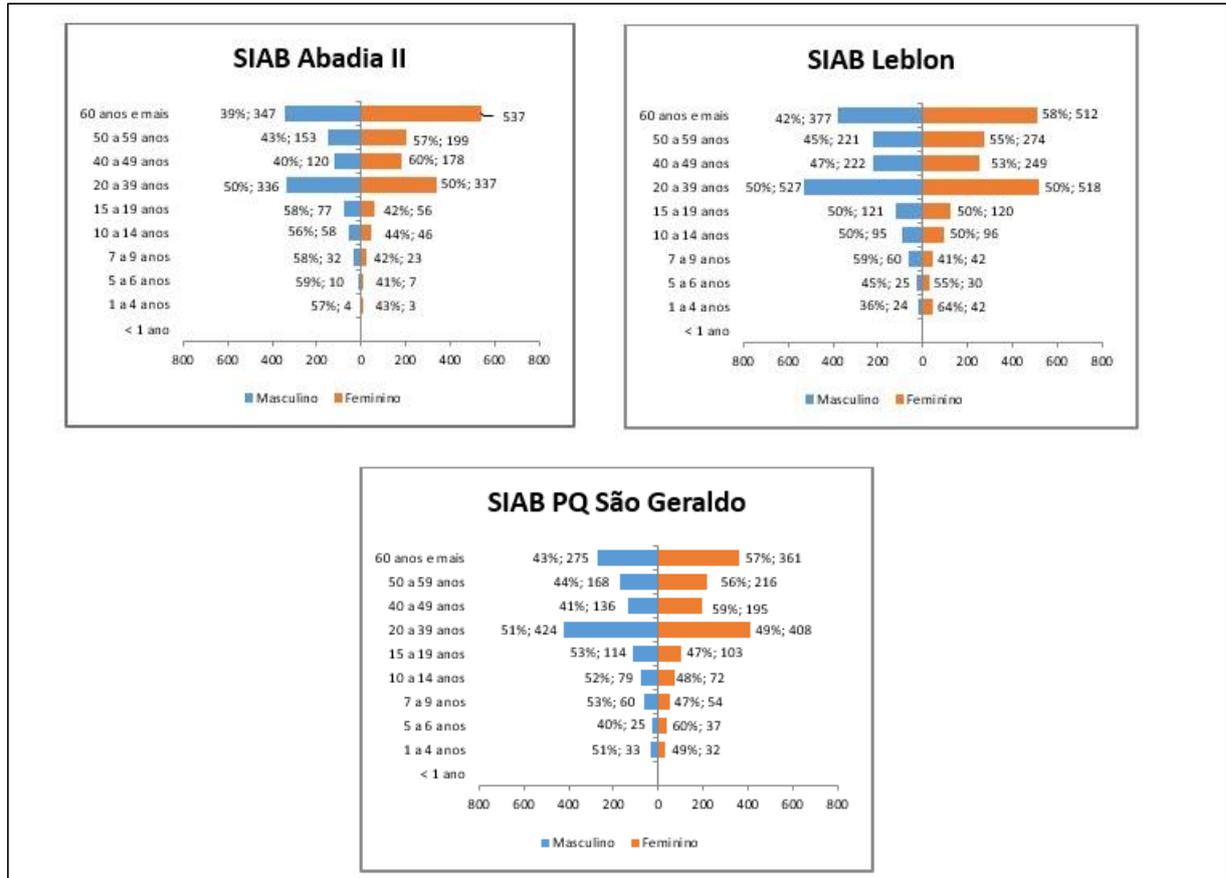
Fonte: My Maps, elaborado por BRAGATO et al., 2017 (no prelo).

Em dados ainda não publicados da GEP/UFTM, coletados por meio do Programa de Residência Integrada e Multiprofissional (RIMS/UFTM) referentes ao ano de 2016, foram disponibilizadas informações demográficas da população residente em toda área de abrangência da UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira, separados

pela faixa etária e pelo sexo (BRAGATO et al., 2017). Pela Figura 4, observa-se distribuição homogênea da população desta área quanto ao sexo e concentração da população na faixa etária de adultos e idosos. É importante ressaltar que para a elaboração dessa pesquisa os dados utilizados foram obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), já que o município não possui dados atualizados no e-SUS AB, mesmo diante da recomendação desse programa de gerenciamento de dados devendo já ser implantando e utilizado em todo território nacional desde 2016 (BRASIL, 2013).

Após analisadas as estratificações demográficas das equipes de saúde da família na cidade, coletadas pela GEP/UFTM foi possível perceber maior concentração de pessoas cadastradas na faixa etária adulta e idosa nessa UBS (BRAGATO et al., 2107).

Figura 4 - Dados demográficos SIAB relacionados às Estratégias de Saúde da Família referentes ao território de abrangência da Unidade Básica de Saúde, Uberaba/MG - 2016.



Fonte: SIAB/2016, elaborado por BRAGATO et al., 2017 (no prelo).

4.3 POPULAÇÃO

Para compor este estudo, foram selecionados, por conveniência, usuários assistidos nos serviços da atenção Primária da UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira na cidade de Uberaba/MG.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos nesta pesquisa os usuários que atenderam aos seguintes critérios:

- a) Idade igual ou superior a 18 anos;
- b) Sexo masculino ou feminino;
- c) Estar em acompanhamento na UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira no momento da coleta de dados.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os usuários que não apresentaram disponibilidade para participar do estudo, com dificuldades de compreender os instrumentos ou para responder as informações com fidedignidade.

4.4 AMOSTRA

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2=0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com 7 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I um alfa $\alpha=0,01$ e erro tipo II um $\beta=0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Esses valores foram introduzidos no aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 13, obtendo-se um tamanho de amostra mínimo de $n=228$. Considerando uma perda estimada de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista foi $n=285$. Desse modo, considerando que o coeficiente de determinação do modelo final foi de 0,41 e o poder estatístico alcançado na regressão com 9

preditores foi de 99%, o presente estudo obteve uma amostra final que totalizou 230 participantes.

4.5 COLETA DE DADOS

Esta pesquisa teve autorização do Centro de Atenção Integrado em Saúde (CAIS/UFTM), da Gerencia de Ensino e Pesquisa (GEP/UFTM) e da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (informação 006/2017) para sua realização. Foram convidados a participar da pesquisa todos os usuários que estiveram utilizando os serviços da UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira no momento do acolhimento e que preencherem os critérios de inclusão. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e julho de 2018, durante todos os dias da semana, nos turnos matutino e vespertino.

4.5.1 Procedimentos para coleta de dados

Após aprovação ética e institucionais, duas pesquisadoras realizaram um estudo piloto para treinamento no uso e aplicação dos instrumentos e posterior teste de confiabilidade entre as mesmas. Os participantes eram convidados a participar da pesquisa e posteriormente esclarecidos, aqueles que concordavam, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, as pesquisadoras conduziam a aplicação dos instrumentos com duração média de 30 minutos em uma sala reservada na própria UBS.

Os usuários convidados a participarem da pesquisa totalizaram um número de 262; entretanto, 32 não compuseram a amostra final, a qual totalizou 230 participantes. Os motivos da não participação foram: o usuário não ter disponível o tempo necessário para responder aos instrumentos da pesquisa; o usuário ter alguma condição de saúde que o impedia de responder aos instrumentos (sozinho ou acompanhado); ou por não estarem dispostos a participar da pesquisa.

4.5.2 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: o Protocolo para Levantamento de Problemas em Reabilitação (PLPR), desenvolvido por Souza et al., (2016b), usado para identificação de demandas funcionais e informações sociais em usuários de serviços públicos, desenvolvido e validado no Brasil por pesquisadores do Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Incapacidade e Trabalho da Universidade Federal de Minas Gerais (NEPIT/UFMG); e o Inventário de Fatores Ambientais do Hospital Craig (CHIEF) traduzido e validado para o Brasil por Furtado et al., (2014). Abaixo, segue a descrição detalhada de cada um desses instrumentos.

a) Protocolo para Levantamento de Problemas em Reabilitação – PLPR (ANEXO A):

O PLPR foi o instrumento utilizado para obter as informações sociodemográficas e funcionais. Todo o escopo deste protocolo foi desenvolvido como base no modelo teórico da CIF para informar sobre uma perspectiva mais funcional e abrangente da saúde e dos problemas relacionados à saúde apontados pelo usuário (SOUZA et al., 2016a). O PLPR pode ser aplicado por qualquer profissional da reabilitação (educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e/ou terapeuta ocupacional) no momento do acolhimento do usuário em todos os serviços da RAS. Seu uso permite sistematizar o acolhimento do usuário, identificar e construir banco de dados com informações funcionais, demonstrar a demanda do usuário e favorecer a comunicação da equipe que atua na rede (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016).

Estruturalmente, o PLPR é dividido em três partes: 1- identificação do usuário e informações referentes ao local de acolhimento e à unidade de saúde de referência do usuário; 2- resumo das informações sociais e de saúde, onde são coletados dados sociodemográficos, motivo da busca do serviço, tempo de surgimento dos sintomas, dados antropométricos, fatores de risco, autoavaliação da saúde física e emocional, uso de recursos assistivos, necessidade de ajuda para realizar as atividades de vida diária, uso de medicamentos ou outro tratamento e deficiência permanente; e 3- breve descrição funcional (BDF) composta por 25 questões distribuídas em 10 domínios, a saber: mobilidade, comunicação, eutrofia, autocuidado, dor e desconforto, atividade

interpessoal, energia e sono, afeto, tarefas e demandas gerais e trabalho remunerado (SOUZA et al., 2016b).

Segundo a OMS (2003), mobilidade engloba toda a movimentação realizada pelo indivíduo, desde mudanças e manutenção de posições, carregar, mover e ou manipular objetos, correr, andar e escalar usando o corpo ou algum meio de transporte; eutrofia aborda questões de nutrição, relacionada a funções de ingestão e manutenção de peso (sistema digestivo, metabólico e endócrino); dor e desconforto diz respeito a estrutura do corpo e é caracterizada como sensação desagradável, que pode indicar lesão potencial ou real; energia e sono se referem a funções mentais e mecanismos fisiológicos que estimulam o indivíduo a realizar ações para satisfazer suas necessidades ou mecanismos fisiológicos mentais que permitem a desconexão física para o descanso; afeto diz respeito a emoções, lidar com situações de estresse, demandas psicológicas, sentimentos e componentes afetivos mentais; tarefas e demandas gerais envolvem o planejamento, organização e execução de atividades da rotina diária, atividades domésticas e o auxílio e preocupação para com os membros da casa e outras pessoas; por fim, trabalho remunerado é o ato e a capacidade de desempenhar atividades laborais que lhe permitem uma renda (OMS, 2003).

Para aplicação do instrumento, o avaliador irá perguntar ao usuário todos os dados da primeira e segunda partes e preencher o protocolo conforme respostas relatadas. Em seguida, para mensurar a magnitude do problema funcional, na terceira parte do PLPR, utiliza-se uma escala visual analógica composta por 11 pontos variando de 0 a 10, em que 0 indica nenhuma dificuldade e 10, dificuldade completa. Posteriormente, essa escala é convertida para os qualificadores da CIF conforme apresentada no manual do instrumento, sendo 0 classificado como nenhuma deficiência ou dificuldade, 1 indica deficiência ou dificuldade leve, 2 é classificada como deficiência ou dificuldade moderada, 3 como deficiência ou dificuldade grave e 4 classificada a demanda funcional como deficiência ou dificuldade completa.

Os qualificadores permitem obter o escore final calculado a partir de uma fórmula simples e de pesos que são atribuídos a cada um dos 10 domínios (SOUZA et al., 2016a). Assim, cada domínio tem um escore que varia de zero a 10 e o escore total do PLPR varia de zero a 100. Quanto mais alto o escore, mais problemas funcionais o usuário possui. O escore total e o escore de cada um dos 10 domínios indicam quais serviços e profissionais são importantes de serem oferecidos ao

usuário, auxiliando o fluxo do seu cuidado na rede a partir de critérios funcionais (SOUZA et al., 2016b). Com base nessas informações, o profissional deve registrar a demanda principal apresentada pelo usuário, o local para início do cuidado, os profissionais envolvidos e um coordenador para os casos mais complexos que envolvem diferentes equipes e locais de tratamento (SOUZA et al., 2016b).

b) Inventário de Fatores Ambientais do Hospital Craig – CHIEF (ANEXO B):

A versão brasileira do CHIEF foi usada para mensurar os fatores e barreiras ambientais presentes no cotidiano dos usuários e foi criado de acordo com os pressupostos teóricas da CIF para quantificar a frequência e a extensão com que os fatores ambientais são percebidos pelo indivíduo (FURTADO et al., 2014). Este é um instrumento de avaliação composto por 25 itens que informam sobre cinco subescalas relacionadas a políticas, ambiente físico, trabalho e escola, atitude e suporte e serviço e assistência. O entrevistado é solicitado a informar a frequência com que as barreiras são encontradas no momento da vida diária e a magnitude destas barreiras (CRAIG HOSPITAL RESEARCH, 2001).

Esse instrumento apresenta escores individuais para as subescalas, em que é realizada a média das notas atribuídas a cada questão referente àquela subescala e, quanto maior a nota, mais fatores ambientais estão presentes no cotidiano desses usuários. A subescala atitude e suporte é calculada pela soma das questões 15, 17, 18, 20 e 21 dividida por 5; a subescala serviços e assistência é composta pela soma das questões 1, 7, 8, 9, 10, 12 e 14 dividida por 7; a subescala estrutura física engloba as questões 2, 3, 4, 5, 6 e 11, cuja soma é dividida por 6; as questões 22, 23, 24 e 25, são somadas e divididas por 4, compondo a subescala política; e a subescala trabalho e escola contempla a soma das questões 13, 16 e 19 divididas por 3 (FURTADO et al., 2014).

Além disso, é possível calcular três escores totais, a saber: escore de frequência, escore de magnitude e escore frequência-magnitude, que pontuam a frequência e a magnitude das barreiras ambientais. A frequência das barreiras pode ser avaliada como “nunca; menos que uma vez por mês; mensalmente; semanalmente e diariamente” e seu escore varia de 0 (zero) a 4 (quatro). O escore de magnitude varia de 0 (zero) a 2 (dois) pontos e indica a importância que esta barreira representa para o indivíduo. O escore de frequência-magnitude é o produto dos

escores da frequência e da magnitude e pode obter valores de 0 (zero) a 8 (oito) (FURTADO et al., 2014).

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Variável dependente:

A variável dependente principal é o escore total da demanda funcional avaliada pelo Protocolo de Levantamento de Problemas para Reabilitação - PLPR. A soma desse escore é feita com base na pontuação total do PLRR, somando-se a nota atribuída pelo usuário a cada um dos 10 domínios que compõem o instrumento. Dessa forma, a variável dependente mensurada pelo escore total do PLPR varia de zero a 100 e, quanto maior o valor, mais problemas funcionais são identificados no usuário.

- Variáveis independentes:

- a) Idade: avaliada em anos e dicotomizada em usuários adultos com idade entre 18 e 59 anos e usuários idosos com idade acima ou igual a 60 anos;
- b) Sexo: masculino e feminino;
- c) ESF: variável categorizada de acordo com a Estratégia de Saúde da Família a qual o usuário pertence (Abadia II; Leblon; Parque São Geraldo ou se era fora da área de abrangência da UBS);
- d) Escolaridade: inicialmente, o nível de escolaridade foi categorizado em: não alfabetizado; fundamental I incompleto; fundamental I completo; fundamental II incompleto; fundamental II completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto; e superior completo. Posteriormente, esta variável foi dicotomizada em: até oito anos de estudo ou acima de oito anos de estudo;
- e) Renda: avaliada em reais de forma quantitativa;
- f) Filhos: avaliada em número de filhos de forma quantitativa;
- g) Vínculo profissional: preliminarmente, o *status* de trabalho dos participantes foi categorizado em: formal, informal, desempregado, afastado ou aposentado. Posteriormente, esta variável foi dicotomizada como: ativo

(participantes com alguma participação em atividades laborais – formal e informal) ou inativo (participantes sem participação em atividades laborais - desempregado, afastado ou aposentado);

- h) Estado Civil: a princípio, a situação civil dos participantes foi categorizada em: solteiro, casado, união estável, divorciado, separado e viúvo. Em seguida, esta variável foi dicotomizada como: vive com companheiro (casado e em união estável) ou vive sem companheiro (solteiro, divorciado, separado e viúvo);
- i) Condição de saúde: variável categorizada de acordo com a condição de saúde diagnosticada pelo médico. Posteriormente, essa variável passou por duas etapas em que foi criado um índice do número de diagnósticos de cada participante e, em seguida, as condições de saúde foram classificadas de acordo com a CID-10 em grandes grupos (doenças do aparelho circulatório; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; outras);
- j) Tempo de início das queixas: avaliada em tempo de início dos sintomas em meses de forma quantitativa. Em seguida, a variável foi identificada entre não possui sintomas, agudo e crônico;
- k) Fatores de risco: esta variável categoriza se o usuário possui algum fator de risco. Para tanto, foi dicotomizada entre sim e não;
- l) Fumante: avalia se o participante faz uso de cigarros. Registrada na dicotomia não e sim;
- m) Número de cigarros por dia: avalia a quantidade de cigarros fumados por dia de forma quantitativa;
- n) Consumo de álcool: variável dicotômica entre não e sim para verificar se o usuário faz uso de bebida alcoólica;
- o) Número de doses de bebida alcoólica: quantidade de doses de bebida alcoólica consumidas por semana de forma quantitativa;
- p) Sedentarismo: variável dicotômica entre não e sim para verificar se o participante está sedentário ou pratica atividade física regularmente;
- q) Sobrepeso/obesidade: avalia se o participante possui sobrepeso ou obesidade. É dicotômica entre não e sim;
- r) Autoavaliação da saúde física: variável ordinal mensurada em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, na qual o participante responde à questão:

“Como você avalia sua saúde física no último mês?” As opções de resposta eram: muito boa, boa, moderada, ruim, muito ruim e, posteriormente, a variável foi dicotomizada entre percepção negativa (moderada, ruim e muito ruim) e percepção positiva (muito boa e boa);

- s) Autoavaliação da saúde emocional: variável ordinal mensurada em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, na qual o participante responde à questão: “Como você avalia sua saúde emocional no último mês?” As opções de resposta eram: muito boa, boa, moderada, ruim, muito ruim e, posteriormente, a variável foi dicotomizada entre percepção negativa (moderada, ruim e muito ruim) e percepção positiva (muito boa e boa);
- t) Domínios de funcionalidade do PLPR:
- a. Mobilidade: variável quantitativa que aborda a soma de cinco questões (funções de tolerância a exercícios; funções relacionadas a mobilidade das articulações; mudar a posição básica do corpo; andar; utilização de transporte) com escore variando de zero a dez;
 - b. Comunicação: variável quantitativa que aborda duas questões (fala e conversação) com escore variando de zero a dez;
 - c. Eutrofia: variável quantitativa obtida por meio da soma das questões (funções de ingestão e funções de manutenção do peso) com escore variando de zero a dez;
 - d. Autocuidado: é calculado por meio da soma das questões: lavar-se; cuidados relacionados ao processo de excreção; vestir-se e cuidar da própria saúde, com escore variando de zero a dez;
 - e. Dor e desconforto: variável quantitativa referente a dor e desconforto composta por uma única questão e escore variando de zero a dez;
 - f. Atividade interpessoal: esse domínio é calculado por meio da soma das questões sobre interações interpessoais básicas e recreação e lazer, com escore variando de zero a dez;
 - g. Energia e sono: variável quantitativa calculada por meio da soma das questões de funções de energia e impulsos e funções do sono e escore variando de zero a dez;
 - h. Afeto: variável calculada por meio da soma das questões: funções emocionais; lidar com estresse e outras demandas psicológicas; e relações íntimas, também com escore variando de zero a dez;

- i. Tarefas e demandas gerais: variável quantitativa calculada por meio da soma das questões: realizar a rotina diária; realização das tarefas domésticas; ajudar os outros, com escore variando de zero a dez;
 - j. Trabalho remunerado: variável quantitativa representada por uma única questão e escore variando de zero a dez.
- u) Escores totais do CHIEF:
- a. Escore de frequência: variável quantitativa, determinada pela frequência com que os participantes encontram problemas ambientais em seu cotidiano (diariamente, semanalmente, mensalmente, menos que mensal, nunca). A medida varia de 0 (zero) a 4 (quatro);
 - b. Escore de magnitude: variável quantitativa que determina a proporção desse problema no cotidiano do participante (problema pequeno ou problema grande). Varia de 0 (zero) a 2 (dois);
 - c. Escore frequência-magnitude: é o produto dos dois escores anteriores (escore de frequência e escore de magnitude) e pode obter valores de 0 (zero) a 8 (oito).
- v) Subescalas do CHIEF:
- a. Atitude e suporte: variável quantitativa mensurada pela soma das questões que abordam tais aspectos;
 - b. Serviços e assistência: variável quantitativa calculada pela soma das questões referentes a serviços e assistência;
 - c. Estrutura física: variável quantitativa calculada pela soma dos itens referentes a estrutura física;
 - d. Política: variável quantitativa resultante da soma das questões com teor político;
 - e. Trabalho e/ou escola: variável quantitativa calculada pela média das questões que se referem a tais aspectos.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi realizada a digitação dos dados em planilha eletrônica no programa *Excel for Windows*® com posterior dupla digitação pelas duas pesquisadoras que participaram da coleta. Após essa etapa, os dados foram validados para verificar erros de digitação, sendo conferidos nos instrumentos de aplicação e corrigidos. Por fim, para análise dos dados, se fez a importação do banco para o *software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS)*® versão 21.0.

Para responder aos objetivos “a”, “b”, “c” e “d” foram empregadas estatísticas descritivas, permitindo analisar cada variável separadamente com apresentação de medidas de tendência central (média), medidas de variabilidade (mínimo, máximo e desvio padrão) e percentuais (porcentagem de distribuição).

Para responder ao objetivo “e” os endereços da residência dos usuários foram georreferenciados (mesma codificação numérica usada no banco de dados) por meio do programa *Google Earth Pro*®, possibilitando a criação de um mapa de pontos. Em seguida, os dados foram exportados para o programa *ArcGis*®, versão 10.6, para a elaboração de mapas e, usando a ferramenta *Natural Neighbor (3D analyst)*, foi possível interpolar pontos de modo que valores semelhantes se identificaram entre si, gerando uma superfície de demandas funcionais da subescala de serviços e assistência e da subescala de estrutura física no território. Ao final, com intuito de cruzar a demanda funcional e fatores ambientais, foi elaborado um mapa-imagem com a síntese das informações (baixa, média e alta) com necessidade de atenção.

Para responder ao objetivo “f”, foi empregada Regressão Linear Múltipla com nove preditores, permitindo a construção de um modelo e descrição da relação entre as variáveis. Assim, esta análise identificou modificações ou variações que ocorreram na variável dependente (escore total do PLPR) de acordo com as mudanças nos níveis das variáveis independentes (dados sociodemográficos e fatores ambientais). Inicialmente, a força de associação entre a variável dependente (escore total do PLPR) e cada variável independente contínua foi testada pelo coeficiente de *Pearson*; enquanto a associação entre esta variável dependente e as variáveis independentes categóricas foi mensurada pelo teste *t de Student*. Em seguida, as variáveis independentes incluídas como possíveis preditores de demanda funcional foram utilizadas para o desenvolvimento do modelo de regressão linear múltipla, seguindo critérios de relevância conceitual e pertinência com base na literatura.

Para análise da qualidade dos dados aplicados à regressão linear múltipla foram empregados teste de colinearidade para as variáveis com significância estatística na análise bivariada e teste de normalidade dos resíduos. Como a variância dos resíduos do modelo não se apresentou constante para todos os valores, violando o princípio da homocedasticidade, o método de estimação robusto do erro padrão dos coeficientes foi aplicado para minimizar a heterogeneidade da variância dos resíduos (heterocedasticidade). Uma vez que os resíduos dos coeficientes não apresentavam distribuição normal utilizou-se o método de mínimos quadrados para estimar os coeficientes da análise de regressão.

Todas as análises descritivas e a Regressão Linear Múltipla foram realizadas no *software Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS®), versão 21.0, considerando um nível de significância de 5% com intervalo de confiança de 95% nos testes realizados.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as normas éticas estabelecidas pela resolução 466/2012, teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 80359917.9.0000.5154, que foi aprovado pelo parecer nº 2.483.401 (ANEXO C). Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), sendo orientados pelos pesquisadores quanto aos objetivos da pesquisa, esclarecidos que não seriam submetidos a riscos ou prejuízos e que poderiam desistir em participar do estudo a qualquer momento.

5. RESULTADOS

Os tópicos 5.1 e 5.2 têm o intuito de responder o objetivo “a”: caracterizar os usuários atendidos na atenção primária conforme aspectos sociodemográficos, ocupacionais, de hábitos de vida e relacionados à condição de saúde;

5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS

Participaram da pesquisa, 230 usuários da UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira, sendo a maioria (51,3%) pertencentes à ESF Leblon. A média de idade foi igual a 52 anos, sendo a mínima 18 e a máxima 89 (DP = 18,8 anos). Após categorização, a variável idade foi dicotomizada para verificar a fase da vida que o participante se encontrava e constatou que 59,1% eram adultos com idade entre 18 e 59 anos. A maioria (76,5%) é do sexo feminino e tem filhos (82,8%), variando de 1 a 13 (média igual a 2,59 filhos e DP = 1,72).

O estado civil com maior predominância entre os participantes foi casado (49,6%) e, mediante categorização desta variável, verificou-se que 54,3% vivem com um companheiro (casados ou em união estável). Em relação ao tempo de estudo, 61,7% dos participantes cursaram até oito anos de estudo e o nível de escolaridade com maior predominância foi Ensino Médio completo (21,7%).

A renda familiar média dos participantes da pesquisa foi de R\$2.086,39, variando de R\$700,00 a R\$7.632,00 (DP = 1.044,18), o que corresponde a 2,89 salários mínimos atuais (DP = 0,681). O tipo de vínculo profissional predominante entre os participantes foi o de aposentados (33%), seguido de 32,6% dos participantes que estavam inseridos em trabalho informal. De forma categorizada, o status relacionado ao emprego indicou 53,9% dos participantes com algum vínculo com o trabalho (atuação profissional formal e informal). A análise separada por etapa da vida, apontou um percentual de 72,8% de adultos trabalhando (34,6% formal e 38,2% informalmente); 15,4% desempregados e 11,8% aposentados ou afastados. Entre os idosos, a maioria estava aposentada (69,1%). Apenas 26,6% exerciam alguma atividade laboral e 4,3% estavam desempregados ou afastados.

A tabela 1 apresenta a categorização sociodemográfica e ocupacional dos usuários atendidos na UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Variáveis		N	%
ESF	ESF Abadia II	26	11,3
	ESF Parque São Geraldo	60	26,1
	ESF Leblon	118	51,3
	Usuários da rede	26	11,3
Sexo	Masculino	54	23,5
	Feminino	176	76,5
Faixa etária	18 a 59 anos (adulto)	136	59,1
	60 anos ou mais (idoso)	94	40,9
Escolaridade	Não alfabetizado	11	4,8
	Fundamental I incompleto	29	12,6
	Fundamental I completo	35	15,2
	Fundamental II incompleto	44	19,1
	Fundamental II completo	23	10,0
	Ensino médio incompleto	21	9,1
	Ensino médio completo	50	21,7
	Ensino superior incompleto	9	3,9
Estado civil	Solteiro	44	19,1
	Casado	114	49,6
	União estável	11	4,8
	Divorciado	23	10,0
	Separado	3	1,3
	Viúvo	35	15,2
Vínculo profissional	Formal	49	21,3
	Informal	75	32,6
	Desempregado	22	9,6
	Afastado	8	3,5
	Aposentado	76	33,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5.2 HÁBITOS DE VIDA E CONDIÇÃO DE SAÚDE

Quanto aos hábitos de vida, 75,2% dos participantes relataram possuir algum fator de risco. Desses, 16,5% são tabagistas, sendo que o número de cigarros consumidos por dia variou de 1 a 40, com média igual a 12,39 cigarros (DP = 9,37). Cerca de 20,9% consomem bebida alcoólica, variando de 1 a 12 doses por semana (média igual a 2,23; DP = 2,20). Quanto à prática de atividades físicas, 52,6% dos participantes eram sedentários. Em relação ao peso, 33,9% estavam com sobrepeso e/ou obesidade.

O número de condições de saúde diagnosticadas pelo médico variou de 1 a 6 por indivíduo, com média de 1,81 diagnósticos por pessoa (DP = 1,06), sendo que 52,6% eram diagnosticados com apenas 1 condição de saúde. O tempo de início das queixas relatado foi de 87,33 meses, com variação de tempo mínimo de nenhum mês

a 600 meses (DP = 124,12). Estes valores correspondem a um tempo de adoecimento equivalente a 7,25 anos (DP = 10,34), de maneira que, quando realizada a categorização da variável, foi possível verificar que 43 participantes (18,7%) não relataram queixas em sintomatologia e, entre os demais participantes, 66,8% possuíam sintomas considerados crônicos (há mais de 6 meses).

A percepção da saúde física foi avaliada como muito ruim por 3,9%, ruim por 12,6%, moderada por 42,2%, boa por 36,5% e muito boa por 4,8% dos participantes. Ao dicotomizar essa variável, pôde-se perceber que a maioria (58,7%) avaliou a saúde física como negativa (muito ruim, ruim e moderada). Já a saúde emocional foi avaliada por 7,0% dos participantes como muito ruim; 15,2% avaliaram como ruim; 30,0% como moderada; 39,1% como boa e por 8,7% como muito boa. Ao categorizar essa variável, a autoavaliação negativa (muito ruim, ruim e moderada) foi predominante (52,2% dos usuários).

Tabela 2 – Hábitos de vida e condições de saúde dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Variáveis		N	%
Possui algum fator de risco	Não	57	24,8
	Sim	173	75,2
Tabagista	Não	192	83,5
	Sim	38	16,5
Consome bebida alcóolica	Não	182	79,1
	Sim	48	20,9
Sedentário	Não	109	47,4
	Sim	121	52,6
Com sobrepeso/obesidade	Não	152	66,1
	Sim	78	33,9
Tempo de início das queixas	Não possui	43	18,7
	Agudo	35	15,20
	Crônicos	152	66,1
Autoavaliação da saúde física	Muito ruim	9	3,9
	Ruim	29	12,6
	Moderada	97	42,2
	Boa	84	36,5
	Muito boa	11	4,8
Autoavaliação da saúde emocional	Muito ruim	16	7,0
	Ruim	35	15,2
	Moderada	69	30,0
	Boa	90	39,1
	Muito boa	20	8,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

As condição de saúde diagnosticadas foram codificadas em quatro grandes grupos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10),

a saber: 1) Doenças do aparelho circulatório, sendo que 99 participantes (28,6%) possuíam algum diagnóstico desse grupo; 2) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, sendo relatada por 93 entrevistados (26,9%); 3) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, diagnosticadas em 78 participantes (22,5%); e 4) Outras condições de saúde diagnosticadas, sendo 76 entrevistados (22,0%) classificados neste grupo que incluía doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias (tumores), doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, transtornos imunitários, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema nervoso, doenças do olho e anexos, doenças do ouvido e da apófise mastoide, doenças do sistema respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário, sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados, lesões por envenenamento e consequências de causas externas (tabela 3).

Tabela 3 – Agrupamento de condições de saúde usando a codificação da CID-10. Uberaba, MG, Brasil, 2018.

	Grupos/capítulos CIF	Codificação CID-10	N	%
Grupo 1	Doenças do aparelho circulatório	I10, I52, I64, I72	99	28,6
Grupo 2	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M06, M10, M19, M23, M54, M65, M79, M81	93	26,9
Grupo 3	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E03, E05, E11, E16, E56, E78	78	22,5
Grupo 4	Outras	B57, C50, C55, C61, D64, F20, F31, F33, F51, G40, G43, G56, H52, H83, J11, J18, J30, J32, J42, J44, J45, K29, N20, N76, N95, R10, R52, T78	76	22,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5.3 DEMANDA FUNCIONAL

Os resultados a seguir são reportados para que os objetivos “b” analisar as demandas funcionais dos usuários assistidos na atenção básica; e “c” identificar os serviços e profissionais necessários para responder às demandas funcionais identificadas nos usuários da atenção básica, sejam respondidos.

O escore total médio obtido por meio da Breve Descrição Funcional (BDF), parte 3 do PLPR, foi de 20,01 pontos, com pontuação variando de zero a 66 pontos (DP = 12,5). Além desse escore total, é possível traçar um levantamento de demanda funcional dos participantes da pesquisa por meio da pontuação obtida em cada um dos escores dos 10 domínios do instrumento. Nesta análise, dor e desconforto foi o domínio com o maior escore e alto percentual de participantes com dificuldade ou deficiência grave/completa nessa área. Em seguida, os domínios energia e sono e mobilidade foram as áreas com escore mais alto, indicando alta demanda funcional. Por fim, eutrofia e afeto seguiram como terceiros domínios com os escores mais altos entre as áreas avaliadas pelo PLPR. Abaixo, são descritas detalhadamente as informações sobre os escores de cada domínio do PLPR e os graus de dificuldade/deficiência apresentados pelos participantes em cada item do instrumento. Estas informações também podem ser encontradas nas tabelas 4 e 5.

No domínio mobilidade, os participantes apresentaram média de 3,07 pontos, com variação entre 0 e 9 pontos (DP = 2,51). Avaliando cada um dos itens desse domínio separadamente, 43,0% apresentaram grave ou completa dificuldade/deficiência em mudar a posição básica do corpo; 36,1% dos participantes apresentaram grave ou completa dificuldade/deficiência em funções de tolerância a exercícios, e funções relacionadas a mobilidade das articulações; 27,8% dos participantes no quesito andar e 13,9% ao utilizar transporte apresentaram deficiência ou dificuldades graves ou completas.

No domínio de eutrofia, a pontuação dos participantes foi de 2,02, variando de 0 a 8 (DP = 2,16). Nesse domínio, as atividades nas quais os participantes apresentaram grave ou completa dificuldade referem-se à manutenção do peso (31,7%). Já no item funções de ingestão, somente 7,8% dos participantes referiram deficiência ou dificuldade grave ou completa.

O domínio dor e desconforto teve a maior pontuação entre os participantes, com média de 5,29 pontos (mínimo = 0; máximo = 10; DP = 3,55). Esse foi o domínio

do PLPR em que mais da metade dos participantes (54,3%) relatou dificuldade ou deficiência grave ou completa.

A média obtida pelos participantes no domínio energia e sono foi de 3,17 pontos, com variação de 0 a 10 (DP = 2,91). Nesse domínio, em ambos os constructos funções da energia/impulso e em funções do sono 28,3% e 37,0% dos participantes apresentam deficiência ou dificuldade grave ou completa, respectivamente.

Os participantes relataram média de 2,66 pontos no domínio afeto, com amplitude de 0 a 10 (DP = 2,53). Deficiência ou dificuldade grave ou completa foi relatada nos itens funções emocionais por 33,9% participantes, lidar com estresse por 26,5% e manter relações íntimas por 22,6% usuários.

No domínio de tarefas e demandas gerais, a média de pontuação dos participantes foi de 1,24 pontos, variando de 0 a 8 pontos (DP = 1,85). O grau de deficiência ou dificuldade foi relatado como grave ou completo por 19,2% dos participantes em realizar as tarefas domésticas, 15,2% dos participantes em realizar a rotina diária e 2,2% tinham limitações para ajudar os outros.

O domínio trabalho remunerado foi analisado em um total de 94 participantes, conforme mencionado anteriormente, 46,1% da amostra estava inativa profissionalmente. Desses participantes, 13,82% apresentaram grave ou completa dificuldade/deficiência. A pontuação média nesse domínio foi de 1,46 pontos, sendo 0 a pontuação mínima e 10 a pontuação máxima (DP = 2,96).

Os domínios comunicação, autocuidado e atividade interpessoal apresentaram os menores escores, o que indica que estas são as áreas nas quais os participantes têm menos demanda funcional. As médias foram 0,50 (DP = 1,42), 0,63 (DP = 1,18) e 0,84 (DP = 1,72), respectivamente; e menos de 10% dos participantes foi avaliado com dificuldade/deficiência grave ou completa nos itens destes domínios, com exceção para o item relacionado a 'cuidar da própria saúde' do domínio autocuidado. Esse item apresentou 16,5% dos participantes avaliados com os maiores qualificadores da CIF, sendo classificados, portanto, com dificuldade/deficiência grave ou completa.

Tabela 4 – Tabela descritiva com uso de medidas de variabilidade para apresentação dos escores de cada domínio e escore total da Breve Descrição Funcional (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Domínios da BDF do PLPR	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Mobilidade	0,00	9,00	3,07	2,51
Comunicação	0,00	7,50	0,50	1,42
Eutrofia	0,00	8,75	2,02	2,16
Autocuidado	0,00	7,50	0,63	1,18
Dor e desconforto	0,00	10,00	5,29	3,55
Atividade Interpessoal	0,00	10,00	0,84	1,72
Energia e sono	0,00	10,00	3,17	2,91
Afeto	0,00	10,00	2,66	2,53
Tarefas e demandas gerais	0,00	8,33	1,24	1,85
Trabalho remunerado	0,00	10,00	1,46	2,96
Escore Total BDF	0,00	66,66	20,01	12,51

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 5 – Graus de deficiência ou dificuldade relatados pelos usuários nos itens da Breve Descrição Funcional (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018. (Continua)

Breve Descrição Funcional		Nenhuma, leve ou moderada		Grave ou completa	
		N	%	N	%
Mobilidade	b455 Funções de tolerância a exercícios	147	63,9	83	36,1
	b710 Funções rel. à mobilidade das articulações	147	63,9	83	36,1
	b410 Mudar a posição básica do corpo	131	57,0	99	43,0
	d450 Andar	166	72,2	64	27,8
	d470 Utilização de transporte	198	86,1	32	13,9
Comunicação	d330 Fala	222	96,5	8	3,5
	d350 Conversação	220	95,7	10	4,3
Eutrofia	b510 Funções de ingestão	212	92,2	18	7,8
	b530 Funções de manutenção do peso	157	68,3	73	31,7
Autocuidado	d510 Lavar-se	224	97,4	6	2,6
	d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção	226	98,3	4	1,7
	d540 Vestir-se	218	94,8	12	5,2
	d570 Cuidar da própria saúde	192	83,5	38	16,5
Dor e desconforto	b280 Sensação de dor	105	45,7	125	54,3
Atividade Interpessoal	d710 Interações interpessoais básicas	217	94,3	13	5,7
	d920 Recreação e lazer	210	91,3	20	8,7
Energia e sono	b130 Funções da energia e impulsos	165	71,7	65	28,3
	b134 Funções do sono	145	63,0	85	37,0
Afeto	b152 Funções emocionais	152	66,1	78	33,9
	d240 Lidar com estresse e outras demandas psicológicas	169	73,5	61	26,5
	d770 Relações íntimas	178	77,4	52	22,6

Breve Descrição Funcional		(Continuação)			
		Nenhuma, leve ou moderada		Grave ou completa	
		N	%	N	%
Tarefas e demandas gerais	d230 Realizar a rotina diária	195	84,8	35	15,2
	d640 Realização das tarefas domésticas	186	80,8	44	19,2
	d660 Ajudar os outros	225	97,8	5	2,2
Trabalho Remunerado	d850 Trabalho remunerado	81	86,2	13	13,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os resultados do PLPR permitem recomendar o local de início dos cuidados da equipe de reabilitação, bem como os principais profissionais que devem estar envolvidos no cuidado dos casos. Diante das informações obtidas por meio desse instrumento, principalmente pela classificação do grau de dificuldade/deficiência, a presença de deficiência ou dificuldade leve/ moderada (qualificadores 1 e 2) foi constatada na maioria dos usuários avaliados. Assim, adotando-se o critério de indicação de tratamento de reabilitação para os usuários que apresentavam qualificadores 2, 3 ou 4 e considerando o alto percentual de qualificadores mais baixos, recomenda-se o acompanhamento desses usuários na atenção primária à saúde. Entre os domínios que receberam maior número de qualificadores 3 e 4, estão mobilidade, eutrofia, dor e desconforto, energia e sono, afeto, tarefas e demandas gerais e trabalho remunerado. Este resultado indica como necessária a distribuição destes usuários para avaliação e acompanhamento após o acolhimento para os seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e/ou nutricionista e terapeuta ocupacional.

5.4 FATORES AMBIENTAIS

Para alcançar o objetivo “d” descrever os fatores ambientais presentes no cotidiano dos usuários, a aplicação do instrumento CHIEF permitiu verificar os fatores ambientais que estão presentes e o quanto eles interferem no cotidiano dos indivíduos. De forma geral, as barreiras ambientais identificadas têm maior frequência do que magnitude no cotidiano dos participantes. Isto pode ser observado pelo escore de frequência em que os participantes obtiveram média de 0,51, variando de 0 a 2

pontos (DP = 0,4). Já a média do escore de magnitude foi de 0,33 pontos, com amplitude variando entre 0 e 1 ponto (DP = 0,2). Por fim, a análise conjunta desses dois escores apontou para uma média de 0,26 pontos no escore frequência-magnitude (mínimo = 0; máximo = 2; DP = 0,37).

Ao analisarmos cada uma das subescalas separadamente, é possível identificar em qual área dos fatores ambientais existe maior frequência de barreiras. Nos participantes avaliados, serviços e assistência, estrutura física e políticas foram as áreas mais frequentemente impactadas por barreiras ambientais. A subescala serviços e assistência obteve média de frequência das barreiras de 0,66 pontos, com variação entre 0 e 3 (DP = 0,61). Quanto à estrutura física, a média de frequência das barreiras foi de 0,61 pontos, com pontuação mínima de 0 e máxima de 2,67 (DP = 0,65). A frequência de barreiras na subescala de política variou de 0 a 4 pontos, com média de 0,67 (DP = 0,74). As subescalas atitude e suporte e trabalho e escola foram as que apresentaram menor escore, indicando a presença de menos barreiras ambientais nestas áreas. Respectivamente, as médias foram 0,32 pontos (DP = 0,51) e 0,10 pontos (DP = 0,37).

Tabela 6 – Tabela descritiva com uso de medidas de variabilidade para apresentação de fatores ambientais - CHIEF (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Variável	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Escore de frequência	0,00	2,12	0,51	0,40
Escore de magnitude	0,00	1,04	0,33	0,23
Escore frequência-magnitude	0,00	2,20	0,26	0,37
Subescala atitude e suporte	0,00	2,40	0,32	0,51
Subescala serviços e assistência	0,00	3,43	0,66	0,61
Subescala estrutura física	0,00	2,67	0,61	0,65
Subescala política	0,00	4,00	0,67	0,74
Subescala trabalho e escola	0,00	3,67	0,10	0,37

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

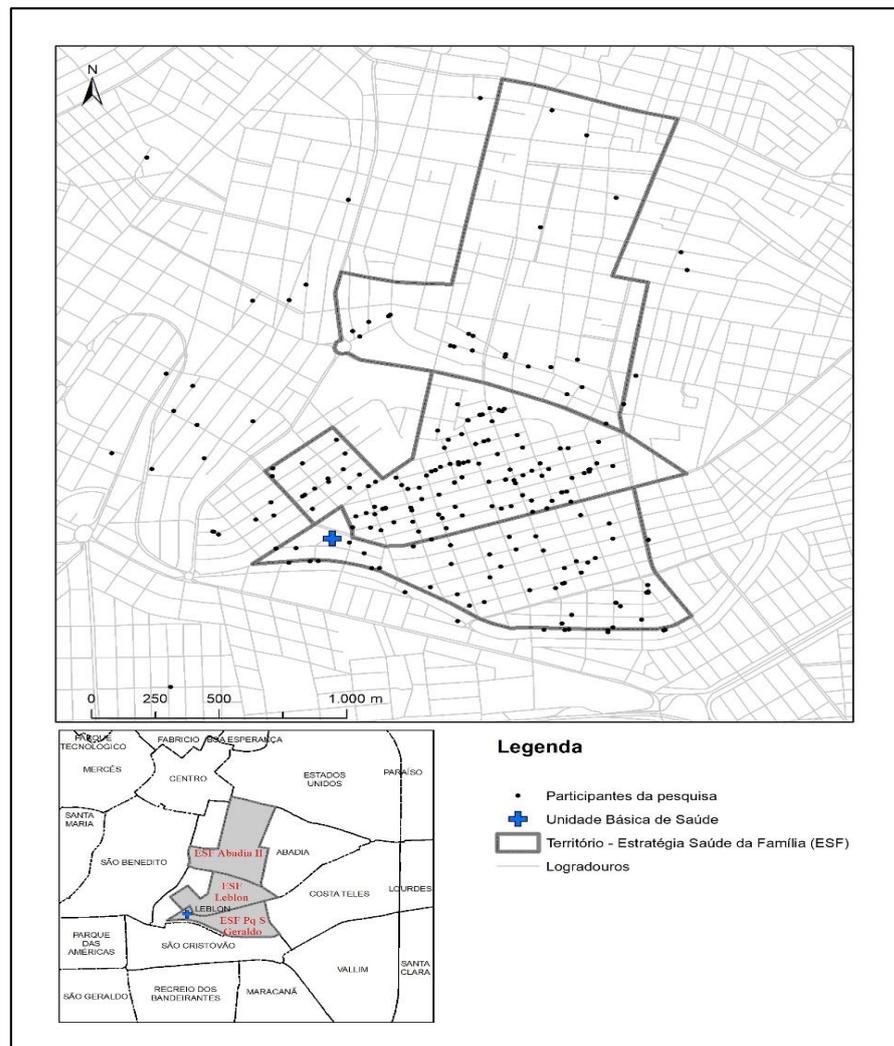
5.5 ANÁLISE GEOESPACIAL

Em resposta ao objetivo “e” analisar o padrão de distribuição geoespacial das demandas funcionais e dos fatores ambientais, fez-se uso de um conjunto de características ponderadas que permitiram a identificação da variável dependente,

demanda funcional, bem como de fatores ambientais específicos (subescala estrutura física e subescala assistência e serviços). Estas duas subescalas foram escolhidas por serem os constructos da CHIEF que têm correspondência georreferenciada.

A figura 5 apresenta a distribuição geoespacial dos participantes da pesquisa no território da UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira. A unidade pode ser visualizada pelo símbolo na cor azul e cada ponto (cor preta) marcado ao longo das três ESF indica a residência de um participante da pesquisa. Nota-se maior concentração de usuários participantes na ESF Leblon, seguido da ESF Parque São Geraldo.

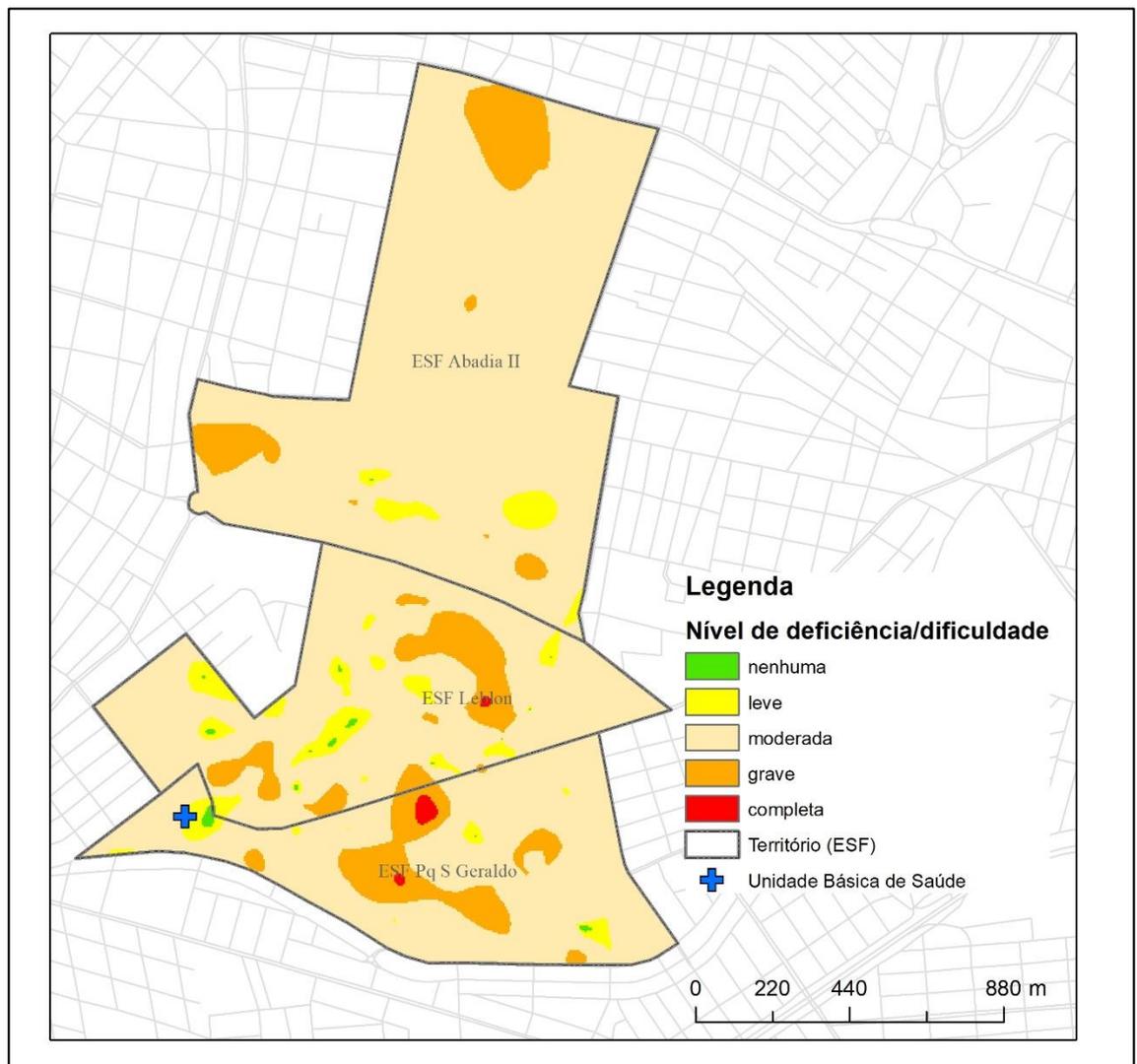
Figura 5 – Distribuição geoespacial dos participantes da pesquisa no território da Unidade Básica de Saúde(n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018 / Programa – ArcGis, elaborado pela pesquisadora com colaboração do Geógrafo Prof. Ricardo Vicente Ferreira – membro da equipe de pesquisa.

A demanda funcional, obtida por meio do escore total do PLPR, pode ser visualizada na figura 6, em que é possível notar predominância de demandas funcionais com deficiência ou dificuldade moderada entre os participantes. A dificuldade ou deficiência grave foi referida principalmente por participantes das ESF Parque São Geraldo e Leblon.

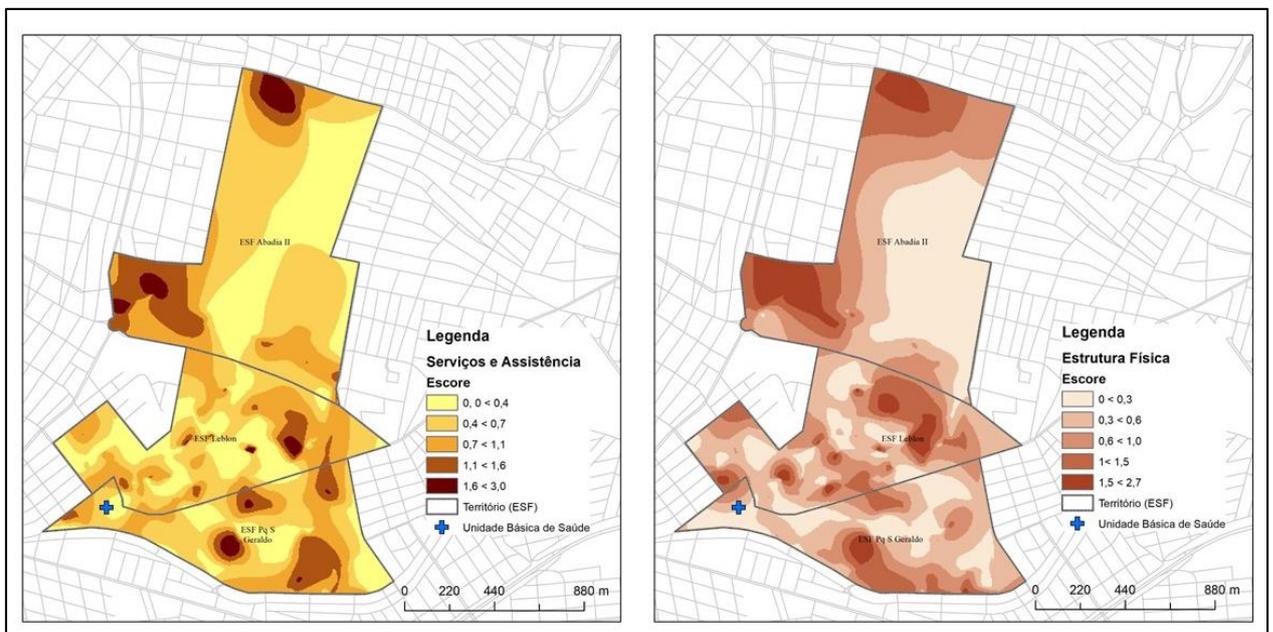
Figura 6 – Mapa de distribuição geoespacial da demanda funcional de acordo com níveis de dificuldade/deficiência no território da Unidade Básica de Saúde (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018 / Programa – ArcGis, elaborado pela pesquisadora com colaboração do Geógrafo Prof. Ricardo Vicente Ferreira – membro da equipe de pesquisa.

Ao analisarmos aspectos referentes aos fatores ambientais presentes no território, nota-se maior presença de barreiras ambientais na subescala de assistência e serviços pelos participantes da ESF Parque são Geraldo na borda oeste e nas áreas de extremidade do território ao norte da ESF Abadia II. Já o mapa referente à subescala de estrutura física aponta barreiras nas áreas mais afastadas da Unidade Básica de Saúde, principalmente ao norte da ESF Abadia II e borda oeste da ESF Leblon (Figura 7).

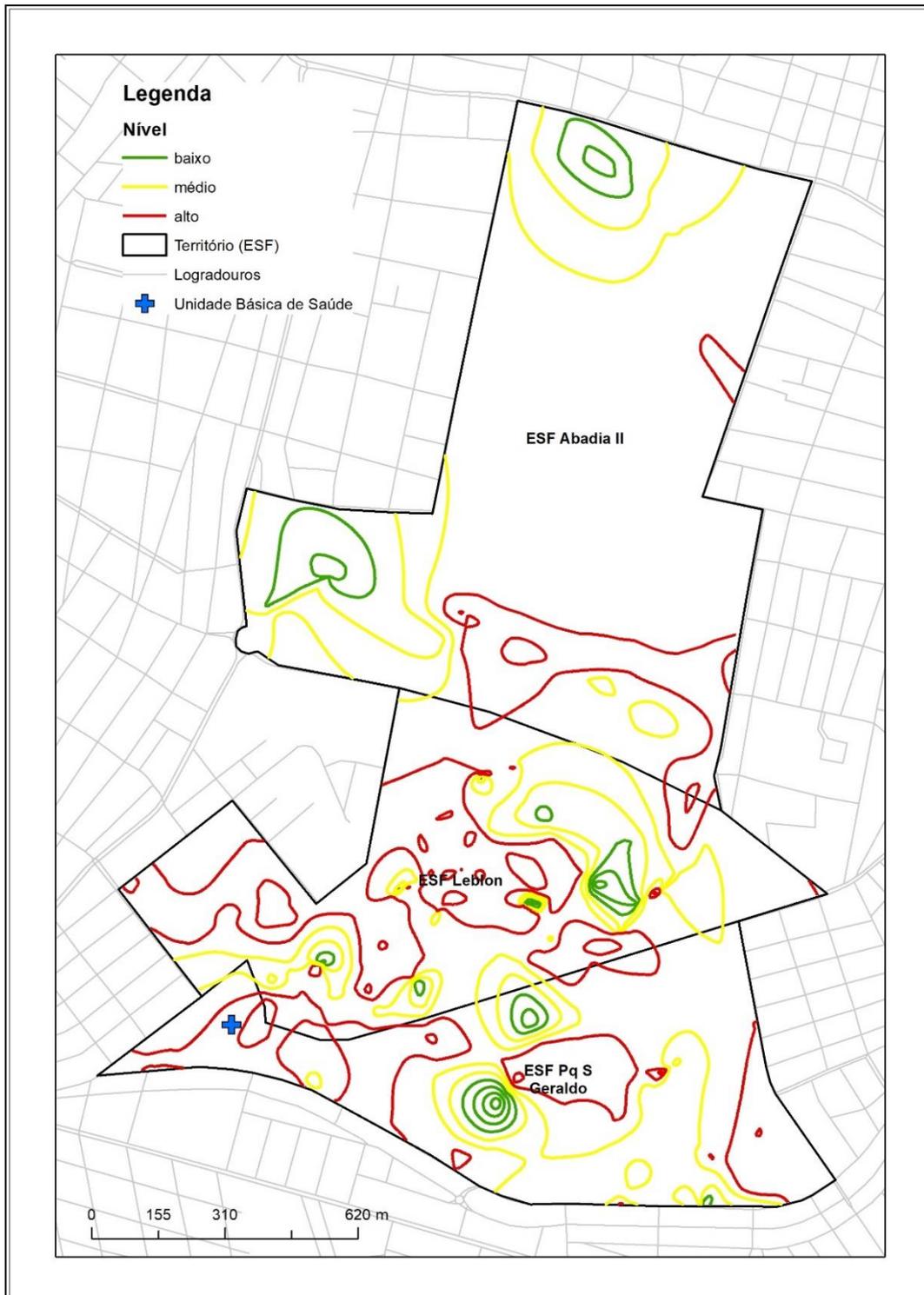
Figura 7 – Mapas de distribuição geoespacial das subescalas Assistência e Serviços e Estrutura Física no território da Unidade Básica de Saúde (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018 / Programa – ArcGis, elaborado pela pesquisadora com colaboração do Geógrafo Prof. Ricardo Vicente Ferreira – membro da equipe de pesquisa.

Ao correlacionarmos as informações acima, os participantes que apresentaram níveis mais elevados e moderados, tanto em demandas funcionais quanto nos fatores ambientais, estão concentrados principalmente nas ESFs Leblon e Parque São Geraldo (Figura 8).

Figura 8 – Mapa síntese da demanda funcional e fatores ambientais no território da Unidade Básica de Saúde (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018 / Programa – ArcGis, elaborado pela pesquisadora com colaboração do Geógrafo Prof. Ricardo Vicente Ferreira – membro da equipe de pesquisa.

5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE DEMANDA FUNCIONAL E FATORES AMBIENTAIS

Para responder o objetivo “f”, de verificar associação entre demandas funcionais e fatores ambientais dos usuários atendidos na atenção básica, foi usada a análise de Regressão Linear Múltipla. Na análise de associação bivariada, as variáveis autoavaliação de saúde física e autoavaliação de saúde emocional apresentaram associações estatisticamente significativas com a variável “demanda funcional”. Já em relação aos fatores ambientais, frequência e magnitude das barreiras, e as barreiras presentes nas subescalas atitude e suporte, serviços e assistência, estrutura física, política e trabalho e escola estiveram associadas significativamente com a demanda funcional dos participantes. As informações da análise bivariada podem ser encontradas detalhadamente nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7 – Análise bivariada da demanda funcional em comparação com as variáveis independentes (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018. (Continua)

Variável	Escore total da demanda Funcional PLPR		Valor p
	Média	Desvio-padrão	
Sexo			
Masculino	18,02	11,60	0,352
Feminino	20,62	12,75	
Escolaridade			
Até 8 anos de estudo	21,23	12,86	0,615
> 8 anos de estudo	18,04	11,73	
Estado civil			
Vive c/ companheiro	19,35	11,79	0,178
Vive s/ companheiro	20,79	13,33	
Vínculo Profissional			
Ativo	19,27	12,64	0,812
Inativo	20,87	12,36	
Autoavaliação de saúde física			
Negativa	24,60	12,54	0,003 ^a
Positiva	13,48	9,17	
Autoavaliação de saúde emocional			
Negativa	25,32	12,54	0,010 ^a
Positiva	14,21	9,61	
Possui fator de risco			
Não	16,83	12,55	0,903
Sim	21,06	12,36	
Tabagista			
Não	19,96	12,45	0,817
Sim	20,26	12,99	
Consome bebida alcoólica			
Não	20,34	12,80	0,271
Sim	18,77	11,40	
Sedentário			
Não	18,20	12,89	0,356
Sim	21,63	11,99	

Variável	Escore total da demanda Funcional PLPR		Valor p
	Média	Desvio-Padrão	
	Sobrepeso/obesidade		
Não	18,45	12,74	0,486
Sim	23,04	11,54	
Tempo de início dos sintomas			
Não possui sintomas	13,55	10,23	0,656
Agudo	22,36	13,28	
Crônico	21,29	12,40	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

^a Associação significativa usando o teste t de *Student*, para $\alpha=0,05$.

Tabela 8 – Correlação da demanda funcional com as variáveis independentes quantitativas. (n=230) Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Variáveis Independentes	Escore Total da Demanda Funcional (PLPR)	
	R	Valor p
Idade (anos de vida)	0,031	0,638
Quantos filhos você tem?	0,097	0,145
Renda familiar média	-0,30	0,648
Número de condições de saúde	0,104	0,116
Número de cigarros por dia	0,011	0,870
Número de doses de álcool por semana	0,051	0,444
Escore frequência CHIEF	0,501	0,000 ^a
Escore magnitude CHIEF	0,497	0,000 ^a
Escore frequência x magnitude CHIEF	0,482	0,000 ^a
Subescala atitude e suporte	0,256	0,000 ^a
Subescala serviços e assistência	0,419	0,000 ^a
Subescala estrutura física	0,442	0,000 ^a
Subescala política	0,237	0,000 ^a
Subescala trabalho e escola	0,191	0,004 ^a

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

^a Associação significativa usando o Coeficiente de Correlação de Pearson, para $\alpha=0,05$.

O teste de colinearidade mostrou alta proporção de variância entre as duas medidas de autopercepção de saúde (física e emocional) e entre os escores do CHIEF (frequência e magnitude) e os escores das subescalas. Assim, para realização do modelo de regressão linear multivariada, em todo o conjunto de variáveis independentes, as variáveis sexo, idade, quantidade de condições de saúde, autoavaliação de saúde física, subescala atitude e suporte, subescala serviços e assistência, subescala estrutura física, subescala política, subescala trabalho e escola foram incorporadas e as demais variáveis foram excluídas. A análise de regressão foi controlada por sexo e idade; assim, estas variáveis foram mantidas no modelo final.

A Tabela 9 mostra os resultados da regressão linear múltipla. No modelo final, as variáveis “sexo” ($p=0,316$), “idade” ($p=0,059$), “subescala atitude e suporte” ($p=0,965$), “subescala política” ($p=0,113$) e “subescala trabalho e escola” ($p=0,081$) não apresentaram associação com a variável dependente. Este modelo apresentou um R^2 igual a 0,432 ($p = 0,000$), ou seja, 43,2% da variabilidade na demanda funcional dos entrevistados pode ser explicada pelas variáveis avaliadas em conjunto. De acordo com os resultados do modelo de regressão, pior percepção de saúde e maior número de condições de saúde diagnosticadas são preditores que aumentam a demanda funcional dos usuários. Em acréscimo, quanto maior a frequência das barreiras ambientais, em especial as barreiras relacionadas com falta de estrutura física e pior oferta de serviços e assistência, maior o incremento no processo de limitação funcional dos participantes.

Tabela 9 – Modelo de Regressão Linear Múltipla (n=230). Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Variáveis	β padronizado	Valor p	Intervalo de confiança 95%	
			Inferior	Superior
(Constante)		0,000	6,828	15,660
Sexo	0,053	0,316	- 1,504	4,536
Faixa etária	- 0,107	0,059	- 5,551	0,104
Condição de saúde (n°)	0,259	0,000	1,658	4,372
Autoavaliação da saúde física	- 0,292	0,000	- 10,107	- 4,697
Subescala atitude e suporte	0,003	0,965	- 2,697	2,820
Subescala serviços e assistência	0,133	0,039	0,145	5,302
Subescala estrutura física	0,265	0,000	2,746	7,430
Subescala política	0,087	0,113	- 0,353	3,292
Subescala trabalho e educação	0,095	0,081	- 0,389	6,685

Fonte: Dados da pesquisa, 2018. $R^2 = 0,432$.

6. DISCUSSÃO

Esta pesquisa revelou características sociodemográficas, demandas funcionais e barreiras ambientais da população atendida na atenção primária no município de Uberaba, Minas Gerais. Segundo os resultados, os participantes, em sua maioria, residiam na área de referência da ESF Leblon. Durante o período de coleta de dados, esta foi a única Estratégia que possuía equipe completa, incluindo o profissional médico. A ausência de clínico geral em determinado período de tempo nas ESFs Parque São Geraldo e Abadia II resultou em uma diminuição na busca de cuidado pelos usuários. Este fato pode explicar o maior percentual de participantes da ESF Leblon, mas também indica uma representação dos serviços relacionados à saúde ainda fortemente atrelados à figura do médico e centrada em uma prática voltada para um modelo em que a doença direciona a busca pelos serviços de saúde. Além disso, a ESF Abadia II, conforme visualizada na análise geoespacial, apresenta uma grande área da região sem a demarcação de participantes. Essa fração do território abrange uma área com alta concentração de comércio, hospitais, clínicas e escolas, além de ser uma região central no município com um perfil socioeconômico mais alto. Isto, aliado a uma distância geográfica maior em relação à UBS, pode limitar a busca dos usuários aos serviços, o que ressalta a necessidade de pontos de apoio à saúde e de transporte público que facilite o acesso à atenção primária (GRAHAM, 2018).

O perfil sociodemográfico e ocupacional encontrado evidencia uma população majoritariamente adulta, com idade variando de 18 a 59 anos, em sua maioria mulheres. A procura dos serviços de saúde mais elevada por usuários do sexo feminino foi identificada também no estudo de Levorato et al., (2014), que associaram a menor adesão do sexo masculino a aspectos culturais. Neste estudo, horário de funcionamento das unidades de saúde e horário de trabalho do usuário foram fatores associados à não procura por serviços de saúde entre usuários do sexo masculino (LEVORATO et al., 2014). O predominante uso pela população feminina é atribuído a fatores como reprodutividade, pior percepção de saúde e maior incidência de doenças crônicas não-fatais (STOPA et al., 2017). Esses mesmos percentuais de busca por serviços da atenção primária foram encontrados no estudo de Dutra et al., (2018) que avaliaram qualidade de vida de trabalhadores atendidos também na rede pública municipal de saúde de Uberaba-MG. Assim, o padrão de procura e de uso dos serviços de saúde entre a população brasileira é determinado por fatores diferentes

entre homens e mulheres e deve ser levado em consideração para o desenvolvimento de ações específicas e direcionadas de acordo com as características dos usuários, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009).

Quanto ao estado civil, filhos e escolaridade, verificou-se que a maioria dos participantes vive com companheiro, possui filhos e tem até 8 anos de estudo. Tais dados são similares ao estudo de Souza, et al., (2016a), que avaliou as características sociodemográficas e demanda funcional por meio do PLPR em usuários de serviços de reabilitação na atenção primária e especializada. Dados da mesma natureza referentes a mulheres que vivem com companheiro foram identificados na pesquisa de Rêgo et al., (2017) que verifica fatores associados ao atendimento de idosos na atenção primária. Apesar de compatível com outros estudos, o percentual de participantes avaliados com menor escolaridade (61,7%) é mais alto quando comparado a dados do município de Uberaba, que indicam 58,5% da população adulta com até 8 anos de estudo (IBGE, [201-]).

Em relação às atividades laborais, grande parcela dos participantes idosos estava aposentada, enquanto a maioria dos adultos estava trabalhando. Em toda a amostra, o percentual de trabalhadores informais (38,2% entre adultos e 24,5% entre idosos) e de adultos desempregados (15,4%) reflete a atual situação socioeconômica do Brasil. Segundo dados do IBGE, 11,9% da população está desocupada e a população fora da força de trabalho foi estimada em 65,2 milhões de pessoas no trimestre de julho a setembro de 2018 (IBGE, 2018). Esse número apresentou aumento quando comparado ao mesmo trimestre do ano de 2017 e, apesar da ampliação da população empregada nesse mesmo período, verificou-se acréscimo significativo de trabalhadores atuando por conta própria. Esses valores são de aproximadamente 586 mil pessoas, de modo que a informalidade vem se mostrando efetiva quanto às taxas de desemprego vivenciadas no País (IBGE, 2018).

Quanto à renda mensal verificada entre os participantes da pesquisa, a média foi pouco maior que dois salários mínimos, corroborando as atuais informações do IBGE ([201-]) que apontam uma média de rendimento mensal de 2,6 salários mínimos na população brasileira e em Uberaba/MG. Estas características ocupacionais e de renda também são semelhantes aos resultados de estudos que avaliaram fatores associados a limitação funcional e à procura de serviços de saúde (FRICHE; CÉSAR; CAIAFFA, 2011; LEVORATO et al., 2014).

Quanto aos hábitos de vida, 52,6% dos pacientes eram sedentários, 16,5% eram fumantes e 20,9% consumiam bebida alcoólica. Estes dados seguem as características da população brasileira, que apresenta cerca de 25% da população ativa fisicamente; 13% de fumantes entre homens e 9,3% de mulheres tabagistas; e um percentual de 14,9% da população com 18 anos ou mais de idade que consome bebida alcoólica acima do recomendado pela OMS (MALTA et al., 2017). Apesar dos hábitos de vida seguirem a tendência dos dados nacionais, estes resultados são preocupantes. Isto é, sugerem uma dificuldade dos pacientes em realizar atividades físicas e indicam a manutenção de hábitos considerados fatores de risco associados a doenças crônico-degenerativas, como sedentarismo, hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica (MALTA et al., 2017). Hábitos de vida semelhantes são detalhados em pesquisas que associaram a incapacidade funcional de adultos no Brasil, China e Polônia com a presença de doenças crônicas e comorbidades (ANDRADE et al., 2015; COSTA FILHO et al., 2018; QIAN; REN, 2016; CWIRLEJ-SOZANSKA et al., 2018).

Os resultados deste estudo revelaram que a maioria dos participantes apresentou dificuldade ou deficiência leve a moderada como demandas funcionais. Atributos individuais relacionados com aspectos da saúde como autopercepção negativa da saúde e maior número de diagnósticos influenciaram negativamente a demanda funcional destas pessoas. Entre os participantes deste estudo, as condições de saúde diagnosticadas mais frequentes foram doenças do aparelho circulatório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; em sua maioria com sintomatologia crônica (66,1%). Esta distribuição das condições de saúde corrobora investigações já publicadas que identificaram o perfil de adoecimento da população atendida na atenção básica. Guibu et al., (2017) categorizam os usuários atendidos na atenção primária no Brasil em hipertensos (38,6%), com sintomas de depressão (28,3%), com dislipidemia (22,7%), doenças reumáticas (19,4%) e diabéticos (13,6%).

Por sua vez, um estudo realizado na Polônia avaliando idosos com doenças crônicas e deficiência identificou doenças circulatórias (59,1%), síndromes de dor medular (51,5%), doenças articulares degenerativas (50,3%) e doenças reumáticas (23,9%) como as condições de saúde mais comuns (CWIRLEJ-SOZANSKA et al., 2018). As informações sobre os fatores de risco e sobre as condições de saúde mais frequentemente atendidas entre os usuários da atenção primária são importantes em termos de planejamento de ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis

pelos serviços de saúde. De uma forma geral, o número de condições de saúde/diagnóstico se mostrou associado com mais dificuldades funcionais. Assim, o desenvolvimento de intervenções voltadas à prevenção de doenças e controle de comorbidades junto à população mais vulnerável é essencial para a prevenção de incapacidades nesta população.

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador importante que consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde (IBGE, 2014). Essa perspectiva de saúde é racionalizada em termos biológicos, como a presença ou não de doenças diagnosticadas. Por outro lado, contém elementos culturais como crenças e comportamentos que envolvem ideias de prevenção à saúde e bem-estar (SIMON et al., 2005). A maioria dos participantes avaliados neste estudo auto referiram sua saúde física e emocional como negativa (58,7% e 52,2%, respectivamente), alcançando valores maiores do que a média nacional. Segundo o IBGE, 66,1% dos brasileiros autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa e apenas 33,9% da população considera sua saúde ruim (IBGE, 2014). Uma percepção de saúde negativa impacta na qualidade de vida do indivíduo e está relacionada com condições de adoecimento e menor funcionalidade (BRASIL, 2004). Em acréscimo, alto percentual de avaliação negativa de saúde é associado na literatura com desemprego, comportamentos de risco e presença de doenças crônicas (KRAJA et al., 2016; MANUTI et al., 2013; LIMM et al., 2012). Especificamente em relação aos resultados deste estudo, a autoavaliação da saúde se mostra um importante aspecto associado com a funcionalidade da população atendida na atenção básica. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Souza et al., (2016a), usando o mesmo instrumento, com o objetivo de conhecer as demandas de usuários que buscaram serviços públicos de reabilitação em Belo Horizonte - MG, em que, quanto pior a saúde física ou emocional relatada pelos usuários, pior a sua funcionalidade. Assim, a coleta direta e sistemática de informações relacionadas à percepção de saúde deve ser estimulada no Brasil, dado que estas informações podem subsidiar a definição de prognóstico e a formulação de novas propostas para que sejam melhoradas as condições de vida e saúde da população (BRASIL, 2004).

Discutindo especificamente as demandas funcionais observadas nos resultados, dos dez domínios que compõem o instrumento, em sete domínios: mobilidade, eutrofia, dor e desconforto, energia e sono, afeto, tarefas e demandas gerais e trabalho remunerado os participantes apresentaram mais dificuldades. Estas

demandas corroboram com informações sobre incapacidade observadas em estudos nacionais e internacionais. Connolly, Garvey e Mckee (2017) identificaram dor e incapacidade em atividades de vida diária em um estudo realizado com idosos irlandeses. Em um inquérito domiciliar nacional realizado por Friche, César e Caiaffa (2011), as principais queixas identificadas quanto a limitação funcional foram relacionadas à mobilidade, como cansaço, dificuldades para andar e para movimentar os membros superiores; e a aspectos emocionais como depressão e ansiedade. No estudo de Souza et al. (2016a), autoras do instrumento PLPR, os resultados encontrados também são similares a desta pesquisa. Os usuários com menos de 60 anos referiram mais incapacidade funcional nos domínios de dor e mobilidade, seguidos de trabalho remunerado e o domínio de eutrofia; já na população idosa, os maiores escores se referiram a mobilidade, sono e relações íntimas.

Levando em consideração a descrição apresentada pela OMS (2003) e os escores obtidos em cada domínio do PLPR, é possível identificar as áreas da funcionalidade que seriam prioritárias para a abordagem pela reabilitação. Assim, os resultados da demanda funcional sugerem que, após o acolhimento, estes usuários deveriam ser avaliados e, caso necessário, acompanhados pelos profissionais de fisioterapia, psicologia, educação física, nutrição e terapia ocupacional. Para alcançar esses resultados, é preciso utilizar-se do raciocínio clínico, da experiência profissional e das impressões percebidas durante o acolhimento do usuário. De forma conjunta, este resultado aponta para as áreas da funcionalidade, nas quais a população coberta pelos serviços desta UBS mais demanda atendimento. Souza et al., (2016a) aplicaram esse mesmo instrumento na atenção primária e, após o acolhimento, constataram que a demanda por profissionais da reabilitação foi de fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos (SOUZA et al., 2016a).

Reconhecer essas diferenças nas demandas dos usuários colabora para o planejamento das ações a serem implementadas pelos serviços e orienta para intervenções centradas no indivíduo. É importante incorporar o acompanhamento de diferentes profissionais envolvendo o saber de diferentes áreas, fornecendo informações que permitam o planejamento das ações e intervenções precoces e multidisciplinares para prevenir e reduzir a incapacidade nesta população.

A predominância de qualificadores mais baixos nos itens dos domínios do PLPR sugere o acompanhamento dos usuários na atenção primária à saúde. Souza et al., (2016a) identificaram que a maioria dos usuários acolhidos em UBSs, cerca de

77%, poderiam realizar o início do atendimento de reabilitação na atenção básica. Estes usuários, por apresentarem quadros de menor complexidade, podem ser atendidos com qualidade em um serviço menos especializado como os encontrados na Atenção Básica. Para Mata et al., (2011), a avaliação da funcionalidade é pouco comum na atenção básica, mesmo refletindo diretamente informações sobre a saúde e influenciando no cotidiano dos usuários. Seria extremamente benéfico a estes serviços que o Nasf-AB fosse composto por profissionais além da área médica envolvidos no acolhimento e cuidado dos usuários. A inserção desses profissionais na equipe amplia a oferta dos serviços à população de forma direcionada para aspectos mais amplos da saúde, auxiliando na descentralização dos cuidados em torno do profissional médico, principalmente quando se observa a atual composição do Nasf-AB no município de Uberaba/MG. Segundo dados da Prefeitura, cada Nasf-AB atua em média junto a oito ESF e opera somente com uma equipe mínima composta, em sua maioria, por profissionais médicos especializados (UBERABA, 2017). Nesta configuração, o Nasf-AB se aproxima mais de uma extensão da ESF e não em uma equipe para suporte e apoio matricial voltada para as demandas da população.

A PNAB, como política que compõe os preceitos do SUS, se apoia em princípios da equidade e integralidade e, em especial, nas diretrizes de que o cuidado deve ser centrado na pessoa e na resolutividade de suas demandas (BRASIL, 2017). A comparação dos resultados dessa pesquisa com a realidade da atenção primária em Uberaba/MG, traz à tona a atual conjuntura dos serviços de saúde em que ainda há uma reprodução de modelos tradicionais voltada para a doença, com escassez de profissionais e sobretudo de uma equipe multidisciplinar atuante, contribuindo, assim, para a não efetivação e operacionalização do SUS e prestação de cuidados pouco resolutiva frente às demandas dos usuários. Abranger a atuação desses profissionais, fortalecendo a rede de cuidados em saúde e direcionando as demandas com as ofertas, se faz de extrema importância. O PLPR, nesse sentido, se mostra como uma importante avaliação para acolher os indivíduos, melhorando a organização do cuidado e selecionando profissionais e serviços mais adequados às necessidades dos usuários (SOUZA, et al., 2016b). Os resultados da presente pesquisa apontam para a necessidade de melhor acolher os usuários no nível de atenção primária, dispor de uma equipe multidisciplinar atuando efetivamente no território e, assim, sanar

demandas funcionais em fases iniciais, referenciando as redes de atenção especializada nos casos de maior complexidade.

Além da pior percepção de saúde e do número de condições de saúde diagnosticadas, as barreiras relacionadas com estrutura física e serviços e assistência foram preditores que aumentam a demanda funcional dos usuários avaliados. Para a OMS (2003), os ambientes físico, social e de atitudes nos quais a pessoa vive e conduz sua vida, englobam os fatores do contexto. Estes, podem exercer influência positiva (facilitadores) ou negativa (barreiras) na funcionalidade e incapacidade humana e interferem de forma relevante no cotidiano do indivíduo. Serviços e assistência e estrutura física foram os fatores do contexto com impacto negativo na funcionalidade, agindo como barreiras ambientais. De modo geral, os grandes centros urbanos concentram os maiores obstáculos e desafios para a melhoria das condições de acesso e diminuição das desigualdades na oferta de serviços públicos (SILVA et al., 2013).

Serviços e assistência englobam a disponibilidade de transporte, informações, educação e treinamentos, serviços de saúde, equipamentos pessoais e dispositivos adaptados, ajuda e apoio de outras pessoas em casa ou na comunidade. A estrutura física é constituída pelos ambientes que o usuário transita em seu cotidiano - casa, comunidade e trabalho, sendo esses ambientes integrados por edificação ou características naturais como temperatura, clima, terreno, iluminação, ruído e tecnologias de informática. Os fatores relacionados às barreiras políticas envolvem a falta de programas e implementação efetiva de políticas na comunidade, regras, disponibilidade e atuação de empresas, ou mesmo de órgãos governamentais.

Uma análise completa do modelo da CIF e das relações entre seus domínios destacou a influência essencial dos fatores contextuais nos componentes de funcionalidade (DUTRA et al., 2016). Barreiras ambientais nestas áreas podem representar restrições na participação social da população idosa (ZHANG et al., 2015) e entre adultos e crianças com deficiência (SILVA et al., 2013; FURTADO et al., 2015). Os resultados do estudo de Fallahpour et al., (2011) enfatizam a importância de fatores ambientais como o acesso a serviços e lugares como preditores de uma vida ativa. Silva et al., (2013) apontam fatores como o ambiente natural e oferta de transporte urbano e serviços de saúde, associados a uma rede de suporte social como as mais importantes barreiras encontradas por pessoas com deficiência. Assim, o

ambiente passa a funcionar como uma barreira à inclusão de indivíduos, com impacto principalmente nas áreas de mobilidade e autocuidado (CHANG et al., 2014).

Neste sentido, as demandas funcionais dos usuários da atenção primária não devem ser entendidas como atributos intrínsecos da pessoa, mas sim como resultado das interações entre o indivíduo e o contexto que o circunda (DUTRA et al., 2016). A CIF, ao incorporar fatores externos ao ser humano como elementos da funcionalidade, permite mensurar e demonstrar que as demandas funcionais mantêm estreita relação com o ambiente. Portanto, a compreensão dos processos de incapacidade não deve se limitar a aspectos de saúde, e sim levar em consideração a análise dos ambientes social e natural. A geração de um ambiente propício em saúde deve antes estar centrado na redução de barreiras advindas de estrutura física e serviços e assistência, sendo primordial compreender o ambiente e avaliá-lo integralmente para que o indivíduo não seja assistido de maneira unifatorial e isolado (ZHANG et al., 2015; ATHAYDE, et al., 2017). Como alternativa, a participação ativa da população aliada à descentralização da tomada de decisão dos gestores locais, emergem em uma nova realidade civil, em que a maneira de criar e administrar políticas passa a ser de responsabilidade de todos, promovendo, assim, melhores condições de vida e de saúde (ROCHA; BURSZTYN, 2005).

A análise geoespacial apresentada é congruente com os resultados da análise multivariada empregada por meio da Regressão Linear Múltipla. Esta, permite visualizar áreas em que barreiras ambientais relacionadas a serviços e assistência e estrutura física estão mais presentes no território avaliado. O uso de técnicas de geoprocessamento na atualidade é cada vez mais frequente em pesquisas de serviços em saúde e vem sendo empregado para acompanhar padrões espaciais, seja em doenças específicas, condições de saúde e fatores de risco. Essa ferramenta pode colaborar ainda para o mapeamento digital das áreas de abrangência das Unidades de Saúde e da assistência necessária por seus profissionais, de modo que permita analisar o ambiente como fator que irá influenciar a saúde do indivíduo (KIRBY; DELMELLE; EBERTH, 2017; NARDI et al., 2013). Ferreira, et al., (2012), complementam dizendo que o uso de mapas é uma estratégia para democratizar o conhecimento, pois permite que a informação esteja acessível tanto para profissionais quanto para a população, empoderando todos em prol de uma gestão mais participativa.

No que se refere à distribuição geoespacial da demanda funcional (Figura 6) a maioria dos participantes entrevistados possui deficiência ou dificuldade moderada em todo o território de abrangência, com ocorrência maior de deficiências graves principalmente entre os usuários da ESF Parque São Geraldo e ESF Leblon. Os resultados de fatores ambientais evidenciam que barreiras referentes a serviços e assistência estão localizadas com maior frequência na população da ESF Parque São Geraldo (borda oeste) e na borda norte do território da ESF Abadia II (Figura 7). Como descrito anteriormente, o território do Abadia II possui intensa área comercial, portanto, não era esperado encontrar esta concentração de barreiras relacionadas com oferta de serviços. Por sua vez, o Parque São Geraldo se localiza em um território com menor nível socioeconômico, o que pode explicar a presença de barreiras nesta área. A figura 7 apresenta ainda a distribuição das barreiras relacionadas com estrutura física, de modo que há a presença dessas barreiras para os usuários que residem nas áreas mais afastadas da unidade básica de saúde, principalmente ao norte da ESF Abadia II, e na borda oeste da ESF Leblon.

Já a figura 8, corrobora a associação entre demandas funcionais e os fatores ambientais. Por meio do mapa-imagem é possível verificar a síntese da demanda funcional ponderada pelas barreiras ambientais e observar níveis moderados e elevados em todo o território de abrangência, com maior concentração na área das ESFs Leblon e Parque São Geraldo. Esses resultados são similares com os discutidos por Levasseur et al., (2015), em que a mobilidade e a participação social tiveram associação entre à proximidade de recursos e instalações, apoio social, transporte público e segurança. A cidade de Uberaba possui em seu território diversas barreiras arquitetônicas, desde terrenos com alguma inclinação, pavimentações diferentes entre ruas, calçadas desniveladas ao nível da via, depressões interligando vias, espaços urbanos pouco acessíveis ou com restrições à mobilidade. Essas características ambientais são frequentes tanto em nível nacional e internacional (ORTIZ et al., 2016; LEVASSEUR, et al., 2015; MAZETTO; CAVALCANTI; DUTRA, 2015; FERREIRA; FOLHA; TOBIAS, 2013). Tal aspecto é abordado por Clarke et al., (2008) que evidenciam a necessidade de compreender barreiras arquitetônicas e melhorar as condições das ruas para que possibilitem maior participação de indivíduos e, conseqüentemente, minimizar e/ou prevenir incapacidades.

Estes resultados mostram a necessidade de que a tomada de decisões sobre planejamento urbano deve partir de ações conjuntas, avaliando-se o contexto e o

indivíduo em sua integralidade para que realmente as cidades promovam saúde e funcionalidade. No ano de 2008, Caiaffa et al., (2008) publicaram um estudo abordando o elevado número de publicações relacionados à saúde urbana. Segundo estes autores, abordar aspectos referentes ao estilo de vida, condições ambientais e transdisciplinaridade entre as políticas públicas, é primordial para que haja o desenvolvimento da saúde urbana. Assim, intervenções realizadas no ambiente podem ser desenvolvidas para reduzir deficiências, limitações, incapacidade e até custos em serviços de saúde. Novas estratégias voltadas à saúde pública devem ser pensadas frente à melhoria urbana nos bairros permitindo maior mobilidade, autonomia, segurança e acesso local à população (SATARIANO, et al., 2016). Deste modo, intervenções inovadoras e inclusivas em saúde pública devem ter diretrizes claras com a criação de ambientes favoráveis (LEVASSEUR, et al., 2015).

Nesse estudo, os fatores ambientais referentes a barreiras de atitude e suporte, política e trabalho/escola não apresentaram associação significativa no modelo de regressão. Uma possível justificativa para a não associação de barreiras de atitude e suporte pode estar relacionada ao fato de que a maioria dos participantes vivem com o parceiro e possuem filhos, o que pode contribuir com a presença de apoio e suporte no cotidiano. Apesar de frequentes, as barreiras políticas não foram associadas com demanda funcional entre os participantes dessa pesquisa. A baixa escolaridade (até 8 anos de estudo) pode ter contribuído para este resultado. Já a não associação de barreiras ligadas a trabalho e escola, pode ser justificada pela média de idade dos participantes (52 anos) e pelo alto percentual de aposentados, indicando que as questões relacionadas com essa subescala não se aplicava a uma parcela importante da amostra. Dados semelhantes foram encontrados por Silva et al., (2013) quanto às subescalas de estudo/trabalho e política, o que permite rever a necessidade de realizar investigações mais detalhadas e direcionadas de acordo com as especificidades de cada escala.

Algumas limitações desse estudo precisam ser analisadas e discutidas. Em geral, a amostra por conveniência limita o poder de generalização dos resultados. No entanto, o perfil dos participantes avaliados se assemelha ao perfil dos usuários atendidos pela atenção primária descrito em outros estudos nacionais (LEVORATO et al., 2014; RÊGO et al., 2017; STOPA, et al., 2017). O delineamento transversal proporciona a análise da relação entre as variáveis, porém limita a associação de causa e efeito. Neste contexto, é importante o desenvolvimento de estudos com

acompanhamento dos usuários e análise longitudinal para descrição de prognósticos relacionados com a demanda funcional da população. Os resultados apresentados avançam quando identificam com dados empíricos a necessidade de uma equipe multidisciplinar atuar ativamente para responder às demandas da população na atenção básica, colaborando para oferecer serviços de reabilitação mais específicos e direcionados já na atenção primária.

A nível nacional, não se tem conhecimento de outros estudos que foram realizados para investigar em associação demanda funcional e fatores do ambiente com análise geoespacial referenciada. Neste contexto, este estudo ganha relevância ao analisar a heterogeneidade dos atributos do entorno do território e o impacto deste local de moradia nas demandas funcionais da população usando técnicas de georreferenciamento. Desta forma, investigar "onde você mora é importante para sua saúde?" (PROIETTE, et al., p. 469, 2008), isso porque o entendimento de saúde ultrapassa questões apenas individuais e ganha dimensões externas, mas passíveis de modificações.

Estudar o ambiente urbano resulta em uma nova perspectiva em saúde pública, já que o ambiente pode oportunizar diferentes condições à saúde e ao comportamento do indivíduo. Dessa mesma maneira, o ambiente pode ser tão desigual que vire uma barreira à saúde, sejam essas relacionadas às oportunidades de moradia, trabalho, urbanas, políticas ou legislativas (CAIAFFA et al., 2008). Assim, novos estudos, que combinem coleta de dados e observações diretas do território podem auxiliar na ampliação do conceito de saúde, por meio da análise de fatores contextuais e identificação de barreiras ambientais contribuindo para a transdisciplinaridade em saúde pública.

7. CONCLUSÃO

As conclusões desse estudo apontam que o perfil sociodemográfico e ocupacional encontrado foi de mulheres adultas que vivem com companheiro, com até 8 anos de estudo, ativos profissionalmente e renda média de até 2 salários mínimos, corroborando com estudos que avaliam a funcionalidade e incapacidade em saúde no País. Quanto aos hábitos de vida e características de saúde, os resultados mostram a presença de fatores de risco, em especial o sedentarismo, com predominância de pelo menos uma condição de saúde entre os participantes, sintomatologia crônica e autoavaliação negativa da saúde física e emocional. Estes resultados podem indicar relação entre características culturais ainda predominantes no entendimento e uso dos serviços de saúde pelos brasileiros, uma vez que a busca por esses serviços é intensificada sobretudo frente a presença de doenças e não preventivamente.

As demandas funcionais com maiores queixas relatadas foram nos domínios mobilidade, eutrofia, dor e desconforto, energia e sono, afeto, tarefas e demandas gerais e trabalho remunerado. Em acréscimo, os qualificadores mais baixos (deficiência ou dificuldade leve ou moderada) foram os mais frequentes. Desse modo, a análise dos resultados do PLPR sugere o início do tratamento na atenção primária à saúde e indica educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional como profissionais mais recomendados para atuação relacionada a estes domínios. O uso do PLPR frente aos objetivos dessa pesquisa permitiu verificar sua aplicabilidade como instrumento de acolhimento dos usuários aos serviços na atenção primária, ampliando a visão sobre saúde e incorporando informações funcionais na avaliação dessa população. Esses resultados também indicam a necessidade de fortalecimento de uma equipe multidisciplinar completa e com atuação dos Nasf-AB para resolutividade das demandas da população atendida na atenção básica.

Serviços e assistência, estrutura física e políticas foram os fatores contextuais mais frequentemente impactadas por barreiras ambientais no cotidiano dos participantes avaliados. Estes são fatores tipicamente externos ao indivíduo e potencialmente modificáveis com maior agilidade pelo poder público municipal.

A análise georreferenciada se mostrou uma ferramenta importante em investigações no território, possibilitando melhorias e maior exatidão nas ações em saúde pública. No campo investigado, pode-se visualizar maior participação na

pesquisa de usuários da ESF Leblon, com presença de demanda funcional mais elevada nessa população. Aspectos mais específicos da subescala de assistência e serviços e estrutura física demonstraram maior concentração de fatores ambientais relatados em pontos dispersos ao longo das três estratégias, especialmente a leste da ESF Abadia II e oeste da ESF Parque São Geraldo. Quando correlacionadas essas informações de demandas funcionais e fatores ambientais, nota-se concentração com escores mais elevados entre as ESFs Leblon e Parque São Geraldo.

A associação entre demandas funcionais e fatores ambientais dos usuários atendidos na atenção primária permitiu verificar que os participantes que apresentaram pior percepção de saúde, maior número de condições de saúde diagnosticadas e barreiras relacionadas com estrutura física e serviços e assistência apresentaram demandas funcionais mais elevadas.

Para além dos resultados obtidos, a discussão destes dados de acordo com o modelo da CIF possibilita reestruturar a prestação dos serviços em saúde de acordo com as demandas levantadas, contribuindo para a modificação da visão de saúde no município. Esta reestruturação deve considerar não somente a condição de saúde, mas também aspectos funcionais e todo o contexto ambiental no qual o indivíduo se envolve de forma ativa e produtiva.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. 2. ed. rev. atual. Uberaba, MG: UFTM, 2013.

ALVES, M. A.; RIBEIRO, F. F.; SAMPAIO, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. **Fisioter. pesqui.**, São Paulo, v.23, n.2, p. 185-192, jun. 2016.

ANDRADE, K. R. C. et al. Functional disability of adults in Brazil: prevalence and associated factors. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.49, n. 89, p. 1-8, 2015.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 1, p. 169-173, mar. 2015.

ATHAYDE, F.; MANCUZO, E. V.; CORREA, R. A. Influência ambiental sobre a incapacidade física: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3645-3652, Nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abr. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 23 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012**. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html>. Acesso em: 23 out. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.488, de 11 de outubro de 2011**. 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). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 out.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 05 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 22 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_domiciliar_comportamentos_risco_doencas_transmissiveis.pdf>. Acesso em: 28 out. 2018.

BRAGATO, A. G. C. et al. Caracterização da situação de saúde. In: CAMARGO, F. C. et al. **A residência multiprofissional em saúde: estabelecendo espaços coletivos para a promoção de saúde da criança e do adolescente**. Uberaba, MG: GEP/HC UFTM, 2017. p. 01-83. (no prelo).

CAIAFFA, W. T. et al. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1785-1796, dez. 2008.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.19, n.52, p.207-210, 2015.

CARDOSO, L. S. et al. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. **Cuidarte enfermagem**, Catanduva, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. When the entrance does not solves: analysis of the Health Family Units in the City of Rio Branco, Acre. **Saúde e soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-338, 2013.

CHANG, K. H. et al. Environmental effects on WHODAS 2.0 among patients with stroke with a focus on ICF category e120. **Qual. life res.**, Oxford, v.23, n.6, p. 1823-1831, 2014.

CLARKE, P. et al. Mobility disability and the urban built environment. **Am. j. epidemiol.**, Baltimore, v. 168, n. 5, p. 506-513, 2008.

CONNOLLY, D; GARVEY, J.; MCKEE, G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). **Disabil rehabil.**, London, v.39, n. 8, p. 809–816, 2017.

COSTA FILHO, A. M. et al. Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental activities of daily living in elderly Brazilians: the National Health Survey (2013). **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. e00204016, 2018.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105 p. 514-524, 2015.

CRAIG HOSPITAL RESEARCH. **Craig Hospital inventory of environment factors**: version 3.0. Colorado; 2001.

ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, A. et al. Analysis of chronic illnesses and disability in a community-based sample of elderly people in south-eastern Poland. **Med sci. monit.**, Warsaw, v. 24, p. 1387-1396, 2018.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Health sci. inst.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012.

DONNELLY, C. A. et al. The emerging role of occupational therapy in primary care. **Can. j. occup. ther.**, Toronto, v. 81, n. 1, p. 51-61, 2014.

DUARTE, M. P.; SILVA, A. C. D. Contribuições e desafios da terapia ocupacional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma revisão da literatura. **Cad. bras. ter. ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 177-186, 2018.

DUTRA, F. C. M. S. et al. Empirical analysis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) using structural equation modeling. **Braz. j. phys. ther.**, São Carlos, v. 20, n. 5, p. 384-394, 2016.

DUTRA, F. C. M. et al. Work ability and quality of life of workers attended in primary care. **REFACS**. Uberaba, v. 6, p. 600-610, 2018. (supl. 2)

FALLAHPOUR, M. et al. Perceived participation and autonomy: aspects of functioning and contextual factors predicting participation after stroke. **J. rehabil. med.**, Stockholm, v. 43, n. 5, p. 388-397, apr. 2011.

FERREIRA, E. F. B.; FOLHA, O. A. A. C.; TOBIAS, M.S.G. Avaliação da percepção sobre o ambiente de circulação: a acessibilidade centrada no usuário. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 25-33, 2013.

FERREIRA, L. T. D.; CASTRO, S. S.; BUCHALLA, CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 469-474, feb. 2014.

FERREIRA, R. A. et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, fev. 2012.

FURTADO, S. R. C. et al. Versão brasileira do instrumento de avaliação ambiental Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF): tradução, adaptação cultural e confiabilidade. **Braz. j. phys. ther.**, São Carlos, v. 18, n. 3, p. 259-267, June. 2014.

FURTADO, S. R. C. et al. Moderating effect of the environment in the relationship between mobility and school participation in children and adolescents with cerebral palsy. **Braz. j. phys. ther.**, São Carlos, vol.19, n.4, p.311-319, 2015.

FRICHE, A. A. L. **A utilização de indicadores de contexto na análise de eventos de saúde**. 2011. 130 f. Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, 2011.

FRICHE, A. A. L.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W. T. Fatores associados à limitação funcional em Belo Horizonte, MG. **Rev. méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, p. 396-403, 2011.

GUIBU, I. A. et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-13, 2017. (Supl. 2, 17s).

GRAHAM, B. Population characteristics and geographic coverage of primary care facilities. **Health serv.res.**, Chicago, v.18, n. 398, p. 2-10, 2018.

HOPFE, M. et al. Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. **Disabil rehabil**, v. 40, n. 19, p. 2325-2330, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidade de Uberaba, MG**: Panorama. Rio de Janeiro, [201-]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberaba/panorama>>. Acesso em: 10 out. 2018.

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, 2014. 92 p. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios contínua mercado de trabalho conjuntural divulgação mensal, setembro de 2018**. Rio de Janeiro, 2018. 17p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3086/pnacm_2018_set.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

KIRBY, R.S; DELMELLE, E; EBERTH, J. M. Advances in spatial epidemiology and geographic information systems. **Ann epidemiol.**, United States, v. 27, n. 1, p. 1-9, 2017.

KRAJA, F. et al. Socio-demographic and lifestyle correlates of self-perceived health status in a population-based sample of albanian adult men and women. **Mater. sociomed.**, Sarajevo, v. 28, n. 3, p. 173-177, 2016.

LEVASSEUR, M. et al. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. **BMC public health**, London, v.15, n. 503, 23 may. 2015.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, abr. 2014.

LIMM, H. et al. Factors associated with differences in perceived health among German long-term unemployed. **BMC public health**, London, v. 12, n. 485, 2012.

LOPES, G. V. D. O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 1, p. 104-110, fev. 2014.

MALTA DC, et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, p. 217-232, 2017. (Supl. 1).

MATA, M. S. et al. Dor e funcionalidade na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 221-230, jan. 2011.

MANUTI, B. et al. Assessment of perceived health status among primary care patients in southern Italy: findings from a cross-sectional survey. **Health qual. life outcomes**, London, v.11, n.93, p. 1-9, 2013.

MAZETTO, M. F.; CAVALCANTI, A.; DUTRA, F. C. M. S. E. vagas de estacionamento para pessoas com deficiência em agências bancárias. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, p. 313-320, 2015.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2071-2085, set. 2011.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciênc. saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, jul. 2013.

NARDI, S. M. T., et al. Geoprocessamento em Saúde Pública: fundamentos e aplicações. **Ver. Inst. Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 72, n.3, p.185-191, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **CIF**: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: EdUSP, 2003.

ORTIZ, R. J. F. et al. Perceived neighborhood characteristics and the functional performance of elderly people in the Belo Horizonte Metropolitan Area, Minas Gerais State, Brazil: a quantile regression analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. e00073515, nov. 2016.

QIAN, J.; REN, X. Association between comorbid conditions and BADL/IADL disability in hypertension patients over age 45: based on the China health and retirement longitudinal study (CHARLS). **Medicine (Baltimore)**, United States, v. 95, n. 31, e4536 ou p. 1-7, 2016.

PROIETTI, F.A. et al. Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. **Physis.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 469-482, set. 2008.

RÊGO, A. S. et al. Factors associated with the care of elderly persons with Primary Health Care sensitive conditions. **Rev. bras. geriatra. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.773-784, 2017.

ROCHA, J. D.; BURSZTYN, M. A. A importância da participação social na sustentabilidade do desenvolvimento local. **Rev. int. desenvolvimento**, Campo Grande, v. 7, n. 11, p. 45-52, set. 2005.

ROCHA, E.F; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. Terapia ocupacional na atenção primária á saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cad. ter. ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

ROUX, D. A. V. Investigating neighborhood and area effects on health. **Am. j. public health**, United States, v. 91, n.11, p.1783-1789, 2001.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p.475-483, 2009.

SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SATARIANO, W. A. et al. Mobility Disability in Older Adults: At the Intersection of People and Places. **Gerontologist**, Cary, NC, v. 56, n.3, p.525-534, 2016.

SILVA, F. C. M. et al. Influence of context in social participation of people with disabilities in Brazil. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 34, n. 4, p. 250-256, 2013.

SILVEIRA, I. H.; OLIVEIRA, B. F. A.; JUNGER, W. L. Utilização do Google Maps para o georreferenciamento de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade no município do Rio de Janeiro, 2010-2012. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 4, p. 881-886, dez. 2017.

SIMON, J. G. et al. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. **Eur. j. public health**, Stockholm, v. 15, n.2, p. 200–208, 2005.

SOUZA, M. A. P. et al. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. **Ciênc. saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3277-3286, out. 2016a.

SOUZA, M. A. P. et al. Development of a first-contact protocol to guide assessment of adult patients in rehabilitation services networks. **Braz. j. phys. ther.**, São Carlos, v. 20, n.2, p. 148-157, mar.-abr. 2016b.

STOPA, S.R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-11, 2017. (Supl1).

UBERABA (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde 2018-2021**. Uberaba, MG, 2017. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2017/Plano%20Municipal%20de%20Saude%202018-2021%20aprovado%20pelo%20CMS.pdf>>. Acesso em out. 2018.

ZHANG, L. et al. Barriers to activity and participation for stroke survivors in rural China. **Arch. phys. med. rehabil.**, Chicago, v. 96, n. 7, p.1222–1228, 2015.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: ANÁLISE DA DEMANDA DE INFORMAÇÕES FUNCIONAIS A PARTIR DO ACOLHIMENTO REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “ANÁLISE DA DEMANDA DE INFORMAÇÕES FUNCIONAIS A PARTIR DO ACOLHIMENTO REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”, por ter idade superior a 18 anos e estar em acompanhamento no UBS Dona Aparecida Conceição Ferreira, que compõe a Rede Pública Municipal de Saúde de Uberaba/MG. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

Os objetivos deste estudo são identificar demandas funcionais dos usuários durante acolhimento na atenção primária e os serviços e profissionais necessários para responder às demandas funcionais identificadas nos usuários da atenção básica. Caso você participe, será necessário responder a três questionários sobre suas funções cognitivas, as atividades que realiza no cotidiano, informações sobre sua saúde como diagnósticos e hábitos de vida, e sobre seu ambiente. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida e o tempo médio de avaliação será 30 minutos.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: ANÁLISE DA DEMANDA DE INFORMAÇÕES FUNCIONAIS A PARTIR DO ACOLHIMENTO REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Eu,, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato dos pesquisadores:

Profa. Dra. Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra: (34) 3700-6923

Edinara Kososki: (34) 99913-3161

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3700-6776.

ANEXO A

PROTOCOLO PARA LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS EM REABILITAÇÃO (PLPR)

PLPR / PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS PARA A REABILITAÇÃO

Data da entrevista: ____/____/____ Entrevistador: _____ Profissão: _____

Nome do paciente:		CP01 Prontuário:
Telefone 1: [__] _____ - _____		Telefone 2: [__] _____ - _____
CP02 Data de nascimento: ____/____/____	CP03 Idade:	CP04 Sexo: <input type="checkbox"/> ¹ Masculino <input type="checkbox"/> ² Feminino
CP05 Informante: <input type="checkbox"/> ¹ Próprio usuário <input type="checkbox"/> ² Outro. Descrição:		
CP06 Serviço que realizou o acolhimento:		
CP07a Centro de saúde de referência:	CP07b ESF:	CP07c ACS:

BDF / Síntese da Breve Descrição Funcional										
		Qualificadores								
		0	1	2	3	4	8 (NE)	9 (NA)	EVA	
Mobilidade	b455 Funções de tolerância a exercícios									
	b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações									
	d410 Mudar a posição básica do corpo									
	d450 Andar									
	d470 Utilização de transporte									
Comunicação	d530 Fala									
	d550 Conversação									
Eutrofia	b510 Funções de ingestão									
	b530 Funções de manutenção do peso									
Auto-cuidado	d510 Lavar-se									
	d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção									
	d540 Vestir-se									
	d570 Cuidar da própria saúde									
Dor e desconforto	b280 Sensação de dor									
Atividade interpessoal	d710 Interações interpessoais básicas									
	d920 Recreação e lazer									
Energia e sono	b130 Funções da energia e impulsos									
	b134 Funções do sono									
Afeto	b152 Funções emocionais									
	d240 Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas									
	d770 Relações íntimas									
Tarefas e demandas gerais	d230 Realizar a rotina diária									
	d640 Realização das tarefas domésticas									
	d660 Ajudar os outros									
Trabalho remunerado	d850 Trabalho remunerado									

Resultado do PLPR	
Demanda principal	
Profissionais envolvidos no cuidado	Profissional coordenador do caso (quando necessário)
Local para início da atenção	

Resumo das informações sociais e de saúde			
SS01 Escolaridade Não alfabetizado <input type="checkbox"/> ¹ Fundamental I (1ª à 4ª série) <input type="checkbox"/> ^{2.1} completo <input type="checkbox"/> ^{2.2} incompleto Fundamental II (5ª à 8ª série) <input type="checkbox"/> ^{3.1} completo <input type="checkbox"/> ^{3.2} incompleto Médio <input type="checkbox"/> ^{4.1} completo <input type="checkbox"/> ^{4.2} incompleto Superior <input type="checkbox"/> ^{5.1} completo <input type="checkbox"/> ^{5.2} incompleto		SS02 Principal profissão/ocupação _____ _____ SS03 Tipo de vínculo na principal profissão/ocupação <input type="checkbox"/> ¹ Formal <input type="checkbox"/> ⁴ Afastado <input type="checkbox"/> ² Informal <input type="checkbox"/> ⁵ Aposentado <input type="checkbox"/> ³ Desempregado	
SS04 Estado Civil <input type="checkbox"/> ¹ Solteiro <input type="checkbox"/> ⁴ Divorciado <input type="checkbox"/> ² Casado <input type="checkbox"/> ⁵ Separado <input type="checkbox"/> ³ União Estável <input type="checkbox"/> ⁶ Viúvo		SS06 Reside com <i>(é possível marcar mais de uma opção)</i> <input type="checkbox"/> ¹ Sozinho <input type="checkbox"/> ⁴ Pai e/ou mãe <input type="checkbox"/> ² Cônjuge <input type="checkbox"/> ⁵ Outros parentes <input type="checkbox"/> ³ Filhos <input type="checkbox"/> ⁶ Outros não parentes	
SS05 Número de filhos		SS07 Principal responsável pela renda familiar <input type="checkbox"/> ¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não	
SS09 CID		SS08 Número de dependentes	
Condição de saúde diagnosticada (médico) <input type="checkbox"/> NI		Condição de saúde autorrelatada	
Motivo de busca da reabilitação			Tempo de início das queixas
SS10 Altura m	SS12 Fatores de risco <i>(é possível marcar mais de uma opção)</i> <input type="checkbox"/> ¹ Fumante cigarros/dia <input type="checkbox"/> ² Consumo de álcool doses/semana <input type="checkbox"/> ³ Sedentarismo <input type="checkbox"/> ⁴ Sobrepeso/obesidade <input type="checkbox"/> ⁵ Outros <input type="checkbox"/> ⁶ Nenhum		SS13 Como você avalia a sua saúde física no último mês? <input type="checkbox"/> ¹ Muito boa <input type="checkbox"/> ² Boa <input type="checkbox"/> ³ Moderada <input type="checkbox"/> ⁴ Ruim <input type="checkbox"/> ⁵ Muito ruim
SS11 Peso kg	SS14 Como você avalia a sua saúde emocional no último mês? <input type="checkbox"/> ¹ Muito boa <input type="checkbox"/> ² Boa <input type="checkbox"/> ³ Moderada <input type="checkbox"/> ⁴ Ruim <input type="checkbox"/> ⁵ Muito ruim		
SS15 Você usa algum recurso assistido? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especifique <input type="checkbox"/> ¹ Óculos/Lentes de contato <input type="checkbox"/> ² Aparelho auditivo <input type="checkbox"/> ³ Cadeira de rodas/banho <input type="checkbox"/> ⁴ Andador/Bengala/Muletas <input type="checkbox"/> ⁵ Órteses de MMII/MMSS <input type="checkbox"/> ⁶ Próteses de MMII/MMSS <input type="checkbox"/> ⁷ Próteses dentárias <input type="checkbox"/> ⁸ Outros não parentes <input type="checkbox"/> Não, mas necessita. Por favor especifique os recursos dos quais necessita:		SS16 Você tem ajuda de outras pessoas para realizar suas atividades diárias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especifique <input type="checkbox"/> ¹ Cônjuge <input type="checkbox"/> ² Filhos <input type="checkbox"/> ³ Pai e/ou mãe <input type="checkbox"/> ⁴ Funcionários <input type="checkbox"/> ⁵ Outros parentes <input type="checkbox"/> ⁶ Outros não parentes <input type="checkbox"/> Não, mas necessita. Por favor especifique as pessoas que poderiam ajudá-lo(a) a realizar suas atividades diárias:	
		SS17 Você está recebendo algum tipo de tratamento e/ou medicamento para sua saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especifique <input type="checkbox"/> ¹ Tratamento por profissionais de reabilitação <input type="checkbox"/> ² Medicamentos em geral <input type="checkbox"/> ³ Quimioterapia e radioterapia <input type="checkbox"/> ⁴ Acompanhamento médico devido a queixas que motivaram a busca pela reabilitação <input type="checkbox"/> ⁵ Acompanhamento médico por outras a queixas <input type="checkbox"/> ⁶ Outros <input type="checkbox"/> Não, mas necessita. Por favor, especifique os tratamentos dos quais necessita:	
		SS18 Deficiências permanentes observadas <input type="checkbox"/> ¹ Visual <input type="checkbox"/> ⁴ Mental/intelectual <input type="checkbox"/> ² Auditiva <input type="checkbox"/> ⁵ Nenhuma <input type="checkbox"/> ³ Física	
Informação adicional significativa sobre sua saúde passada e presente			

Breve descrição funcional			
Mobilidade	d455. ____	Funções de tolerância a exercícios	Ao realizar esforços físicos no seu dia-a-dia você se sente cansado ou com falta de ar?
	b710. ____	Funções relacionadas à mobilidade das articulações	No momento você apresenta dificuldades para realizar algum movimento?
	d410. ____	Mudar a posição básica do corpo	Considerando o ambiente em que você vive, você tem dificuldades para mudar de posição? <i>Inclui: sentar, deitar, agachar, ajoelhar, passar para de pé.</i>
	d450. ____	Andar	Considerando o ambiente em que você vive, você tem dificuldades para andar? <i>Considere "andar" apenas como "mover-se de pé".</i>
	d470. ____	Utilização de transporte	No seu dia-a-dia você tem dificuldades para utilizar transporte público ou privado (como passageiro) para se deslocar?
Comunicação	d350. ____	Fala	Atualmente você tem dificuldades para produzir palavras ou frases para expressar um fato ou contar uma história?
	d350. ____	Conversa	Atualmente você tem dificuldades para iniciar, manter e finalizar uma conversa? <i>Considere qualquer forma de linguagem: escrita, oral, de sinais ou outras formas.</i>
Eutrofia	b510. ____	Funções de ingestão	Atualmente você tem dificuldades para ingerir alimentos líquidos ou sólidos? <i>Inclui: sugar, morder, mastigar, salivar e deglutir; e deficiências como disfagia, aspiração de alimentos, aerofagia, salivação excessiva ou deficiente.</i>
	b550. ____	Funções de manutenção do peso	Atualmente você tem dificuldades para manter o peso apropriado do corpo? <i>Inclui deficiências como baixo peso ou excesso de peso.</i>
Auto-Cuidado	d510. ____	Lavar-se	Atualmente você tem dificuldade para tomar banho e secar-se?
	d550. ____	Cuidados relacionados aos processos de excreção	Atualmente você tem dificuldade para controlar a eliminação da urina e das fezes e fazer a sua própria higiene após essas atividades?
	d540. ____	Vestir-se	Atualmente você tem dificuldade para escolher, colocar e retirar suas roupas e calçados?
	d570. ____	Cuidar da própria saúde	Atualmente você tem dificuldade para manter seu bem-estar físico, o controle da sua alimentação e forma física e fazer o que é preciso para cuidar da própria saúde? <i>Inclui procurar e seguir conselhos de profissionais de saúde, evitar riscos, etc.</i>
Dor e desconforto	b280. ____	Sensação de dor	Atualmente você sente dor?
Atividade Interpessoal	d710. ____	Interações interpessoais básicas	Atualmente você tem dificuldade para se relacionar com as pessoas?
	d920. ____	Recreação e lazer	Atualmente você tem dificuldade nas suas atividades de lazer? <i>Inclui jogos, atividades esportivas, arte, cultura, leitura, artesanato, visitar amigos, etc.</i>
Energia e Sono	b150. ____	Funções da energia e impulsos	Atualmente você se sente desmotivado, sem energia e/ou sem apetite?
	b174. ____	Funções do sono	Atualmente você tem dificuldade para dormir? <i>Inclui iniciar o sono, manter o sono e ter um sono com quantidade e qualidade que levem a um descanso e relaxamento físico e mental ideais.</i>
Afeto	b152. ____	Funções emocionais	Atualmente você tem dificuldade para expressar de forma adequada suas emoções (amor, ódio, ansiedade, pesar, satisfação, medo ou raiva)?
	d240. ____	Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas	Atualmente você tem dificuldade para lidar com situações de estresse ou que requerem nível elevado de responsabilidade?
	d770. ____	Relações íntimas	Atualmente você tem dificuldade para criar e manter relacionamentos românticos ou íntimos com um parceiro (marido, mulher, amante, parceiro sexual, etc.)?
Tarefas e demandas gerais	d230. ____	Realizar a rotina diária	Atualmente você tem dificuldade no planejamento e organização do seu dia, de forma a realizar todas as tarefas e obrigações da sua rotina?
	d640. ____	Realização das tarefas domésticas	Atualmente você tem dificuldades para organizar e realizar as tarefas domésticas (do tipo: lavar e secar roupas, limpar a cozinha e os utensílios, limpar a casa, utilizar aparelhos domésticos, remover o lixo)? <i>Não inclui preparar refeições, fazer compras, cuidar de plantas e animais e fazer consertos.</i>
	d660. ____	Ajudar os outros	Atualmente você tem dificuldade para ajudar as pessoas, da sua família ou não, em atividades do dia-a-dia (de forma não remunerada)?
Trabalho remunerado	d850. ____	Trabalho remunerado	Atualmente você tem dificuldade para participar em algum aspecto do seu trabalho remunerado? <i>Inclui procurar e conseguir emprego, realizar tarefas decorrentes do trabalho – sozinho ou em grupo, chegar pontualmente, supervisionar ou ser supervisionado.</i>

Breve descrição funcional							
Qualificadores							
Valores EVA	0	1 2	3 4	5 6 7 8 9	10	Não especificado	Não aplicável
Qualificadores da CIF	0	1	2	3	4	8	9

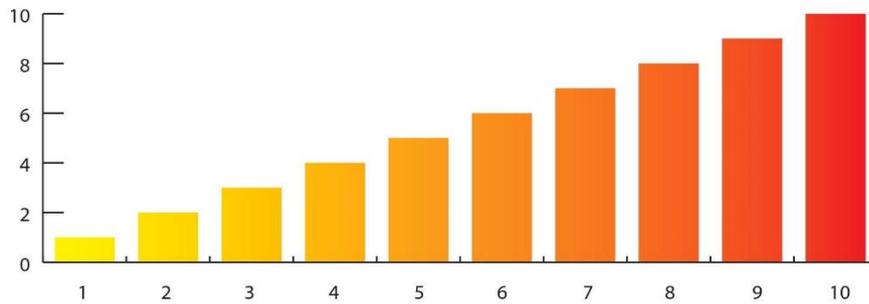
Orientações de preenchimento – entreviste o (a) paciente utilizando as perguntas que se encontram do lado direito quadro a seguir. Caso a resposta seja negativa, preencha com 0 (ZERO) o espaço logo após o código correspondente à pergunta (à esquerda do quadro). Em caso afirmativo, solicite a ele (a) que quantifique a dificuldade apresentada em cada questão, sendo 0 nenhuma deficiência/dificuldade e 10 deficiência/dificuldade completa, utilizando a escala visual analógica anexada a este protocolo.

Em seguida, utilize a tabela anterior para converter o valor apontado pelo (a) paciente em um qualificador da CIF. Utilize esse qualificador para preencher o espaço logo após o código correspondente no quadro com as questões da "Breve descrição funcional".

Ao término da entrevista, repasse os qualificadores para o quadro "Síntese da breve descrição funcional" da primeira página. Preencha todo o espaço correspondente ao qualificador, de forma a criar um gráfico de barras. Caso os qualificadores encontrados sejam 8 (Não especificado) ou 9 (Não aplicável), marque o quadro apenas com um X no local correspondente. Finalize o protocolo completando as informações abaixo do quadro (Resultado do PLRP).

ESCALA VISUAL PARA QUANTIFICAÇÃO DE DIFICULDADE

Por favor, aponte abaixo o número ou palavra que melhor representa seu nível de dificuldade nesta questão:



FORMULÁRIO PARA CÁLCULO DO ESCORE DA BREVE DESCRIÇÃO FUNCIONAL			
Nome do usuário:			
Data de nascimento: ____/____/____		Prontuário:	
Data da entrevista: ____/____/____		Data da entrevista: ____/____/____	
ESCORE DA BREVE DESCRIÇÃO FUNCIONAL (eBDF)		ESCORE DA BREVE DESCRIÇÃO FUNCIONAL (eBDF)	
DOMÍNIOS		DOMÍNIOS	
MOBILIDADE (0-20)	QCIF	MOBILIDADE (0-20)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 0,5		Escore: soma QCIF _____ x 0,5	
b455. Funções de tolerância a exercícios		b455. Funções de tolerância a exercícios	
b710. Funções relacionadas à mobilidade das articulações		b710. Funções relacionadas à mobilidade das articulações	
d450. Andar		d450. Andar	
d410. Mudar a posição básica do corpo		d410. Mudar a posição básica do corpo	
d470. Utilização de transporte		d470. Utilização de transporte	
COMUNICAÇÃO (0-8)	QCIF	COMUNICAÇÃO (0-8)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 1,25		Escore: soma QCIF _____ x 1,25	
d330. Fala		d330. Fala	
d350. Conversação		d350. Conversação	
EUTROFIA (0-8)	QCIF	EUTROFIA (0-8)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 1,25		Escore: soma QCIF _____ x 1,25	
b510. Funções de ingestão		b510. Funções de ingestão	
b530. Funções de manutenção do peso		b530. Funções de manutenção do peso	
AUTO-CUIDADO (0-16)	QCIF	AUTO-CUIDADO (0-16)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 0,625		Escore: soma QCIF _____ x 0,625	
d510. Lavar-se		d510. Lavar-se	
d530. Cuidados relacionados aos processos de excreção		d530. Cuidados relacionados aos processos de excreção	
d540. Vestir-se		d540. Vestir-se	
d570. Cuidar da própria saúde		d570. Cuidar da própria saúde	
DOR E DESCONFORTO (0-4)	QCIF	DOR E DESCONFORTO (0-4)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 2,5		Escore: soma QCIF _____ x 2,5	
b280. Sensação de dor		b280. Sensação de dor	
ATIVIDADE INTERPESSOAL (0-8)	QCIF	ATIVIDADE INTERPESSOAL (0-8)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 1,25		Escore: soma QCIF _____ x 1,25	
d710. Interações interpessoais básicas		d710. Interações interpessoais básicas	
d920. Recreação e lazer		d920. Recreação e lazer	
ENERGIA E SONO (0-8)	QCIF	ENERGIA E SONO (0-8)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 1,25		Escore: soma QCIF _____ x 1,25	
b130. Funções da energia e impulsos		b130. Funções da energia e impulsos	
b134. Funções da sono		b134. Funções da sono	
AFETO (0-12)	QCIF	AFETO (0-12)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 0,833		Escore: soma QCIF _____ x 0,833	
b152. Funções emocionais		b152. Funções emocionais	
d240. Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas		d240. Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas	
d770. Relações íntimas		d770. Relações íntimas	
TAREFAS E DEMANDAS GERAIS (0-12)	QCIF	TAREFAS E DEMANDAS GERAIS (0-12)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 0,833		Escore: soma QCIF _____ x 0,833	
b152. Realização das tarefas domésticas		b152. Realização das tarefas domésticas	
d660. Ajudar os outros		d660. Ajudar os outros	
d640. Realizar a rotina diária		d640. Realizar a rotina diária	
TRABALHO REMUNERADO (0-4)	QCIF	TRABALHO REMUNERADO (0-4)	QCIF
Escore: soma QCIF _____ x 2,25		Escore: soma QCIF _____ x 2,25	
d850. Trabalho remunerado		d850. Trabalho remunerado	
ESCORE DA BDF (0-100)	QCIF	ESCORE DA BDF (0-100)	QCIF
soma dos 10 domínios		soma dos 10 domínios	

ANEXO B

INVENTÁRIO DE FATORES AMBIENTAIS DO HOSPITAL CRAIG

(para informações contate charrison-felix@craighospital.org ou dmellick@craighospital.org)

Ser um membro ativo, produtivo da sociedade inclui participar em coisas tais como trabalhar, ir à escola, cuidar da sua casa, e estar envolvido com a família e amigos em atividades sociais, recreativas e cívicas na comunidade. Muitos fatores podem auxiliar ou melhorar a participação de uma pessoa nessas atividades enquanto outros fatores podem agir como barreiras e limitar a participação. Antes de tudo, na sua opinião, você tem tido as mesmas oportunidades que outras pessoas de participar e tirar proveito de:

Educação _____sim _____não

Emprego _____sim _____não

Recreação/lazer _____sim _____não

Primeiro, por favor, diga-me com que frequência cada um dos seguintes itens tem sido uma barreira para sua participação nas atividades que são importantes para você. Pense no último ano, e diga-me se cada item na lista abaixo tem sido um problema **diário**, **semanal**, **mensal**, **menos do que mensal**, ou **nunca**. Se o item ocorre, responda à questão quanto ao tamanho do problema que ele representa para sua participação nas atividades importantes para você.

(Observação: se a questão se refere a **escola** ou **trabalho** especificamente e você não trabalha nem frequenta escola, marque não se aplica).

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Menos do que mensalmente	Nunca	Não se aplica	Problema grande	Problema Pequeno
1. Nos últimos 12 meses, com que frequência a disponibilidade de transporte tem sido um problema para você? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nos últimos 12 meses, com que frequência a estrutura física da sua casa dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nos últimos 12 meses, com que frequência a estrutura física de prédios e lugares que você frequenta na escola ou trabalho dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

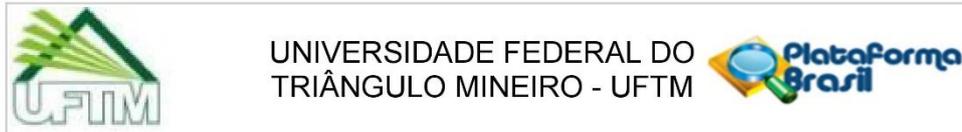
	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Menos do que mensalmente	Nunca	Não se aplica	Problema grande	Problema pequeno
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência a estrutura física de prédios e lugares que você frequenta na sua comunidade dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência o ambiente natural - temperatura, terreno, clima - dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência outros aspectos do ambiente ao seu redor - iluminação, barulho, multidão - dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência as informações que você queria ou precisava não estiveram disponíveis de maneira que você pudesse usar ou entender? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência a disponibilidade de educação e treinamento que você necessitou têm sido um problema? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nos últimos 12 meses, com que frequência a disponibilidade de serviços de saúde e cuidados médicos têm sido um problema? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de equipamentos pessoais ou dispositivos especiais adaptados têm sido um problema para você? (Ex: aparelhos auditivos, óculos, cadeiras de rodas, ...) Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de tecnologia de informática tem sido um problema? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Menos do que mensalmente	Nunca	Não se aplica	Problema grande	Problema Pequeno
12. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou da ajuda de alguém na sua casa e não obteve essa ajuda facilmente? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou da ajuda de outra pessoa na escola ou trabalho e não obteve essa ajuda facilmente? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou da ajuda de alguém na sua comunidade e não obteve essa ajuda facilmente? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nos últimos 12 meses, com que frequência as atitudes das pessoas em relação a você têm sido um problema em casa? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Nos últimos 12 meses, com que frequência as atitudes das pessoas em relação a você têm sido um problema na escola ou no trabalho? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Nos últimos 12 meses, com que frequência as atitudes das pessoas em relação a você têm sido um problema na comunidade? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de suporte e encorajamento das pessoas na sua casa têm sido um problema? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de suporte e encorajamento das pessoas na escola ou no trabalho têm sido um problema? Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de suporte e encorajamento das pessoas na sua comunidade têm sido um problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Menos do que mensalmente	Nunca	Não se aplica	Problema grande	Problema Pequeno
Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?								
21. Nos últimos 12 meses, com que frequência você vivenciou preconceito ou discriminação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de programas e serviços na comunidade têm sido um problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Nos últimos 12 meses, com que frequência as políticas e regras de empresas e serviços causaram problemas para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Nos últimos 12 meses, com que frequência programas e políticas de educação e emprego dificultaram você fazer o que queria ou precisava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Nos últimos 12 meses, com que frequência programas e políticas governamentais dificultaram você fazer o que queria ou precisava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Quando esse problema ocorre, tem sido um grande ou pequeno problema?							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO C

APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEMANDAS FUNCIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG: LINHAS PARA DIAGNÓSTICO A PARTIR DO ACOLHIMENTO, ANÁLISE GEO-REFERENCIADA DO TERRITÓRIO E (RE)ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO.

Pesquisador: Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80359917.9.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.483.401

Apresentação do Projeto:

Segundo as pesquisadoras, "Ao longo dos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo aprimorado e por meio de políticas e diretrizes tem consolidado a prestação de serviços de saúde no país. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um marco legal norteador das ações em saúde no Brasil e estabelece que a atenção básica deva ser a porta de acesso do usuário aos serviços da rede; suas unidades devem estar localizadas próximas aos domicílios dos usuários garantindo acesso totalitário e de qualidade; orientadas pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012a). A atenção básica se constitui por inúmeras ações de saúde, tanto na esfera individual quanto coletiva, tais como a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. No cenário nacional tem sido debatida a necessidade de reconstrução dos serviços de saúde em direção a uma prática centrada no indivíduo e na produção do cuidado em saúde (MITRE et al., 2011). Neste sentido, nos últimos anos duas normativas foram instituídas no cenário nacional para potencializar a atuação e abrangência do SUS. A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, estabelece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde ampliando as ações em saúde

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadia	
UF: MG Município: UBERABA	
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.483.401

voltadas às pessoas com deficiência e assegurando a esta população acesso e direito aos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2012b). Esta portaria determina que as ações voltadas às pessoas com deficiências deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, com enfoque funcional e integral, respeitando as especificidades de cada caso, e observando os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços (CAMPOS et al., 2015). (...) O acolhimento é uma das estratégias da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008), usado como importante ferramenta para estruturação da atenção em saúde. Este se constitui em uma mudança de postura no momento da recepção do usuário aos serviços de saúde, priorizando acolher, promover escuta ativa e responder de maneira direcionada às necessidades dos usuários. O acolhimento visa, além de ampliar o acesso, possibilitar mudanças no processo de trabalho em saúde ao transformar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários/comunidades para a construção de vínculos, coresponsabilização e resolubilidade (MITRE et al, 2011). Neste sentido, o acolhimento possibilita um ambiente favorável ao vínculo de responsabilização do indivíduo e dos profissionais (DAMASCENO et al., 2012).

O acolhimento permite que ocorra um processo de expansão da clínica e fortaleça a atuação do usuário como promotor de sua saúde, favorecendo a integralidade, interdisciplinariedade e intersetorialidade (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013). Este momento potencializa o processo de cuidado, que busca resolutividade frente à demanda e favorece o acesso aos serviços de saúde, sendo necessário articulação da rede de saúde para que haja a assistência integral às necessidades dos usuários (LOPES et al., 2014). Quando bem estruturado, o acolhimento permite que as demandas dos usuários sejam direcionadas e os serviços estabeleçam comunicação, alcançando metas dos programas (CARDOSO et al., 2009). É no momento do acolhimento, a partir das demandas e necessidades de cada usuário, que deverão ser tomadas as decisões sobre o fluxo de atendimento do usuário, como com quais profissionais e em qual nível de atenção será iniciado o seu cuidado (SOUZA et al., 2016b). Dessa maneira, o acolhimento é fundamental para a atenção básica em saúde, permitindo que o usuário seja atendido em amplitude numa escala multiprofissional e setorial (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015)" As perguntas de pesquisa são:

- "1- Qual o perfil sócio demográfico dos usuários que buscam pela atenção básica em Uberaba/MG?
- 2- Quais são as demandas funcionais dos usuários que buscam pela atenção básica em Uberaba/MG?
- 3- Quais são as necessidades de profissionais e/ou de serviços dos usuários acolhidos na

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadia	
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.483.401

atenção básica em saúde?

- 4- O PLPR é um instrumento que permite mensurar as demandas funcionais dos usuários?
- 5- O PLPR permite identificar os profissionais e/ou de serviços necessários de serem ofertados pela rede pública de saúde de Uberaba/MG?
- 6- Quais são os principais fatores contextuais (ambientais e pessoais) presentes no dia a dia dos usuários da atenção básica em Uberaba/MG?
- 7- Os fatores ambientais e pessoais interferem no grau de demanda funcional identificada nos usuários acolhidos na atenção básica em saúde?
- 8- Existe diferença nas demandas funcionais e nos fatores ambientais dos usuários acolhidos na atenção básica em saúde em relação ao seu território de origem e/ou residência?"

Objetivo da Pesquisa:

Constam:

- "1- Analisar as demandas funcionais e fatores associados dos usuários durante acolhimento na atenção básica;
- 2- Caracterizar a amostra dos usuários dos serviços de saúde da rede pública de Uberaba/MG;
- 3- Identificar e quantificar as demandas funcionais dos usuários durante acolhimento na atenção básica;
- 4- Identificar, descrever e mensurar os serviços e profissionais necessários para responder às demandas funcionais identificadas nos usuários da atenção básica;
- 5- Avaliar a frequência e magnitude de barreiras ambientais presentes no cotidiano dos usuários;
- 6- Caracterizar e identificar diferenças a distribuição geográfica da demanda funcional;
- 7- Analisar a influência das características sócio demográficas e ambientais na demanda funcional".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras, "As questões contidas nos protocolos de avaliação são simples e não induzem constrangimento para o participante. O participante não será pressionado a responder as perguntas, evitando, assim, possíveis comprometimentos psicológicos. É previsto em todos os instrumentos desta pesquisa a possibilidade de não responder uma ou mais questões sem comprometer os resultados. Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer risco à vida do participante, de forma que para a obtenção de resultados não será preciso realizar condutas invasivas. O único risco identificado nas etapas da pesquisa é da perda de confidencialidade e os pesquisadores garantem

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadia	
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.483.401

que as informações serão mantidas em sigilo. Para garantir que as informações desse estudo sejam confidenciais, o participante receberá um número de identificação ao entrar no estudo e seu nome não será revelado em nenhuma situação. Para segurança das informações oferecidas e confidencialidade, todos os protocolos serão arquivados em um armário próprio da pesquisa sob responsabilidade da pesquisadora responsável por este projeto.

Espera-se demonstrar a necessidade de sistematizar a coleta de informações funcionais no momento do acolhimento aos usuários dos serviços da Atenção Básica; que o PLPR seja adequado para descrever funcionalmente os usuários, apontar o local mais apropriado para início dos atendimentos e indique os profissionais que devem estar envolvidos no cuidado. Diante disto, será possível entender as características da demanda local, ampliando a rede e aprimorando a oferta e acesso aos serviços. O alcance dos objetivos permitirá ainda, identificar os fatores ambientais que influenciam a funcionalidade dos indivíduos, permitindo o desenvolvimento de propostas e serviços direcionados para aspectos mais amplos relacionados à saúde da população".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância temática ao analisar as demandas funcionais e fatores associados dos usuários durante acolhimento na atenção básica à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- Folha de rosto
- Projeto detalhado, conforme o protocolo do CEP/UFTM
- Autorização do(s) local(is) de coleta de dados
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE
- Instrumento(s) de coleta de dados
- Grupo de pesquisadores vinculado ao projeto na Plataforma Brasil

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e Norma Operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	CEP: 38.025-100
Bairro: Nossa Sra. Abadia	
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.483.401

envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 02/02/2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1035793.pdf	26/11/2017 23:56:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	formulario_cep_demandas_funcionais_na_atencao_primaria.docx	26/11/2017 23:56:13	Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo_e_termo_de_consentimento_livre_esclarecido.docx	26/11/2017 23:55:58	Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra	Aceito
Outros	anexo_d_autorizacao_gep.pdf	22/11/2017 20:54:18	Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra	Aceito
Outros	anexo_c_autorizacao_cais.pdf	22/11/2017 20:53:36	Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra	Aceito
Outros	anexo_b_chief.pdf	22/11/2017 20:52:38	Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra	Aceito
Outros	anexo_a_plpr.pdf	22/11/2017 20:52:08	Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_demandas.pdf	19/11/2017 12:52:01	Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 **E-mail:** cep@uftm.edu.br

