

# Análise de demandas a partir de uma avaliação funcional de trabalhadores atendidos na atenção primária à saúde

Health needs analysis based on the functional assessment of workers seen in primary care

Fabiana Caetano Martins **Silva-e-Dutra**<sup>1,2,3,4</sup> , Joyce Lorena Maia **Barcelos**<sup>2,3</sup>,  
Edinara **Kososki**<sup>2,3</sup>, Alessandra **Cavalcanti**<sup>1,4</sup>

**RESUMO | Introdução:** O adoecimento do trabalhador e a configuração da rede de cuidados à sua saúde têm sido apontados como desafios para a saúde pública no Brasil. **Objetivos:** Avaliar fatores associados às demandas funcionais, nos componentes atividade e participação, de trabalhadores atendidos na atenção primária. **Métodos:** Estudo transversal com 111 trabalhadores avaliados por questionário sociodemográfico, ocupacional e de saúde e pelo World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Empregou-se análise descritiva, teste *U* de Mann-Whitney e correlação de Spearman. **Resultados:** A maioria dos trabalhadores era do sexo feminino (63,1%), com idade média de 36,54 anos, solteiros (48,6%), com ensino médio completo (33,3%) e sedentários (68,5%). Mais de 70% autoavaliaram a saúde como “muito boa/boa”, estavam ativos no trabalho e relataram dificuldade em pelo menos um item do World Health Organization Disability Assessment Schedule. Atividades domésticas, trabalho, manter-se de pé, aprender novas tarefas e lidar com desconhecidos foram itens avaliados com incapacidade leve/moderada. Caminhar grandes distâncias, sentir-se emocionalmente afetado e engajamento em atividades comunitárias apresentaram dificuldade grave/extrema. As demandas funcionais foram associadas com escolaridade ( $p=0,009$ ), situação no trabalho ( $p=0,000$ ) e autoavaliação de saúde ( $p=0,000$ ). Os resultados indicam que trabalhadores com menor escolaridade, afastados do trabalho e com pior autopercepção de saúde apresentam mais incapacidade. **Conclusões:** Os resultados identificaram demandas funcionais em trabalhadores e indicam a necessidade de direcionar ações interdisciplinares para diminuir limitações em atividades e restrições na participação da população trabalhadora atendida na atenção primária.

**Palavras-chave |** classificação internacional de funcionalidade; incapacidade e saúde; saúde do trabalhador; atenção primária à saúde; avaliação em saúde.

**ABSTRACT | Introduction:** Illness in workers and the configuration of health care services for this population constitute a major public health challenge in Brazil. **Objectives:** To evaluate factors associated with the activities and participation components of functioning in workers seen in primary care. **Methods:** This was a cross-sectional study of 111 workers who completed a sociodemographic, occupational, and health questionnaire, as well as the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Results were analyzed using descriptive methods, the Mann-Whitney *U* test, and Spearman correlation coefficients. **Results:** Most workers were women (63.1%), with a mean age of 36.54 years, single (48.6%), with secondary education (33.3%), and a sedentary lifestyle (68.5%). Over 70% rated their health as “very good/good,” were actively employed, and reported difficulties on at least one item of the World Health Organization Disability Assessment Schedule. Carrying out household activities, working, standing up, learning new tasks, and dealing with strangers were the items most frequently associated with mild/moderate disability. Walking for long distances, feeling emotionally affected, and engaging in community activities were the items for which the most severe/extreme difficulties were reported. Functioning was associated with education ( $p=0.009$ ), occupational status ( $p=0.000$ ), and perceived health ( $p=0.000$ ). The results indicated that less-educated individuals who were not actively working and had poor perceived health had the highest levels of disability. **Conclusions:** Our results identified several functional difficulties in the working population. Interdisciplinary strategies are needed to address the activity limitations and restrictions to participation in workers seen in primary care.

**Keywords |** international classification of functioning; disability and health; occupational health; primary health care; health assessment.

<sup>1</sup> Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Participação Social e Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>4</sup> Curso de Mestrado em Estudos da Ocupação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflitos de interesse: Não

**Como citar:** Silva-e-Dutra FCM, Barcelos JLM, Kososki E, Cavalcanti A. Health needs analysis based on the functional assessment of workers seen in primary care. Rev Bras Med Trab. 2021;19(2):122-131. <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2020-564>

## INTRODUÇÃO

O adoecimento da população trabalhadora configura-se como um desafio para a saúde pública no Brasil. A prevalência crescente de doenças ocupacionais<sup>1</sup>, o alto custo da terapêutica, a abrangência de setores da economia impactados pelo número elevado de afastamentos do trabalho por incapacidade temporária ou permanente são fatores que agravam o problema<sup>2</sup>. Em 2017, o Brasil registrou 549.405 acidentes de trabalho, sendo 61,9 % acidentes típicos, 18,3% de trajeto e 1,7% doenças relacionadas ao trabalho<sup>3</sup>. Na análise da relação entre trabalho e saúde, trabalhadores informais e desempregados possuem indicadores de saúde ainda menos favoráveis, com maior dificuldade de acesso e menor procura e uso dos serviços de saúde<sup>4</sup>. Além das doenças e lesões relacionadas ao trabalho, o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas também aumentam a busca do trabalhador por cuidados com a sua saúde<sup>4</sup>.

Diante da crescente demanda e da complexidade dos problemas desse segmento populacional, a consolidação e o fortalecimento de uma rede de cuidados à saúde do trabalhador são imprescindíveis. Atualmente, o Brasil fundamenta as ações da saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), integrando uma rede de serviços de assistência, vigilância e desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador<sup>5</sup>. No âmbito da atenção primária à saúde (APS), os serviços voltados para a população trabalhadora devem envolver ações de vigilância à saúde; atendimentos ambulatoriais; e atividades de educação em saúde, diagnóstico, tratamento e coleta sistemática da história ocupacional para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho<sup>6</sup>. Nesse contexto, os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) devem elaborar o mapa das atividades produtivas do território, identificar e cadastrar trabalhadores, avaliar condições e ambientes de trabalho e auxiliar na busca ativa de casos de doenças relacionadas ao trabalho<sup>6</sup>.

Aliada a essas ações, a inserção já na APS de uma avaliação funcional relacionada com as necessidades dos trabalhadores poderia potencializar a identificação de

demandas específicas, direcionar o tratamento e auxiliar no planejamento das ações em saúde do trabalhador e no fluxo desse usuário nos diferentes dispositivos da rede<sup>7</sup>. A partir dessa proposta, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pode ser utilizada para a construção de indicadores de saúde referentes à funcionalidade dos trabalhadores atendidos na APS<sup>7,8</sup>. A aplicação do modelo da CIF na organização do serviço de saúde poderá auxiliar o atendimento multidisciplinar e o fluxo terapêutico<sup>8</sup>. Além disso, seu uso e implementação nos serviços de APS possibilita o desenvolvimento de intervenções preventivas centradas nos usuários<sup>9</sup>.

Nesse contexto, a partir do modelo da CIF, este estudo avaliou demandas funcionais, nos componentes atividade e participação, de trabalhadores atendidos na APS e associou as demandas funcionais com fatores sociodemográficos, ocupacionais e de hábitos de vida.

## MÉTODOS

Estudo observacional, de corte transversal, desenvolvido como parte integrante do projeto “Perfil de saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores atendidos pelo Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs): uma experiência do Triângulo Mineiro”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) (parecer nº 2394/2012). Foram avaliados trabalhadores em acompanhamento na rede da APS de um município do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da coleta de dados, e aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), respeitando os preceitos de pesquisas com seres humanos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>10</sup>.

A amostra foi composta por 111 trabalhadores atendidos na APS, selecionados por conveniência. O cálculo amostral ponderou um nível de confiança de 95%, o erro máximo de três pontos e o desvio padrão (DP) médio de 15,5 pontos, totalizando uma amostra mínima de 103 indivíduos. Como critérios de inclusão, foram considerados adultos de ambos os sexos; com idade de 18 a

60 anos; trabalhadores, independentemente da situação no mercado de trabalho (ativo, afastado ou desempregado) e do tipo de contrato (formal ou informal); e que estivessem em acompanhamento em uma das unidades básicas de saúde do município. Foram excluídos os usuários que não possuíam disponibilidade para participar; que apresentaram condições que impediavam a compreensão ou fidedignidade das respostas; e que nunca desenvolveram atividades de trabalho segundo autorrelato.

A coleta dos dados ocorreu no período de março a outubro de 2014 nas unidades da APS do município, o qual se encontra dividido em três distritos sanitários (I, II, III) e possui 28 Unidades de Saúde distribuídas entre os distritos, além de nove Unidades Matriciais de Saúde, 51 Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família (ESF), sete unidades de apoio e seis NASF-AB<sup>11</sup>. Esta pesquisa foi realizada em nove unidades de saúde (Básicas e de Família), selecionadas aleatoriamente, respeitando o mínimo de três unidades por distrito sanitário.

A avaliação compreendeu a coleta de informações sociodemográficas, ocupacionais e de saúde por meio de um questionário desenvolvido especificamente para este estudo. As informações sociodemográficas englobaram sexo, idade, estado civil, número de filhos e escolaridade. Dados sobre ocupação, renda e atual situação de trabalho compreendiam as informações ocupacionais. As informações de saúde englobavam hábitos de vida como prática de atividade física regular, hábito de fumar, ingestão de bebida alcoólica e autopercepção de saúde. Atividade física regular foi definida como a prática de exercícios físicos moderados com duração de, pelo menos, 150 minutos semanais (cerca de 20 minutos por dia) ou a prática de exercícios físicos intensos por, no mínimo, 75 minutos semanais (cerca de 10 minutos por dia)<sup>12</sup>. Considerou-se tabagista o participante que relatou ser fumante no momento da entrevista, independentemente da regularidade ou da quantidade de cigarros consumidos. A ingestão de 60 gramas ou mais de álcool (cerca de cinco doses ou mais) em pelo menos uma ocasião no último mês caracterizou uso/abuso de bebidas alcoólicas<sup>13</sup>. A autoavaliação de saúde foi mensurada pela questão “Como você avaliaria sua saúde geral nos últimos 30 dias?”. Utilizou-se como opção de resposta uma escala do tipo Likert de cinco pontos com categorias variando de muito boa a muito ruim.

A demanda funcional foi mensurada pela versão curta do Instrumento de Avaliação de Incapacidade II (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*, WHODAS 2.0), traduzido e adaptado para o Brasil<sup>14</sup>. Esse instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>15</sup> e é compatível com o arcabouço conceitual da CIF. A versão curta do WHODAS 2.0 possui 12 itens e examina como as pessoas realizam suas atividades (incluindo o uso de dispositivo ou a ajuda de alguém). As dificuldades na realização dos itens nos últimos 30 dias são avaliadas em uma escala ordinal de cinco pontos, na qual 0 significa nenhuma dificuldade e 5 indica que o indivíduo não consegue realizar o item<sup>14</sup>. As dificuldades avaliadas consideram esforço, incômodo ou dor, lentidão e/ou as mudanças na maneira que a pessoa realiza a atividade. O escore total da versão curta do WHODAS 2.0 varia de 0 a 100 pontos e, quanto mais elevada for a pontuação, maior é o grau de incapacidade<sup>14</sup>.

Os dados coletados foram analisados utilizando o software SPSS (IBM<sup>®</sup>), versão 20.0. A análise descritiva das variáveis foi realizada por frequência absoluta e porcentagem para as variáveis categóricas e por média e DP para as variáveis contínuas. Especificamente para esta pesquisa, as opções de resposta da percepção de saúde foram dicotomizadas em duas categorias: “muito boa e boa” e “regular, ruim e muito ruim”. Para associação das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde com a avaliação funcional, foram utilizados o teste *U* de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Spearman. Em todos os testes, ponderou-se um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

A maioria dos trabalhadores avaliados era do sexo feminino (63,1%), e a média da idade foi de 36,54 anos (DP = 13,40). Menos da metade (48,6%) informou ser solteiro, e 33,3% declararam ter ensino médio completo. Os principais fatores de risco relatados foram sedentarismo (51,4%) e hábito de fumar (40,5%). Em relação à autoavaliação da saúde, 76,5% consideraram a sua saúde como “muito boa/boa” e 23,5% consideraram a saúde “regular/ruim”. A renda média dos trabalhadores foi de R\$ 2.845,14 (DP = R\$ 2.195,54). A maioria (69,4%) estava ativa no trabalho, enquanto 30,6% encontravam-se

afastados. Entre os ativos, o tempo médio de trabalho na atual ocupação foi de 4,4 anos (DP = 6,4) ou 52,8 meses. Por outro lado, entre os afastados, o tempo médio fora do mercado de trabalho foi de 9,5 meses (DP = 19,18). A Tabela 1 apresenta as informações sociodemográficas, ocupacionais e de saúde de forma detalhada.

O escore da avaliação funcional, medido pela versão curta do WHODAS 2.0, variou de 12 a 39 pontos, com média de 16,53 pontos (DP=5,56) (escala de 0 a 100). Entre os trabalhadores avaliados, 77,5% relataram dificuldade em pelo menos um item mensurado pelo WHODAS 2.0. Os itens atividade e participação com incapacidade leve a moderada foram estar emocionalmente alterado (27,9%), participar de atividades de recreação e lazer na comunidade (26,1%), realizar atividades domésticas/de cuidado com a casa (26,1%) e de trabalho (25,2%), manter-se de pé por meia hora (24,8%), aprender novas tarefas e lidar com desconhecidos (23,4% respectivamente). Entre os trabalhadores avaliados com dificuldade grave ou extrema (não consegue fazer), caminhar um quilômetro foi o item mais frequentemente citado (9,9%), seguido por estar emocionalmente afetado (7,4%) e participar de atividades de recreação e lazer na comunidade (5,4%) (Tabela 2).

A limitação na realização das atividades e as restrições na participação foram comparadas com as variáveis sociodemográficas (Tabelas 3 e 4). Incapacidade funcional mostrou diferença significativa para a variável escolaridade, indicando que trabalhadores com maior escolaridade apresentaram menos incapacidade ( $p=0,009$ ). As variáveis idade ( $p=0,066$ ), renda ( $p=0,355$ ), sexo ( $p=0,150$ ) e estado civil ( $p=0,988$ ) não apresentaram associação estatística significativa com a variável incapacidade funcional.

No que se refere aos hábitos de vida, não houve diferença da incapacidade funcional para os fatores de risco ingestão de bebida alcoólica ( $p=0,262$ ), tabagismo ( $p=0,585$ ) e sedentarismo ( $p=0,850$ ) (Tabela 4). Quando comparada a incapacidade funcional entre os grupos de autoavaliação de saúde, houve diferença estatística ( $p=0,000$ ) indicando que os participantes com melhor percepção de saúde apresentavam menos incapacidade. A situação de trabalho (ativo ou inativo) foi estatisticamente significativa, ou seja, os trabalhadores que estavam fora do mercado de trabalho (afastados, aposentados ou desempregados) apresentaram mais incapacidade ( $p=0,000$ ) (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico encontrado foi similar ao de outras investigações que avaliaram a população de trabalhadores usuários de serviços públicos de saúde, com predominância de adultos jovens e mulheres<sup>16</sup>. Os resultados descrevem demandas funcionais apresentadas pelos usuários pouco avaliadas em serviços da APS e apontaram uma associação entre incapacidade, escolaridade, percepção de saúde e situação relacionada ao trabalho.

Trabalhadores com baixa escolaridade apresentaram mais demandas funcionais do que trabalhadores com mais anos de estudo. A escolaridade é um preditor de demanda funcional encontrado em outros estudos<sup>17,18</sup>. Os anos de estudo possibilitam, ao indivíduo, acesso qualificado a informação, serviços de saúde, infraestrutura e apoio social, potencializando comportamentos e ações mais saudáveis<sup>18</sup>. Assim, quando os preditores de incapacidade são analisados, a baixa escolaridade é descrita como fator de risco associado com o aumento de limitações e restrições<sup>17,18</sup>. Esse é um desafio para a realidade brasileira, em que 7% da população com 15 anos ou mais é considerada analfabeta e apenas 27% possuem oito anos ou mais de estudo<sup>19</sup>.

O trabalho é um elemento que influencia o indivíduo e a sua saúde de forma global, abrangendo aspectos físicos, psicossociais e emocionais<sup>20</sup>. Os participantes ativos no trabalho apresentaram escores de incapacidade funcional melhores quando comparados àqueles afastados da atividade laboral. O tempo de afastamento apresentou o mesmo comportamento, indicando que trabalhadores afastados por mais tempo são os que apresentam mais demandas funcionais. As mudanças atuais na legislação trabalhista e no quadro socioeconômico brasileiro criam necessidades específicas no cuidado à saúde do trabalhador<sup>21</sup>. As dificuldades associadas ao afastamento e ao tempo fora do trabalho são reportadas em outros estudos<sup>22,23</sup>. Além do impacto do afastamento na funcionalidade, o afastamento das atividades laborais tem efeito negativo na qualidade de vida e na saúde desses trabalhadores em comparação aos trabalhadores ativos<sup>22,24</sup>.

Nesse sentido, o trabalho é um importante determinante do estado das saúdes física e mental da

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores atendidos pela rede pública de saúde (n=111), Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Feminino	70	63,1
Masculino	41	36,9
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	7	6,3
Ensino fundamental completo	10	9,0
Ensino médio incompleto	4	3,6
Ensino médio completo	37	33,3
Ensino superior incompleto	28	25,2
Ensino superior completo	18	16,2
Pós-graduação	7	6,3
Escolaridade agrupada (anos)		
Até 8	17	15,3
Mais de 8	94	84,7
Estado civil		
Solteiro	54	48,6
Casado	46	41,4
Separado/ divorciado	10	9,0
Viúvo	1	0,9
Renda (salários-mínimos)		
Até 1	6	5,4
De 1 a 2	28	25,2
De 2 a 3	21	18,9
De 3 a 4	11	9,9
De 4 a 5	12	10,8
Acima de 5	33	29,7
Situação atual de trabalho		
Ativo	77	69,4
Afastado	34	30,6
Tabagismo		
Sim	45	40,5
Não	66	59,5
Sedentarismo		
Sim	76	68,5
Não	35	31,5
Etilismo		
Sim	14	12,6
Não	97	87,4
Percepção de saúde		
Muito boa/boa	85	76,6
Moderada/ruim/muito ruim	26	23,4

população adulta. Manter-se ativo no trabalho permite, ao trabalhador, construir sua saúde, desenvolver habilidades, expressar emoções, reafirmar sua autoestima, se relacionar com o outro, desenvolver sua personalidade e construir sua história e identidade social<sup>20</sup>. É necessário que o cuidado voltado à saúde da população adulta considere informações sobre o trabalho e seja desenvolvido o mais próximo dos domicílios e lugares em que as pessoas trabalham<sup>21</sup>. Assim, o afastamento do trabalhador é uma situação importante a ser analisada frente a estratégias de prevenção e promoção de saúde, principalmente ao considerar a dimensão econômica para a sociedade<sup>1,2</sup>. Trabalhadores afastados

das atividades laborais apresentaram maior risco de ficar acamados e maior frequência de doenças crônicas do que trabalhadores ativos<sup>25</sup>. Esses dados reforçam a relevância de ações e propostas de assistência ao trabalhador na APS voltadas à melhoria da funcionalidade nas atividades laborais.

Os resultados indicaram associação entre pior percepção de saúde e incapacidade funcional. Os participantes que avaliaram sua saúde como “regular/ruim” foram os que apresentaram mais limitações nas atividades e restrições em sua participação. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 66,1% dos brasileiros autoavaliam sua

**Tabela 2.** Distribuição das atividades com incapacidade funcional relatadas pelos trabalhadores atendidos pela rede pública de saúde (n = 111), Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil, 2018

Atividades realizadas	Nenhuma dificuldade n (%)	Dificuldade leve a moderada n (%)	Dificuldade grave ou extrema n (%)
Ficar de pé por até 30 minutos?	79 (71,2)	27 (24,3)	5 (4,5)
Cuidar das responsabilidades do lar?	78 (70,3)	29 (26,1)	4 (3,6)
Aprender uma nova tarefa, como chegar a um lugar novo?	84 (75,7)	26 (23,4)	1 (0,9)
Se engajar (participar) em atividades da comunidade (por exemplo, festividades, atividades religiosas etc.) da mesma forma que outras pessoas conseguem?	76 (68,5)	29 (26,1)	6 (5,4)
Você foi emocionalmente afetado por seus problemas de saúde?	72 (64,9)	31 (27,9)	8 (7,4)
Concentrar-se por 10 minutos em alguma atividade?	89 (80,2)	20 (18,0)	2 (1,8)
Caminhar uma grande distância, tal como 1km (cerca de 10 quadras)?	82 (73,9)	18 (16,2)	11 (9,9)
Lavar seu corpo todo?	106 (95,5)	4 (3,6)	1 (0,9)
Vestir-se?	101 (91,0)	10 (9,0)	-
Lidar com pessoas que você não conhece?	83 (74,8)	26 (23,4)	2 (1,8)
Manter uma amizade?	91 (82,0)	19 (17,1)	1 (0,9)
Realizar seu trabalho no dia a dia?	80 (72,1)	28 (25,2)	3 (2,7)

**Tabela 3.** Correlação entre incapacidade funcional e as variáveis idade, renda e tempo de afastamento (n = 111), Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Incapacidade funcional	
	r	p-valor
Idade	0,175	0,066
Renda	-0,089	0,355
Tempo na ocupação	0,096	0,317
Tempo de afastamento	0,456	0,000*

\* Correlação significativa usando o coeficiente de correlação de Spearman, para 0,01.

saúde como boa ou muito boa e 33,9% da população geral consideram sua saúde ruim<sup>26</sup>. A autoavaliação do estado de saúde é um indicador que consiste na percepção que os indivíduos possuem da sua própria saúde. Está relacionada a aspectos biológicos, como a presença ou não de doenças diagnosticadas, mas também contém elementos originados culturalmente por crenças, como ideias de comportamentos de risco, prevenção de doenças e bem-estar<sup>26</sup>. Na literatura, o alto percentual de avaliação negativa de saúde associa-se ao afastamento do trabalho ou desemprego, comportamentos de risco e presença de doenças crônicas<sup>24,25</sup>. Assim, a autoavaliação da saúde se mostra como um importante aspecto associado à funcionalidade da população trabalhadora atendida na APS.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que avaliou a funcionalidade em usuários da APS, indicando que quanto pior for a saúde física ou emocional autorrelatada, mais dificuldades e problemas funcionais foram identificados<sup>7</sup>. Outro estudo que analisou o modelo da CIF e sua relação com a percepção de saúde, concluiu que a percepção de saúde é um melhor preditor de funcionalidade do que apenas o diagnóstico clínico<sup>27</sup>. Apesar da natureza subjetiva, a autoavaliação do estado de saúde tem sido utilizada pela sua facilidade de aplicação e validade como preditor de morbidade, uso de serviço de saúde e mortalidade<sup>18</sup>. Assim, obter informações relacionadas à autoavaliação de saúde deve ser estimulada nos serviços públicos de saúde brasileiros, pois pode subsidiar a análise

**Tabela 4.** Comparação entre a incapacidade funcional e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde (n = 111), Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Incapacidade funcional	p-valor	IC95%
	média (DP)		
Sexo			
Feminino	16,92 (5,75)	0,150	(-3,19-1,04)
Masculino	15,85 (5,22)		
Estado civil			
Com companheiro(a)	16,10 (5,35)	0,988	(-1,38-2,82)
Sem companheiro(a)	16,83 (5,72)		
Escolaridade (anos)			
Até 8	20,52 (8,51)	0,009*	(0,26-9,17)
Mais de 8	15,80 (4,54)		
Situação no trabalho			
Ativo	14,79 (3,38)	0,000*	(-8,33--3,01)
Afastado	20,47 (7,36)		
Autopercepção de saúde			
Muito ruim/ruim/média	21,61 (7,61)	0,000*	(-9,79--3,47)
Boa/muito boa	14,97 (3,57)		
Etilismo			
Sim	13,33 (1,15)	0,154	(-9,73-3,16)
Não	16,62 (5,61)		
Atividade física			
Sim	16,05 (4,38)	0,114	(-1,32-2,70)
Não	16,75 (6,04)		
Tabagismo			
Sim	17,06 (6,50)	0,196	(-3,16-1,36)
Não	16,16 (4,83)		

DP = desvio padrão; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

\* Associação significativa usando o teste Mann-Whitney U, para 0,01.

de prognóstico e a formulação de ações preventivas e de acompanhamento de aspectos funcionais e de saúde.

Em relação à demanda funcional, a maioria dos trabalhadores apresentou dificuldade em pelo menos um item dos componentes atividade e participação. Dos 12 itens que compõem a versão curta do WHODAS 2.0, os participantes relataram grau de dificuldade leve a moderado em sete: alterações emocionais, participar de atividades de recreação e lazer na comunidade, realizar atividades domésticas/de cuidado com a casa, atividades de trabalho, manter-se de pé por meia hora, aprender novas tarefas e lidar com desconhecidos. Essas demandas corroboram as informações sobre incapacidade observadas na literatura<sup>17,28</sup>. Em uma pesquisa que também aplicou o WHODAS 2.0 em usuários da APS, mais de 95% dos participantes declararam pelo menos uma dificuldade em itens semelhantes aos encontrados no presente estudo<sup>28</sup>. Um inquérito domiciliar mostrou que as principais limitações funcionais estavam relacionadas à mobilidade, como cansaço, dificuldades para andar e para movimentar os membros superiores; e a aspectos emocionais como depressão e ansiedade<sup>17</sup>. Em outro estudo nacional, usuários com menos de 60 anos referiram mais incapacidade funcional nos domínios de dor e mobilidade, seguidos de trabalho remunerado, eutrofia e tarefas e demandas gerais<sup>7</sup>.

Além das limitações em atividades do cotidiano e restrições na participação social, alterações emocionais foram identificadas em quase 30% dos trabalhadores deste estudo, o que demonstra que outros aspectos da vida, como bem-estar e satisfação, e não apenas a presença de uma doença, interferem na avaliação da incapacidade<sup>18</sup>. Esse resultado mostra que há uma interação entre fatores sociais e psicológicos e a incapacidade, sendo os aspectos emocionais variáveis importantes para explicar as limitações funcionais apresentadas pelos trabalhadores. Portanto, fatores emocionais desempenham um papel significativo no processo de incapacidade e suportam o pressuposto de que a funcionalidade humana é um constructo multifatorial.

A predominância de graus de dificuldade mais baixos nos itens do WHODAS 2.0 sugere que o acompanhamento dos trabalhadores seja realizado, ou iniciado, na APS, que é um espaço potencial para prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade<sup>29</sup>. No entanto, a avaliação da funcionalidade é pouco comum nos serviços de

APS, mesmo refletindo informações sobre a saúde e influenciando no cotidiano dos usuários<sup>30</sup>. Reconhecer essas necessidades a partir das demandas dos usuários pode auxiliar no planejamento das ações a serem implementadas pelos serviços e orientar intervenções centradas no indivíduo. No entanto, a identificação das demandas funcionais é um desafio para as equipes da APS que têm dificuldades na avaliação das necessidades de saúde da população e no desenvolvimento de ações relacionadas com estas demandas<sup>29</sup>.

Nesse sentido, a implantação de avaliações funcionais rápidas e de fácil treinamento na APS, como o WHODAS 2.0, amplia as possibilidades de identificar as áreas da funcionalidade nas quais a população mais demanda cuidado e que são prioritárias de serem abordadas pelos NASF-AB. De forma conjunta, a demanda funcional identificada pelo WHODAS 2.0 sugere que os usuários deveriam ser avaliados e, caso necessário, acompanhados por diferentes profissionais da saúde, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos, sendo a demanda funcional na APS relacionada à atuação desses profissionais<sup>7</sup>. Assim, é importante incorporar profissionais de distintas áreas da saúde nas ações da APS, fornecendo ações que permitam o desenvolvimento de programas e intervenções precoces e multidisciplinares para prevenir e reduzir a incapacidade nessa população.

A saúde do trabalhador na APS ainda é pouco discutida; as ações que ocorrem são pontuais, fragmentadas e não discutem especificamente as necessidades do usuário enquanto trabalhador. É imperativo que ações de promoção, prevenção e educação em saúde sejam direcionadas às necessidades específicas dessa população. Uma proposta para estimular esse cuidado é a inclusão de avaliações funcionais no acolhimento desse usuário na APS e o fortalecimento de ações voltadas especialmente à saúde do trabalhador no SUS<sup>31</sup>. Dessa forma, a inserção de profissionais para compor o NASF-AB de forma multiprofissional e interdisciplinar ampliaria a oferta dos serviços à população de forma direcionada para aspectos mais amplos da saúde, como a funcionalidade.

Algumas limitações deste estudo devem ser ressaltadas, como a impossibilidade de estabelecer causalidade em estudos transversais e a importância do desenvolvimento de estudos longitudinais para acompanhar as mudanças na

funcionalidade da população trabalhadora, principalmente de trabalhadores em processo de envelhecimento. A presença de trabalhadores afastados merece destaque, e sugere-se explorar o processo de incapacidade de forma ponderada entre as diferentes situações em relação ao trabalho. Consequentemente, esses resultados poderiam contribuir para o desenvolvimento de estratégias de tratamento mais específicas para diferentes subgrupos de pacientes. O uso de amostragem por conveniência limita a generalização dos resultados desta pesquisa e pode apresentar viés em termos de caracterização dos trabalhadores. Apesar dessas considerações, observou-se que o perfil da amostra se assemelha ao perfil dos trabalhadores brasileiros atendidos na APS, principalmente em termos de escolarização, idade e sexo.

## CONCLUSÕES

Este estudo avaliou demandas funcionais em atividade e participação de trabalhadores atendidos na APS. As dificuldades relatadas foram alterações emocionais; restrições na recreação; e limitação nas tarefas domésticas, no trabalho, para manter-se de pé, para aprender novas tarefas e para lidar com desconhecidos. Na maioria dos participantes, o grau de dificuldade foi avaliado como leve a moderado. Esses resultados indicam que o início do cuidado e as ações em saúde voltadas para os trabalhadores devem ser priorizados em serviços da APS e devem envolver psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta,

nutricionista e fonoaudiólogo na equipe de saúde. Espera-se que essas informações contribuam para o uso sistematizado de avaliações funcionais, como o WHODAS 2.0, para coletar informações dos usuários, permitindo, assim, a identificação de demandas funcionais relevantes, o levantamento de fatores de risco e a estruturação dos serviços de acordo com o modelo conceitual da CIF.

Menor escolaridade, afastamento do trabalho e pior percepção de saúde foram associadas à maior número de demandas funcionais. Dessa maneira, os serviços de APS devem incorporar dados sociodemográficos e de autoavaliação de saúde em seu planejamento e considerar esses fatores para o desenvolvimento de ações para prevenção de incapacidades entre trabalhadores. Em acréscimo, os resultados deste estudo revelam a necessidade de fortalecimento da equipe multidisciplinar no NASF-AB para resolutividade das demandas da população trabalhadora atendida na APS.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberaba, Brasil, pela autorização para realização da pesquisa; aos pacientes pela participação; e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro concedido.

## REFERÊNCIAS

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-602.
2. Artus M, Campbell P, Mallen CD, Dunn KM, van der Windt DAW. Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(1):e012901.
3. Brasil, Ministério da Fazenda, Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. Anuário estatístico de acidentes do trabalho: AEAT 2017. Brasília: Ministério da Fazenda; 2017 [citado em 20 mar. 2020]. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>
4. Miquilin IOC, Marín-León L, Monteiro MI, Corrêa Filho HR. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cad Saude Publ*. 2013;29(7):1392-406.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2002 [citado em 20 mar. 2020]. Disponível em: [http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria\\_1679\\_12092014.pdf](http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf)
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 20 mar. 2020].

- Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)
7. Souza MAP, Dias JF, Ferreira FR, Mancini MC, Kirkwood RN, Sampaio RF. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(10):3277-286.
  8. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
  9. Ferreira LTD, Castro SS, Buchalla CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(2):469-74.
  10. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: DOU, nº 12, seção 1, p. 59; 2012 [citado em 20 mar. 2020]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
  11. Prefeitura de Uberaba, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Uberaba: Secretaria Municipal de Saúde; 2017 [citado em 20 mar. 2020]. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2017/Plano%20Municipal%20de%20Saude%202018-2021%20aprovado%20pelo%20CMS.pdf>
  12. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010 [cited 2020 Mar. 20]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>
  13. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2014 [cited 2020 Mar. 20]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1)
  14. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2020 Mar. 20]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598\\_eng.pdf;jsessionid=9DCFDA6C7653EF93C33C89A1F6C2DAF6?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf;jsessionid=9DCFDA6C7653EF93C33C89A1F6C2DAF6?sequence=1)
  15. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Camargo RS, Costa ML, Zanardi DM, et al. Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(3):234-40.
  16. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publ*. 2017;51(Suppl. 1):3s.
  17. Friche AAL, César CC, Caiaffa WT. Fatores associados à limitação funcional em Belo Horizonte, MG. *Rev Med Minas Gerais*. 2011;21(4):396-403.
  18. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saude Publ*. 2013;29(4):723-34.
  19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Brasil: panorama. Rio de Janeiro: IBGE [citado em 05 mar. 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>
  20. Tolfo SR, Piccinini V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicol Soc*. 2007;19(spe):38-46.
  21. Mendes JMR, Wunsch DS, Machado FKS, Martins J, Giongo CR. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. *Argum*. 2015;7(2):194-207.
  22. Dutra FCMS, Sousa AA, Vieira PM, Pacheco EAC, Querino RA, Aragão AS. Capacidade para o trabalho e qualidade de vida de trabalhadores atendidos na atenção básica. *Rev Fam Ciclos Vida Saude Contexto Soc*. 2018;6(Suppl. 2):600-10.
  23. Reeuwijk KG, van Klaveren D, van Rijn RM, Burdorf A, Robroek SJW. The influence of poor health on competing exit routes from paid employment among older workers in 11 European countries. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(1):24-33.
  24. Dutra FCMS, Costa LC, Sampaio RF. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. *Fisioter Pesqui*. 2016;23(1):98-104.
  25. Giatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saude Publ*. 2006;40(1):99-106.
  26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado em 22 abr. 2021]. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/PNS%202013%20Percep%C3%A7%C3%A3o%20do%20estado%20de%20sa%C3%BAde%20estilos%20de%20vida%20e%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas.pdf>
  27. Dutra FCMS, Mancini MC, Neves JA, Kirkwood RN, Sampaio, RF. Empirical analysis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) using structural equation modeling. *Braz J Phys Ther*. 2016;20(5):384-94.
  28. Balco EM. Uso da Escala WHODAS 2.0 na atenção primária à saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018.
  29. Balco EM, Marques JMA. Escala WHODAS 2.0 e atenção primária à saúde: reflexões e apontamentos no uso de uma versão brasileira. *Rev Cient CIF Bras*. 2017;9(9):45-56.
  30. Mata MS, Costa FA, Souza TO, Mata ANS, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(1):221-30.
  31. Silva TL, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na atenção primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(49):273-88.

Endereço para correspondência: Fabiana Caetano Martins Silva-e-Dutra - Departamento de Terapia Ocupacional, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Avenida Getúlio Guaritá, 159, Prédio Administrativo, 4º Piso, Sala 417 - Bairro Abadia - CEP: 38025-440 - Uberaba (MG), Brasil. E-mail: [fabianacaetanodutra@gmail.com](mailto:fabianacaetanodutra@gmail.com); [fabiana.dutra@uftm.edu.br](mailto:fabiana.dutra@uftm.edu.br)

