CIF: FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO CLÍNICO-ASSISTENCIAL NO NASF-AB*ICF: Clinical assistance assessment and regulation tool at NASF-AB*

Luana Padilha da Rocha, luanapadilha1895@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/4844900203755742>,
Fisioterapeuta do Nasf-AB da Prefeitura da Cidade do Recife, Mestre em Enfermagem e Educação
em Saúde, ORCID: 0000-0002-7879-8708;

Maria Soraida Silva Cruz, soraida.to@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1370862699105564>,
terapeuta Ocupacional do Nasf-AB da prefeitura da cidade do Recife, Mestre em saúde da criança
e do adolescente, ORCID:0000-0001-6894-9536;

Janaína Gabriela Coêlho de Araújo, janagca_nutri@yahoo.com.br,
<http://lattes.cnpq.br/2787660421907980>, nutricionista do Nasf-AB da Prefeitura da Cidade do
Recife, Mestre em Gerontologia, ORCID:0000-0003-3505-3797;

Bruna Leitão Miranda, bruna_leitao@yahoo.com.br, <http://lattes.cnpq.br/5482225436528972>,
Psicóloga do Nasf-AB da Prefeitura da Cidade do Recife, Especialista em Psicologia, ORCID: 0000-
0002-5588-0362;

Robélia do Nascimento Lopes, robelia.lopes@ufpe.br, <http://lattes.cnpq.br/4776411589540046>,
Assistente Social do Nasf-AB da Prefeitura da Cidade do Recife, Especialista em Políticas de
Proteção Social, ORCID: 0000-0002-0289-9713;

Suênia Xavier Gonçalves, suenioxavier83@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/4645757816772564>,
Fisioterapeuta do Nasf-AB da Prefeitura da Cidade do Recife, Mestre em Saúde Pública,
ORCID:0000-0001-5846-6338;

Aline Fernanda de Andrade, fga.alineandrade@gmail.com,
<http://lattes.cnpq.br/8223730598536647>, Fonoaudióloga do Nasf-AB da Prefeitura da Cidade do
Recife, Especialista em Saúde da Família, ORCID: 0000-0002-3767-908;

José Candido de Araújo Filho, josecandidofilho@gmail.com,
<http://lattes.cnpq.br/7063014238461302>, docente da Faculdade de Comunicação e Turismo de
Olinda, do Centro Universitário Facol e do Centro Universitário Estácio do Recife, Mestre em
Fisioterapia, ORCID: 0000-0002-3941-3043.

Autora correspondente:

Luana Padilha da Rocha

R. Prof. Fernando Mota, 217 - Ibura de baixo, Recife - PE, 51230-250
81 98874-2907 | luanapadilha1895@gmail.com

RESUMO

Este artigo objetiva descrever a experiência de um Nasf-AB na construção de um instrumento de avaliação e regulação clínico-assistencial, tendo a CIF como alicerce. O estudo consiste num relato de experiência descritivo e retrospectivo de uma equipe Nasf-AB do Recife. O instrumento produzido foi estruturado em duas partes: a primeira sintetiza informações da anamnese e a segunda é um checklist com 27 códigos elencados da CIF, dos quais cinco foram destacados numa subescala que analisa mobilidade e autocuidado. O instrumento baseado na CIF favoreceu uma linguagem comum entre profissionais da equipe, podendo ser aplicável às demandas assistenciais acompanhadas, permitiu aprimorar o acompanhamento interdisciplinar, na perspectiva da integralidade e organização do suporte clínico-assistencial, obedecendo aos pressupostos da coordenação e gestão compartilhada do cuidado, traçando tipos de acompanhamento, critérios de encaminhamento e alta. Sugere-se que o instrumento possa ser objeto de validação futura entre especialistas, tornando-se alternativa para regulação assistencial do Nasf-AB.

Descritores: *Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.*

ABSTRACT

This article aims to describe the experience of a Nasf-AB in the construction of a clinical care assessment and regulation instrument, having the ICF as its foundation. The study consists of a descriptive and retrospective experience report of a Nasf-AB team in Recife. The instrument produced was structured in two parts: the first synthesizes information from the anamnesis and the second is a checklist with 27 codes listed from the ICF, five of which were highlighted in a subscale that analyzes mobility and self-care. The instrument based on the ICF favored a common language among the team's professionals, which could be applicable to the followed care demands, allowed the improvement of the interdisciplinary monitoring, from the perspective of comprehensiveness and organization of clinical and care support, obeying the assumptions of coordination and shared management of care, outlining types of follow-up, referral and discharge criteria. It is suggested that the instrument may be subject to future validation among specialists, becoming an alternative for healthcare regulation by the Nasf-AB.

Descriptors: Primary Health Care. Family Health. International Classification of Functioning, Disability and Health.

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado em 2008 com o intuito de aumentar a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Hoje nomeado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), caracteriza-se por ser uma equipe multiprofissional que desenvolve atividades conjuntas com as equipes de Saúde da Família (eSF) de forma integrada e colaborativa. A fim de potencializar a cooperação interdisciplinar e aumentar a capacidade resolutiva da APS, tem como um de seus pressupostos de trabalho a lógica do Apoio Matricial (AM), que envolve a atuação conjunta das duas equipes, em atividades de natureza técnico-pedagógica e clínico-assistencial, visando a integralidade do cuidado¹.

Considerando que o fazer do Nasf-AB é integrado com as eSF, com o foco prioritário nas ações de promoção e prevenção da saúde, sua finalidade é ampliar o leque de ofertas e incrementar o arsenal tecnológico do primeiro nível de contato da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sem configurar serviço de acesso direto, porém contribuindo para melhoria da saúde e do bem-estar².

O Nasf-AB tem um arranjo organizacional e assistencial inovador, cuja complexidade de implementação impõe importantes especificidades entre os modos de operar no país e tem suscitado discussões

sobre suas finalidades e seu lugar na RAS. Soma-se a isso o fato de as equipes não terem seus processos de trabalho plenamente sistematizados, o que torna escassos os estudos que versam sobre a análise das características desses processos²⁻⁴.

Mesmo sendo um dispositivo que contribui para ampliação do acesso na APS, com potencial para influenciar o modo como as equipes produzem cuidado e se relacionam com outros serviços, o Nasf-AB enfrenta desafios que comprometem a integralidade: carência de serviços especializados e dificuldade quanto a sua disponibilidade e modo de funcionamento; escassez de definições teóricas orientadoras da sua atuação; pouca clareza sobre suas atribuições e forma de inserção na APS nos documentos norteadores; fragilidades na organização do trabalho entre as equipes; e inexistência de critérios de encaminhamentos e informalidade dos fluxos^{2,3,5}.

No âmbito clínico-assistencial, observa-se um distanciamento no desenvolvimento do cuidado longitudinal e situações de descontinuidade terapêutica, inclusive no que diz respeito à articulação com outros níveis de atenção da RAS, além de uma pouca contribuição na amplitude e resolutividade dos atendimentos clínicos individuais e na qualificação dos encaminhamentos para outros serviços, demonstrando uma fragilidade do Nasf-AB².

O Nasf-AB tem como propósito atuar de forma compartilhada junto às eSF para superar a fragmentação, objetivando a construção de redes de atenção e cuidado, colaborando com a observância do princípio da integralidade⁶. A metodologia do AM, enquanto um modo de qualificar o cuidado, pode reduzir a quantidade de encaminhamentos desnecessários da APS e facilitar o compartilhamento do cuidado³.

O funcionamento do AM e da equipe de referência depende de arranjos organizacionais e formas de gestão do trabalho que ampliem as possibilidades de diálogo entre diferentes especialidades e a prática da Clínica Ampliada (CA), sendo essa uma ferramenta que permite a compreensão de outros aspectos do sujeito pelos profissionais de saúde, apontando para uma transformação da atenção individual e coletiva⁷. Nesse sentido, o fazer do Nasf-AB vincula-se ao conceito da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A CIF é um modelo biopsicossocial de funcionalidade com informação em saúde, configurando uma ferramenta epidemiológica de classificação da saúde a nível individual e populacional. Baseia-se em evidências e desenvolvimento de programas que avaliem a eficiência, eficácia e efetividade das ações no âmbito da saúde coletiva⁸. Associada ao AM e a CA, apresenta-se como instrumento potencial para pesquisa, clínica, planejamento e gestão em saúde, sendo importante na identificação do estado de funcionalidade da população⁹.

Pensar no fazer do Nasf-AB remete à compreensão do seu objeto de atuação, dos modos de organização da produção de seus serviços e de seus instrumentos de trabalho¹⁰. A inexistência de diretrizes municipais para

construção de um processo de trabalho peculiar nos locais onde as equipes foram inseridas dá às equipes Nasf-AB uma maior autonomia na construção de ações e possibilidades de acordo com as necessidades e potencialidades de cada território, trazendo singularidade e inovação para esse processo de trabalho¹¹.

Diante do exposto, considerando o papel do Nasf-AB na retaguarda assistencial às eSF, a carência de instrumentos, normativas e diretrizes que orientem seu processo de trabalho com vistas a gerir e coordenar o cuidado dos usuários, acionar a RAS de modo racional e oportuno, e tendo a CIF como alicerce para o cuidado integral em saúde, este artigo tem como objetivo descrever a experiência de uma equipe Nasf-AB (eNasf) na construção de um instrumento de avaliação e regulação clínico-assistencial no âmbito da APS.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste num relato de experiência descritivo e retrospectivo de uma eNasf da Cidade do Recife, composta por 7 profissionais das seguintes categorias: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Esta eNasf encontra-se no mesmo território desde fevereiro de 2014 e apoia, atualmente 9 eSF, distribuídas em três Unidades Básicas de Saúde. Os dados que embasaram o presente relato foram produzidos entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019 e a sistematização do processo vivido ocorreu em quatro tempos, tomando como base o papel de construção do conhecimento e do aprimoramento das práticas individuais e coletivas que a sistematização das experiências exerce,¹² conforme ilustrado na Figura 01.

FIGURA 1. PROCESSO DE REALIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA [Anexo]

Fonte: adaptado de Holliday, 2019¹³

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Ponto de partida: analisando os problemas

Desde o início de sua atuação, a demanda pelo suporte clínico-assistencial foi algo cotidiano na rotina da eNasf deste estudo, principalmente pela dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de atenção especializada.

Apesar de ter um fluxo estabelecido de mapeamento das demandas por atendimentos, através do qual os casos que não configurassem urgência eram discutidos mensalmente nos espaços de reunião ordinária junto às eSF, havia uma lacuna no que diz respeito a uma diretriz para a definição do modo de acompanhamento do usuário no território, incluindo periodicidade de atendimentos por consultas nas unidades de saúde ou por visitas domiciliares, critérios de acompanhamento e alta, além da falta de direcionamentos que pudessem indicar a necessidade de encaminhamento para outros serviços da rede de saúde.

O resultado disso era uma grande variedade na forma de condução dos casos entre os profissionais da eNasf e até de um mesmo profissional, o que gerava discrepância na assistência prestada. Além disso, existiam muitos usuários em acompanhamento e que extrapolava a capacidade instalada da equipe o que resultava em uma descontinuidade no cuidado. Dessa forma, a eNasf precisou realizar uma análise sistêmica das suas ações assistenciais, repensando esse fazer e buscando propor um instrumento que pudesse auxiliar na definição de um modelo assistencial que possibilitasse uma linguagem única entre os profissionais do Nasf-AB. Foi a partir daí que, no final de 2018, a eNasf, durante suas oficinas de planejamento, iniciou um estudo direcionado para essa necessidade, buscando referências, instrumentos e normativas que pudessem embasar a elaboração de tal instrumento.

Elaboração do instrumento: proposição de uma ferramenta interprofissional

A análise dos casos acompanhados já evidenciava o grande leque de demandas que se apresentavam à eNasf, ressaltando que uma mesma situação precisava dos olhares das diferentes categorias profissionais que compunham a equipe. A multidimensionalidade envolvida nessas questões exigia que o instrumento a ser elaborado considerasse as prerrogativas da clínica ampliada. O objetivo desse momento era pensar num instrumento de fácil aplicação por qualquer profissional da eNasf, que contemplasse as diferentes especialidades dessa equipe, a fim criar critérios de acompanhamento, que norteassem a coordenação do cuidado e a continuidade da assistência ao longo do tempo, e de alta dos casos, devido a enorme demanda existente das eSF assistidas. A CIF foi então eleita como base para tal elaboração, visto que ela tem um caráter multidimensional e possibilita uma abordagem a partir das diversas condições de saúde que envolvem um indivíduo.

Nessa fase de construção do instrumento, buscou-se, inicialmente, dividi-lo em duas partes: a primeira composta por dados pessoais, de cobertura pela eSF, antecedentes pessoais/familiares, condições socioeconômicas, rede de apoio e demais informações colhidas durante uma anamnese; e a segunda parte, composta por um *checklist* de avaliação, contendo códigos da CIF com seus qualificadores.

Por não ser um instrumento conhecido por todas as profissionais da eNasf, foi preciso inicialmente fazer um matriciamento sobre a CIF, a fim de nivelar o conhecimento. Posterior a esse momento e no intuito de elencar os códigos da CIF a serem utilizados no instrumento, as categorias profissionais da eNasf fizeram um trabalho de mapeamento de códigos que pudessem refletir as demandas de núcleo, porém que permitissem sua compreensão e análise por

outros profissionais. Isso era essencial para que o instrumento tivesse como característica a possibilidade de aplicação por qualquer trabalhador da eNasf. O resultado desse mapeamento foi levado para discussão em reuniões da eNasf para validação entre seus membros e compilação dos códigos num único instrumento.

Definindo tipos de acompanhamento e critérios de encaminhamento, seguimento e alta

Findada a etapa de elaboração do instrumento, a eNasf começou a elaborar possíveis tipos de acompanhamentos dos casos no território, critérios para encaminhamento para outros serviços da rede de atenção à saúde, além de delinear critérios para alta da retaguarda do Nasf-AB.

Uma vez definidos os códigos da CIF para compor o instrumento, os tipos de acompanhamento e os critérios de encaminhamento e alta, a equipe precisou estabelecer uma forma de, a partir do preenchimento do *checklist* de avaliação, definir pontuações e fluxos que orientassem o seguimento dos casos pela eNasf. Foram aplicados alguns estudos pilotos e, após 4

versões do fluxograma de decisão, chegou-se ao modelo final de cálculo. A partir daí, definiu-se a versão final do instrumento intitulado “Protocolo de elegibilidade para avaliação e monitoramento de casos”.

O instrumento foi levado para discussão nas reuniões com as eSF apoiadas, com o intuito de apresentá-lo e ouvir as opiniões das equipes de referência, considerando que o trabalho na APS prima pela lógica interprofissional e o Nasf-AB tem como pressuposto gerir os casos acompanhados de modo compartilhado com essas equipes.

Ponto de chegada

A primeira versão do instrumento foi estruturada em 2 partes, conforme ilustrado na Figura 2. A primeira parte, de acordo com o descrito anteriormente, sintetiza informações colhidas durante a anamnese do usuário. Já a segunda parte do instrumento, organizada em formato de *checklist*, é composta por 27 códigos elencados da CIF, dos quais 5 foram destacados e representam uma subescala que analisa a mobilidade e o autocuidado do usuário.

FIGURA 2. PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE CASOS [Anexo]

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019

Cada categoria do *checklist* possui 7 alternativas de preenchimento que correspondem aos qualificadores utilizados na CIF: 0 – nenhuma deficiência/dificuldade; 1 – deficiência/dificuldade leve; 2 – deficiência/dificuldade moderada; 3 - deficiência/dificuldade grave; 4 - deficiência/dificuldade completa; 8 – não especificada; 9 – não aplicável.

Cada qualificador tem um peso específico e norteia o cálculo para definir o perfil de acompanhamento, conforme ilustrado na figura 3.

FIGURA 3. FLUXOGRAMA DE DECISÃO PARA ELEIÇÃO DO TIPO DE ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO [Anexo]

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019

O cálculo é baseado na proporção total de qualificadores selecionados entre 0 e 4 no *checklist*. Esse total entre 0 e 4 representará o escore geral da avaliação, totalizando 100%. Quando 75% ou mais desse escore geral é de qualificador 0, a forma de acompanhamento estabelecido será do tipo I, que se caracteriza por orientações à eSF (matriciamento) para manejo desses casos, bem como orientações para o usuário, família e/ou cuidadores, uma vez que o paciente avaliado apresenta uma boa condição funcional.

Caso o total de qualificadores 0 seja menor que 75%, deve-se diminuir do escore geral a quantidade de qualificadores 0 e o restante (soma dos qualificadores de 1 a 4) gera um segundo score que representará o novo escore geral (100%). Se desse novo escore, houver 75% ou mais de qualificadores 1, o acompanhamento tipo 2 será instituído. Este acompanhamento é representado por um seguimento mais sistemático da eNasf, com realização de retornos de atendimento mensais. Fazem parte desse grupo: usuários com limitação funcional leve que não interfira significativamente nas Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e atividades laborais e em situação individual/ambiental que não impeça seguimento das orientações no domicílio.

Por outro lado, se do segundo escore geral houver preenchimento de menos de 75% de qualificadores 1, subtrai-se daquele a quantidade destes qualificadores e o restante (soma dos qualificadores de 2 a 4) gera um terceiro escore que será o novo escore geral (100%). Se desse novo escore, houver 75% ou mais de qualificadores 2, o acompanhamento do usuário também será tipo 2 (seguimento mais sistemático da eNasf), contudo, diferenciando do anterior, a realização dos retornos de atendimento será quinzenal. Fazem parte desse grupo usuários com limitação funcional moderada que interfere nas atividades cotidianas (semi-dependência para AVD, AIVD e atividades

laborais) e em situação individual/ambiental que não impeça seguimento das orientações no domicílio.

Seguindo o fluxograma de decisão, se do terceiro escore geral, menos de 75% do preenchimento seja de qualificadores 2, parte-se para a subescala do instrumento. Se dos 5 códigos, 25% ou menos dos qualificadores forem 3, o acompanhamento será do tipo 3, que se configura como orientação aos cuidadores e referência para serviço especializado. Fazem parte dessa categoria os usuários com graves limitações funcionais e/ou dependência total nas AVD, que apresentem lesões complexas, tratadas cirurgicamente ou não, com comorbidades associadas, situação socioeconômica e/ou ambiental que não impeçam seu deslocamento ao serviço de reabilitação e com indicação de iniciar o tratamento o mais rápido possível para evitar complicações, sequelas ou incapacidades.

Já se dos 5 códigos da subescala, mais de 25% forem de qualificadores 4, o acompanhamento será do tipo 4, definido como orientação aos cuidadores e/ou referência para o serviço de atendimento domiciliar (SAD). Encaixam-se nesse grupo usuários com graves limitações funcionais que apresentem lesões complexas, tratadas cirurgicamente ou não, com comorbidades associadas. O que diferencia do tipo 3 é a situação socioeconômica e/ou ambiental que impeça os usuários no seu deslocamento ao serviço de especializado.

Se na subescala não houver preenchimento de códigos 3 ou 4, o usuário ficará no acompanhamento tipo 2, com seguimento quinzenal ou mensal, a depender da avaliação compartilhada entre eNasf e eSF, durante a discussão do caso/situação nos espaços de reunião ordinária entre as equipes.

Para definição de alta do acompanhamento do Nasf-AB foram estipulados 4 parâmetros:

- Por objetivos atingidos: usuários que evoluíram positivamente, de acordo com o prognóstico funcional e com a avaliação e objetivos traçados pela eNasf;
- Por objetivos não atingidos: usuários que não evoluíram positivamente de acordo com o prognóstico funcional e com a avaliação e objetivos traçados pela eNasf por falta de adesão e dificuldade de seguimento das orientações;
- Por falta: usuários que não se encontram no domicílio e/ou não comparecem à Unidade Básica de Saúde e não justificam a ausência após 3 tentativas da eNasf;
- Alta a pedido: usuários que não queiram mais acompanhamento antes do período estabelecido pela eNasf (antes do alcance dos objetivos funcionais estabelecidos) por falta de desejo em ter o acompanhamento, mudança, adesão a outro serviço, entre outros.

DISCUSSÃO

O uso da CIF como norteadora da construção do instrumento favoreceu uma linguagem comum a todas as profissionais da respectiva eNasf, podendo ser aplicável a maioria das demandas assistenciais acompanhadas no território. Isso se deve ao caráter universal da CIF por considerar a relação entre as atividades e participação do sujeito com as alterações em suas estruturas e funções corporais, sendo também agregado nessa análise o contexto ambiental, físico e social¹⁴. Dessa forma, percebe-se uma aproximação com os pressupostos da AB, pelos quais se busca compreender além do modelo biomédico, com o olhar sobre a multicausalidade de fatores que podem levar às incapacidades¹⁵.

A elaboração coletiva do instrumento favoreceu a perspectiva interdisciplinar desde a eleição dos códigos da CIF até o tipo de acompanhamento, pois permitiu a identificação e análise das principais demandas dos sujeitos e, a partir disso, refletir sobre a contribuição dos núcleos profissionais

no projeto terapêutico, norteando as intervenções a serem adotadas e periodicidade de revisão dos casos acompanhados.

O modelo assistencial ampliado de saúde promove o cuidado numa perspectiva multidimensional e de acordo com as necessidades do usuário, devendo ser desenvolvido através de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, construindo coletivamente uma assistência qualificada e humanizada, gerando troca de experiências e novos conhecimentos e produzindo ações mais efetivas nos serviços de saúde. Nesse contexto, o profissional desempenha papel de interlocutor entre usuários e diferentes mecanismos humanos e tecnológicos que podem contribuir para o atendimento das demandas sanitárias e epidemiológicas da população⁷.

Outra importante questão referente à sistematização do uso do protocolo baseado na CIF está em permitir o gerenciamento dos casos, evitando o acúmulo das demandas, tanto para a equipe, quanto para um núcleo profissional específico, auxiliando na gestão compartilhada dos casos e na qualificação da tomada de decisão. Na maioria das vezes os casos eram delimitados para áreas específicas como saúde mental e reabilitação. Com o instrumento foi possível observar que as necessidades dos usuários e famílias são muito mais complexas e as áreas citadas cruzam entre si e principalmente com as questões sociais. Refletir sobre essas múltiplas necessidades foi disparador para as possibilidades de articulação com a rede de saúde e da assistência social, visto que usuários com graves incapacidades necessitam também da atenção especializada e de outros setores.

Enquanto ferramenta clínica, a CIF permite estabelecer objetivos de conduta, padronizando desfechos de saúde e monitorando seu progresso; deslocar o foco de atendimento do diagnóstico e tratamento da doença para a capacidade de realização

de atividades funcionais e melhoria da saúde, pela intervenção sobre fatores ambientais e pessoais; e auxiliar o planejamento em saúde, facilitando a transição dos usuários entre equipes multidisciplinares de diferentes níveis da RAS¹⁶.

Como citado anteriormente, o instrumento também favoreceu a definição da proposta terapêutica centrada nos indivíduos e da periodicidade dos atendimentos, tornando-se um elemento organizador do processo de trabalho do Nasf-AB, inclusive no que diz respeito a definição da agenda do profissional, diante da multiplicidade de ações possíveis na perspectiva do AM. O espaço protegido para retorno do atendimento auxilia no monitoramento da evolução das demandas e fortalece o vínculo com o usuário assistido. A equipe citada discute e constrói sua agenda semanal nos espaços de reunião Nasf-AB como forma de distribuir e compartilhar as atividades dos profissionais entre os territórios adscritos pelas eSF.

Checklists incorporados à rotina do serviço podem servir como documentação do estado de saúde dos indivíduos, contribuindo no estabelecimento de metas para o plano terapêutico, de modo que profissional e usuário tenham mais claros os objetivos do tratamento, sendo estes mais específicos e significativos para o usuário e contemplando as demandas do serviço. Ademais, os *checklists*, além de auxiliarem no acompanhamento longitudinal dos usuários, produzindo dados importantes para análise da evolução dos pacientes numa abordagem biopsicossocial, podem servir para o planejamento do serviço com base nas necessidades de assistência ofertada, obtendo indicadores de resolutividade dessa assistência e oferecendo suporte à gestão local, ao promover maior visibilidade ao processo de trabalho de diversas áreas¹⁷.

Outro aspecto relevante que merece destaque é o acompanhamento tipo 2, através do qual os usuários seguem um plano terapêutico pactuado entre estes e

profissionais da eNasf, a fim de possibilitar seu tratamento e cuidado no domicílio. Ao se colocar como protagonista do cuidado, através de propostas terapêuticas que contribuam para tomada de decisão frente seu processo de recuperação, o usuário tem preservadas sua autonomia e independência por não se condicionar à assistência de um profissional de saúde. Isto pode ser potencializado pela construção de um processo terapêutico fruto da associação entre o conhecimento científico e o saber do usuário, o qual se torna mais participativo no seu cuidado¹⁸.

Merecem destaque também os tipos de acompanhamento 3 e 4, que permitem a aproximação com os cuidadores, os quais muitas vezes são os próprios familiares. Logo, as orientações precisam ser pensadas tanto na perspectiva dos usuários destacados, quanto no autocuidado do cuidador. Na maioria dos casos, os cuidadores acabam negligenciando a própria saúde e necessitam de um momento individual para escuta qualificada e serem acolhidos nas rotinas das atividades programáticas das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ao responsabilizar-se pelo cuidado do outro, o cuidador, muitas vezes, renuncia a suas próprias necessidades, o que pode prejudicar seu autocuidado. Soma-se a isso, o acúmulo de atividades, a falta de suporte de outros familiares e dos serviços de saúde e sentimentos de despreparo e impotência, que geram sobrecarga e tensão emocional. Nesse sentido, a atenção ao cuidador pode ser realizada no âmbito da APS, uma vez que suas equipes desenvolvem um cuidado alicerçado no vínculo entre família e profissionais, apropriando-se do uso de tecnologias em saúde, principalmente das tecnologias leves, que podem, através das relações, fortalecer a escuta sensível, o vínculo, o respeito mútuo, a autonomia e as práticas de acolhimento¹⁹.

O seguimento sistemático dos usuários em condições estáveis ou que não

conseguem seguir um plano de cuidado causava limitações na cobertura assistencial, dificultando que novas demandas fossem absorvidas pela equipe. Dessa forma, elaborar os critérios de alta foi necessário para permitir um fluxo contínuo dos usuários assistidos, visto a demanda reprimida do território devido a uma rede de serviços que não atende a necessidade da população. Todavia, as altas são dinâmicas, pois as necessidades das pessoas estão sujeitas a mudanças e é possível a eSF solicitar novamente a retaguarda do Nasf-AB. Então esses casos são reavaliados dentro dos critérios e novas definições poderão ser estabelecidas.

A Atenção Domiciliar 1 (AD1), modalidade na qual se encontram as equipes da APS, frequentemente envolve condições crônicas de saúde, destinando-se a usuários com problemas de saúde controlados ou compensados que necessitam de cuidados de menor complexidade, dentro da capacidade de atendimento das UBS. Faz-se necessário para essa competência superar o desafio de garantir a continuidade e integralidade do cuidado, especialmente diante da dificuldade das equipes de absorverem tal demanda. A AD1 exige a reorganização dos processos de trabalho, salientando a necessidade de planejamento e gestão do cuidado, através de discussão de casos clínicos, programação de condutas, avaliação das demandas e monitoramento; definição de atribuições entre os membros da equipe; mecanismos de acolhimento das demandas não programadas; classificação da complexidade dos casos por critérios de risco e estabelecimento de prioridades; e definição e aplicação de critérios de inclusão, desligamento e alta da AD1²⁰.

Outro ponto importante a ser frisado é o fato de o instrumento elaborado criar pontos de corte que delimitam quais casos devem ficar sob acompanhamento da eSF e/ou eNasf e quais usuários precisam ser referenciados para serviços da atenção especializada, o que

permite uma qualificação dos encaminhamentos, evitando um represamento de demandas em filas de espera. A APS deve ser o local onde o diagnóstico da maioria das condições de saúde, a identificação de problemas de funcionalidade, o encaminhamento para serviços especializados e a adesão aos planos de tratamento precisam ocorrer. A promoção dessas atribuições nesse nível de atenção pode facilitar uma perspectiva integrada da atenção ao longo da vida, melhorando a funcionalidade e a qualidade de vida da população²¹.

O trabalho do Nasf-AB através do AM complementa o processo de trabalho e aumenta a capacidade de cuidado das eSF, qualificando os encaminhamentos a outros pontos de atenção (microrregulação) e estabelecendo estratégias e critérios para melhoria do fluxo de atendimento e resolutividade em diferentes pontos da RAS²². Associado a isso, sabe-se que o Nasf-AB tem potencial para promover uma reorientação da rede assistencial, tanto pelo aumento do escopo de trabalho quanto pela reorganização dos modos de produzir o cuidado na APS, o que possibilita uma delimitação do espaço de atuação, determinando em que medida alguns tipos de ofertas podem ser disponibilizados pelo Nasf-AB ou devem ser desenvolvidas na atenção especializada³.

Vale salientar que o instrumento tem como objetivo orientar a conduta, mas não a engessar perante condições particulares/adversas que venham a acontecer com os usuários e famílias. A devolutiva dos casos permanece acontecendo entre a eNasf e eSF, a fim de garantir a clínica ampliada e a coordenação do cuidado. O processo de organização das demandas dos usuários, ocorre através da discussão dos casos acompanhados e para definição das estratégias de cuidado são levadas em consideração a necessidade destes, das famílias e as condições ofertadas pelo

território visando dessa forma oferecer um cuidado integral.

O modo como o Nasf-AB pode favorecer a coordenação e integração do cuidado envolve especificidades de gestão, elementos normativos, metodológicos, relacionais e estruturais. É necessário construir diretrizes operacionais claras e recursos para sua estruturação, formalizando processos de cooperação e esclarecendo expectativas e responsabilidades dos atores, bem como uma governança que direcione e apoie inovações relativas à colaboração interprofissional e interorganizacional para elaboração de protocolos de acesso/fluxo de encaminhamentos dentro da RAS³.

CONCLUSÃO

Diante do contexto atual, onde há uma ausência de diretrizes e normativas para nortear o processo de trabalho, as eNasf continuam investindo na leitura de seus territórios, na construção de ações colaborativas e na produção de cuidado integral de qualidade para população que assiste. É necessário que as eNasf criem estratégias assistenciais para organização de demandas, fluxos e comunicação em rede, ainda mais quando se trata de evidenciar o impacto que sua atuação tem nos processos de cuidado na APS.

Nesse sentido, o instrumento objeto deste relato, possibilitou a eNasf a construção de um saber multidimensional sobre clínica ampliada e pactuação de apoio baseado na CIF. Foi possível aprimorar a forma de acompanhamento interdisciplinar, na

perspectiva da integralidade, da organização do suporte clínico-assistencial, obedecendo aos pressupostos da coordenação e da gestão compartilhada do cuidado, traçando os tipos de acompanhamentos, critérios de encaminhamentos e de alta. A sistematização do uso da CIF através do protocolo proposto pode contribuir para a gestão do suporte clínico-assistencial do Nasf-AB, contribuindo para a organização da demanda, o acompanhamento longitudinal, o monitoramento da evolução do usuário e a tomada de decisão tanto clínica quanto de gestão do serviço, qualificando os fluxos assistenciais dentro e fora da competência de atuação da APS.

Vale salientar que o produto aqui apresentado é fruto de reflexões a partir das práticas cotidianas de uma eNasf, através das vivências que se originam das necessidades do trabalho. A eNasf autora do instrumento considera que a sistematização dessa experiência é um pontapé inicial para a problematização e construção de definições teóricas orientadoras do seu fazer.

Sugere-se que o instrumento criado possa ser objeto de validação futura entre especialistas da área, tornando-se uma alternativa para organização de demandas clínico-assistenciais do Nasf-AB. É fundamental que sejam desenvolvidos outros estudos com maior rigor metodológico, gerando evidências científicas a respeito do impacto do Nasf-AB na coordenação assistencial no território e da sua contribuição enquanto equipe de retaguarda para o fortalecimento da APS no país.

REFERÊNCIAS

1. Brocardo, D., Andrade, C. L. T. de, Fausto, M. C. R. & Lima, S. M. L. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate* **42**, 130–144 (2018).
2. Moreira, D. C., Bispo Júnior, J. P., Nery, A. A. & Cardoso, J. P. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad. Saude Publica* **36**, (2020).
3. Melo, E. A., Miranda, L., Silva, A. M. da & Limeira, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate* **42**, 328–

- 340 (2018).
4. Gonçalves, R. M. de A., Lancman, S., Sznclwar, L. I., Cordone, N. G. & Barros, J. de O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Introdução. *Rev. bras. Saúde ocup.* **40**, 59–74 (2015).
5. Mazza, D. A. A., Carvalho, B. G., Carvalho, M. N. de & Mendonça, F. de F. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis Rev. Saúde Coletiva* **30**, 1–27 (2020).
6. ARAUJO NETO, J. D. DE, ALBUQUERQUE, I. M. N., LIRA, G. V. & BOSI, M. L. M. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis Rev. Saúde Coletiva* **28**, 1–25 (2018).
7. Santos, M. F. N., Friche, A. A. L. & Lemos, S. M. A. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. *CoDAS* **33**, 1–12 (2021).
8. Araujo, L. B., Novakoski, K. R. M., Bastos, M. S. C., Mélo, T. R. & Israel, V. L. CARACTERIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE CRIANÇAS ATÉ TRÊS ANOS: O MODELO DA CIF NO CONTEXTO DO NASF. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* **26**, 538–557 (2018).
9. Balco, E. M. 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. (Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2018).
10. Souza, T. S. & Medina, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde em Debate* **42**, 145–158 (2018).
11. Lanza, L. & Santos, E. R. dos. NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF: ESTRATÉGIA DE APOIO MATRICIAL E SUA INSERÇÃO NOS TERRITÓRIOS EM SAÚDE. in *TERRITÓRIOS EM DIÁLOGO: OS CHÃOS COMO PONTO DE PARTIDA PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS* (orgs. Conserva, M. de S., Alves, J. de M. & Silva, E. L. P. da) 149–164 (EDITORA DO CCTA, 2016).
12. Rocha, L. P. da *et al.* Organização do processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família a partir de um fluxograma de atuação. in *Experiências em Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede* (orgs. Santos, J. S. & Felipe, D. A.) 344–357 (Secretaria de Saúde, 2019).
13. Holliday, O. J. *Para sistematizar experiencias. Innovvando* (MMA, 2006).
14. Biz, M. C. P. A CIF E SUA IMPORTÂNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS The ICF and its importance in public policies. *Rev. CIF Bras.* **3**, 40–48 (2015).
15. Piexak, D. R., Cezar-Vaz, M. R. & Bonow, C. A. International Classification of Functioning, Disability and Health: a Content Analysis / Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma Análise de Conteúdo. *Rev. Pesqui. Cuid. é Fundam. Online* **11**, 363–369 (2019).
16. Araújo Filho, J. C. de. Desenvolvimento de core set da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para adultos em hemodiálise. (Universidade Federal de Pernambuco, 2020).
17. Biz, M. C. P. & Chun, R. Y. S. O papel Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde. *Saúde em Redes* **6**, 67–86 (2020).
18. Souza, V. de, Lage, É. G., Matozinhos, F. P. & Abreu, M. N. S. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. *Acta Paul. Enferm.* **32**, 624–631 (2019).

19. Moura, B. M., Santos, L. F., Rezende, F. A. C., Brito, T. R. P. de & Nunes, D. P. Cuidando dos cuidadores familiares de idosos dependentes: uma proposta de tecnologia de acolhimento / Caring for family caregivers of dependent elderly people: a proposal for welcoming technology. *Brazilian J. Heal. Rev.* **3**, 12059–12079 (2020).
20. Lopes, G. V. D. O., Vilasbôas, A. L. Q. & Castellanos, M. E. P. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde em Debate* **41**, 241–254 (2017).
21. Cieza, A. *et al.* Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* **396**, 2006–2017 (2020).
22. Ferrer, M. L. P., Silva, A. S. da, Silva, J. R. K. da & Padula, R. S. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioter. pesqui* **22**, 223–230 (2015).

ANEXOS**FIGURA 1. PROCESSO DE REALIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

Nome do projeto/área/progrma		Protocolo de elegibilidade para avaliação e monitoramento de casos			
Semana 01		17 a 21 de dezembro de 2018			
Atividade	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Reunião de eNasf	18/12/2018	Discutir e analisar a problemática da demanda pelo suporte clínico-assistencial	eNasf	Profissionais da equipe	Falta de definição do modo de acompanhamento do usuário no território; variedade na forma de condução dos casos entre os profissionais; grande número de usuários em acompanhamento, descontinuidade no cuidado.
	20/12/2018				
Semana 02		26 a 28 de dezembro de 2018			
Atividade	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Reunião de eNasf	26/12/2018	Realizar análise sistêmica das ações clínico-assistenciais e propor instrumento de avaliação e monitoramento	eNasf	Profissionais da equipe	Necessidade de elaboração de instrumento de avaliação e monitoramento de fácil aplicação, nas prerrogativas da CA, contemplando as diferentes especialidades da equipe, a fim de criar critérios de acompanhamento, continuidade da assistência alta e encaminhamento dos casos.
Reunião de eNasf	26/12/2018		eNasf	Profissionais da equipe	Necessidade de estudo direcionado para a problemática, buscando referências, instrumentos e normativas que pudessem embasar a elaboração do instrumento de avaliação e monitoramento.
Semana 03		02 a 04 de janeiro de 2019			

Atividade	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Estudos individuais	02,03 e 04/01/2019	Buscar referências, instrumentos e normativas para propor instrumento de avaliação e monitoramento	eNasf	Profissionais da equipe	Mapeamento de possíveis ferramentas e instrumentos de avaliação e monitoramento: avaliação de qualidade de vida (SF-36); inventário de depressão de Beck; minimal; medida de independência funcional (MIF); escala de Barthel; Índice de Katz; CIF.
Semana 04		07 a 11 de janeiro de 2019			
Atividade	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Reunião de eNasf	07/01/2019	Elencar e/ou elaborar instrumento de avaliação e monitoramento	eNasf	Profissionais da equipe	Eleição da CIF como base para elaboração do instrumento de avaliação e monitoramento; necessidade de matriciamento para nivelamento dos conhecimentos sobre a CIF entre a eNasf.
Reunião de eNasf	09/01/2019	Apresentar a CIF e nivelar conhecimentos sobre a ferramenta entre profissionais da eNasf	Terapeuta Ocupacional da eNasf	Profissionais da equipe	Nivelamento dos conhecimentos sobre a CIF entre a eNasf e indicativo de estudo individual para eleição de códigos que pudessem compor o instrumento de avaliação e monitoramento.
Estudo individual de cada profissional	11/01/2019	Eleger códigos da CIF representantes de cada categoria profissional no instrumento	eNasf	Profissionais da equipe	Códigos eleitos: b114, b134, b144, b152, b167, b230, b280, b510, b530, b710, d240, d410, d450, d470, d510, d540, d550, d570, d710, d920, d640, d760, d845, e325, e5750, e5800, e5850
Semana 06		14 a 18 de janeiro de 2019			

Atividade e	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Reunião de eNasf	15/01/2019	Construir instrumento de avaliação e monitoramento	eNasf	Profissionais da equipe	Produção da versão preliminar do instrumento de avaliação e monitoramento baseado na CIF
	17/01/2019				
Semana 07		21 a 25 de janeiro de 2019			
Atividade e	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Reunião de eNasf	22/01/2019	Estabelecer tipos de acompanhamento, critérios de encaminhamento e alta	eNasf	Profissionais da equipe	Estabelecimento de tipos de acompanhamento; construção dos critérios de encaminhamento e alta.
Semana 08		28 de janeiro a 01 de fevereiro de 2019			
Atividade e	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Reunião de eNasf	29/01/2019	Elaborar fluxograma de decisão para seguimento dos casos	eNasf	Profissionais da equipe	Primeira versão de fluxograma de decisão com scores e pontos de corte para orientação quanto ao tipo de acompanhamento dos casos e a necessidade encaminhamento para outros pontos da RAS.
Semanas 09, 10 e 11		28 de janeiro a 01 de fevereiro de 2019 04 a 08 de fevereiro de 2019 11 a 15 de fevereiro de 2019			
Atividade e	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Pilotos	Ao longo das semanas	Testar instrumento de avaliação e	eNasf	Usuários com demanda	Necessidade de adaptações nos escores do fluxograma de decisão e elaboração de outras três versões para correções

		monitoramento e fluxograma proposto		para o Nasf	
Semana 12		18 a 22 de fevereiro de 2019			
Atividade	Data	Objetivos	Responsável	Com quem	Resultados
Reunião de eNasf	19/02/2019	Adaptar versão final do fluxograma de decisão	eNasf	Profissionais da equipe	Versão final do instrumento e do fluxograma de decisão: Protocolo de elegibilidade para avaliação e monitoramento de casos

Fonte: elaborado pelas autoras, adaptado de Holliday, 2019

FIGURA 2. PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE CASOS

Protocolo de elegibilidade para acompanhamento de casos												
Data da avaliação:				Profissional Avaliador:								
Nome:						DN:						
Idade:		Sexo:		Cartão do SUS/CPF:								
eSF:			ACS:			Prontuário:						
Endereço:						Telefone:						
Escolaridade:			Profissão/ocupação:									
Informante: () Próprio usuário () Outro												
Reside com: () sozinho () cônjuge () filhos () outros: _____		Responsável pela renda familiar: () Não () Sim. Nº de dependentes _____			Recebe algum benefício: () Não () Sim. Qual? Valor?							
Condição de Saúde Diagnosticada (médica):						CID:						
Condição de Saúde Autorrelatada:												
Queixa Principal:												
Peso:		Altura:		IMC:								
Fatores de risco: () HAS () DM () Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () Sobrepeso/obesidade () Outros _____												
Como você avalia sua saúde física no último mês? () Muito boa () Boa () Moderada () Ruim () Muito ruim												
Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês? () Muito boa () Boa () Moderada () Ruim () Muito ruim												
Usa algum recurso assistivo (óculos, cadeira de rodas, aparelho auditivo, etc)? () Não () Sim												
Você tem alguma pessoa que o/a ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias? () Não () Sim												
Você está recebendo algum tipo de tratamento para sua saúde? () Não () Sim												
Check list de avaliação												
Código - Descrição						Qualificador						
						0	1	2	3	4	8	9
b114 - Funções da orientação - conhecimento e determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente												
b134 - Funções do sono - quantidade, início, manutenção e qualidade do sono; funções relacionadas ao ciclo do sono, como insônia, hipersônia e narcolepsia												
b144 - Funções da memória - memória de curto/longo prazo; imediate, recente e remota; duração e recuperação da memória;												

recordar; funções utilizadas na recordação e na aprendizagem, como na amnésia nominal, seletiva e dissociativa						
b152 - Funções emocionais - adequação da emoção, regulação e amplitude da emoção; afeto, tristeza, felicidade, amor, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, alegria, pesar; labilidade emocional, apatia afetiva						
b167 - Funções mentais da linguagem - recepção e decifração da linguagem oral, escrita ou outras formas de linguagem, (linguagem de sinais); expressão da linguagem oral, escrita e de outras formas de linguagem; funções integrativas da linguagem oral e escrita, tais como, aquelas envolvidas na afasia receptiva, expressiva, afasia de Broca, de Werneck e de condução						
b230 - Funções auditivas - funções auditivas, discriminação auditiva, localização da fonte sonora, lateralização do som, discriminação da fala; deficiências, tais como, surdez, deficiência auditiva e perda da audição						
b280 - Sensação de dor - sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou mais partes do corpo, dor num dermatomo, dor penetrante, dor tipo queimadura, moimha, contínua e intensa; mialgia, analgesia e hiperalgésica						
b510 - Funções de ingestão - funções de sugar, mastigar e morder, movimentar alimentos na boca, salivar, deglutir, eructar, regurgitar, cuspir e vomitar; deficiências, tais como, disfagia, aspiração de alimentos, aerofagia, salivacão excessiva, babar e salivacão insuficiente						
b530 - Funções da manutenção do peso - funções de manutenção do IMC aceitável; deficiências, tais como, peso deficiente, caquexia, perda de peso, excesso de peso, emaciação e na obesidade primária e secundária						
b710 - Funções relacionadas à mobilidade das articulações - funções de mobilidade de uma ou várias articulações, coluna vertebral, ombro, cotovelo, punho, anca, joelho, tornozelo, pequenas articulações das mãos e pés; mobilidade geral das articulações; deficiências, tais como, hipermobilidade das articulações, articulações rígidas, ombro congelado, artrite						
d240 - Lidar com estresse e outras demandas						
d410 - Mudar a posição básica do corpo - mudar a posição do corpo de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé, curvado ou mudar o centro de gravidade do corpo						
d450 - Andar - andar distâncias curtas e longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos						
d470 - Utilização de transporte - utilizar transporte para se deslocar, como passageiro, num automóvel ou num autocarro,						

carroça, rickshaw, veículo puxado por tração animal, táxi público ou privado, comboio, autocarro, elétrico, metro, barco ou aeronave						
d510 - Lavar-se - Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como por exemplo, tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos, pés, rosto, cabelo; e secar-se com uma toalha						
d540 - Vestir-se - por ou tirar roupas e calçado e escolher as roupas apropriadas						
d550 – Comer - executar tarefas e gestos coordenados para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares						
d570 - Cuidar da própria saúde - assegurar conforto físico, saúde e bem-estar físico e mental, como, manter dieta equilibrada e nível apropriado de atividade física, manter temperatura corporal adequada, evitar danos à saúde, seguir práticas sexuais seguras, incluindo uso de preservativos, seguir programas de imunização e realizar exames físicos regulares						
d710 - Interações interpessoais básicas - mostrar respeito, afeto, apreciação, e tolerância nos relacionamentos; reagir à crítica e às insinuações sociais nos relacionamentos; utilizar contato físico apropriado nos relacionamentos						
d920 - Recreação e lazer - participar de atividade recreativa ou lazer, como jogos ou desportos informais ou organizados, programas de exercício físico, relaxamento, diversão, ir a galerias de arte, museus, cinema, teatro; trabalhos artesanais ou ocupar-se em passatempos, ler por e viajar prazer, tocar instrumentos musicais						
d640 - Realização de tarefas domésticas - lavar e secar roupa; limpar a cozinha e os utensílios; limpar a casa; utilizar aparelhos domésticos, armazenar as necessidades diárias e remover o lixo						
d760 - Relações familiares - relacionamentos entre pais e filhos e filhos e pais, entre irmãos e com outros membros da família						
d845 - Conseguir, manter, sair do emprego - procurar, encontrar e escolher emprego, ser contratado e aceitar o emprego, manter-se e progredir no trabalho, negócio, ocupação ou profissão, e sair de um emprego de maneira apropriada						
e325 - Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade - indivíduos com relações de familiaridade entre si em situações relacionadas com o trabalho, escola, tempos livres, ou outros aspectos da vida, e que compartilham características						

demográficas, tais como, idade, sexo, religião ou etnia ou envolvimento em interesses comuns						
e5750 - Serviços de suporte social geral - serviços/programas orientados para o apoio social a pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, tem necessidade de usufruir da assistência pública nas áreas relacionadas a compras, trabalho doméstico, transporte, autocuidado e cuidado a outros, a fim de beneficiarem de melhor funcionalidade na sociedade						
e5800 - Serviços de saúde - serviços e programas de nível local, comunitário, regional ou nacional que tem por finalidade proporcionar intervenções junto dos indivíduos para o seu bem-estar físico, psicológico e social						
e5850 - Serviços de educação e treinamento - serviços e programas, orientados para a educação e a aquisição, manutenção e melhoria de conhecimentos, e de competências em áreas de especialidades, profissionais ou artísticas, tais como, aqueles que são oferecidos para os diferentes níveis do sistema educativo						

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019

FIGURA 3. FLUXOGRAMA DE DECISÃO PARA ELEIÇÃO DO TIPO DE ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019