

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ESTENIFER MARQUES BALCO

**Um modelo para a implementação da Classificação Internacional de
Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde
(APS) brasileira**

Ribeirão Preto
2023

ESTENIFER MARQUES BALCO

**Um modelo para a implementação da Classificação Internacional de
Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde
(APS) brasileira**

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster

Ribeirão Preto

2023

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

Catálogo na publicação Biblioteca

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Balco, Estenifer Marques,

Um modelo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde (APS) brasileira./Estenifer Marques Balco, orientadora, Aldáisa Cassanho Forster. 2023.

167f. : il :30cm

Tese (Doutorado em Saúde Pública), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. 2023

Versão corrigida

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
2. atenção primária à saúde; 3. Ciências da implementação em saúde (CIS);
4. apoio matricial; 5. Saúde pública

Nome: Balco, Estenifer Marques

Título: Um modelo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde (APS) brasileira.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Doutora em Ciências

Programa de Pós-graduação em Saúde Pública
Orientadora: Profa. Dra. Aldáisa Cassanho Forster

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Rônei, por mais uma vez se mostrar um exímio companheiro, me incentivando, apoiando e conferindo todo o suporte necessário para que pudesse trilhar o caminho até a conclusão deste doutorado. Sem você ao meu lado, nada disso seria possível, por isso, essa tese é nossa!

À minha eterna “Mama” (*in memorian*) ou Tia Fátima, mulher que não me pariu de seu ventre, mas me gestou no coração. Por me inspirar, incentivar e possibilitar ser tudo o que hoje eu sou e um dia ainda serei. Essa conquista é nossa!

Ao meu pai, Aldo, por sempre me incentivar a estudar, por me ensinar o valor do estudo e do trabalho com dedicação e honestidade.

Aos meus irmãos Sthefen e Sthefano, de quem na verdade eu sou “Irmã”. Por serem motrizes que me impulsionam a ser exemplo, a lutar pelos meus sonhos e jamais desistir.

Aos meus “auílhos” (filhos de quatro patas), Mabi (*in memorian*), Milu e Missy, pela companhia constante nos momentos de estudo e trabalho, assim como pelo amor puro e incondicional expresso sem precisar de palavras.

À “Bisa” Lydia (*in memorian*), ao tio Luiz (*in memorian*), à “vó” Nadir (*in memorian*), e à tia Rosângela (*in memorian*), pelos momentos de acolhimento, apoio e incentivo sempre que precisei ao longo de nossas vidas.

À minha orientadora, Profa. Dra. Aldáisa Cassanho Forster, porque sem ela a conclusão desta tese não seria possível.

À minha “Anne” interior (tal como a “Anne with an e”, dos livros e da série), que mantém em mim cativos os sonhos, a determinação, a resiliência e o empoderamento, necessários aos trajetos da vida.

À doutrina espírita, por ser tanto o alimento quanto o alicerce do meu espírito.

À Terapia Ocupacional, por ser a base que me facilita o pensar “fora da casinha”, por me possibilitar a compreensão de que o impossível não existe e me ensinar o potencial das ressignificações.

Aos profissionais da atenção primária à saúde, da saúde pública e que trabalham com a CIF, por serem o enfoque dos produtos desta tese.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todas pessoas que, de alguma forma, desempenharam um papel significativo e essencial no doutoramento e nesta tese, em especial aos que estão abaixo mencionados.

Primeiramente agradeço à Deus, pela oportunidade e saúde para desenvolver este trabalho.

À minha querida família, em especial ao meu esposo, meu pai, meus irmãos e meus “auíhos”. Pelo amor e apoio constante, por serem o meu porto seguro, por tudo e sempre! Amo vocês!

Agradeço à minha prima Diéfani pela escuta, incentivo e apoio, bem como aos amigos e amigas que também o fizeram.

À minha orientadora, Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster, por acreditar em mim e no meu potencial, por me receber, acolher, orientar e possibilitar a conclusão desta tese. Minha eterna gratidão e admiração tanto no âmbito profissional (uma educadora de excelência, na essência da palavra e com maestria em suas orientações) quanto ao caráter humano e ético que possui, o qual é indissociável de sua prática. Por toda a sabedoria compartilhada, pela capacidade de tornar o momento mais leve e me ajudar a ressignificá-lo.

Ao Dr. Eduardo Santana Cordeiro e à Profa. Dra. Regina Yoneku Dakuzaku Carreta, minha gratidão pelo incentivo ao longo do caminho, por todo o suporte, acolhimento e reflexões essenciais ao direcionamento de boa parte desta tese. Ao Dr. Eduardo também, pela permissão concedida para uso e adaptação da ferramenta de sua autoria.

À Paula (secretária do programa e amiga), por desempenhar o seu papel com profissionalismo e humanidade.

Ao Prof. Dr. Stefanus Snyman, pela permissão concedida para uso dos recursos de sua autoria, os quais foram essenciais ao desenvolvimento de uma proposta adaptada para o contexto de cuidados primários brasileiros.

Ao mesmo acima mencionado e ao Prof. Dr. Olaf Kraus de Camargo, pelo trabalho de excelência que realizam com a CIF, proporcionando o seu aprimoramento, aplicabilidade e disseminação. Suas produções foram essenciais para auxiliar o desenvolvimento de uma proposta adaptada e inovadora.

Ao Grupo CIF Brasil, pelas trocas, compartilhamentos e aprendizagens constantes.

À Profa. Dra. Fabiana Caetano Silva e Dutra e à Profa. Dra. Valéria Andrade, pelo incentivo, pelas trocas e reflexões.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, pela oportunidade e pelos conhecimentos adquiridos, bem como pelo acolhimento e suporte assertivo quando necessário.

À CAPES pelo auxílio com a bolsa de pós-graduação e incentivo para a pesquisa, diferencial para a qualidade de dedicação direcionada à esta tese.

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo” (Paulo Freire. Em “Tempo de Esperançar”, por Camila Cultri, na obra intitulada “Cartas para Paulo Freire”, 2021, p.313).

RESUMO

BALCO, E.M. **Um modelo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde (APS) brasileira.** 2023. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2023.

Estudos nacionais destacam a APS como um espaço potencial para a proteção da funcionalidade humana das pessoas, famílias e comunidades acompanhadas. Entretanto, existem diferentes desafios ao uso e implementação da CIF neste nível de atenção, demandando o desenvolvimento de estratégias voltadas ao fortalecimento dos facilitadores e superação das barreiras que interferem na sua transposição para a realidade da prática. Neste sentido, é essencial articular e integrar diferentes modelos, abordagens e teorias que podem se harmonizar em uma proposta passível de fundamentar, justificar e nortear a sua real inserção na rotina. O objetivo geral deste estudo, consiste em propor e avaliar um protótipo de modelo para o uso e implementação da CIF na APS brasileira. Este é um estudo de construção, direcionado à elaboração de uma proposta fundamentada e integrada, incluindo processos exploratórios, descritivos e avaliativos, através de uma abordagem qualitativa com utilização de métodos e técnicas complementares. Se configura como uma pesquisa de inovação em saúde pública, ancorada nas Ciências da Implementação em Saúde (CIS), no Método de Apoio Matricial (MAM) e no método de avaliação dos componentes da qualidade. O processo metodológico e a operacionalização do estudo foram organizados nas seguintes etapas: 1) Identificação do problema; 2) Identificação de demanda; 3) Identificação de propostas existentes, seus potenciais e limitações; 4) Elaboração de uma proposta adaptada e contextualizada ao cenário e suas demandas; 5) Descrição e discussão crítica. Apesar de resultados do estudo, o modelo e seus componentes também foram considerados como dados a serem avaliados, interpretados e discutidos à luz dos referenciais que sustentaram o seu desenvolvimento e das evidências encontradas. A pesquisa obteve dispensa formal da necessidade de submissão ao sistema do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por não contemplar a coleta em campo ou incluir amostra com participação de sujeitos. Construiu-se um

protótipo de modelo integrado em três eixos complementares (de fundamentação e aplicação da CIF na APS, do matriciamento, da implementação e avaliação), englobando as dimensões correspondentes com propostas para lacunas ou demandas identificadas, ao que derivou a elaboração de produtos para a sua viabilização em cenários reais, tais como, recursos/ferramentas (de fundamentação, de raciocínio clínico e de avaliação da funcionalidade e incapacidade) e estratégias (educativas, de acompanhamento da aplicação, de implementação e avaliativas). Acreditamos que a implementação da CIF na APS brasileira, através do modelo proposto nesta tese, ao englobar as perspectivas de aplicação universal (para todo o público), de prevenção de incapacidades e de promoção da funcionalidade, inclusive, de forma desvinculada de condições de saúde e deficiências, pode auxiliar em avanços necessários ao resgate do compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) com a promoção da equidade em saúde. Esperamos que o arcabouço teórico-conceitual, educativo-metodológico e prático-operacional elaborado, possa ser utilizado como futura base de evidências científicas, minimizando lacunas entre a teoria, a pesquisa e a prática. O modelo de apoio matricial proposto pode auxiliar enquanto a lacuna de inserção da CIF na graduação ainda não é solucionada a ponto de gerar reflexos na prática, além disso, evidenciou a importância de um apoiador matricial em funcionalidade humana e CIF para a APS. A característica autoavaliativa do modelo, possibilita a compreensão do seu funcionamento em cenários reais e tem o intuito de favorecer o aprimoramento de modo contínuo e sustentável. Sendo assim, acreditamos que, as propostas deste estudo podem corroborar em termos de planejamento, elaboração de programas e de políticas de saúde direcionadas à incorporação da CIF na APS brasileira ou que a associe em outras políticas vigentes, perante a perspectiva da proteção da funcionalidade humana enquanto um direito de saúde e social. Destacamos como limitação do estudo a ausência de avaliações externas e processos de testagem, o que recomendamos para pesquisas futuras, a fim de possibilitar adequações em busca de melhoria da qualidade.

Palavras-chave: 1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; 2. atenção primária à saúde; 3. Ciências da implementação em saúde (CIS); 4. apoio matricial; 5. Saúde pública.

ABSTRACT

BALCO, E.M. **A model for the implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Brazilian primary health care (PHC)**. 2023. Thesis (Doctorate in Public Health) Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2023.

National studies highlight Primary Health Care (PHC) as a potential space for the protection of human functionality for individuals, families, and communities under care. However, there are various challenges to the use and implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) at this level of attention, requiring the development of strategies focused on strengthening facilitators and overcoming barriers that hinder its translation into practical reality. In this sense, it is essential to articulate and integrate different models, approaches, and theories that can harmonize into a proposal capable of substantiating, justifying, and guiding its real integration into routine practice. The overall objective of this study is to propose and evaluate a prototype model for the use and implementation of the ICF in Brazilian PHC. This is a construction-oriented study directed at developing a well-founded and integrated proposal, including exploratory, descriptive, and evaluative processes through a qualitative approach using complementary methods and techniques. It configures as a public health innovation research, anchored in Health Implementation Sciences (HIS), the Matrix Support Method (MSM), and the quality components evaluation method. The methodological process and operationalization of the study were organized into the following stages: 1) Problem identification; 2) Demand identification; 3) Identification of existing proposals, their potentials, and limitations; 4) Elaboration of a proposal adapted and contextualized to the scenario and its demands; 5) Description and critical discussion. Despite the study's results, the model and its components were also considered as data to be evaluated, interpreted, and discussed in light of the references that supported their development and the evidence found. The research obtained formal exemption from the need for submission to the Research Ethics Committee (REC) system, as it did not include field data collection or involve a sample with

the participation of subjects. A prototype integrated model was constructed in three complementary axes (foundation and application of the ICF in PHC, matrix support, implementation, and evaluation), encompassing corresponding dimensions with proposals for identified gaps or demands. This resulted in the development of products for their viability in real scenarios, such as resources/tools (foundation, clinical reasoning, and functionality and disability assessment) and strategies (educational, application monitoring, implementation, and evaluative). We believe that the implementation of the ICF in Brazilian PHC, through the proposed model in this thesis, encompassing perspectives of universal application (for the entire public), disability prevention, and functionality promotion, even disconnected from health conditions and disabilities, can assist in necessary advancements to uphold the commitment of the Unified Health System (SUS) to promoting health equity. We hope that the theoretical-conceptual, educational-methodological, and practical-operational framework developed can be used as a future base of scientific evidence, minimizing gaps between theory, research, and practice. The proposed matrix support model can assist while the gap in the integration of the ICF into undergraduate education is not yet resolved to the point of generating reflections in practice. Additionally, it highlighted the importance of a matrix supporter in human functionality and ICF for PHC. The self-evaluative characteristic of the model allows understanding its functioning in real scenarios and aims to favor continuous and sustainable improvement. Therefore, we believe that the proposals of this study can contribute to planning, program development, and health policies aimed at incorporating the ICF into Brazilian PHC or associating it with other existing policies from the perspective of protecting human functionality as a health and social right. We highlight the study's limitation as the absence of external evaluations and testing processes, which we recommend for future research to allow adjustments in the pursuit of quality.

Keywords: 1. International Classification of Functioning, Disability and Health; 2. primary health care; 3. Science of Implementation in Health (SIH); 4. matrix support; 5. public health.

Lista de ilustrações

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF.....	19
Figura 2 - Etapas do estudo conforme os diferentes processos metodológicos.....	41
Quadro 1 - Etapas do estudo e processos metodológicos.....	42
Figura - APÊNDICE A – “ <i>Framework</i> de Aplicações da CIF” (versão traduzida).....	134
Figura 3 - Panorama do protótipo de modelo construído e proposto para a Implementação da CIF na APS brasileira.....	47
Figura 4 - Panorama geral do protótipo de modelo construído com correspondências com os objetivos específicos do estudo.....	48
ARTIGO 1 - Quadro 1 - Identificação prévia.....	56
ARTIGO 1 - Figura 1 - <i>Framework</i> para uso e implementação da CIF na APS....	60
ARTIGO 1 - Quadro 2 – Características da proposta do <i>Framework</i> para uso e implementação da CIF na APS.....	60
ARTIGO 1 - Figura 2 – <i>Framework</i> de aplicações da CIF a partir da APS.....	61
ARTIGO 1 - Quadro 3 – Características da proposta do <i>Framework</i> de aplicações da CIF a partir da APS.....	62
ARTIGO 1 - Figura 3 - <i>Framework</i> do uso da CIF na APS baseado em competências.....	64
ARTIGO 1 - Quadro 4 – Características da proposta do <i>Framework</i> do uso da CIF na APS baseado em competências.....	65
ARTIGO 1 – Figuras - APÊNDICE B – <i>Frameworks</i> com mais detalhamentos, conforme parte dos slides da unidade de aprendizagem em que são abordados.....	135
ARTIGO 2 - Quadro 1 - Métodos de busca direcionada na literatura sobre a CIF e APS.....	85
ARTIGO 2 - Quadro 2 - Achados da busca da literatura.....	85
ARTIGO 2 - Figura 1 - Delineamento metodológico.....	87
ARTIGO 2 - Quadro 3 - <i>Framework</i> para uso e implementação da CIF na APS preenchido com recomendações fundamentadas na proposta do modelo.....	89
ARTIGO 2 - Figura 2 - Estrutura esquemática do plano proposto no eixo do matriciamento.....	91
ARTIGO 2 - Quadro 4- Plano de matriciamento do uso da CIF na APS.....	92
ARTIGO 2 – APÊNDICE D – Proposta de <i>Checklists</i> com as categorias da CIF atualizadas nos Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS.....	147
ARTIGO 2 – Quadros - APÊNDICE E - Resumo da estruturação geral dos roteiros propostos.....	150
ARTIGO 2 – Quadro - APÊNDICE F - Exemplo do Plano de matriciamento através do Plano de aula de uma unidade de aprendizagem preenchido.....	153
APÊNDICE G - Quadros para avaliação do programa proposto através de componentes de indicadores de qualidade.....	155

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agentes comunitários de saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção primária à saúde UBS Unidades básicas de saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDS	Cadastro de Dados Simplificados
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFIR	<i>The Consolidation Implementation Framework</i>
CJE	Comitê de juízes especialistas
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIS	Ciências de Implementação em Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
EaD	Educação à distância
EIP	Educação Interprofissional
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FH	Funcionalidade Humana
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
MAM	Método de apoio matricial
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
<i>mHealth</i>	<i>Mobile health</i>
NASF	Núcleos de apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCD's	Pessoas com deficiências
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PLPR	Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PST	Projeto de saúde no território
PTS	Projeto terapêutico singular
RAS	Redes de atenção à saúde
RPS/RPSform	Formulário de Resolução de Problemas de Reabilitação
SF	Saúde Funcional
SMS	Secretaria municipal de saúde
SES	Secretaria estadual de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de informação e comunicação
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHODAS 2.0	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 A atenção primária à saúde (APS) brasileira.....	16
1.2 O Apoio Matricial (AM) na APS brasileira.....	17
1.3 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	18
1.4. Cenário de uso e implementação da CIF na APS brasileira.....	20
2 JUSTIFICATIVA	26
3 OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo Geral.....	30
3.2 Objetivos específicos.....	30
4 MÉTODOS	31
4.1 Contexto do estudo.....	32
4.2 Caracterização do estudo e metodologia utilizada.....	34
4.3 Etapas do estudo e processos metodológicos.....	41
4.4 Análise dos dados.....	44
4.5 Aspectos éticos.....	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 Resultados na perspectiva dos objetivos do estudo.....	47
5.2 Artigo 1.....	50
5.3 Artigo 2.....	78
5.4 Outros resultados derivados do estudo e sua discussão.....	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	127
APÊNDICES	133

APRESENTAÇÃO

A idealização desta tese de doutorado teve início durante o mestrado, na aproximação de uma realidade na atenção primária à saúde (APS) onde a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e seu modelo eram desconhecidos, a perspectiva biopsicossocial não incorporada aos processos de trabalho da equipe e do serviço, associada à identificação da situação de invisibilidade de uma alta porcentagem de pessoas experimentando algum nível de incapacidade em suas vidas cotidianas, não necessariamente relacionada com condições de saúde (doenças, sintomatologias, transtornos) e deficiências, mas perante uma forte influência dos fatores contextuais. Dentre os achados da pesquisa, identificou-se algumas barreiras e facilitadores ao uso da CIF na APS, evidenciando um vasto campo de pesquisa a ser desbravado.

As propostas deste estudo se desenvolveram e lapidaram ao longo do processo de doutoramento, perante um conjunto de experiências teóricas e vivências práticas, dentre elas: 1) o estudo aprofundado da temática principal e outras relacionadas; 2) as disciplinas cursadas no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública; 3) a atualização em cursos da CIF relacionados com a temática; 4) a participação em eventos da área, como ouvinte, com apresentação de trabalhos, palestras, cursos ministrados e auxiliando na organização; 5) a integração em grupos de especialistas, como o Grupo CIF Brasil.

Todas essas vivências no doutorado, somadas às do mestrado, possibilitaram o desenvolvimento de aprendizagens significativas que, contribuíram diretamente nos processos de elaboração das propostas incluídas nesta tese, as quais ao serem integradas e harmonizadas viabilizaram a construção de um protótipo de modelo para a implementação da CIF na APS brasileira. O modelo proposto possui características inovadoras em nível nacional, é constituído por diferentes componentes e recursos que visam auxiliar na minimização das barreiras identificadas e propor soluções adaptadas para a realidade e demandas do cenário brasileiro, em busca de adequabilidade, viabilidade, qualidade científico-técnica que tornem a proposta passível inserção na realidade da formação e prática dos profissionais e serviços da APS, bem como em contextos de pesquisa e de desenvolvimento políticas.

O primeiro capítulo desta tese é a “Introdução”, onde está realizado o levantamento bibliográfico da literatura. Inicia com um resgate da APS e do apoio matricial, realizando uma articulação com o cenário de desenvolvimento da CIF e do conceito de Funcionalidade Humana, então, descrevendo um conjunto de publicações que abordam experiências com o uso, ensino e implementação da CIF no âmbito nacional. Em seguida, a “Justificativa” para a elaboração desta tese é brevemente explanada.

O segundo capítulo, dos “Objetivos”, destaca os objetivos gerais e específicos do estudo realizado na construção do protótipo de modelo para implementar a CIF a APS brasileira.

O terceiro capítulo, “Métodos”, explica o contexto do estudo, descreve o delineamento do percurso metodológico, os diferentes processos e etapas relacionadas, bem como os aspectos éticos. Características e elementos metodológicos são, mais detalhadamente, apresentados e descritos nos artigos.

No quarto capítulo, estão os artigos científicos provenientes dos resultados deste estudo, bem como a sua discussão e as considerações finais referentes. Este capítulo também incorpora os outros resultados derivados da tese que não foram incorporados aos artigos, realizando uma breve discussão.

Por fim, no quinto capítulo há um fechamento com reflexões e “Considerações finais” acerca da tese, evidenciando os resultados principais, suas contribuições para o contexto do estudo e para a saúde a pública, suas limitações e perspectivas futuras.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A atenção primária à saúde (APS) brasileira

Constituindo-se como um dos níveis de atenção à saúde que compõe e estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a atenção primária à saúde (APS) no Brasil incorpora em sua essência os princípios doutrinários e organizativos do mesmo (BRASIL, 2012; MATA, 2007). Mendes (2011), propõe a superação da organização em níveis de atenção por um sistema piramidal, onde o nível primário/atenção básica é associado à ideia equivocada de baixa complexidade, para a organização perante as redes de atenção à saúde (RAS) com concepção poliárquica. Nesta perspectiva, há uma valorização da real complexidade do nível primário de atenção, a sua abrangência, uma maior diversidade, volume e resolutividade, com demanda de densidade tecnológica e custos menores. Isso destaca o papel da APS como principal porta de entrada, organizadora e integradora da rede (MENDES, 2011).

Aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi desenvolvida conforme o processo histórico de sua consolidação no SUS e com contribuição dos diversos atores envolvidos neste cenário, atualizando aspectos importantes em sua normatização (BRASIL, 2012). A APS brasileira é composta por um conjunto tanto de ações de saúde (em nível individual e coletivo) quanto de serviços de saúde para operacionalizá-las, os quais estão inseridos nos contextos reais de vida das pessoas, famílias e comunidades, ou seja, junto aos territórios onde vivem, realizam e conduzem as suas vidas, incluindo os diferentes aspectos inerentes a esse viver. É o nível de atenção à saúde com maior compromisso na garantia do acesso e da qualidade da atenção às necessidades sociais e de saúde das populações e comunidades, a prevenção de doenças e agravos, a promoção e proteção da saúde, tratamento e reabilitação, com perspectiva de saúde integral (BRASIL, 2012).

Conforme as características, especificidades e complexidade da APS, destaca-se: 1) seus atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural; 2) suas funções: resolubilidade, comunicação e responsabilização; 3) suas responsabilidades quanto: ao acesso, à qualidade dos serviços/cuidados, à valorização profissional (incluindo a educação permanente e qualificação das

equipes), a participação popular e controle social, a prevenção de doenças e a promoção de saúde, dentre outras (BRASIL, 2012).

Diferentes categorias profissionais compõem equipes multiprofissionais que atuam nos respectivos serviços, lançando mão de tecnologias de cuidado complexas e variadas, conforme a diversidade e dinamicidade das necessidades de saúde dos territórios, incluindo ações intersetoriais (BRASIL, 2012).

1.2 O Apoio Matricial (AM) na APS brasileira

O apoio matricial (ou mesmo matriciamento) consiste em uma metodologia para organização do trabalho em saúde (entre profissionais, equipes, serviços e setores) e para a transformação da práxis na produção de saúde integral, visando a ampliação da resolutividade do cuidado (BRASIL, 2014; CAMPOS, DOMITTI, 2007; CASTRO, CAMPOS, 2015; CHIAVERINI, *et al.*, 2011).

"Matricial" refere-se às mudanças das posições e das relações entre os profissionais/equipes do serviço que recebem suporte especializado de profissionais/equipes (apoiadores) em determinados campos do saber, direcionado às necessidades principais e emergentes do contexto de sua realização. Enquanto o termo "apoio" refere-se à metodologia que possibilita o rearranjo dessas relações através de processos dialógicos, colaborativos e horizontalizados (BRASIL, 2014; CASTRO, CAMPOS, 2015; CHIAVERINI, *et al.*, 2011).

O AM possui ampla articulação com as ferramentas próprias da APS, constituindo-se como fundamental diante da complexidade da realidade deste nível de atenção, as suas características de funcionamento associada à diversidade da população e de contextos abrangidos, a singularidade do cuidado requerido e a dinamicidade das necessidades em saúde no território (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

1.3 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Diante do cenário de transição epidemiológica e das demandas emergentes que surgiram com ele em nível de saúde pública não contempladas pela Classificação Internacional de Doenças (CID) e os modelos de cuidado vigentes, tais como, o aumento do contingente de pessoas vivendo com limitações e incapacidades que refletiam no seu funcionamento cotidiano e qualidade vida, constituiu-se o processo de desenvolvimento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (BUCHALLA, 2007; FARIAS; BUCHALLA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Publicada em 2001, a CIF consiste em uma classificação de referência que pertence à "família" das classificações internacionais de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

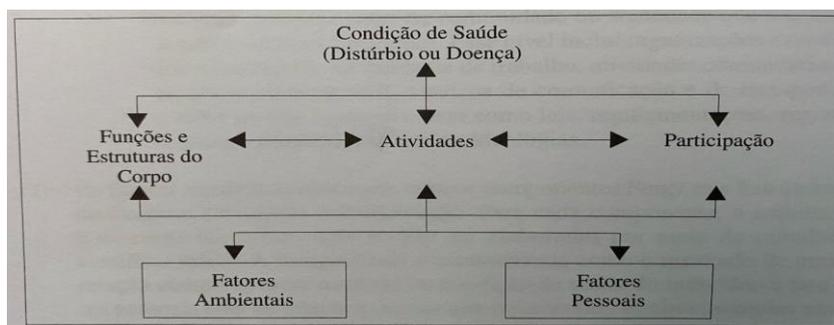
O seu desenvolvimento foi fruto de esforços coletivos, com contribuição de diferentes atores e grupos dos vários cenários de interesse e envolvimento. Passou por diferentes testes e ajustes até alcançar as características que levaram à sua aprovação na 54ª Assembleia Mundial da Saúde. Por ser entendida como um compromisso de saúde pública e social em âmbito global, através da Resolução nº 54.21/2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou a sua utilização pelos países membros, para a compreensão, descrição, codificação e monitoramento da saúde humana, da funcionalidade e incapacidade (ARAUJO, 2011; BUCHALLA, 2007; FARIAS; BUCHALLA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

A CIF constitui-se enquanto um padrão mundial para classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde e o bem-estar. Sendo assim, possibilita descrever a situação de uma pessoa em "termos de domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020, p.20), através de uma linguagem padronizada e neutralidade etiológica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

A funcionalidade e a incapacidade, são conceitos-chave e termos genéricos da CIF que estão relacionados ao modo como a pessoa consegue

funcionar e realizar a sua vida cotidiana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). A sua compreensão é possibilitada através de uma perspectiva biopsicossocial e espiritual incorporada ao seu Modelo de Funcionalidade e Incapacidade (Figura 1):

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2020

O diagrama do modelo é composto pelos componentes da CIF (funções e estruturas do corpo, atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais) e as condições de saúde (doenças, transtornos ou distúrbios codificados pela CID), perante uma interação multidirecional dinâmica, com influência mútua entre si e igualdade de importância (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

O Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF incorpora uma visão ampliada de saúde, com aplicação universal, inclusive na ausência de condições de saúde e/ou deficiências, corroborando com a mudança de paradigma sobre saúde e funcionalidade humana e viabilizando o entendimento da incapacidade como uma experiência universal, que pode ser vivenciada por todas as pessoas em algum momento ao longo de suas vidas (ARAÚJO, 2011; BICKENBACH, *et al.*, 2023; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

O uso do modelo conceitual expresso no diagrama, possibilita compreender e descrever a Funcionalidade Humana (FH) ou Saúde Funcional das pessoas sob uma perspectiva de saúde integral, de modo centrado naquilo que consideram significativo em suas vidas e relevante para a sua qualidade de vida e bem-estar (ARAÚJO, 2011; BICKENBACH, *et al.*, 2023; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

1.4 Cenário de uso e implementação da CIF na APS brasileira

Esforços em diferentes países tem sido direcionados para o desenvolvimento de estratégias e recursos que possibilitem o avanço da utilização da CIF. Apesar disso, ainda há desafios na adesão, uso e implementação da CIF em nível internacional (LEONARDI, *et al.*, 2022) e, segundo pesquisadores e especialistas na temática, isso ocorre por influência de demandas ainda mais complexas em que a superação requer o desenvolvimento de estratégias aliadas às necessidades de transformações nos sistemas educacional e de saúde vigentes, incluindo a superação da hegemonia do modelo biomédico e a valorização da equidade em saúde (CORDEIRO, 2020; MULLER, *et al.*, 2019; SNYMAN, *et al.*, 2019).

No Brasil, a Resolução nº 452 de 10 de maio de 2012, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, tornando fundamental e obrigatória a utilização da CIF no SUS e na Saúde Suplementar (BRASIL, 2012). Entretanto, quase uma década após a aprovação da resolução, a utilização da CIF no Brasil ainda não ocorre de modo oficial na prática (LEONARDI, *et al.*, 2022).

Geralmente as propostas de utilização da CIF no contexto brasileiro, tendem ao uso em serviços especializados (níveis secundário e terciário), com maior associação ao contexto de reabilitação, havendo um distanciamento de sua aplicação prática na realidade dos serviços na APS (ARAUJO, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; MAGGI; REICHERT, 2015; BALCO, 2018). Diante disso, especialistas e pesquisadores brasileiros apontam a demanda de desenvolvimento de estratégias que incentivem e viabilizem o uso da CIF no nível primário de atenção (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Uma pesquisa de doutorado realizada no período de 2012 a 2015, desenvolveu e testou ferramentas baseadas na CIF que pudessem sistematizar a coleta das demandas relacionadas à funcionalidade e incapacidade, contribuindo com a reorganização das redes de atenção dos serviços públicos de reabilitação de Belo Horizonte, Minas Gerais. Profissionais dos serviços e alunos de graduação, receberam treinamento para aplicação do Protocolo de

Levantamento de Problemas para a Reabilitação (PLPR) durante o acolhimento de usuários com deficiências ou doenças que necessitavam de reabilitação. A ferramenta se mostrou útil na identificação das demandas prioritárias, auxiliou a identificação do nível em que o tratamento deveria iniciar ou ocorrer, os profissionais relacionados e ressaltou o papel da atenção básica no início do processo de reabilitação (SOUZA, 2016; SOUZA, *et al.*, 2016).

Em 2014, foi publicado um artigo evidenciando a demanda emergente de uso da CIF na APS brasileira. Os autores apontaram uma confusão na sobreposição entre a CIF e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), valorizando o potencial da primeira na complementação das informações epidemiológicas de saúde, funcionalidade e incapacidade da população, tanto junto à CID quanto de modo independente, já que faz parte da família de classificações de referência da OMS (ARAUJO; NEVES, 2014). Também apontaram a necessidade de conhecimento da CIF por parte dos gestores para a mudança dessa realidade, tal como pode ser observado no seguinte trecho:

Os gestores da atenção básica brasileira precisam conhecer a CIF de maneira mais aprofundada para que ela não seja confundida com outras classificações, especialmente, com a CIAP. Embora a CIF seja uma classificação de referência da OMS e tenha as características necessárias para estimular o trabalho transsetorial, tão importante para melhorar a resolubilidade dos sistemas de saúde, ela tem sido encarada de uma forma ainda muito pobre pelo Brasil, já que gestores e técnicos a têm levado unicamente para a atenção especializada, deixando de lado todo o potencial da aplicação dela na atenção primária (ARAUJO; NEVES, 2014, p.48).

Relatos de experiências com a implementação da CIF nos serviços de saúde pública do município de Barueri, em São Paulo, entre os anos de 2013 a 2016, apontaram a APS como o nível de atenção onde a implementação da classificação deve iniciar, com a perspectiva de Proteção da Funcionalidade Humana. Destacaram o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) como viabilizadores desse processo, através da aplicação universal dos “Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS”, durante os momentos de (re)cadastro de toda a população acompanhada e de territorialização para o diagnóstico situacional, os quais foram sugeridos para vinculação junto aos Formulários de Cadastro de Dados Simplificados (CDS) do e-SUS. Além disso,

a codificação e tabulação dos resultados junto ao programa eletrônico “TabWin/TabNet”, pode auxiliar na geração de indicadores de funcionalidade e incapacidade (ARAUJO, JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014). Posteriormente, visando contribuir com a implementação da CIF na APS e na geração de indicadores de funcionalidade humana, uma publicação apresentou formulários de cadastramento das famílias acompanhadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) relacionados com as categorias da CIF, complementando a proposta dos autores anteriormente mencionados (SILVA, et al., 2021).

Uma revisão da literatura sobre a utilização da CIF na APS brasileira até o período de 2017, identificou poucas publicações relacionadas, sendo que, na maior parte constava apenas como referencial teórico para a introdução ou discussão do trabalho. Dentre as publicações que incluíam os aspectos metodológicos e de aplicação prática, apenas uma proposta tinha a perspectiva de aplicação universal (para todo o público acompanhado), nenhuma delas incluía a avaliação da aplicabilidade na rotina ou o uso multiprofissional com equipes da ESF (BALCO, 2018).

Em sua dissertação, Balco (2018), publicou os resultados de um primeiro estudo avaliando a aplicação da *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) por uma equipe de ESF do interior do estado de São Paulo, incluindo profissionais do serviço (ACS) e residentes (dentista, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta ocupacional e médica da família). Os resultados mostraram um potencial da WHODAS 2.0 para a avaliação inicial da funcionalidade das pessoas acompanhadas neste nível de atenção que já possuíam alguma condição de saúde e/ou deficiência prévia, porém, apresentou limitações para o público que vivenciava experiências de incapacidade na ausência das mesmas, como nos casos com influência de fatores contextuais, o que não a configurou como o instrumento mais sensível e adequado para a diversidade de demandas deste contexto, já que não tem uma aplicação universal. Mesmo assim, o estudo encontrou uma alta quantidade de pessoas vivendo com algum grau e tipo de incapacidade, seja pontuado pela escala ou verbalizado adicionalmente, evidenciando demandas de cuidado e proteção da Funcionalidade Humana ainda não incorporadas aos processos de trabalho das equipes da ESF (BALCO, 2018).

O estudo também identificou barreiras e facilitadores ao uso da CIF, de seus conceitos, modelo e ferramentas (baseadas ou relacionadas) na APS brasileira. Dentre as barreiras, destacaram-se características da própria ferramenta (inviabilidade de avaliação na ausência de doenças e deficiências), da versão da escala traduzida para o português (termos e conceitos da CIF incorretos, principalmente para incapacidade e deficiência), do perfil do público-alvo (dificuldades de compreensão de algumas palavras e baixa escolaridade), do ensino e assistência à saúde (hegemonia do modelo biomédico), aspectos relacionados ao uso da CIF (desconhecimento por parte dos profissionais, dificuldade de utilização conforme competências) e particularidades dos processos de trabalho na APS (sobrecarga profissional e dificuldades em conciliar o uso da CIF na rotina). Já como facilitadores, foram apontados aspectos da estrutura da WHODAS 2.0 (orientações claras e direcionadas, uso de escala graduada para resposta), a realização de um curso e treinamento com suporte para os profissionais, a ampliação do entendimento das possibilidades de cuidado para casos complexos quando a CIF é utilizada junto à uma abordagem biopsicossocial, além da boa aceitação por parte dos entrevistados ao reconhecer a relevância da avaliação perante as suas necessidades, gerando empoderamento e busca espontânea de auxílio pela equipe (BALCO, 2018).

Nesta mesma perspectiva, em um conjunto de publicações, a APS passa a ser apontada como um espaço potencial para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade, evidenciando uma ampla diversidade de demandas e possibilidades, juntamente de desafios a serem superados para viabilizar que esse processo aconteça, uma vez que ela passa a ser entendida como o nível de inicial e principal implementação da CIF no país (ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018; KOSOSKI, 2018; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021)

Um relato de experiência de uma equipe do Núcleo Apoio à Saúde da Família na atenção básica (Nasf-AB), descreveu a utilização da CIF na elaboração de uma ferramenta de suporte para a regulação assistencial junto às RAS, na perspectiva da clínica ampliada. Os autores destacaram que a proposta contribuiu na identificação de demandas, na elegibilidade dos profissionais, no estabelecimento de protocolos de encaminhamento e critérios de alta na gestão do cuidado da funcionalidade e incapacidade. Em decorrência de lacunas no conhecimento dos profissionais sobre a CIF e diversidades formativas, o apoio

matricial foi realizado como estratégia de nivelamento e compartilhamento de saberes (ROCHA, *et al.*, 2018).

Em um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-saúde), a CIF e seu modelo foram utilizados para o desenvolvimento de ações multidisciplinares voltadas às pessoas com deficiência (PCD's) acompanhadas em uma unidade de atenção à saúde, através de levantamento, visitas domiciliares, atividades em grupo e discussão de casos em equipe. A experiência viabilizou intervenções direcionadas às necessidades específicas daquele grupo de usuários e seus familiares, com ampliação das possibilidades de cuidado para além da perspectiva biomédica (MARTINS; TRINDADE, 2018).

Silva, *et al.* (2022), propôs a utilização da CIF na APS junto ao projeto terapêutico singular (PTS), mediante o uso da versão baseada na CIF do Formulário de Resolução de Problemas de Reabilitação (CIF/RPS-Form), associada à outras ferramentas comumente utilizadas na rotina do serviço (genograma e o ecomapa), auxiliando na definição de metas à curto, médio e longo prazo, para cuidados centrados nas pessoas com a perspectiva da funcionalidade e incapacidade. No entanto, são mencionados diferentes desafios, incluindo a necessidade de que as propostas possam superar o seu caráter acadêmico e integrar a realidade da prática dos serviços da APS, ao que foram observadas algumas barreiras englobando características dos profissionais em atuação, dos docentes e preceptores, das propostas pedagógicas e dos processos de trabalho na rotina.

Algumas propostas do Ministério da Saúde incorporam uma concepção de avaliação multidimensional baseada na CIF vinculada com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, incluindo pessoas com diagnósticos de deficiências específicas (física, auditiva, visual, intelectual ou múltiplas) conforme interpretação tradicional pelo modelo biomédico, bem como, o público considerado com saúde fragilizada, com doenças ou condições crônicas de saúde e a população idosa (MEDEIROS, 2021). Entretanto, as propostas relacionadas, documentos oficiais e ferramentas de avaliação, esbarram em problemas de tradução de termos e conceitos essenciais, gerando equívocos que limitam o avanço da CIF no país.

De modo geral, o movimento nas pesquisas nacionais parece se alinhar à ideia de que o uso da CIF e seu modelo na APS, juntamente à uma abordagem

biopsicossocial e espiritual, pode contribuir para a identificação de necessidades em saúde relacionadas às experiências de funcionalidade e incapacidade das populações, auxiliar no manejo dessas necessidades, na tomada de decisão compartilhada e no fortalecimento da colaboração (BALCO, 2018; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021; SNYMAN, *et al.*, 2015; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015). Sendo assim, ps estudos nacionais mostram que a CIF e seu modelo podem ser implementados na APS brasileira (ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021), mas em consonância com a literatura internacional (MULLER, *et al.*, 2019; SNYMAN, *et al.*, 2019), apontam demandas de superação de alguns desafios, tais como, barreiras e facilitadores no âmbito do ensino, da assistência e político, com os quais ela também poderia contribuir diretamente.

2 Justificativa

Os sistemas, os serviços, a formação e os cuidados de saúde precisam responder às necessidades das populações e comunidades, se moldando conforme as demandas emergentes do período e cenário em que se encontra. As estratégias e ações de saúde na APS devem se adaptar à realidade de cada território e do público nele acompanhado, incluindo a compreensão do estado de saúde integral com um olhar descentralizado e/ou desvinculado de doenças, conforme a perspectiva da funcionalidade e incapacidade.

Devido às suas próprias características, a CIF, o seu Modelo de Funcionalidade e Incapacidade e a APS brasileira podem ser relacionadas de forma complementar e potencializadora. A CIF é uma ferramenta que pode ajudar na operacionalização da APS (junto aos seus atributos, funções e responsabilidades), assim como, este nível é um espaço potencial ao uso e implementação da CIF (seus termos, conceitos, concepção ampliada de saúde e modelo) para a Proteção da Funcionalidade Humana. Neste mesmo sentido, destaca-se o papel fundamental da ESF no levantamento, identificação, avaliação, registro, monitoramento e cuidados voltados à prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade de todas as pessoas, famílias e comunidades acompanhadas, ao mesmo tempo que a operacionalização de seus atributos (únicos, derivados e essenciais) pode ser favorecida com a aplicação da classificação.

Apesar dos potenciais relacionados, há lacunas no ensino, uso e implementação da CIF na APS no Brasil, com um atual distanciamento entre os seus conceitos, dificuldades em sua compreensão e, conseqüentemente, da sua aplicabilidade na rotina. A transformação deste cenário requer o desenvolvimento, avaliação e adaptação de propostas considerando a realidade da formação e de trabalho dos profissionais de saúde no Brasil, das características do sistema de saúde brasileiro e da população por ele acompanhada, incentivando e viabilizando a transposição para a realidade da prática.

Neste sentido, já que se constituem nos recursos humanos que podem operacionalizar e implementar a CIF no cenário da APS, compreendemos a relevância de propostas que possibilitem que os profissionais: 1) tenham afinidade com os seus conceitos teóricos e a aplicação de seu modelo através de uma abordagem biopsicossocial; 2) reconheçam a relevância de sua inserção

na rotina; 3) desenvolvam habilidades e competências (específicas, comuns e colaborativas) para a sua utilização; 4) despertem o compromisso com a sua disseminação de forma ética, motivada e empoderada; 5) sejam capazes de identificar, selecionar e planejar a melhor forma de usar e implementar a CIF; 6) possam produzir cuidados centrados nas necessidades de proteção da funcionalidade humana das pessoas, famílias e comunidades.

Diante disso, acreditamos que os aspectos acima mencionados podem ser englobados integrando os pressupostos das Ciências da Implementação em Saúde (CIS), da Educação Interprofissional (EIP) em saúde e das práticas colaborativas, através do apoio matricial e demais ferramentas da APS.

Devido ao grau de inovação e complexidade da proposta, o seu desenvolvimento nesta pesquisa foi organizado em etapas e processos metodológicos relacionados ao alcance dos objetivos específicos, tendo o enfoque no planejamento e construção de um protótipo de modelo adaptado às demandas do contexto, no intuito de minimizar as barreiras e fortalecer os facilitadores relacionados com os processos de implementação.

Esta pesquisa não incorpora a testagem para comprovação de hipótese, todavia, definimos e destacamos a seguinte pergunta norteadora do estudo: “Como elaborar um modelo para o uso, ensino e implementação da CIF na perspectiva de proteção da funcionalidade humana para a APS brasileira?”

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do presente estudo, consiste em propor e avaliar um protótipo de modelo para o uso e implementação da CIF na APS brasileira.

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- 1- Elaborar uma proposta de recursos e ferramentas baseadas e/ou relacionadas com a CIF para um modelo integrado na APS;
- 2- Construir e descrever um curso de educação e treinamento para uso colaborativo da CIF por profissionais da equipe de saúde da APS e matriciadores em Funcionalidade Humana;
- 3- Construir e descrever um modelo de acompanhamento, aplicação e avaliação a ser utilizado na rotina dos profissionais da APS em processo de matriciamento;
- 4- Elaborar uma proposta de avaliação do modelo construído (e produzido nos objetivos específicos anteriores) em relação às variáveis que englobam os componentes de avaliação da qualidade, de implementação e referenciais que sustentaram o seu desenvolvimento;

3 MÉTODOS

Este capítulo tem como objetivo descrever os métodos utilizados na construção desta tese.

4.1 Contexto do estudo

4.1.1 Contexto de idealização inicial

A idealização deste estudo teve início durante o mestrado da pesquisadora principal (Esterifer Marques Balco), pelo Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), do qual derivou a publicação da dissertação intitulada “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”. O referido estudo foi realizado junto à profissionais de uma equipe de ESF, residentes em atuação no serviço e pessoas (a partir de 18 anos) acompanhadas em uma unidade de saúde no município de Ribeirão Preto, São Paulo (BALCO, 2018).

Os processos e propostas delineados ao longo desta tese, tiveram influência das experiências adquiridas e resultados do estudo referido, na aproximação de uma realidade na APS, em que: 1) a CIF e seu modelo eram desconhecidos pelos profissionais participantes; 2) havia um distanciamento teórico, conceitual, metodológico e prático da relação existente entre a CIF e a APS brasileira; 3) a perspectiva biopsicossocial nem sempre era incorporada aos processos de trabalho da equipe e do serviço; 4) a funcionalidade e incapacidade não eram potencialmente consideradas ou incluídas aos processos de cuidado; 5) identificou-se uma alta quantidade de pessoas experimentando algum tipo e nível de incapacidade em suas vidas cotidianas, até mesmo na ausência de condições de saúde e deficiências, com uma forte influência dos fatores contextuais (principalmente ambientais), tais como, oportunidade de trabalho, estudo, condições financeiras, problemas no ambiente familiar, aspectos do ambiente físico, atitudes de outras pessoas, acesso à serviços e políticas, questões culturais, elementos da história de vida, dentre outros; 6) identificou-se algumas barreiras e facilitadores ao uso da CIF na APS; 7) houve uma boa aceitação e identificação de relevância por parte dos usuários/participantes,

inclusive, buscando auxílio na unidade para as demandas percebidas durante a avaliação; 8) a identificação da relevância por parte profissionais, refletindo positivamente diante de algumas demandas, porém, considerando a inserção na rotina como inviável em detrimento das diferentes exigências dos processos de trabalho, nas quais a CIF não era oficialmente incorporada (BALCO, 2018).

4.1.2 Contexto de enfoque do estudo

O cenário de enfoque do estudo desta tese consiste no contexto da APS brasileira, conforme as singularidades de suas características, diversidade e complexidade, tais como: 1) a dimensão do país e, conseqüentemente, a diversidade de realidades e contextos onde se inserem os serviços de atenção primária; 2) a organização, estrutura e operacionalização da APS no Brasil, seus atributos, funções, responsabilidades e diferentes serviços; 3) as categorias profissionais atuantes, com diferentes formações, atribuições, competências e habilidades; 4) a diversidade dos territórios de abrangência (população, equipamentos, determinantes e condicionantes, redes de atenção, dentre outros) e dinamicidade das necessidades em saúde; 5) a diversidade do público assistido na APS, com diferentes características e necessidades: a) pessoas, famílias e comunidades; b) de todas as faixas etárias e ciclos de vida, durante toda a vida; c) variedade de condições socioeconômicas, níveis de escolaridade e ocupações; d) diferentes condições de saúde (doenças e transtornos, transmissíveis e não-transmissíveis, agudas e crônicas) e/ou deficiências (temporárias ou permanentes) e, inclusive, na ausência destas; e) hábitos e estilos de vida; f) valores, culturas e crenças; dentre outros.

4.1.3 Cenário de desenvolvimento do estudo

O doutorado a que esta tese se relaciona, teve início no segundo semestre de 2018. A pandemia de COVID-19, seu período de início, duração, suas características e particularidades, incluindo o redirecionamento dos enfoques dos serviços e unidades de saúde para os cuidados de saúde emergentes na situação e as demandas do isolamento social, geraram impactos na pesquisa durante o doutorado, demandando modificações na proposta inicial, já que o

trabalho em campo para testagem, implementação e processos avaliativos junto aos atores e contextos pretendidos foi inviabilizado.

Diante disso, foram realizadas adequações que possibilitassem o seu desenvolvimento em conformidade com os prazos estabelecidos, prezando pela manutenção de qualidade, relevância e contribuição para a área. Sendo assim, o estudo adquiriu em enfoque heurístico e de fundamentação, voltado ao planejamento, construção e descrição da proposta e dos produtos construídos, perante uma aproximação entre conceitos da CIF e de seu modelo aos da APS brasileira.

4.2 Caracterização do estudo e metodologia utilizada

A presente tese é derivada de um estudo de construção de um protótipo de modelo para implementação da CIF na APS brasileira, com elementos que o configura enquanto uma proposta de inovação em saúde pública (COSTA; BAHIA, 2017; OMACHONU; EINSRUICH, 2010). Possui caráter exploratório, avaliativo e descritivo, com uma abordagem qualitativa que integra métodos, técnicas e ferramentas complementares. Sendo assim, ancora-se nas Ciências da Implementação em Saúde (CIS), no Método de Apoio Matricial (MAM) e na avaliação de componentes da qualidade (EL DIB, 2014; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA et al., 2018; DONABEDIAN, 1990).

Trata-se de um estudo de construção, porque visa construir um protótipo de modelo com propostas para implementar a CIF (sua linguagem, conceitos, modelo conceitual de funcionalidade e incapacidade), conforme as características e singularidades da APS brasileira e direcionado às necessidades previamente identificadas, portanto, voltado ao cuidado e proteção da funcionalidade humana neste nível de atenção. Visa também, a construção de elementos e componentes que integrem esse modelo, tais como, recursos, ferramentas, estratégias e materiais personalizáveis, que podem ser adaptados e avaliados, a fim de adequação. Além disso, utiliza o matriciamento como método e ferramenta viabilizadora do ensino e suporte aos profissionais e equipes da APS brasileira, incluindo a proposta avaliativa do modelo (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; ECCLES; MITTMAN, 2006; EL DIB,

2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA et al., 2018).

O caráter exploratório do estudo está na compreensão de um tema pouco explorado e compreendido em nível nacional: a implementação da CIF na realidade da APS no Brasil, incluindo também aspectos e demandas que permeiam a sua utilização ou não neste contexto, tais como, as potencialidades existentes na relação teórica-metodológica-prática entre a CIF e as características da APS brasileira, principalmente no que diz respeito à proteção da funcionalidade humana com aplicação universal (ARAUJO, 2011; ARAUJO, JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018).

Sendo assim, o elemento exploratório, junto ao uso das CIS, se expressa ao buscar respostas para as seguintes perguntas em relação ao desenvolvimento de um modelo de implementação da CIF na APS: Por que? (motivo e necessidade), Para que? (propósito e finalidade), O que? (informações), Como? (métodos e recursos), Onde? (contexto, local, características, estrutura, etc.), Quando? (momentos e periodicidade), Por quem? Com quem? Para quem? (recursos humanos, sujeitos/atores, desenvolvedores, profissionais envolvidos, público-alvo, a quem se destina e a quem beneficia) (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; ECCLES; MITTMAN, 2006; EL DIB, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA *et al.*, 2018). Neste sentido, tem a intenção de explorar potenciais formas, meios, recursos, ferramentas, métodos e técnicas que favoreçam a aproximação dessa concepção ao cenário atual. Identificar o que tem sido feito em nível nacional e internacional, os limites e possibilidades, os aspectos facilitadores e elementos que minimizem as possíveis barreiras da implementação, o que é passível de desenvolvimento e proposição em termos de demanda-relevância-contribuição.

É um estudo de avaliação, porque utiliza uma metodologia embasada na abordagem de estrutura e processo de Donabedian (1990) e em outros atores da avaliação da qualidade, direcionada à construção de uma proposta para a avaliação crítica do modelo elaborado (incluindo seus componentes, estruturas, recursos e ferramentais, organização, estratégias, sustentação teórica, etc.) em termos dos componentes da qualidade (adequação, qualidade científico-técnica, aceitabilidade, acesso, eficácia, eficiência e efetividade), considerando as

recomendações para avaliação de programas no SUS (DONABEDIAN, 1990; PUIIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999; VUORI, 1998).

É um estudo descritivo, porque visa descrever a proposta do modelo elaborado e de seus componentes, incluindo: o panorama geral (estruturação, organização e características), a fundamentação teórico-metodológica-prática, as estratégias, os recursos e as ferramentas, as etapas e processos, os objetivos relacionados, o público-alvo, os elementos norteadores, as fortalezas e potencialidades, as limitações e fragilidades (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; ECCLES; MITTMAN, 2006; EL DIB, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA *et al.*, 2018).

A abordagem qualitativa está incorporada conforme as etapas do estudo. Engloba processos metodológicos diferentes, conforme as demandas para alcance dos objetivos específicos do estudo. Diferentes métodos, técnicas e recursos foram identificados, selecionados, articulados, integrados e harmonizados na proposta que configura o modelo geral e os seus desdobramentos, estes serão apresentados conforme as etapas correspondentes (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; ECCLES; MITTMAN, 2006; EL DIB, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA *et al.*, 2018).

Pode também ser entendido como um estudo de inovação em saúde pública, porque tem em sua composição elementos com propostas que configuram “novidade, aplicação pretendida e possível benefício” voltado à saúde pública, atores e contextos relacionados (COSTA; BAHIA, 2017; OMACHONU; EINSPRUCH, 2010).

4.2.1 Métodos relacionados às Ciências da Implementação em Saúde (CIS)

A CIS consiste em um campo de estudo e pesquisa das Ciências da Saúde, desenvolvida com a intenção de reduzir o distanciamento entre a teoria, as pesquisas científicas e a realidade da prática rotineira nos serviços de saúde, favorecendo ao desenvolvimento de propostas aplicáveis em cenários reais, que possam trazer benefícios em termos de melhorias efetivas da saúde e da atenção à saúde para as populações, comunidades, atores e contextos

envolvidos (BAUER *et al.*, 2015; DAMSCHRODER, 2019; ECCLES; MITTMAN, 2006; EL DIB, 2014; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA *et al.*, 2018)

Na CIS, há uma relação com o uso das metodologias da Pesquisa de Implementação e da Prática Baseada em Evidências (PBE), com processos científicos que devem ser planejados, sistematizados e adequados aos objetivos e demandas do contexto do estudo, assim como aos modelos ou abordagens que foram selecionados. Para isso, pode englobar uma variedade de etapas (estudo, planejamento, desenvolvimento, testagem, avaliação e implementação), modelos, estratégias, intervenções, protocolos, instrumentos ou programas com a perspectiva de aplicabilidade sustentável das propostas (PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA *et al.*, 2018).

Através de manual específico publicado pela World Health Organization (2013), sugere-se o uso combinado e sistematizado de modelos, métodos e técnicas das CIS para o planejamento, a construção, descrição e avaliação de propostas de implementação em saúde (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Há uma diversidade de teorias e modelos que sustentam e direcionam os desdobramentos da implementação em saúde e sua escolha depende das diferentes demandas de cada contexto. Em suma, deve abranger as necessidades reais em saúde e considerar as diferentes variáveis (políticas, físicas, gerenciais, sociais, comportamentais, profissionais, individuais, educacionais, dentre outras) que podem influenciar o processo e garantir o sucesso da proposta (ECCLES; MITTMAN, 2006; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA *et al.*, 2018).

A escolha das CIS como método sustentador e direcionador, considerou as suas características e potenciais em relação aos objetivos do estudo, ao que pode-se destacar: 1) a possibilidade de personalização das propostas aos diferentes cenários e demandas; 2) a característica metodológica dinâmica, interativa, avaliativa e processual, que possibilita a realização de ajustes e adequações ao longo das etapas, em busca de adequação e aprimoramento contínuo; 3) a viabilidade de articulação com outros modelos e recursos; 4) a valorização de processos cuidadosos de planejamento e avaliação, considerando diferentes elementos (componentes, recursos, variáveis, dimensões, etc.) que podem influenciar positivamente ou negativamente na proposta, sua identificação e compreensão; 5) o enfoque com contribuição

direcionada às necessidades e funcionamento em cenários reais (BAUER et al., 2015; DAMSCHRODER, 2019; ECCLES; MITTMAN, 2006; EL DIB, 2014; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA et al., 2018).

A utilização incluiu o uso combinado de modelos, métodos, técnicas, estratégias e recursos, incorporou um processo metodológico dinâmico, interativo e integrado, podendo ocorrer momentos de interposição entre etapas e processos metodológicos ou entre métodos e resultados, tal como é previsto e viável na CIS, em busca de adequabilidade (ECCLES; MITTMAN, 2006; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; SCHEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020; SMITH; LI; RAFFERTY, 2020; VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020; ZEPEDA *et al.*, 2018).

Para o processo de identificação e seleção de modelos das CIS a serem incorporados aos processos metodológicos do estudo, utilizou-se uma ferramenta interativa web (<https://dissemination-implementation.org>) que permite a busca e planejamento do uso combinado de modelos.

O estudo sobre os recursos relacionados com potencial de contribuição diante do objeto da pesquisa, evidenciou a necessidade de utilização conjunta e integrada das perspectivas de alguns modelos, tais como, *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (THE CONSOLIDATION FRAMEWORK IMPLEMENTATION RESEARCH, 2020), *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance Model* (RE-AIM) e *Conceptual Model of Implementation Research*, sendo assim, optou-se pela utilização do *Implementation Research Logic Model* (IRLM) (SMITH; LI; RAFFERTY, 2020).

O IRLM é um método desenvolvido para possibilitar o uso integrado de diferentes modelos da CIS e seus componentes, estabelecendo uma relação lógica que corrobora para processos de planejamento de estudos voltados à implementação de forma personalizada (SMITH; LI; RAFFERTY, 2020). Foi utilizado para articulação entre os modelos acima mencionados, no processo de planejamento inicial de uma proposta de modelo de implementação que incluísse elementos primordiais conforme o contexto e demanda, sendo assim, juntamente à identificação dos determinantes (barreiras e facilitadores), das estratégias (apoio, mudanças e intervenções), dos mecanismos de ação (processos e eventos) e resultados (esperados) (SMITH; LI; RAFFERTY, 2020),

derivando elementos que foram priorizados e inclusos em uma proposta personalizada, conforme será posteriormente descrito.

Outros aspectos metodológicos e de enfoque relacionados ao uso das CIS na pesquisa, estão descritos no Artigo 1.

4.2.2 Métodos relacionados ao Método de apoio matricial

O método de apoio matricial, também conhecido por ferramenta matriciamento, ou mesmo, por Grupos Balint-Paideia (GBP), foi desenvolvido e proposto por Cunha (2009). Consiste em uma proposta de adaptação dos grupos Balint (elaborados para o sistema de saúde inglês, com enfoque em profissionais médicos em atuação na APS) para a realidade do SUS, juntamente à integração com o Método Paideia (metodologia Paideia ou pelo método da roda) desenvolvido e proposto por Gastão Wagner para uso na APS (CUNHA, 2009; RODRIGUES, 2022).

A escolha pelo método nesta pesquisa, considerou a potencialidade das adaptações na proposta de Cunha (2009), com algumas inclusões e ajustes, tais como, no público de abrangência (profissionais da equipe interdisciplinar da APS, gestores e outros), no enfoque (temas flexíveis, incluindo acontecimentos e demandas, tanto internas quanto externas), a diversidade de ferramentas e recursos (discussão de casos clínico-gerenciais, apresentações teóricas, atividades articuladas com a gestão, recursos internos e externos, ensino à distância, associação com as ferramentas e atividades da APS), nas estratégias (o apoiador matricial, conferindo suporte e estímulo às potencialidades, a interseção das dimensões do conhecimento, da clínica, da gestão e do afeto) (CUNHA, 2009; RODRIGUES, 2022).

Outros aspectos metodológicos e de enfoque relacionados ao apoio matricial na pesquisa, estão descritos no Artigo 2.

4.2.3 Métodos relacionados à abordagem de avaliação dos componentes da qualidade

Donabedian (1990) propôs um método de avaliação de componentes da qualidade mediante a tríade que relaciona estrutura, processo e resultados.

Neste estudo, foi desenvolvido utilizando componentes da qualidade com enfoque em estrutura e processo, mas também permitindo a avaliação futura dos resultados. Segundo o autor, a avaliação perante a abordagem estrutural está relacionada às estruturas da atenção à saúde, portanto, engloba os requisitos para que o processo de cuidado aconteça, sendo eles, os recursos humanos, institucionais e instrumentais. A avaliação perante a abordagem de processo está relacionada com o processo de atendimento ao paciente e/ou população que, geralmente engloba as etapas da anamnese, diagnóstico, tratamento, acompanhamento (DONABEDIAN, 1990; PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999; VIEIRA, 2011; VUORI, 1988).

Através destes conceitos e perspectivas, foram elaborados alguns quadros para avaliação do modelo construído (objeto deste estudo), mediante o entendimento enquanto uma potencial proposta de programa voltado para a implementação da CIF na APS brasileira.

Inicialmente, realizou-se o estudo de referenciais tradicionais da literatura da área, em torno da compreensão dos componentes da qualidade (adequação, qualidade científico-técnica, aceitabilidade, acesso, eficácia, eficiência e efetividade) necessários e passíveis de avaliação, seus conceitos, características e busca de estratégias específicas para viabilizar a sua avaliação integrada ao modelo (DONABEDIAN, 1990; PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999; VIEIRA, 2011; VUORI, 1988).

Os quadros foram construídos considerando a avaliação do modelo (incluindo os seus componentes) de modo relacionado com a abordagem de estrutura (recursos humanos, recursos materiais, financeiros e organizacionais) e processo (das atividades da Formação e Matriciamento, Implementação, da Produção do Cuidado) e, então, realizada uma associação das variáveis em relação aos componentes/indicadores da qualidade, utilizando os seus conceitos e palavras-chave (DONABEDIAN, 1990; PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999; VUORI, 1998).

Além disso, algumas estratégias metodológicas e avaliativas foram integradas na proposta como inspiração na construção dos quadros, quanto à forma de fazer as perguntas e de conferir as respostas, dentre elas, estratégias de entrevista com uso de escalas *likert*, baseadas principalmente no CFIR (THE CONSOLIDATION IMPLEMENTATION FRAMEWORK), nas recomendações

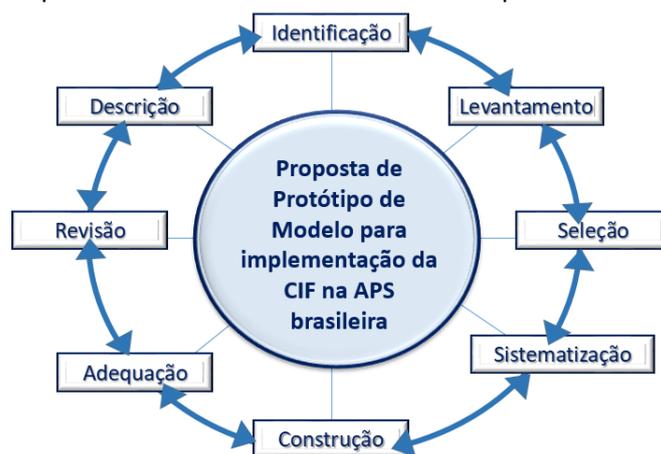
para construção de ferramentas de avaliação em saúde (PASQUALI, 2009) e estudos de avaliação da aplicabilidade de instrumentos (BALCO, 2018).

Outros aspectos metodológicos e de enfoque relacionados com a avaliação da qualidade na pesquisa, estão descritos resultados.

4.3 Etapas do estudo e processos metodológicos

As etapas do estudo (Figura 2) estão apresentadas e organizadas de modo semiestruturado conforme características operacionais, em: identificação, levantamento, seleção, sistematização, construção, adequação, revisão e descrição.

Figura 2 - Etapas do estudo conforme os diferentes processos metodológicos



Fonte: Elaborado pelas autoras

Os processos metodológicos foram agrupados nas etapas correspondentes para uma melhor didática na sua descrição e compreensão, todavia, não seguiram uma lógica linear e fixa, visto que, em alguns momentos ocorreram sequencialmente, simultaneamente ou alternadamente (GASTALDO; HARRISON, 2020). Na figura é possível perceber a apresentação das etapas através de um ciclo, representando uma interação dinâmica e com influência mútua entre as etapas e os processos metodológicos relacionados, bem como um fluxo direcionado pelas demandas, visando ações de adequação, o que é previsto em métodos e modelos da CIS utilizados. Essa concepção cíclica também pressupõe a interposição entre métodos e resultados (inclusive em

implementações e avaliações), relacionando possibilidades de ajustes para um constante aprimoramento das propostas, no caso deste estudo, para o processo de construção e planejamento (ECCLES; MITTMAN, 2006; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; SCHEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020; SMITH; LI; RAFFERTY, 2020; THE CONSOLIDATION FRAMEWORK IMPLEMENTATION RESEARCH, 2020; VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020; ZEPEDA *et al.*, 2018).

No quadro 1, há uma descrição resumida dos diferentes processos metodológicos envolvidos nas etapas.

Quadro 1 - Etapas do estudo e processos metodológicos

<p>Identificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação do problema <ul style="list-style-type: none"> • Ponto de partida: experiência e resultados da pesquisa do mestrado, barreiras e facilitadores, realidade do contexto e demandas público; - Identificação da demanda: enfoque e pergunta do estudo atual; <ul style="list-style-type: none"> • Recursos e ferramentas, formação e suporte, implementação e aplicabilidade na rotina, aplicação universal da CIF para todo o público da APS;
<p>Levantamento (Busca direcionada na literatura)</p> <p>1) CIF e APS: Utilizou-se a estratégia PICO para a elaboração da pergunta da pesquisa e direcionamento da revisão da literatura com maior nível de robustez (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Pergunta da pesquisa: “Como elaborar um modelo para o uso, ensino e implementação da CIF na perspectiva de proteção da funcionalidade humana para a APS brasileira?” Estratégia de busca: (“incapacidade” OR “funcionalidade” OR “funcionalidade humana”) AND (“CIF” OR “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”) AND (“atenção primária à saúde” OR “atenção básica” OR “atenção primária”) AND (“implementação” OR “implantação”) Momento 1 – busca inicial e revisão, voltada para a etapa de construção do modelo - Ano das publicações: até 2020; - Base de dados da busca <ul style="list-style-type: none"> • gerais: Scielo, Pubmed, Google Acadêmico; • específicas: Revista CIF Brasil (nacional), banco de artigos e publicações do grupo CIF Brasil, Portal <i>ICF Education</i> (internacional), site <i>World Health Organization</i> (WHO) (internacional); Momento 2 - nova revisão para etapa final de avaliação e discussão na tese - Ano das publicações: inclusão do período de 2021, 2022 e 2023; Adicionais - Outras fontes: livros e publicações impressas sobre a CIF, publicações de trabalhos em eventos (Anais, <i>Poster Booklet</i>), conteúdos de cursos e eventos da área; - Outras formas de busca: manuais simples identificando os elementos necessários;</p> <p>2) APS brasileira - Buscas simples e direcionadas em base de dados <ul style="list-style-type: none"> • específicas: site do Ministério da Saúde (saúde.gov.br) e Fiocruz; • gerais: Scielo, Pubmed, Google Acadêmico; - Materiais: políticas, resoluções, leis, normas, artigos, livros, dentre outros.</p> <p>3) Literatura da CIS, da EIP em saúde e de avaliação da qualidade: - através do estudo e revisão de materiais tradicionais da temática, previamente selecionados;</p>
<p>Seleção</p> <p>1) Considerou a abrangência, pertinência e adequação, conforme: - A pergunta, os objetivos e o contexto do estudo;</p>

<p>- O grau de conhecimento atual disponível na temática, as demandas e lacunas, necessidades de adaptação e contextualização;</p> <p>2) Discussão entre pesquisadores:</p> <p>- Levou em consideração a experiência dos pesquisadores envolvidos, conforme suas formações, em busca de consensos na decisão, junto à literatura. Abaixo, as suas características estão descritas:</p>	
Papel na pesquisa:	responsável pela orientação, pesquisadora principal e colaboração voluntária;
Formação e atuação:	medicina da família e comunidade, terapia ocupacional, fisioterapia;
Contextos de experiência:	saúde pública, APS, ESF, docência, pesquisa, gestão, ferramentas de avaliação em saúde, avaliação da qualidade, ensino da CIF, implementação da CIF, aplicação da CIF, ferramentas de avaliação baseadas na CIF, uso da CIF na APS, EIP em saúde e práticas colaborativas, cuidados centrados nas pessoas e cuidados integrados;
<p>- Discussão dos achados em termos de limites e possibilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Disponível, pronto para uso: <ul style="list-style-type: none"> • viável conforme o enfoque e contexto (limitações e potencialidades); • não viável conforme o enfoque e contexto (limitações e potencialidades); → Disponível, mas necessita de adaptações para uso: <ul style="list-style-type: none"> • viáveis em tempo hábil (relevância e contribuição na temática, limitações e potencialidades); • não viáveis em tempo hábil (relevância e contribuição na temática, limitações e potencialidades); → Não disponível e precisa ser construído: <ul style="list-style-type: none"> • viável em tempo hábil (relevância e contribuição na temática, limitações e potencialidades, demanda na proposta); • não viáveis em tempo hábil, relevância e contribuição na temática, limitações e potencialidades, demanda na proposta); 	
<p>Sistematização (Relacionamento, estruturação esquemática e planejamento inicial)</p>	
<p>- Utilização do IRLM para combinar modelos, variáveis e definir elementos prioritários ou essenciais na proposta para implementação (determinantes, estratégias, mecanismos de ação e resultados esperados);</p> <p>- Construção de um modelo lógico com eixos norteadores da proposta do modelo e dimensões correspondentes entendidas como essenciais na proposta de implementação da CIF voltada para a APS;</p>	
<p>Construção</p> <p>1) Demandou processos metodológicos específicos, conforme os objetivos específicos do estudo (descrições inclusas nos artigos elaborados e nos resultados da tese);</p> <p>2) Ferramentas principais utilizadas nos processos de construção do modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Roteiro elaborado a partir do Manual da CIF, com 4 questões principais, que são considerações e passos para aplicação da CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013, p.10-11); - Roteiro de matriciamento (Plano de aula e Plano de acompanhamento), elaborado pelos pesquisadores; - Formulários de Cadastramento das categorias da CIF na APS (ARAUJO; NEVES, 2014); - <i>Applications of ICF Framework</i> (SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015); 	
<p>Adequação</p> <p>- Momento em que se realizou a articulação, a integração e a harmonização entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abordagens, técnicas, outros modelos e métodos compatíveis com a proposta da CIF para a APS; • os produtos e materiais construídos, em uma perspectiva de proposta integrada entre si e no modelo como um todo; 	
<p>Revisão</p> <p>- Revisões do modelo e dos produtos construídos em relação à literatura que sustentou o seu desenvolvimento e novas evidências disponíveis;</p>	

- Identificação das fortalezas e fragilidades da proposta, elementos-chave e contribuições diferenciais;
Descrição
- Descrição do modelo geral e dos produtos construídos, com detalhes e orientações (inclusas nos materiais específicos do modelo); - Escrita de artigos científicos: com proposta compilada, incluindo os elementos-chave, norteadores e diferenciais ao entendimento da proposta;

Fonte: Elaborado pelas autoras.

4.4 Análise dos dados

Devido ao caráter de inovação da pesquisa, o próprio protótipo de modelo construído (apesar de também ser um resultado) se constituiu como dado, sendo avaliado e discutidos à luz dos referenciais que sustentaram e fundamentaram o seu desenvolvimento. De modo geral, foi realizada uma avaliação crítica em relação às suas fortalezas e limitações, buscando compreender os limites e possibilidades entre os aspectos que podem tornar a proposta relevante e viável de utilização na rotina e processos de trabalho da APS, bem como dificultá-la ou até mesmo inviabilizá-la. Sendo assim, compreender se as propostas respondem ao que se propõem, como se sustentam e articulam, de que modo se integram e harmonizam para uma finalidade comum e diferenciada, com potencial contributivo na área, os limites e possibilidades ao uso e implementação, bem como as demandas de adaptações (DAMSCHRODER, 2019; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; SMITH; LI; RAFFERTY, 2020; THE CONSOLIDATION FRAMEWORK RESEARCH, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Ressaltamos que não foi possível realizar a avaliação das propostas por comitê de juízes especialistas externos e tampouco a sua a testagem em contextos reais da prática para coleta e análise de dados provenientes da opinião e experiência de sujeitos que participariam da implementação. Todavia, ressaltamos a importância de ambas etapas e processos para avaliação da aplicabilidade e dos componentes da qualidade enquanto uma proposta de programa a ser implementado.

4.5 Aspectos éticos

4.5.1 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Em decisão apoiada na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (Artigo 1º, incisos II, III e V), o estudo obteve dispensa formal pelo coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), conforme Carta resposta à solicitação de dispensa da necessidade de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP (Anexo A), recebida em março de 2023.

4.5.2 Permissão de autores para utilização de recursos e ferramentas

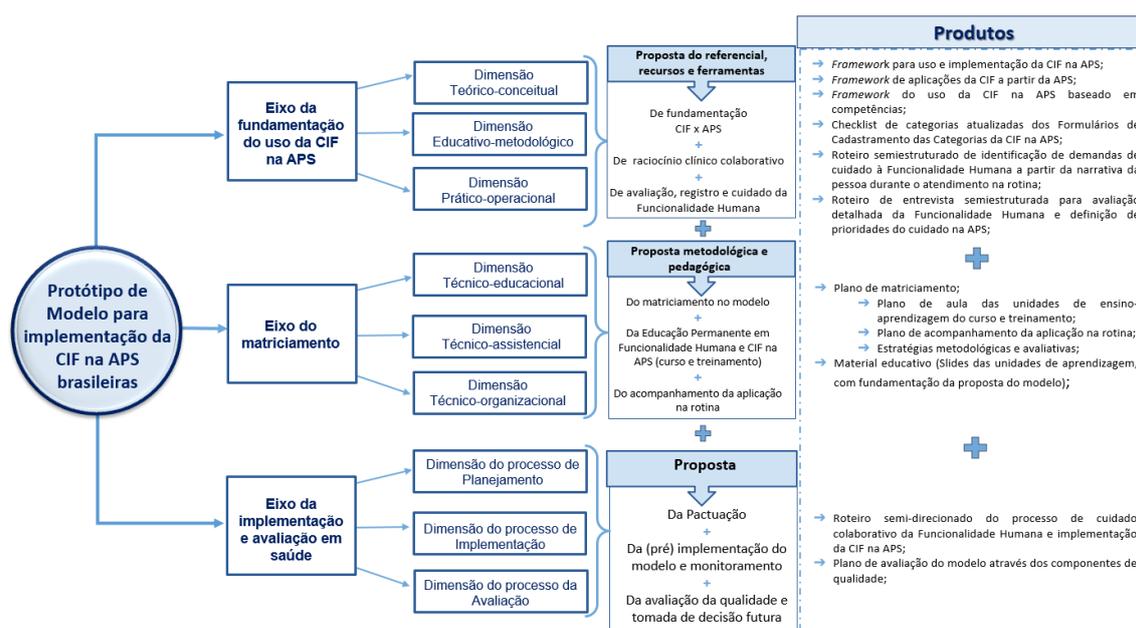
A pesquisadora realizou contato por e-mail com autores manifestando a intenção de utilização de seus recursos e/ou ferramentas na pesquisa. As permissões concedidas encontram-se agrupadas no Anexo B. O autor, Dr. Stefanus Snyman, concedeu permissão para o uso do “*Applications of ICF Framework*” (Anexo C), incluindo a sua tradução para o português do Brasil (Apêndice A), inserção junto aos materiais elaborados e como inspiração para a construção de uma estrutura adaptada para a APS brasileira (descrita no artigo 1), além disso, ressaltou permissão do uso de demais recursos de suas publicações relacionadas (Roteiros de preenchimento, dentre outros). O autor, Dr. Eduardo Santana Cordeiro, concedeu permissão para uso dos “Formulários de Cadastramento das categorias da CIF na APS” (Anexo D), incluindo a sua inserção nos materiais e adaptação para finalidades da pesquisa, derivando uma proposta de listagem atualizada a partir de versão mais recente da CIF e a construção de dois roteiros avaliativos para uso por outras categorias de profissionais de saúde em atuação na APS (apresentados no Artigo 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Resultados na perspectiva dos objetivos do estudo

Correspondendo ao que foi preconizado no objetivo geral do estudo, a Figura 3, apresenta o panorama do protótipo de modelo construído e proposto para a implementação da CIF na APS brasileira:

Figura 3 – Panorama do protótipo de modelo construído e proposto para a Implementação da CIF na APS brasileira



Fonte: Elaborado pelas autoras.

A sua visão geral possibilita a compreensão enquanto um modelo integrado, constituído por diferentes elementos e características expressos em três eixos principais, cada qual com três dimensões correspondentes, derivando propostas e produtos específicos.

O eixo da fundamentação do uso da CIF na APS, é composto pelas dimensões teórico-conceitual, educativo-metodológica e prático-operacional. Demandaram propostas voltadas à fundamentação entre a CIF e a APS, de raciocínio clínico colaborativo, para avaliação, registro e cuidado da Funcionalidade Humana, portanto, culminou no desenvolvimento de *Frameworks* de fundamentação e raciocínio clínico, de uma proposta de *Checklist*, construção de dois roteiros avaliativos (um para avaliação breve e outro para avaliação detalhada), além de um roteiro de direcionamento do

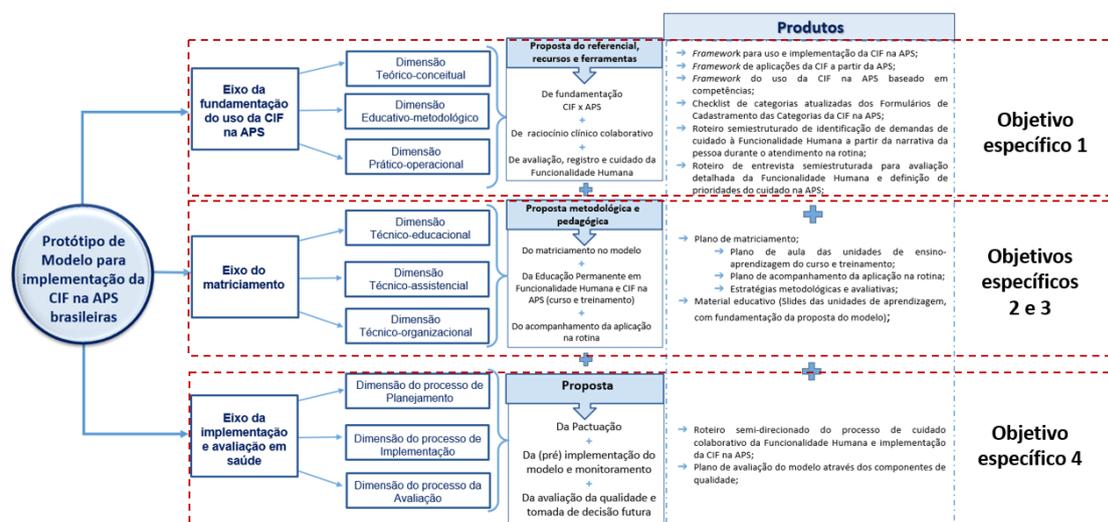
cuidado que integra as todas propostas e produtos (também associado ao eixo implementação).

O eixo do matriciamento é composto pelas dimensões técnico-educacional, técnico-assistencial e técnico-organizacional, relacionadas ao método de apoio matricial. Demandaram propostas voltadas ao matriciamento no modelo, incluindo de Educação Permanente em CIF e Funcionalidade Humana para a APS (curso e treinamento) e do acompanhamento com aplicação na rotina, levando à construção de um Plano de Matriciamento composto por Plano de Aula, Plano de Acompanhamento, estratégias avaliativas e materiais educativos correspondentes.

Por fim, eixo da implementação e avaliação em saúde, composto pelas dimensões dos processos de planejamento, de implementação e da avaliação. Demandaram propostas que incorporassem a pactuação, o planejamento, pré-implementação e monitoramento, bem como a avaliação e tomada de decisão futura. Para isso, foi elaborado um roteiro semi-direcionado da implementação e um plano de avaliação através dos componentes da qualidade.

Diante disso, embora haja uma integração e interconexão entre todos os elementos do protótipo, determinados eixos possuem maior correspondência ao alcance dos diferentes objetivos específicos do estudo e processos metodológicos necessários, como pode ser visualizado na Figura 4:

Figura 4 – Panorama geral do protótipo de modelo construído com correspondências com os objetivos específicos do estudo



Fonte: Elaborado pelos autores a partir das referências.

Sendo assim, o objetivo específico 1 (Elaborar uma proposta de recursos e ferramentas baseadas e/ou relacionadas com a CIF para um modelo integrado na APS) está contemplado no eixo da fundamentação do uso da CIF na APS, os objetivos específicos 2 (Construir e descrever um curso de educação e treinamento para uso colaborativo da CIF por profissionais da equipe de saúde da APS e matriciadores em Funcionalidade Humana) e 3 (Construir e descrever um modelo de acompanhamento, aplicação e avaliação a ser utilizado na rotina dos profissionais da APS em processo de matriciamento) no eixo do matriciamento, enquanto o objetivo específico 4 (Elaborar uma proposta de avaliação do modelo construído (e produzido nos objetivos específicos anteriores) em relação às variáveis que englobam os componentes de avaliação da qualidade, de implementação e referenciais que sustentaram o seu desenvolvimento) no eixo da implementação e avaliação em saúde.

5.2 Artigo 1 - Propostas de *Frameworks* para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Os resultados descritos neste artigo correspondem ao objetivo específico 1 do estudo. Há menção de materiais relacionados que foram disponibilizados nos apêndices da tese.

Propostas de *Frameworks* para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Resumo: O objetivo deste artigo é descrever *frameworks* de fundamentação e raciocínio clínico colaborativo para uso e implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde (APS) brasileira. Através de uma metodologia ancorada nas Ciências da Implementação em Saúde (CIS), foram elaboradas estruturas: 1) para uso e implementação da CIF na APS; 2) de Aplicações da CIF a partir da APS; 3) do uso da CIF na APS baseado em competências. Incorporam um arcabouço teórico-conceitual, educativo-metodológico e prático-operacional que relacionam a CIF na APS, com aplicação universal para a proteção da funcionalidade humana. Podem contribuir para minimizar as barreiras no uso CIF, seus conceitos e modelo na APS, sua incorporação em planejamentos, programas e políticas de saúde pública. Este estudo tem como limitação a ausência de testagem da proposta, o que sugerimos para pesquisas futuras.

Palavras-chave: 1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; 2. atenção primária à saúde; 3. Ciências da implementação em saúde; 4. Saúde pública.

Proposals for *Frameworks* for the use of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in primary health care

Abstract: The objective of this article is to describe frameworks for collaborative clinical reasoning and grounding for the use and implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) in Brazilian primary healthcare (PHC). Through a methodology grounded in the field of Health Implementation Sciences (HIS), the following structures were developed: 1) for the use and implementation of the ICF in PHC; 2) for the applications of the ICF from PHC; 3) for the use of the ICF in PHC based on competencies. These frameworks incorporate a theoretical-conceptual, educational-methodological, and practical-operational framework that relates the ICF in PHC with universal application for the protection of human functionalit

y. They can contribute to minimizing barriers in the use of the ICF, its concepts, and its model in PHC, as well as its incorporation into health planning, programs, and policies. One limitation of this study is the absence of testing of the proposed frameworks, which we suggest for future research.

Keywords: 1. International Classification of Functioning, Disability, and Health; 2. primary healthcare; 3. Health Implementation Sciences; 4. public health

Propuestas de *frameworks* para el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud en la atención primaria de salud

Resumen: El objetivo de este artículo es describir marcos de referencia de fundamentación y razonamiento clínico colaborativo para el uso e implementación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) en la atención primaria de salud (APS) en Brasil. A través de una metodología basada en las Ciencias de la Implementación en Salud (CIS), se han desarrollado estructuras: 1) para el uso e implementación de la CIF en la APS; 2) de Aplicaciones de la CIF a partir de la APS; 3) del uso de la CIF en la APS basado en competencias. Estos marcos de referencia incorporan un marco teórico-conceptual, educativo-metodológico y práctico-operativo que relaciona la CIF en la APS con una aplicación universal para la protección de la funcionalidad humana. Pueden contribuir a reducir las barreras en el uso de la CIF, sus conceptos y modelo en la APS, y su incorporación en la planificación, programas y políticas de salud pública. Este estudio tiene la limitación de no haber sido probado, lo cual sugerimos para futuras investigaciones.

Palabras clave: 1. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud; 2. atención primaria de salud; 3. Ciencias de la implementación en salud; 4. Salud pública.

Introdução

A adesão, uso e implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), é um desafio que tem mobilizado esforços internacionais (LEONARDI, *et al.*, 2022), tanto junto à WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) no desenvolvimento de estratégias de disseminação da CIF, seu desenvolvimento e construção de ferramentas para informações epidemiológicas sobre a Funcionalidade Humana, quanto ao compromisso assumido pelos membros da Organização das Nações Unidas (ONU) diante dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das populações e comunidades, conforme a Agenda 2030 (BICKENBACH, *et al.*, 2023; MINISTERIO DE SANIDAD, 2022). O modelo e conceito da CIF tem encontrado um cenário potencial e favorável de utilização neste contexto, ao mesmo tempo que desponta como uma nova área de atuação em alinhamento com demandas, cada vez mais crescentes, em saúde pública: as Ciências da Funcionalidade Humana (BICKENBACH, *et al.*, 2023; MINISTERIO DE SANIDAD, 2022).

O conceito de Funcionalidade Humana e/ou Saúde Funcional está contido na própria CIF, incluindo uma perspectiva que conecta a saúde ao bem-estar individual e social, proporcionando uma visão de saúde ampliada e integralizada ao valorizar aquilo que as pessoas realizam em suas vidas cotidianas, inclusive, com uma perspectiva desvinculada de condições de saúde e deficiências (ARAÚJO, 2011; BICKENBACH, *et al.*, 2023; MINISTERIO DE SANIDAD, 2022; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Neste âmbito, os cuidados primários se destacam como espaços potenciais para implementação e associação desses conceitos às diferentes metas contidas nos ODS (BICKENBACH, *et al.*, 2023; MINISTERIO DE SANIDAD, 2022).

Um estudo realizado em universidade da África do Sul, mostrou a adequação do contexto institucional dos cuidados primários para que a equipe proporcione atenção à saúde integral, usando o potencial da CIF para intersecção entre ensino e realidade da prática na vertente interprofissional da classificação, proporcionando inovações no cuidado, promovendo maior satisfação entre os profissionais e usuários. A experiência apontou que o

contexto da atenção primária favorece para que a CIF colabore com a promoção da equidade em saúde, na realização de práticas colaborativas e cuidados orientados para as necessidades das pessoas e comunidades (SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016; MULLER, *et al.*, 2019).

Um estudo latino-americano realizado em um Centro de Saúde e Reabilitação Baseada na Comunidade, obteve uma devolutiva positiva dos profissionais com a decisão de manutenção da proposta de implementação da CIF através do uso do diagrama de seu modelo conceitual no serviço, porém, mediante adequações que concentraram a utilização apenas em casos que se enquadravam em uma predefinição de incapacidade e/ou deficiência, diferentemente da proposta inicial. Os autores ressaltam os desafios na superação da lógica biomédica diante da demanda de cuidado existente para esse público não mantido e destacam a importância da aplicação universal da CIF na APS, viabilizando cuidados integrados, longitudinais e personalizados (DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016).

No Brasil, desde 2014, há publicações destacando a importância e urgência de uso da CIF na atenção primária à saúde (APS), principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tanto de modo complementar à Classificação Internacional de Doenças (CID) quanto em sua utilização individual para a identificação, descrição, acompanhamento e compreensão da situação do estado de saúde funcional da população, contribuindo para a construção de indicadores e políticas de funcionalidade humana no país (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014). No entanto, apesar de um aumento crescente de publicações na temática nos últimos anos, esses desdobramentos ainda não se constituíram com implementação na realidade dos serviços no país, concentrando-se, em sua maior parte, no âmbito da pesquisa, do ensino em trabalho e ensino, além de iniciativas pontuais e diferentes em alguns municípios. Isso evidencia dificuldades na compreensão da relação potencial existente ao uso da CIF e seu modelo com as características de funcionamento do nível primário de atenção para a proteção da funcionalidade humana, através da prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade (BALCO, 2018; CORDEIRO, 2020).

Alguns estudos brasileiros mostraram uma realidade potencial de uso da CIF e de seu modelo na APS junto de uma abordagem biopsicossocial para

ações que visam proteger a funcionalidade humana de toda a população acompanhada. Porém, ainda há lacunas com distanciamentos na utilização e compreensão dos conceitos da CIF na realidade da prática neste nível de atenção no país, por tendência de vinculação com serviços especializados e de reabilitação, conseqüentemente, uma dificuldade no entendimento de sua associação potencial na prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018; CORDEIRO, 2020).

Um estudo nacional sobre o uso da CIF com uma equipe da ESF brasileira que aplicou a WHODAS 2.0 em 120 pessoas acompanhadas, encontrou que 95.8% dos participantes da pesquisa apresentavam algum nível de incapacidade relatado durante a entrevista. Além disso, outra parcela de pessoas mencionou experiências de incapacidade decorrentes da influência de fatores contextuais na ausência de condições de saúde e/ou deficiências, as quais não puderam ter suas demandas pontuadas devido à característica da escala utilizada (BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018). O estudo identificou também barreiras e facilitadores relacionados ao uso e implementação da CIF na ESF, com características multifatoriais que permitem pensar no cenário da APS no país (BALCO, 2018).

Em consonância com estudos internacionais (SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, et al., 2016; MULLER, *et al.*, 2019; SNYMAN, et al., 2019), em relação aos facilitadores, os estudos nacionais mostram que o raciocínio através do modelo da CIF corrobora para que os profissionais ampliem o olhar e identifiquem possibilidades de cuidado diferentes daquelas que estão habituados e há uma boa aceitação dessas propostas de cuidado por parte das pessoas acompanhadas (BALCO, 2018). Dentre as barreiras, há aspectos semelhantes na literatura (ARAUJO, 2013; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; SNYMAN; ANTTILA; KRAUS DE CAMARGO; 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016), tais como, a hegemonia do modelo biomédico com enfoque em doenças e suas sintomatologias, o desconhecimento sobre a CIF e resistência em sua adesão por parte dos profissionais (mesmo quando identificam relevância em suas contribuições), a ausência de protocolos, diretrizes e políticas específicas sobre o uso da CIF na rotina dos serviços primários (BALCO, 2018).

Sendo assim, a APS brasileira pode ser compreendida como um espaço potencial para uso e implementação da CIF e a ESF com papel importante na operacionalização do cuidado à Funcionalidade Humana neste nível de atenção. Todavia, para que isso aconteça, há uma demanda no desenvolvimento de estratégias direcionadas para a minimização de barreiras e fortalecimento dos aspectos facilitadores, a fim de reduzir os desafios que podem travar a aplicação da CIF na prática da APS (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018; CORDEIRO, 2020).

Nesta perspectiva, podemos identificar o valor da associação de propostas de implementação baseadas na CIF junto às Ciências de Implementação em Saúde (CIS), no intuito de desenvolver estudos e iniciativas que diminuam lacunas e distanciamentos entre a teoria e prática. Além disso, a CIS vem mostrando o seu potencial catalisador para contribuir com soluções para as necessidades emergentes da área de saúde, gerando melhorias efetivas da saúde e da atenção à saúde para as populações e comunidades, em direção à cuidados inovadores, mais humanizados, resolutivos e contextualizados (BAUER *et al.*, 2015; DAMSCHRODER, 2019; ECCLES; MITTMAN, 2006; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA *et al.*, 2018).

O objetivo deste artigo é descrever *frameworks* de fundamentação e raciocínio clínico colaborativo para uso e implementação da CIF na APS brasileira.

Métodos

O presente artigo traz uma proposta descritiva e o conteúdo abordado constitui parte dos resultados provenientes de um estudo com caráter exploratório e de construção, através de uma abordagem qualitativa que está ancorada nas CIS (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Se debruça em um estudo de doutoramento com uma proposta voltada para inovação em saúde pública, incorporando elementos que visam contribuir com a melhoria da assistência à saúde (COSTA; BAHIA, 2017).

A CIS, consiste em um campo de estudo e pesquisa das Ciências da Saúde, que engloba metodologias da Pesquisa de Implementação e da Prática Baseada em Evidências (PBE), com processos científicos que devem ser planejados,

sistematizados e adequados aos objetivos e demandas do contexto a que se direciona, com vistas de aplicação sustentável das propostas (PETERS; TRAN; ADAM, 2013; ZEPEDA *et al.*, 2018). A sua utilização neste estudo incluiu o uso combinado de modelos, técnicas e ferramentas, bem como, um processo metodológico dinâmico, interativo e integrado, com influência mútua entre métodos e resultados, em busca de adequabilidade (ECCLES; MITTMAN, 2006; ZEPEDA *et al.*, 2018). A abordagem utilizada visou a construção do conhecimento científico ao corroborar com proposições direcionadas para demandas identificadas em uma experiência na prática rotineira do serviço, alinhando o grau de conhecimento atual na temática, lacunas existentes, conteúdos disponíveis, demandas de adaptações e de novas proposições (DAMSCHRODER, 2019; NILSEN, 2015).

O estudo buscou responder diferentes lacunas identificadas na temática tanto em nível teórico quanto prático, para isso o processo metodológico foi elaborado da seguinte forma: 1) Identificação do problema e demanda; 2) levantamento da literatura; 3) identificação das evidências significativas sobre o ensino, uso e implementação da CIF na APS; 4) construção de propostas para a APS brasileira (PETERS; TRAN; ADAM, 2013; DAMSCHRODER, 2019; NILSEN, 2015).

Ao partir de necessidades relatadas em um estudo anterior, já havia uma identificação prévia do problema, de algumas lacunas entre o saber e o fazer, de barreiras e facilitadores, bem como da demanda de adaptações ao contexto local (BALCO, 2018), conforme descrição no Quadro 1:

Quadro 1 - Identificação prévia

Identificação do problema	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectiva de saúde ensinada e produzida (modelo biomédico, com enfoque em doenças e sintomas); - Desconhecimento da CIF e seu modelo pelos profissionais da APS; - Distanciamento dos conceitos da CIF e seu modelo com o cenário e características da APS brasileira; - Público da APS vivenciando diferentes experiências de incapacidade, não incorporadas aos processos de cuidado, que também ocorrem na ausência de condições de saúde e deficiências, com forte influência dos fatores contextuais (invisibilidade); - Limitações nas ferramentas e propostas (problemas na tradução, linguagem utilizada, enfoque vinculado com condições de saúde ou deficiências, não sensíveis aos fatores contextuais); - Resistência em inserção da CIF e seu modelo pelos profissionais e equipes na rotina do serviço na APS (sobrecarga na rotina, não incorporada oficialmente às suas responsabilidades, dificuldades em entender como utilizar a CIF conforme as suas habilidades e competências no contexto),
----------------------------------	--

	em contrapartida, uma boa aceitação, empoderamento e relevância pelos usuários; - Uso da CIF e seu modelo na APS associado à algumas categorias profissionais específicas, grupos de pessoas (com diagnósticos de doenças, condições crônicas de saúde, deficiências);
Identificação da demanda	- Implementação da CIF na APS brasileira e estratégias para operacionalizá-la de forma contextualizada na rotina dos serviços; - Estratégias e propostas educativas e de suporte aos profissionais para uso da CIF e seu modelo na APS brasileira; - Aproximação teórica, pedagógica, prática e política entre a CIF e a APS brasileira, com uma perspectiva ampliada ao que habitualmente é feita; - Identificação, avaliação, cuidado e proteção da funcionalidade humana com aplicação universal público da APS; - Recursos e ferramentas baseadas na CIF específicas para uso na APS brasileira, com adequação cultural e abrangência da diversidade da população; - Uso da CIF pelas diferentes categorias profissionais e equipes na APS;

Fonte: Balco (2018).

Diante disso, foi realizada a extração dos elementos principais do conteúdo acima descrito e utilizada a estratégia PICO, tanto para a elaboração da pergunta da pesquisa quanto para o direcionamento da estratégia de busca na literatura durante o processo exploratório, realizada em dois momentos: o da construção das propostas do modelo (até o ano de 2020) e o de revisão e discussão das propostas (2021, 2022 e 2023) com atualizações (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Além disso, estratégias de buscas simples foram utilizadas em base de dados específicas (site do Ministério da Saúde e Fiocruz) do Brasil que possuem conteúdo relacionado com APS, inclusive em termos de fontes e materiais oficiais (políticas, resoluções, leis, normas, artigo, livros, dentre outros), tal como estratégia metodológica baseada em um estudo internacional que realizou a análise de documentos junto de outras evidências para elaboração de estratégias e metas nacionais integrando a CIF às características do sistema de saúde (no caso da Espanha) (MINISTERIO DE SANIDAD, 2022).

O processo de seleção dos achados e construção de uma proposta, relacionou evidências do uso da CIF no nível primário de atenção com as características específicas do mesmo no país (seus atributos, funções e responsabilidades no SUS), além de se inspirar em experiências internacionais exitosas (MINISTERIO DE SANIDAD, 2022; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016; MULLER, *et al.*, 2019; SNYMAN, *et al.*, 2019). No que tange ao uso da PBE, incorporou recomendações de alguns

estudos nacionais voltados para a APS brasileira, levando em consideração o somatório de diferentes elementos, dentre eles, as evidências da literatura e os aspectos relacionados às características do contexto em questão (experiência de profissionais, concepções dos atores, a realidade dos territórios, as barreiras e facilitadores, demandas de novas proposições e construções, dentre outros), uma vez que, o enfoque exclusivo na melhor evidência disponível na literatura (estatisticamente significativa) pode levar a um risco de práticas desatualizadas e não contextualizadas, com fragmentação ou limitação diante da complexidade e diversidade da APS brasileira (SCHEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020; VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020).

Sendo assim, a seleção e discussão das evidências significativas, considerou a abrangência, pertinência e adequação conforme a pergunta, os objetivos e contexto do estudo, bem como o grau de conhecimento atual no tema disponível na literatura e as experiências dos pesquisadores envolvidos em contextos relacionados aos que foram incorporados na pesquisa. Diante disso, a organização das etapas e processos metodológicos tiveram o intuito de minimizar as lacunas através do intercâmbio de conhecimentos que culminaram na construção de uma proposta adaptada e personalizada às demandas do contexto, que incorporassem elementos disponíveis, mas também construindo novos produtos que respondessem ao problema. O conhecimento e produto produzido, posteriormente, poderá ser colocado em ação, testado em cenários reais e avaliado na prática rotineira de trabalho dos profissionais da APS (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020).

Esse percurso metodológico, possibilitou a elaboração de um protótipo de modelo para implementação da CIF na APS, incluindo o desenvolvimento de componentes e recursos com propostas específicas e contextualizadas, ou seja, foram elaboradas baseadas na CIF e voltadas ao seu uso pelos profissionais e equipes deste nível de atenção no país (ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO, 2018; BRASIL, 2006; MULLER, *et al.*, 2019; SNYMAN, *et al.*, 2016). Incluem recursos de raciocínio clínico colaborativo e que também fundamentam a proposta, ferramentas de avaliação da Funcionalidade Humana (de levantamento, de identificação na rotina, de avaliação detalhada e definição de prioridades de cuidado), de registro e direcionamento tanto da implementação quanto do processo de cuidado (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014;

BALCO, 2018; CORDEIRO, 2020; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013, 2020; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016). Além disso, a aprendizagem, treinamento, suporte e testagem são viabilizados através de uma proposta de matriciamento (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Na CIS, a construção do conhecimento científico inclui teorias que podem ser encapsuladas em outras teorias, em modelos e/ou em estruturas sintéticas, estas últimas também conhecidas como *frameworks*. Dentre os componentes deste modelo, foram elaborados *frameworks*, ou seja, estruturas que incorporaram aspectos explicativos, de fundamentação e de processo, no intuito de compilar a base de evidências e propostas através de representações esquemáticas simplificadas, com potencial de flexibilidade e utilidade (BAUER, *et al.*, 2015; DAMSCHRODER, 2019; NILSEN, 2015).

Neste artigo, direcionaremos o enfoque na apresentação, descrição e fundamentação dos *frameworks*, em como integram uma abordagem e proposta ao uso e implementação da CIF na APS.

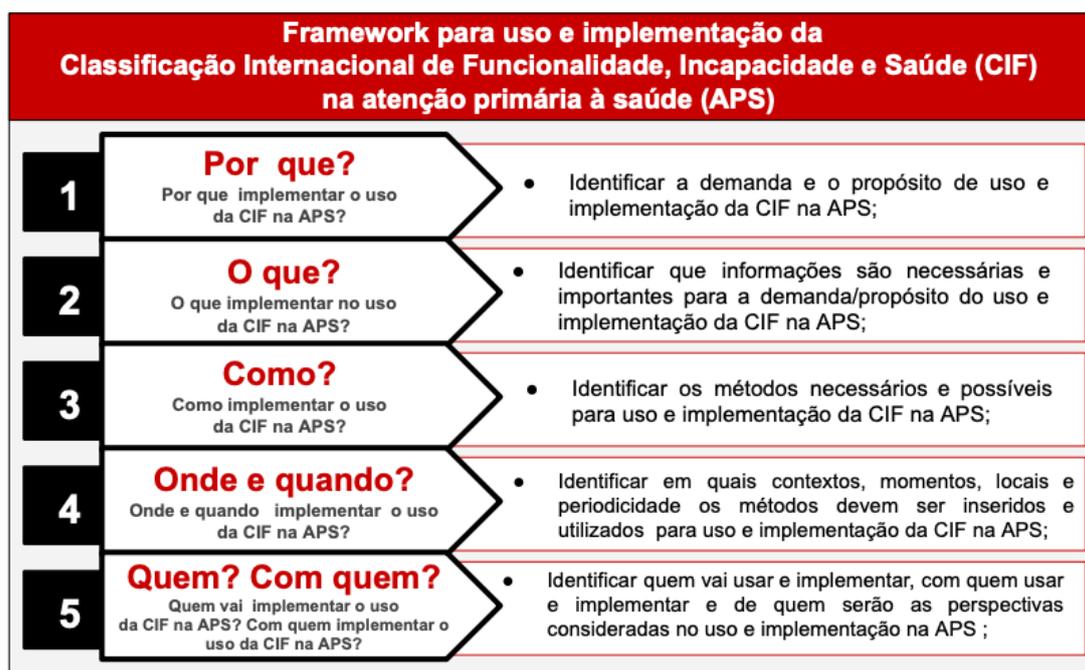
Em relação aos aspectos éticos envolvidos, a pesquisadora principal obteve permissão para uso, tradução e adaptação do “*Applications of ICF Framework*” (SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015). Devido ao seu atual enfoque teórico, conforme a Resolução 510 de 07 de abril de 2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (artigo 1, incisos I, II e V), o estudo obteve dispensa formal pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) quanto à necessidade de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP.

Resultados

Os resultados a seguir, serão relacionados à descrição individual das três estruturas construídas no estudo para uso da CIF na APS, são elas: 1) *Framework* para uso e implementação da CIF na APS; 2) *Framework* de Aplicações da CIF a partir da APS; 3) *Framework* do uso da CIF na APS baseado em competências.

O “*Framework* para uso e implementação da CIF na APS” (Figura 1), foi estruturado e adaptado através dos cinco passos essenciais para planejar uma aplicação da CIF, conforme recomendado no manual prático da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). Na versão apresentada, foram realizadas pequenas adaptações contextualizando o seu enfoque na APS e em associação com modelos da CIS (BAUER, *et al.*, 2015; PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

Figura 1 - *Framework* para uso e implementação da CIF na APS



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de Organização Mundial da Saúde (2013, p.10-11).

As características que descrevem a proposta do *framework* da Figura 1 e de seu uso conforme o modelo, estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Características da proposta do *Framework* para uso e implementação da CIF na APS*

Descrição	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro com perguntas essenciais para reflexão, planejamento e definição de uma proposta para começar a utilizar e implementar a CIF na prática de serviços da APS; - Recurso de raciocínio clínico e fundamentação;
Finalidade/ Objetivo do uso	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar no ensino-aprendizagem sobre o uso da CIF na APS; - Direcionar e auxiliar profissionais e equipe no raciocínio clínico necessário ao planejamento colaborativo para as definições iniciais sobre o uso da CIF na rotina de trabalho no serviço; -Especificar e detalhar as características das definições estabelecidas no planejamento; - (Re)avaliar o planejamento e necessidades de adequações;

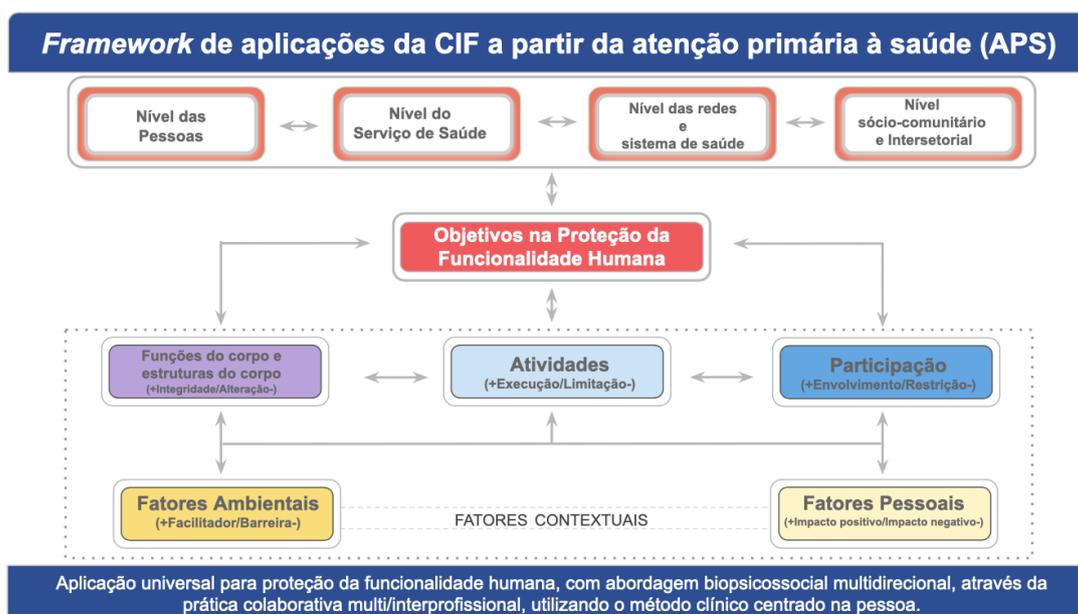
Estrutura e características	- Composta por: <ul style="list-style-type: none"> ○ 5 questões/passos ao uso da CIF na APS (conforme a Figura 1); ○ orientações do que precisa ser identificado para responder cada questão de forma personalizada;
Momentos de utilização	- Nas etapas de formação e treinamento sobre a CIF e APS; - A proposição principal do seu uso é direcionada ao momento de planejamento, que deve ser feito de modo contratual entre a equipe; - Nos momentos de seguimento e (re)avaliação do planejamento;
Como utilizar	- Recomenda-se a utilização: <ul style="list-style-type: none"> ○ seguindo a ordenação das perguntas para raciocínio clínico e discussão, bem como atentar-se às orientações da Figura 1;

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de Bauer, *et al.* (2015), Organização Mundial da Saúde (2013, 2020).

* Disponibilizado no APÊNDICE B – *Frameworks* com mais detalhamentos, conforme parte dos slides da unidade de aprendizagem em que são abordados

A outra estrutura proposta é o “*Framework* de Aplicações da CIF a partir da APS” (apresentado na Figura 2). Foi elaborado com inspiração no “*Framework* de aplicações da CIF” (SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015), sua estruturação, organização e conceitos. A sua elaboração foi adaptada de modo articulado com recomendações fundamentadas derivadas do preenchimento do “*Framework* para uso e implementação da CIF na APS” (Figura 1), que caracterizam o modelo maior proposto.

Figura 2 – *Framework* de aplicações da CIF a partir da APS



Fonte: Inspirado na versão “Applications of ICF Framework - The ICF as interprofessional care and collaboration framework” de Snyman, Von Pressentin, Clarke, 2015. Permissão concedida pelo autor Stefanus Snyman em 29 de Agosto de 2021.

Fonte: Elaborado pelas autoras inspirado em Snyman, Von Pressentin e Clarke (2015, p.3) e Snyman, *et al.* (2016, p.291).

A descrição e explicação das características gerais que descrevem a proposta do *framework* da figura 2, estão compiladas abaixo, no Quadro 3 (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO 2018; BERNTSEN, et al., 2015; BRASIL, 2012; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; ELLERI; PONTES; LOILA, 2013; MENDES, 2021; MULLER, et al., 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, 2013, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018; SNYMAN, et al., 2019; SNYMAN; ANTTILA; KRAUS DE CAMARGO; 2015; SNYMAN, VON PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016; STEWART, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, 2019).

Quadro 3 – Características da proposta do *Framework* de aplicações da CIF a partir da APS*

Descrição	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura com representação esquemática de uma proposta fundamentada para uso e aplicação da CIF na APS e ESF brasileira; - Recurso de raciocínio clínico e fundamentação;
Finalidade/ Objetivo do uso	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na fundamentação e sustentação teórica, metodológica e prática do uso da CIF na APS; - Direcionar o raciocínio clínico de profissionais e equipes ao utilizar e implementar a CIF na APS brasileira; - Dimensionar as possibilidades de aplicação da CIF na APS brasileira; - Auxiliar no relacionamento com abordagens, métodos, técnicas ferramentas e tecnologias compatíveis; - Incentivar a aplicação universal da CIF (para todas as pessoas acompanhadas) e da proteção da funcionalidade humana na APS, voltadas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade; - Facilitar a comunicação através da linguagem da CIF;
Estrutura e características	<p>Elementos e componentes <i>Framework</i> de Aplicações da CIF a partir da APS</p> <p>Níveis de aplicação da CIF na APS</p> <p>Objetivos na aplicação da CIF para a proteção da Funcionalidade Humana na APS</p> <p>Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF (adaptado) *derivado do diagrama do Framework de Aplicações da CIF x Diagrama do Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF</p> <p>Abordagem, método e contexto de aplicação da CIF na APS</p> <p>A) Diagrama do Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF (adaptado):</p> <ul style="list-style-type: none"> - não inclui condições de saúde, com enfoque nos domínios e componentes da CIF; - identificação dos aspectos positivos e negativos com linguagem correspondente no componente relacionado; - cores diferentes para os componentes do diagrama e variação de tonalidades para componentes vinculados; - tracejado identificando o diagrama e a relação entre fatores contextuais; <p>B) Objetivos de aplicação da CIF na APS:</p>

	<p>- Para a proteção da Funcionalidade Humana na APS, com enfoque na prevenção de incapacidades e na promoção da funcionalidade;</p> <p>- em relação aos componentes do diagrama do Modelo da CIF e aos níveis de aplicação propostos;</p> <p>- enfoque centrado na pessoa;</p> <p>- objetivos de uso da CIF na prática por competências;</p> <p>- aplicação universal;</p> <p>C) Níveis de aplicação da CIF na APS:</p> <p>- <u>à nível das Pessoas</u> (âmbito individual e clínico do cuidado na APS): engloba a pessoa, a família e comunidade acompanhada no serviço da APS (narrativas, histórias, expectativas, significações, experiências, características do funcionamento, etc.);</p> <p>- <u>à nível do Serviço de Saúde</u> (âmbito organizacional e institucional na APS): engloba o profissional de saúde do serviço individualmente (competências técnicas e interpessoais; domínios e especificidades da profissão), a equipe do serviço de saúde (competências para a prática colaborativa, organização do trabalho em equipe, gestão do cuidado); a organização e estruturação do serviço de saúde (gestão do serviço);</p> <p>- <u>à nível das redes e sistema de saúde</u> (âmbito organizacional na APS): engloba o trabalho coordenado com as redes de atenção à saúde e outros serviços de saúde (gestão do cuidado entre os serviços de saúde e redes de atenção à saúde);</p> <p>- <u>à nível sócio-comunitário e Intersetorial</u> (âmbito intersectorial): engloba o contexto comunitário não governamental (associações, clubes, igrejas, etc.), outros serviços e setores (social, educação, urbanização, etc.) e políticas (de saúde, de educação, sociais, trabalhistas, etc.) (gestão do cuidado no contexto sócio-comunitário, intersectorial e político; políticas de implementação da CIF e cuidado à Funcionalidade Humana na APS; empoderamento e participação social);</p> <p>D) Abordagem, método e contexto de aplicação de aplicação da CIF na APS:</p> <p>-Aplicação universal para proteção da funcionalidade humana, com abordagem biopsicossocial multidirecional, através da prática colaborativa multi/interprofissional, utilizando o método clínico centrado na pessoa;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ perspectiva holística de saúde e ser humano; ○ Educação Interprofissional (EIP) em saúde; ○ complexidade progressiva, integralidade, multidimensionalidade; ○ dinâmico e interativo; ○ neutralidade etiológica;
Momentos de utilização	<p>- Nas etapas de formação, treinamento e matriciamento no uso da CIF na APS;</p> <p>-No momento de planejamento de uso e implementação da CIF na APS e ESF;</p> <p>- Durante os momentos de identificação, avaliação e definição dos objetivos de cuidado da funcionalidade humana na APS (como recurso de raciocínio clínico vinculado às ferramentas avaliativas baseadas na CIF e não derivadas da CIF, na descrição e discussão de casos, junto à construção do projeto terapêutico singular)</p> <p>- Durante os momentos de execução e desenvolvimento da proposta de cuidado (raciocínio clínico, discussão de casos, estratégias e ações, seleção de tecnologias leve e leve-média, referência e contra-referência, articulações, etc);</p>
Como utilizar	<p>- Recomenda-se a utilização:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ orientações e passo-a-passo do momento de planejamento conforme roteiro específico; ○ considerando as competências específicas, comuns e colaborativas;

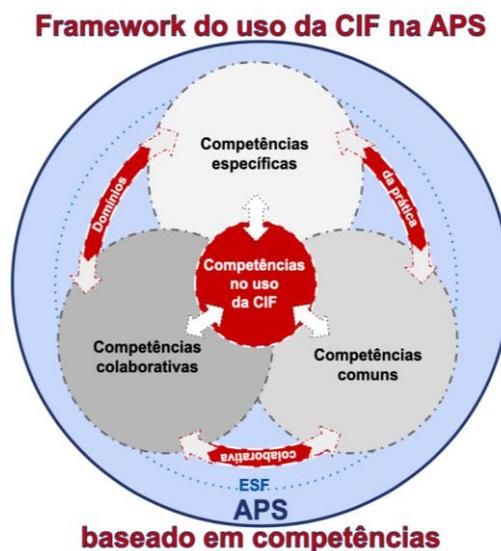
- associando o raciocínio clínico junto aos roteiros propostos para processos avaliativos e direcionamentos do cuidado;
- alinhado às abordagens, métodos, técnicas, recursos, ferramentas e estratégias já incorporadas na rotina de aprendizagem e prática;
- associando o raciocínio com o *Framework* do uso da CIF na APS baseado em competências;

Fonte: Elaborado pelas autoras inspirado em Snyman, Von Pressentin e Clarke (2015, p.3) e Snyman, *et al.* (2016, p.291).

* Disponibilizado no APÊNDICE B – *Frameworks* com mais detalhamentos, conforme parte dos slides da unidade de aprendizagem em que são abordados

Já o “*Framework* do uso da CIF na APS baseado em competências” (Figura, 3) tem a sua perspectiva integrada em parte do “*Framework* de aplicações da CIF a partir da APS” (Figura 2), sendo tanto um recorte quanto um detalhamento do mesmo.

Figura 3 - *Framework* do uso da CIF na APS baseado em competências



Fonte: Elaborado pelas autoras.

As suas características principais e possibilidades de uso, estão mencionadas abaixo no Quadro 4 (BRASIL, 2012; ELLERI; PONTES; LOIOLA, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, 2019).

Quadro 4 – Características da proposta do *Framework* do uso da CIF na APS baseado em competências*

Descrição	- Estrutura que demonstra a integração necessária entre as competências, habilidades, domínios, atributos e contexto de aplicação ao utilizar e implementar a CIF na APS brasileira; - Recurso de raciocínio clínico e fundamentação;
Finalidade/ Objetivo do uso	- Auxiliar em processos de ensino-aprendizagem sobre o uso da CIF na APS; - Apresentar os aspectos que precisam integrar e contextualizar a prática com a CIF na APS, transitando de modo dinâmico entre os diferentes elementos; - Auxiliar no alinhamento do raciocínio clínico no uso da CIF na APS conforme características deste nível de atenção, dos serviços de ESF, das competências de cada profissão e da prática colaborativa;
Estrutura e características	- Composta por cinco elementos-chave que devem ser relacionados no uso da CIF na APS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Competências da aprendizagem: cognitivas, psicomotoras, afetivas e atitudinais; ○ Competências da Educação Interprofissional (EIP) em saúde: competências específicas/ complementares, competências comuns e competências colaborativas interprofissionais da EIP em saúde; ○ Domínios da prática colaborativa interprofissional: valores e ética, papéis e responsabilidades, comunicação interprofissional, trabalho em equipe, prática baseada em equipe, uso da CIF na APS centrado no paciente e família e orientado para a população e comunidade; ○ Uso da CIF em conformidade com os núcleos de saberes e práticas do campo comum ESF; ○ Uso da CIF em conformidade com os fundamentos e diretrizes, atributos e funções da APS;
Momentos de utilização	- Nas etapas de formação e treinamento sobre a CIF e APS; - No momento de planejamento, raciocínio clínico, discussão da equipe, para planos de cuidado e seleção de tecnologias compatíveis e passíveis de uso na APS, no cuidado da funcionalidade humana, conforme competências e atribuições;
Como utilizar	- Recomenda-se a utilização: <ul style="list-style-type: none"> ○ embasando o raciocínio clínico junto ao <i>Framework</i> de aplicações da CIF a partir da APS;

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.

* Disponibilizado no APÊNDICE B – *Frameworks* com mais detalhamentos, conforme parte dos slides da unidade de aprendizagem em que são abordados

A sugestão para uso dos três *frameworks* acima apresentados é multiprofissional, englobando o seguinte público: 1) Profissionais dos serviços da APS, da equipe da ESF e equipes multiprofissionais; 2) Matriciadores em Funcionalidade Humana e CIF na APS conforme modelo proposto; 3)

Profissionais e equipe multiprofissional de saúde da APS e ESF que estejam em matriciamento.

Destacamos também as seguintes recomendações gerais: 1) uso associado ao matriciamento no modelo proposto, conforme as suas fundamentações, recursos, ferramentas e roteiros relacionados; 2) flexibilidade ao raciocínio e aplicação, com adequação conforme as demandas da sua realidade na prática; 3) recorrer à própria CIF como padrão-ouro e ao Manual de uso de da CIF, sempre que necessário.

Discussão

Publicações brasileiras destacam a necessidade no desenvolvimento de modelos, recursos, estratégias, ferramentas e políticas que incentivem e viabilizem a implementação da CIF nos serviços de APS (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018).

Alguns autores têm proposto complementações ao Diagrama do Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF (que é uma estrutura de processo com integração entre os seus componentes), através de estruturas derivadas com adaptações direcionadas à contextos específicos onde a aplicação da CIF ainda necessita de uma maior discussão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020; SNYMAN; ANTTILA; KRAUS DE CAMARGO; 2015; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016, 2019). As experiências positivas destes autores, inspiraram a proposição das estruturas apresentadas em resultados e que serão objetos da presente discussão.

Na proposta dos três *frameworks* que compõem o modelo elaborado, estão encapsulados de modo integrado e complementar todo o arcabouço teórico-conceitual, educativo-metodológico e prático-operacional ao uso e implementação da CIF na APS, incluindo as ferramentas e processos de utilização que relacionam os componentes envolvidos (BAUER, *et al.*, 2015; DAMSCHRODER, 2019; NILSEN, 2015; SNYMAN; ANTTILA; KRAUS DE CAMARGO; 2015; SNYMAN, VON PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016).

O “*Framework* de uso e implementação da CIF na APS” (Figura 1), se configura em uma estrutura organizada mediante uma perspectiva processual

que abrange as considerações principais para incorporação ao raciocínio e planejamento da aplicação prática da CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). Pode conferir direcionamento ao diálogo necessário entre a equipe, para o planejamento de uma proposta personalizada de inserção da CIF nos processos de cuidado e em suas rotinas de trabalho no serviço, que seja pautada pelo compromisso colaborativo e ético diante das necessidades em saúde da população e comunidade sob sua responsabilidade. A relevância de sua utilização segundo essa proposta, pode ser associada ao que prevê a Organização Mundial de Saúde (2013, p.11) ao ressaltar que “o uso da CIF requer raciocínio e planejamento sistemáticos”, os quais demandam conhecimento, adequação aos diferentes cenários, responsabilidade social e comprometimento com as diretrizes éticas em sua utilização.

O “*Framework* de aplicações da CIF a partir da APS” (Figura 2), incorpora toda a perspectiva de implementação do modelo mais amplo proposto, englobando tanto a dimensão teórica quanto processual da prática. A sua estrutura promove um relacionamento entre CIF e a APS, destaca a finalidade de sua utilização neste contexto, direciona o raciocínio colaborativo nas diferentes etapas e conforme as demandas dos níveis de aplicação, possibilitando um uso personalizado e sustentado por abordagens e métodos relacionados (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO 2018; SNYMAN, VON PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016).

A ausência das condições de saúde integradas ao diagrama do modelo do “*Framework* de aplicações da CIF a partir da APS” (Figura 2), foi intencional e teve o intuito de valorizar a sua aplicação universal neste nível de atenção, incentivando a compreensão da incapacidade como uma experiência universal (ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO, 2018; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016). Essa proposta se articula com os achados de um estudo nacional, que mostrou uma quantidade alta de pessoas acompanhadas por uma equipe de ESF vivenciando experiências de incapacidade em diferentes graus, mesmo na ausência de doenças, transtornos e deficiências pré-existentes. Isso destacou a influência dos fatores contextuais, principalmente ambientais, tais como, os aspectos financeiros, físicos, sociais, atitudinais, políticos e até pessoais como estilo de vida, cultura, suas histórias e vivências pessoais. Portanto, evidenciaram, uma demanda significativa de cuidados relacionados à

Funcionalidade Humana neste nível de atenção que passava despercebida e acabava por ser negligenciada (BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018).

Embora essa perspectiva desvinculada de condições de saúde e/ou deficiências não seja a habitualmente associada ao seu uso, a sua possibilidade não é rejeitada na própria CIF e alguns pesquisadores já destacam essa demanda de uso independente (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO, 2018; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013, 2020). Compreendemos que essa é uma necessidade em saúde legítima e passível de ser incorporada aos enfoques e processos de cuidado na APS, inclusive, o seguinte trecho retirado de manual publicado pela Organização Mundial da Saúde (2013, p.41), corrobora com a viabilidade desta utilização, principalmente, diante do enfoque em ações de prevenção e promoção:

Em geral, na ausência de uma condição de saúde, a CIF não é comumente usada no contexto clínico. No entanto, a CIF pode ser usada como um modelo conceitual para informações sobre funcionalidade que são aplicáveis ao cuidado pessoal da saúde, incluindo prevenção, promoção da saúde, e o aumento da participação por meio da remoção ou redução de barreiras sociais e estímulo ao fornecimento de suportes sociais. A CIF pode ser usada (mesmo antes da identificação de um diagnóstico) da mesma maneira para descrever a funcionalidade (...) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013, p.41).

Essa demanda pode dialogar com as críticas sobre a concepção de saúde atual, suas limitações e necessidade de reformulação. Mesmo com tentativas de adequação na perspectiva biopsicossocial conforme as modificações das necessidades em saúde da população, ainda há forte influência do modelo biomédico no modo de ensinar, aprender, pensar, classificar e produzir saúde (HUBER, *et al.*, 2011; MENDES, 2021). Pode se alinhar também na reflexão com os desafios aos avanços da APS brasileira, relacionados tanto com o seu papel quanto da sua verdadeira complexidade, já que o cenário onde se insere incorpora diferentes necessidades em saúde que se associam com a diversidade das características das populações e comunidades acompanhadas (MENDES, 2021). Sendo assim, ao incluir aspectos já mencionados desde a declaração de Alma-Ata e a carta de Ottawa, aprimorados nas sugestões da Organização Pan-

Americana de Saúde, podemos entender que a APS tem também a responsabilidade de promover a equidade em saúde (MENDES, 2021; SNYMAN, *et al.*, 2016).

Da mesma forma, estes aspectos podem influenciar diretamente na aproximação e adesão da CIF e de seu modelo na prática da APS, quando ainda há tendências ao desenvolvimento de propostas que acabam por reproduzir uma lógica linear e causal, limitando a perspectiva biopsicossocial, o raciocínio multidirecional do modelo e até mesmo avanços que posicionem a sua possibilidade de aplicação universal na ausência de doenças, deficiências ou mesmo o enfoque nas potencialidades das pessoas e dos ambientes (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO, 2013; BALCO 2018; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; SNYMAN, VON PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016).

Mesmo com a manutenção do diagrama da CIF conforme a sua proposta original, é possível identificar ressonâncias em experiências que valorizam a forte influência dos fatores ambientais. Perspectivas na mesma direção já estão incorporadas às metas e estratégias do Plano Nacional de Saúde da Espanha, baseadas na premissa de que proteger os direitos humanos das populações e comunidades, tanto individualmente quanto coletivamente, é um dever em saúde pública que alinha-se aos ODS, especialmente para situações de vulnerabilidade, com a importância de fomentar ações que maximizem os aspectos positivos e minimizem os negativos (MINISTERIO DE SANIDAD, 2022). Relatos de experiências do Cabo Ocidental, na África do Sul, destacam o valor da CIF para práticas colaborativas e na promoção da equidade saúde, ao associar o seu ensino e aplicação valorizando os fatores ambientais, estimulando o entendimento de sua associação com os determinantes sociais de saúde (DSS) e como refletem diretamente nas necessidades em saúde, funcionalidade e incapacidade, na saúde e bem-estar geral de indivíduos e comunidades mais vulneráveis (SNYMAN, *et al.*, 2016). À exemplo disto, um estudo brasileiro também identificou maiores demandas relacionadas à funcionalidade e incapacidade em públicos e territórios mais vulneráveis na APS (KOSOSKI, 2018).

Buscando alinhamento com todas estas perspectivas, o “*Framework* de aplicações da CIF a partir da APS” (Figura 2) propõe o “objetivo” como elemento

principal do raciocínio, com o ponto de partida da necessidade da pessoa, ou seja, daquilo que é importante e significativo em sua vida (BERNTSEN, *et al.*, 2015; SNYMAN; ANTTILA; KRAUS DE CAMARGO; 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016; STEWART, 2017), enquanto o ponto de chegada na proteção da funcionalidade humana, possibilitando pensar no valor da prevenção de incapacidades e da promoção da funcionalidade (BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018). Inclui também os aspectos positivos (ressaltados através da linguagem neutra), viabilizando o olhar para as potencialidades, os pontos fortes das pessoas, dos dispositivos do território e demais recursos (SNYMAN, *et al.*, 2016). Essa perspectiva pode também ser identificada na publicação de Berntsen, *et al.* (2015), em que os autores propõem um modelo e estruturas que integram objetivos pessoais, funcionais, biológicos, sociais e adaptativos, destacando o valor dos objetivos pessoais e da trajetória de vida do sujeito para a definição de metas e estratégias do cuidado.

Estes aspectos alinham-se com as diretrizes éticas de uso da CIF e de seu modelo, que recomendam respeitar e valorizar a opinião e auto percepção das pessoas ao terem o seu estado de funcionalidade avaliado e classificado, incluindo o estímulo à autonomia e participação ativa, podendo inclusive, discordar, questionar ou solicitar adequações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013, 2020). Além disso, encontra ressonância no campo das Ciências da Funcionalidade Humana quanto à compreensão da experiência vivida no cotidiano a partir do valor que o próprio sujeito atribui a isso (BICKENBACH, *et al.*, 2023; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020), ou seja, o entendimento de que “ (...) desempenhar o que se deseja, o que se precisa é o enfoque da qualidade da vida humana” (ARAUJO, 2011, p.23).

Portanto, pensar nos objetivos para a proteção da funcionalidade humana em relação aos componentes da CIF para um cuidado com abordagem biopsicossocial e aos níveis para aplicação universal da CIF na APS, possibilita a articulação entre o papel dos usuários (pessoa, família e comunidade), das diferentes profissões e suas competências (específicas, comuns e colaborativas), das equipes de APS, dos serviços da rede de atenção à saúde (RAS) e com outros setores. Essas proposições se espelham na literatura e em relatos de experiências onde os autores destacam o potencial da CIF para contribuir com a personalização, ampliação, colaboração, integração,

longitudinalidade, continuidade e equidade do cuidado em saúde (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO, 2018; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; SNYMAN, *et al.*, 2016; SNYMAN, VON PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SOUZA, 2016).

Neste sentido, mais do que treinar os profissionais para codificarem com a CIF ou ter o enfoque no desenvolvimento de medidas de avaliação derivadas, acreditamos que, primeiramente, é necessário incentivar os profissionais a raciocinarem com o modelo da CIF e serem capazes de articular este raciocínio transitando entre diferentes demandas, cenários e realidades das pessoas e territórios, das suas formações, no trabalho em equipe, com as abordagens, métodos e técnicas compatíveis, de modo condizente com o cenário da APS e as potencialidades existentes (BALCO, 2018). Esses apontamentos se relacionam com o posicionamento de Araújo (2013, p.12), ao ressaltar que no uso da CIF:

(...) é necessário que os profissionais estejam aptos a utilizá-la com segurança e de forma assertiva, levando-se em consideração que, para isso existem etapas a serem vencidas. A primeira etapa a ser transposta é a inserção do modelo conceitual de funcionalidade e incapacidade da OMS na prática profissional, na prática política e na prática acadêmica (ARAÚJO, 2013, p.12).

Entendemos que a implementação da CIF na APS brasileira requer o desenvolvimento de propostas adaptadas à realidade das características do sistema de saúde brasileiro, da formação e de trabalho dos profissionais de saúde, da população acompanhada e sua diversidade (BALCO, 2018; SOUZA, 2016). Sendo assim, acreditamos no valor de propostas que facilitem e incentivem a disseminação do conhecimento sobre a CIF e seus conceitos, incluindo estratégias que viabilizem, de fato, uma melhor compreensão da potencialidade de utilização de um modelo conceitual de funcionalidade e incapacidade com aplicação universal no contexto da APS brasileira, aspectos que tentamos incorporar aos *frameworks*, tal como sugerido em estudos nacionais (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO, 2018).

O uso e implementação da CIF na APS se, alinhado com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira (BRASIL, 2006), juntamente de

abordagens compatíveis que possibilitem a integração e transição entre as competências e núcleos de saberes e práticas com as possibilidades de utilização da CIF na APS, compreendendo as contribuições das diferentes profissões tanto individualmente quanto em uma prática colaborativa ao trabalhar com a funcionalidade humana de modo ético e seguro, pode auxiliar a articular, integrar e harmonizar a força de trabalho, a visão ampliada de saúde, de ser humano e o cuidado integral neste nível de atenção (MULLER, *et al.*, 2019; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016). O “*Framework* de uso da CIF na APS baseado em competências” (Figura 3), tem o intuito de reforçar essa ideia, inclusive com os preceitos da EIP em saúde associados, no sentido de contribuir tanto para diminuição de resistências na adesão da CIF por algumas categorias profissionais quanto favorecer a aproximação de seus conceitos do contexto do APS (SNYMAN, *et al.*, 2016).

Acreditamos que pelo caráter complementar dos três frameworks, se forem utilizados de forma conjunta, podem corroborar para elucidar a relação complementar ao uso da CIF e seu modelo na APS, auxiliando com embasamentos que viabilizem a sua operacionalização na prática. Isso poderia contribuir na melhoria da qualidade, com adequação e resolutividade do cuidado ofertado em relação às demandas de saúde do século XXI. Embora essa proposta ainda não tenha sido testada, há relatos na literatura com utilizações que se aproximam em parte destas ideias e que os resultados mostraram potencial de contribuição no âmbito individual, institucional e político (MULLER, *et al.*, 2019; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016).

As propostas inclusas nesta tese, também dialogam com perspectivas do Projeto de Lei 1673/21, que institui a Política Nacional de Saúde Funcional no Brasil, destacando o seu valor e aplicabilidade (BRASIL, 2021). Podem também, ressaltar a importância da inserção da CIF e da Funcionalidade Humana em políticas públicas específicas para a APS e, ainda, auxiliar na articulação de passos necessários para se alcançar a promoção da equidade em saúde (SNYMAN, *et al.*, 2016; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015).

Considerações finais

O uso da CIF na APS brasileira ainda é incipiente, complexo e desafiador, se configurando enquanto um caminho a ser desbravado. Não existem diretrizes e/ou protocolos prontos para o uso e implementação da CIF neste nível de atenção, sendo que toda proposta demandará adaptações e contextualização à realidade de cada equipe, serviço, população e comunidade.

Os *frameworks* apresentados versam em uma tentativa de elaborar propostas direcionadas a minimizar algumas lacunas identificadas, com fundamentações que propiciem um arcabouço inicial ao uso da CIF na APS e, especificamente na ESF brasileira, que possam também ser utilizados como futura base de evidências, análises, discussões, adequações e aprimoramentos.

Neste aspecto, as nossas propostas se expressam como uma possível abordagem para o uso da CIF na APS, alinhada com a PNAB e que, podem inclusive, corroborar para minimizar barreiras na adesão da CIF neste nível de atenção. Pode ainda, auxiliar na superação de paradigmas, divergências e ambiguidades quanto à viabilidade de aplicação universal da CIF na ausência de condições de saúde e deficiências, valorizando uma concepção de saúde e funcionalidade por uma perspectiva holística, alinhada aos preceitos de equidade e às demandas de saúde do século XXI.

Destacamos que não temos a intenção de modificar a CIF ou o seu Modelo de Funcionalidade e Incapacidade, tampouco propor a sua substituição. Assim como também não pretendemos esgotar ou limitar toda a potencialidade de fundamentação e utilização da CIF na APS brasileira. Todavia convidamos à reflexão sobre a importância de incorporação dessa perspectiva aos avanços da CIF e, principalmente, para favorecer a sua contextualização, aplicabilidade e adesão em cuidados primários.

Acreditamos que as propostas deste estudo podem trazer contribuições para a sociedade, para comunidade acadêmica e científica, para a CIF, para a APS e para a saúde pública em termos de planejamento, elaboração de programas e de políticas. Isso evidencia, inclusive, a importância de se pensar em propostas que dialoguem com uma política direcionada à incorporação da

CIF na APS brasileira ou que a associe em outras políticas vigentes e compatíveis com a sua aplicação universal para a Proteção da Funcionalidade Humana. Se faz crucial compreender que tanto a prevenção de incapacidades quanto a promoção da funcionalidade podem se configurar como um direito de todas as pessoas, que precisa ser garantido por políticas públicas de saúde e intersetoriais.

Compreendemos que a proposta pode ser desafiadora e que envolve demandas de transformações na concepção de saúde e de funcionalidade, de reformas do sistema de saúde, de assistência, ensino e político, ou seja, engloba participação e discussão colaborativa, com inclusão dos diferentes atores, cenários e dimensões relacionadas com a sua aplicação. Sendo assim, destacamos como limitações do estudo, a ausência de avaliação por um Comitê de Juízes Especialistas (CJE) na temática e de testagem das propostas na realidade da prática com sua avaliação pelos atores com potencial de condução de sua implementação, o que pode ser viabilizado em pesquisas futuras.

Financiamento e agradecimentos

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código Financeiro 001. Agradecemos à CAPES pelo apoio para desenvolvimento da pesquisa.

Referências

ARAUJO, E.S. Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.70 p.

ARAUJO, E.S.; MAGGI, L.E.; REICHERT, T.T. CIF nos Sistemas Municipais de Saúde. **Revista Científica CIF Brasil**, v.3, n.3, p.49-61. 2015.

ARAUJO, E.S.; JUNIOR, J.C.O. A aplicação da CIF por agentes comunitários de saúde. **Revista Científica CIF Brasil**, v.1, n.1, p.18-26. 2014.

ARAUJO, E.S.; NEVES, S.F.P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? **Acta Fisiatr**, v.21, n.1, p.46-48. 2014.

BALCO; E.C.; AZEVEDO-MARQUES, J.M. Escala WHODAS 2.0 e atenção primária à saúde: reflexões e apontamentos no uso de uma versão brasileira [Internet]. **Revista Científica CIF Brasil**. v.9, n.9. p.45-56. 2017.

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**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2018. 155f. Dissertação.

BAUER, M.S.; DAMSCHRODER, L.; HAGEDORN, H.; SMITH, J.; KILBOURNE., A.M. An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychol.** v.3, n.1, p.32, sep. 2015.

BERNTSEN, G.K.R.; GAMMON, D.; STEINSBEKK, A., SALAMONSEN, A.; FOSS, N.; RULAND, C.; FONEBO, V. How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. **BMJ Open**, v.5. 2015. doi:10.1136/bmjopen-2015- 009403

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). ISBN: 978-85-334-1939-1 Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em: 10 set. 2021.

BICKENBACH, J.; RUBINELLI, S.; BAFFONE, C; STUCKI, G. The human functioning revolution: implications for health systems and sciences. **Front. Sci.**, v.1, may. 2023.

CORDEIRO, E.S. Seis passos para a linha de chegada. **Revista CIF Brasil**. v.12, n.1, p.03-05. 2020.

COSTA, L.S., BAHIA, L. Geração e trajetórias de inovação nos serviços de saúde. In: GADELHA, C.A.G., GADELHA, P., NORONHA, J.C., and PEREIRA, T.R., eds. *Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, p. 23-60.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/961-970/pt>. Acesso em: 17 abr. 2021.

DAMSCHRODER, L.J. Clarity out of chaos: use of theory in implementation research. **Psychiatry Res.** 2019.

DEBROUWERE, I.; LEBEER, J.; PRINZIE, P. The Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Primary Care: Findings of Exploratory Implementation **Throughout Life**. v.27, n.2. 2016.

ECCLES; M.P.; MITTMAN, B.S. Welcome to Implementation Science. **Implementation Science**, v.1, n.1. 2006.

ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S.; LOILA, F.A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437. 2013.

HUBER, M., et al. How should we define health? **BMJ**. 2011; 343: d4163 doi:10.1136/bmj.d4163.

KOSOSKI, E. Informações funcionais e fatores ambientais: estudo exploratório com análise geoespacial realizado em usuários da atenção básica. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2018. Dissertação.

LEONARDI, M. *et al.* 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 11321. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>.

MENDES, E.M. A atenção primária à saúde no SUS: Avanços e ameaças/Eugênio Vilaça Mendes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, ago.2021 – CONNASS Documenta, n.38.

MINISTERIO DE SANIDAD. Estrategia de Salud Pública 2022 – ESP 2022. Madrid. 2022.

MULLER, J.; SNYMAN, S.; SLOGROVE, A.; COUPER, I. The value of interprofessional education in identifying unaddressed primary health-care challenges in a community: a case study from South Africa. **Journal of Interprofessional Care**, v.1, n.9. 2019. DOI 10.1080/13561820.2019.1612332.

NILSEN, P. Making Sense of Implementation Theories, Models and Frameworks. **Implementation Science**, v.10, n.53, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Geneva, Suíça 2010. Disponível em: https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_o_ms_marco_acao_eip.pdf. Acesso em: mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. [Tradução: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. - 1. ed., 3. reimpr. atual. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface** (Botucatu), v.22, n.2, p.1525-34. 2018.

PETERS, D.H.; TRAN, T.N.; ADAM, T. Implementation research in health: a practical guide. Publisher Information. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n.3, mai-jun. 2007.

SYNMAN, S.; VON PRESSENTIN, K.B.; CLARKE, M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. **J Interprof Care**, v.29, n.4, p.313-9, jan. 2015. DOI 10.3109/13561820.2015.1004041. Acesso em: mar 2020.

SNYMAN, S.; VAN ZYL, M.; MULLER, J.; GELDENHUYS, M. **International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for Interprofessional Education and Collaborative Practice**. 2016. 285D. Forman et al. (eds.). Leading Research and Evaluation in Interprofessional Education and Collaborative Practice.[Office1]

SNYMAN, S; KRAUS DE CAMARGO, O.; ANTTILA, H.; VAN DER VEEN, S.; STALLINGA, H.; MARIBO, T.; VAN GREUNEN, D. The ICanFunction mHealthSolution (mICF): A project bringing equity to health and social care within a person-centered approach. **Journal of Interprofessional Workforce Research and Development**, v.2, n.1. 2019.

SNYMAN; S.; ANTTILA, H.; KRAUS DE CAMARGO; O. ICF Education: Rationale. In First International Symposium: ICF Education. Helsinki, Finland. 2015. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.1987.1443>

SOUZA, M.A.P. Inovação nos serviços públicos de reabilitação: propostas para a sistematização da coleta de informações funcionais centradas no usuário. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

STEWART, M., et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Burmeister A, da Rosa SM, tradutores; Lopes JMC, revisor técnico. - 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

VIEIRA, A.C.G.; GASTALDO, D.; HARRISON, D. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. **Rev Bras Enferm**, v.73, n.5. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

ZEPEDA, K.G.M.; SILVA, M.M.; SILVA, I.R.; REDKO, C.; GIMBEL, S. et al. Fundamentos da Ciência da Implementação: um curso intensivo sobre um emergente campo de pesquisa. **Escola Anna Nery**, v.22, n.2. 2018.

5.3 Artigo 2 - Uma proposta de modelo de apoio matricial para implementação do cuidado da funcionalidade humana na atenção primária à saúde brasileira

Os resultados descritos neste artigo correspondem aos objetivos específicos 2 e 3. Há menção de materiais relacionados que foram disponibilizados nos apêndices da tese.

Uma proposta de modelo de apoio matricial para implementação do cuidado da funcionalidade humana na atenção primária à saúde brasileira

Resumo: O objetivo deste artigo é descrever um modelo de apoio matricial proposto para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde (APS) brasileira. Tem uma abordagem qualitativa que integrou as Ciências da Implementação em Saúde (CIS) e o método de apoio matricial (AM). Os resultados consistem na descrição de um modelo de AM para implementação da CIF na APS, incluindo um plano de matriciamento. O método de AM e a educação permanente (EP) em saúde podem ser articulados em uma proposta para a implementação da CIF na APS brasileira. É possível formar matriciadores que se tornariam multiplicadores e disseminadores com compromisso ético com a CIF, com a funcionalidade humana e saúde pública. A ausência de avaliações externas ou testagens configuram limitações do estudo, que podem ser realizadas em pesquisas futuras.

Palavras-chave: 1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; 2. atenção primária à saúde; 3. apoio matricial 4. educação permanente; 5. saúde pública

A proposal for a matrix support model for the implementation of human functionality care in Brazilian primary healthcare

Abstract: The objective of this article is to describe a proposed matrix support model for the implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) in Brazilian primary healthcare (PHC). It adopts a qualitative approach that integrates the Science of Implementation in Health (SIH) and the matrix support method (MSM). The results consist of the description of an MSM model for implementing the ICF in PHC, including a matrix support plan. The MSM method and continuing education in health can be integrated into a proposal for the implementation of the ICF in Brazilian PHC. It is possible to train matrix support professionals who would become multipliers and disseminators with an ethical commitment to the ICF, human functionality, and public health. The absence of external evaluations or testing constitutes limitations of the study, which could be addressed in future research.

Keywords: 1. International Classification of Functioning, Disability, and Health; 2. primary healthcare; 3. matrix support; 4. continuing education; 5. public health.

Una propuesta de modelo de apoyo matricial para la implementación del cuidado de la funcionalidad humana en la atención primaria de salud en Brasil

Resumen: El objetivo de este artículo es describir un modelo de apoyo matricial propuesto para la implementación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) en la atención primaria de salud (APS) en Brasil. Se utiliza un enfoque cualitativo que integra las Ciencias de la Implementación en Salud (CIS) y el método de apoyo matricial (AM). Los resultados consisten en la descripción de un modelo de AM para la implementación de la CIF en la APS, incluyendo un plan de apoyo matricial. El método de AM y la educación permanente en salud (EP) pueden articularse en una propuesta para la implementación de la CIF en la APS brasileña. Es posible formar matrices que se convertirían en multiplicadores y difusores con un compromiso ético con la CIF, la funcionalidad humana y la salud pública. La falta de evaluaciones externas o pruebas constituye limitaciones del estudio, que podrían abordarse en investigaciones futuras.

Palabras clave: 1. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud; 2. atención primaria de salud; 3. apoyo matricial; 4. educación permanente; 5. salud pública.

Introdução

Os avanços tecnológicos-científicos geraram mudanças no perfil epidemiológico, nas condições de vida da população e, conseqüentemente, nas necessidades em saúde, tornando essencial a ampliação do olhar para as características do funcionamento no cotidiano, do bem-estar e da qualidade de vida, englobando uma perspectiva biopsicossocial e holística para cuidados integrados e contínuos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Em resposta a essa demanda crescente, como fruto da colaboração entre diferentes especialistas e grupos representativos, a *World Health Organization Family (WHO)* publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), englobando os aspectos da funcionalidade e incapacidade sob uma perspectiva biopsicossocial, com neutralidade etiológica e aplicação universal (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Desde a sua aprovação na 54ª Assembleia Mundial da Saúde, através da Resolução no 54.21/2001, o uso da CIF tornou-se um compromisso de saúde pública, social, ético e político em nível global (DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; FARIAS; BUCHALLA, 2005; LEONARDI, *et al.*, 2022).

No Brasil, a Resolução nº 452 de 10 de maio de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, torna o uso da CIF obrigatório no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar (BRASIL, 2012), apesar disso, a sua incorporação na prática dos serviços no país ainda não acontece. Em um estudo recente sobre a implementação da CIF em nível internacional, o Brasil encontra-se entre os países onde a CIF ainda não é utilizada oficialmente (LEONARDI, *et al.*, 2022).

Geralmente as propostas de utilização da CIF no contexto brasileiro, tendem ao uso em serviços especializados (níveis secundário e terciário), com maior associação ao contexto de reabilitação, aplicação por determinadas categorias profissionais e enfoque específico para pessoas com doenças e deficiências, havendo um distanciamento de sua aplicação prática na realidade dos serviços na APS (ARAUJO, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; MAGGI; REICHERT, 2015; BALCO, 2018). Diante disso, Araujo e Neves (2014, p.48) apontam que:

(...) ela tem sido encarada de uma forma ainda muito pobre pelo Brasil, já que gestores e técnicos a têm levado unicamente para a atenção especializada, deixando de lado todo o potencial da aplicação dela na atenção primária (ARAUJO; NEVES, 2014, p.48).

Os estudos indicam que o uso da CIF deve iniciar no nível primário de atenção no país, o que ainda não acontece, havendo lacunas e distanciamentos no âmbito teórico, científico, pedagógico, assistencial, gerencial, político e epidemiológico (ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018; KOSOSKI, 2018; SILVA-E-DUTRA, et al., 2021). Balco (2018), citou algumas demandas que podem contribuir para a superação deste cenário, dentre elas:

1) o cumprimento da Resolução do Ministério da Saúde no 452, de 10 de Maio de 2012, a existência de uma Política Nacional de Saúde Funcional vigente e a inserção da Saúde Funcional como uma das áreas estratégicas de cuidado na APS; 2) a inserção do ensino da CIF no currículo das graduações e pós-graduações e a educação continuada sobre a CIF nos serviços de saúde; 3) desenvolvimento de uma proposta de rotina de trabalho, clara e detalhada, com quais os profissionais e em que momento das suas atividades vão usar a CIF no dia-a-dia do serviço (BALCO, 2018, p.115).

As evidências de pesquisas nacionais mostram que, apesar dos desafios inerentes ao processo, a CIF e seu modelo, não só podem, como precisam ser implementados na APS brasileira, viabilizando a prevenção de incapacidades e a promoção da funcionalidade (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018; KOSOSKI, 2018; SILVA-E-DUTRA, et al., 2021).

Experiências com o uso da CIF na Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluem os agentes comunitários de saúde (ACS) como os profissionais que podem iniciar o processo de implementação, utilizando os “Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS” junto aos “Formulários de Cadastro de Dados Simplificados (CDS) do e-SUS”, nos momentos do (re)cadastro, acompanhamento e territorialização. Consistem em ferramentas baseadas na CIF, elaboradas especificamente para a demanda e contexto da APS brasileira, que podem ter uma aplicação universal a todo o seu

público, com simplicidade e brevidade no uso (ARAUJO, JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014).

Uma pesquisa utilizando a *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, mostrou que a escala pode ser aplicada pela equipe multiprofissional da ESF, incluindo os ACS, para avaliar a funcionalidade das pessoas acompanhadas neste nível de atenção com alguma condição de saúde e/ou deficiência prévia, mas não é inclusiva quanto aos sujeitos que vivenciam experiências de incapacidade decorrentes de fatores ambientais, uma alta demanda neste contexto (BALCO, 2018). Além disso, inconsistências em termos e conceitos da CIF na versão traduzida da escala para o português, precisariam ser corrigidas seguindo a linguagem padronizada da classificação (BALCO, 2018).

Rocha, *et al.* (2018), descreveram a experiência de uma equipe do Núcleo Apoio à Saúde da Família na atenção básica (NASF-AB), ao utilizar a CIF no desenvolvimento de uma ferramenta para organização e regulação clínico-assistencial, contribuindo na identificação de demandas e definição critérios de elegibilidade junto à rede de atenção à saúde (RAS). Diante disso, destacaram tanto a demanda quanto o potencial de utilização do apoio matricial (AM) para nivelamento do conhecimento sobre a CIF e seu modelo entre os profissionais envolvidos.

Relatos de experiências nacionais utilizando a CIF na vertente ensino-trabalho, já abordam o uso da CIF associado com algumas ferramentas da APS. Cockell e Aveiro (2019), descreveram uma experiência sobre inserção da CIF no estágio supervisionado em saúde coletiva com o enfoque no cuidado integral na APS, apontando ampla possibilidade de articulação com as ferramentas e atividades deste nível de atenção (visitas domiciliares, acolhimento, discussão de casos, Projeto Terapêutico Singular, dentre outros), nos seus diferentes serviços e equipes, porém, permeado por desafios e limites relacionados às características dos recursos humanos e condições institucionais, com a necessidade de que estas propostas sejam transpostas dos contextos de ensino e pesquisa para a realidade dos serviços. Uma versão baseada na CIF do Formulário de Resolução de Problemas de Reabilitação (CIF/RPS-Form) foi utilizada para a inclusão da perspectiva da funcionalidade e incapacidade no Projeto Terapêutico Singular (PTS), junto ao genograma e ao ecomapa,

viabilizando a definição de metas de cuidado à curto, médio e longo prazo (SILVA, et al., 2022).

Sendo assim, é possível perceber que, à despeito do seu amplo potencial, a própria APS possui um cenário e ferramentas compatíveis com o uso e a implementação da CIF. Todavia, devido à complexidade e diversidades envolvidas neste nível de atenção, há desafios e necessidades em saúde que ultrapassam o núcleo de conhecimento e habilidades dos profissionais e equipes. Neste sentido, destaca-se o papel do AM, já que vem se consolidando tanto como uma metodologia para organização do trabalho quanto uma ferramenta de transformação da práxis, com ampla articulação na APS, fundamental ao suporte direcionado e especializado às equipes e serviços, ampliando as potencialidades e, conseqüentemente, a resolutividade das demandas do nível de atenção em diferentes dimensões de abrangência (CUNHA, 2009; RODRIGUES, 2022).

Diante disso, o objetivo do presente artigo, consiste em descrever um modelo de apoio matricial como proposta para a implementação da CIF na APS brasileira.

Métodos

Ao integrar os elementos “novidade”, “aplicação prática” e “benefício pretendido”, visando propor soluções para a melhoria dos serviços, da assistência e do cuidado ofertado ao público da APS brasileira, este artigo deriva de um estudo de doutoramento que se configura como uma proposta de inovação em saúde pública (COSTA; BAHIA, 2017; OMACHONU; EINSRUICH, 2010). O artigo traz uma proposta descritiva que engloba parte dos métodos exploratórios e de elemento construtivo, através de uma abordagem qualitativa que integrou as Ciências da Implementação em Saúde (CIS) e o método de apoio matricial (MAM) (DAMSCHRODER, 2019; EL DIB, 2014; PETERS; TRAN; ADAM, 2013; CUNHA, 2009; RODRIGUES, 2022), na elaboração de um protótipo de modelo personalizado e contextualizado.

O uso das CIS incorporou um processo metodológico dinâmico, interativo e integrado (ECCLES; MITTMAN, 2006; ZEPEDA et al., 2018), buscando

respostas para lacunas e demandas identificadas em contexto real da prática da APS, especialmente em termos de barreiras e facilitadores (BALCO, 2018).

Devido à diversidade e complexidade envolvida no objeto deste estudo e, por constituir um campo de pesquisa ainda em processo de desenvolvimento e construção do conhecimento teórico e prático (relação entre a CIF, a APS e a Proteção da Funcionalidade Humana), optou-se pelo uso de perspectiva identificada em estudos nacionais recomendando o uso da Prática Baseada em Evidências (PBE) na APS com flexibilidade e adaptação ao contexto, a partir da integração de diferentes elementos e variáveis, no intuito de minimizar o risco de propostas desatualizadas, descontextualizadas ou fragmentadas derivadas da utilização exclusiva da melhor evidência (estatisticamente significativa). Sendo assim, priorizou-se a articulação e somatório entre diferentes aspectos, tais como, evidências clinicamente significativas associadas com elementos que indicam experiência dos profissionais, perspectiva de atores, do território, barreiras e facilitadores, intercâmbio de conhecimento existente e de novas proposições (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020; VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020).

A estratégia PICO foi utilizada para a elaboração da pergunta da pesquisa e direcionamento da busca na literatura (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), conforme o objeto de estudo pretendido e sua apresentação está no Quadro 1:

Quadro 1 - Métodos de busca direcionada na literatura sobre a CIF e APS

Elaboração da pergunta	("Como elaborar um modelo para o uso, ensino e implementação da CIF na perspectiva de proteção da funcionalidade humana para a APS brasileira?")
Estratégia de busca/palavras-chave	("incapacidade" OR "funcionalidade" OR "funcionalidade humana") AND ("CIF" OR "Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde") AND ("atenção primária à saúde" OR "atenção básica" OR "atenção primária") AND ("implementação" OR "implantação")
Pesquisa em base de dados	- gerais: Scielo, Pubmed e Google Acadêmico; - específicas: Revista CIF Brasil, banco de artigos e publicações do grupo CIF Brasil, Portal ICF Education, site World Health Organization (WHO);
Período das publicações	- primeiro momento (correspondente ao processo de construção): até 2020; - segundo momento (correspondente ao processo de discussão): 2021, 2022 e 2023;
Outras buscas	- Fontes impressas (livros), trabalhos apresentados em eventos (Anais, Poster Booklet), aulas e cursos; - buscas manuais simples identificando os elementos.

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir de Santos, Pimenta e Nobre (2007).

Uma compilação geral mencionando alguns dos achados principais no âmbito nacional e internacional, está apresentada no Quadro 2:

Quadro 2 - Achados da busca da literatura

	No Brasil:	Em outros países:	Em ambos os contextos
Achados	<ul style="list-style-type: none"> - Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS; - Protocolo para Levantamento de Problemas para a Reabilitação (PLPR); - Métodos ESC; - CIF/RPS-Form; - Cursos de formação na CIF, ensino à distância; - Ferramenta matriciamento; - Tecnologia de informação e comunicação (TIC); 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Applications of ICF Framework</i>; - Narrativas; - mHealth; - Educação interprofissional (EIP) em Saúde e práticas colaborativas; - Modelos conceituais; - Patient-reported outcomes (PROs); 	<ul style="list-style-type: none"> - WHODAS 2.0; - MDS; - Checklists; - Ferramentas relacionadas com a CIF; - Diagrama do Modelo conceitual da CIF; - Roteiros de registro; - CIF baseada em competências; - Metodologias ativas de aprendizagem; - Cuidados centrados nas pessoas;

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O processo de seleção desses achados considerou a abrangência, a pertinência, a adequação e o grau de conhecimento atual disponível ou necessário. Sendo assim, foram inicialmente discutidos entre os pesquisadores, em termos de limites e possibilidades quanto à disponibilidade, prontidão para uso, demandas de adaptações, necessidade de construção, viabilidade (conforme o contexto do estudo e em tempo hábil), relevância, contribuição, limitações e potencialidades.

Dentre os critérios de exclusão ou não priorização, incluiu-se: 1) enfoque necessariamente vinculado com condições de saúde (doenças, transtornos, distúrbios, códigos da CID), deficiências e/ou reabilitação; 2) perspectiva biomédica e linear; 3) demandas de processos de desenvolvimento e validação inviáveis para o período; 4) termos e conceitos relacionados à “incapacidade e deficiência” divergindo da CIF (padrão-ouro: versões em inglês e em português da própria classificação). Já para os critérios de inclusão ou priorização, estavam: 1) proposta ou ferramenta elaborada com enfoque específico no uso da CIF para cenário da APS brasileira; 2) viabilidade de ajustes e adaptações, caso necessário; 3) disponibilidade para utilização nos serviços; 4) perspectiva

de aplicação universal; 5) uso colaborativo; 6) relacionamento com a CIF e APS; 7) potencial contribuição ou relevância para o contexto.

Foram utilizadas ferramentas qualitativas desenvolvidas pelos autores para a pesquisa (um *framework* e um roteiro), que permitiram compilar os achados e as ideias centrais que configuram a proposta elaborada, inclusive de inovação, onde os resultados são apresentados de forma descritiva.

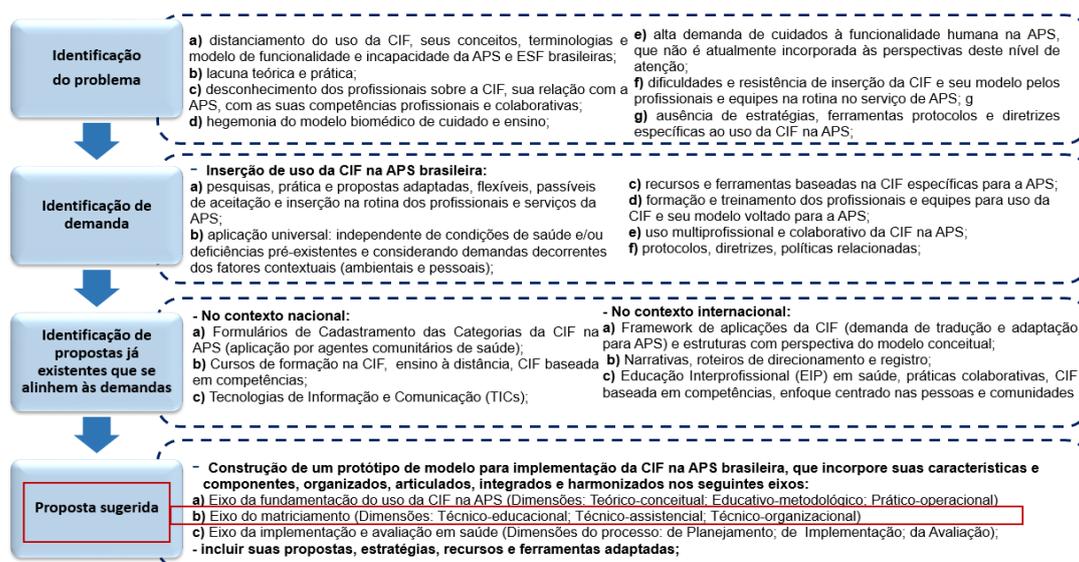
O *Framework* para uso e implementação da CIF na APS abordado no artigo de Balco (2023), intitulado “Propostas de *Frameworks* para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde”, foi estruturado através das recomendações (em termos de perguntas, passos e orientações) para planejar o uso da CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). A sua construção foi adaptada relacionando perspectivas de modelos da Ciências da Implementação em Saúde (CIS) e pequenas adaptações que contextualizaram o seu raciocínio clínico voltado para a APS. O seu uso visou responder as seguintes questões principais: 1- Por que? (demanda e propósito); 2- O que? (informações necessárias); 3- Como? (métodos); 4- Onde e quando? (contexto, local, momentos, periodicidade); 5 - Quem e com quem? (atores envolvidos, profissionais, usuários, perspectivas consideradas) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Utilizou-se do MAM, conforme características da proposta de Cunha (2009), na elaboração de um Roteiro do Plano de matriciamento (disponibilizado no APÊNDICE C) composto por tópicos que agrupam elementos e características necessárias para nortear e estruturar a construção de um estratégia que englobasse as diferentes dimensões do matriciamento (técnico-educacional, técnico-assistencial e técnico-administrativa), o público de abrangência, o enfoque principal, as estratégias, as ferramentas e os recursos relacionados (CUNHA, 2009; RODRIGUES, 2022). O desenvolvimento também incluiu a integração de conceitos, metodologias e estruturas para: a) desenvolvimento profissional contínuo (DPC) e educação permanente (EP) em saúde; b) estratégias e ações para apoio matricial; c) educação e formação na CIF; d) educação à distância (EaD) usando tecnologias de informação e comunicação (TIC); e) estratégias de Educação Interprofissional (EIP) em Saúde (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017; CUNHA; CAMPOS, 2011; FUNESA, 2011;

OLIVEIRA; CAMPOS, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; SNYMAN, PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016).

Sendo assim, a Figura 1 mostra o delineamento metodológico junto aos elementos centrais que direcionaram e sustentaram a construção da proposta que será apresentada, transitando de identificações do problema, da demanda e de conteúdos existentes compatíveis, até a sintetização da proposta sugerida.

Figura 1 – Delineamento metodológico



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.

Como é possível observar destacado na figura acima, os resultados apresentados da proposta sugerida corresponderão ao eixo do matriciamento.

Diante disso, a pesquisadora principal obteve permissão dos autores para uso e adaptação das ferramentas selecionadas a partir das evidências consideradas como significativas, conforme as demandas do estudo: 1) “*Applications of ICF Framework*” (SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015): tradução e uso como inspiração na construção de uma proposta específica para a APS brasileira; 2) “Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS” (ARAUJO; JUNIOR, 2014): uso e adaptação com atualização das categorias em um *Checklist* (mantendo o uso por ACS e incluindo auxiliares de enfermagem (AE), estes últimos como nossa sugestão) e na construção de duas ferramentas derivadas (roteiros de avaliação breve e

detalhada) para aplicação pela equipe multiprofissional da APS (profissionais de saúde com formação de nível superior).

O projeto de pesquisa foi dispensado quanto à necessidade de apresentação, registro e avaliação pelo sistema do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução 510 de 07 de abril de 2016 (artigo 1, incisos I, II e V).

Resultados

Os resultados apresentados neste artigo, possuem enfoque na proposta elaborada integrando principalmente o eixo do matriciamento no modelo, sendo assim, referem-se à proposta de um modelo de apoio matricial para implementação do cuidado à funcionalidade humana na APS, através da CIF e seu modelo. Foi inspirada em experiências internacionais e nacionais, sendo embasada: 1) pelo Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF, multidirecional, com aplicação universal e através de uma abordagem biopsicossocial e espiritual; 2) pela EIP e práticas colaborativas; 3) pelo Método de cuidado centrados nas pessoas (MCCP); 4) nos pressupostos da APS brasileira; 5) no MAM; 6) na EP em saúde; 7) no método clínico centrado na pessoa; 8) nas CIS; 9) na PBE; 10) nas orientações da *WHO* para processos de transformação da formação e prática de profissionais de saúde. Amparam-se ainda, em experiências no ensino, treinamento e uso da CIF divulgadas no Portal *ICF Education*, no Portal Multifuncional da CIF e pelo Grupo CIF Brasil, além de relatos específicos de pesquisa/ensino utilizando a CIF na APS brasileira (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018; CORDEIRO, 2020; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; MULLER, *et al.*, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, 2013; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016; SNYMAN, *et al.*, 2019; SNYMAN; ANTTILA; KRAUS DE CAMARGO; 2015).

Considerando o descrito no método, o preenchimento do *Framework* para uso e implementação da CIF na APS, através de respostas para as suas questões, resultou na descrição das características principais que fundamentam

a base da proposta do protótipo maior e culminam no modelo de matriciamento, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Framework para uso e implementação da CIF na APS preenchido com recomendações fundamentadas na proposta do modelo

Questão disparadora	Conteúdo descritivo das respostas com recomendações
Por que implementar o uso da CIF na APS?	- Para a Proteção da Funcionalidade Humana, ou seja, tanto para prevenção de incapacidades como para promoção da funcionalidade, com aplicação universal na APS.
O que implementar no uso da CIF na APS?	- Identificar os objetivos na Proteção da Funcionalidade Humana quanto: <ul style="list-style-type: none"> ○ às necessidades das pessoas, famílias e comunidades; ○ ao funcionamento humano das pessoas, famílias e comunidades; ○ às competências e atribuições profissionais; ○ aos níveis de à aplicação da CIF na APS;
Como implementar o uso da CIF na APS?	<p>- Através de um Modelo de Apoio Matricial, baseado nos seguintes conceitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ linguagem padronizada e modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF; ○ abordagem biopsicossocial; ○ visão holística do ser humano e da saúde; ○ competências da Educação Interprofissional (EIP) em Saúde e da prática colaborativa multi/interprofissional; ○ método clínico centrado na pessoa; <p>- Utilizando recursos e ferramentas baseadas na CIF e específicos para a APS brasileiras, conforme as características de funcionamento, operacionalização, diversidade do público e território. Propomos:</p> <p><u>Para fundamentação e raciocínio clínico</u> (uso multiprofissional):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Framework para uso e implementação da CIF na APS*; ○ Framework de Aplicações da CIF a partir da APS*; ○ Framework de Aplicações da CIF na APS baseada em competências*; <p><u>Para identificação, cadastramento, monitoramento e territorialização</u> (de aplicação por agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Formulários de cadastramento das categorias da CIF na APS (versão original) com Checklist de Categorias atualizadas (versão adaptada)**; <p><u>Para identificação, avaliação e definição de prioridades de cuidado relacionadas à Funcionalidade Humana na APS</u> (aplicação pelos profissionais de saúde da equipe multiprofissional)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Roteiro de identificação na rotina: Roteiro semi-estruturado de identificação de demandas relacionadas à funcionalidade humana pela narrativa da pessoa durante o atendimento de rotina do profissional/da equipe***; ○ Roteiro de entrevista semi-estruturada para avaliação detalhada: Roteiro de entrevista semi-estruturada para avaliação e cuidado da funcionalidade humana na APS pela equipe multi/interprofissional***; <p><u>Para direcionamento da implementação da CIF e do processo de cuidado colaborativo relacionado à Funcionalidade Humana na</u></p>

	<p><u>APS</u> (de utilização por matriciadores e por todos profissionais do serviço em matriciamento)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Roteiro de direcionamento do cuidado colaborativo em Saúde Funcional: Roteiro semi-estruturado de orientações para o direcionamento da prática colaborativa multi/interprofissional no processo de cuidado centrado na pessoa a partir dos objetivos na proteção da sua Saúde Funcional***;
<p>Onde e quando implementar o uso da CIF na APS?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nas Unidades de Atenção Primária à saúde (APS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas Unidade Básicas de Saúde (UBS) tradicionais; - Junto às Secretarias estaduais de saúde (SES), Secretarias municipais de saúde (SMS) e Departamentos Regionais de Saúde (DRS); - Inserção como um contínuo nos serviços e neste nível de atenção: <ul style="list-style-type: none"> ○ na rotina de trabalho do profissional, da equipe, do serviço; ○ nos processos, estratégias e práticas de cuidado na APS; ○ nas ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças, de tratamento, reabilitação, manutenção e habilitação da saúde; ○ incluindo enfoque nas ações de prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade; ○ no desenvolvimento profissional contínuo e educação permanente; ○ no trabalho coordenado com as redes, outros serviços de saúde e intersetorial; ○ como uma política de saúde e um eixo de cuidado na APS;
<p>Quem vai implementar o uso da CIF na APS? Com quem implementar o uso da CIF na APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quem vai implementar o uso: <ul style="list-style-type: none"> ○ Matriciadores em Funcionalidade Humana e CIF na APS; ○ Equipe do serviço de saúde; - Com quem implementar o uso: <ul style="list-style-type: none"> ○ para todas as pessoas; ○ individualmente e coletivamente; ○ em todos os ciclos de vida; ○ na presença ou ausência de condições de saúde, de deficiências ou de queixa inicial sobre o funcionamento; ○ nos diferentes níveis de funcionalidade e incapacidade;

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das seguintes referências (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018; CORDEIRO, 2020; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; MULLER, *et al.*, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, 2013; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016; SNYMAN, *et al.*, 2019; SNYMAN; ANTTILA; KRAUS DE CAMARGO; 2015).

*Apresentados no Artigo 1 da tese;

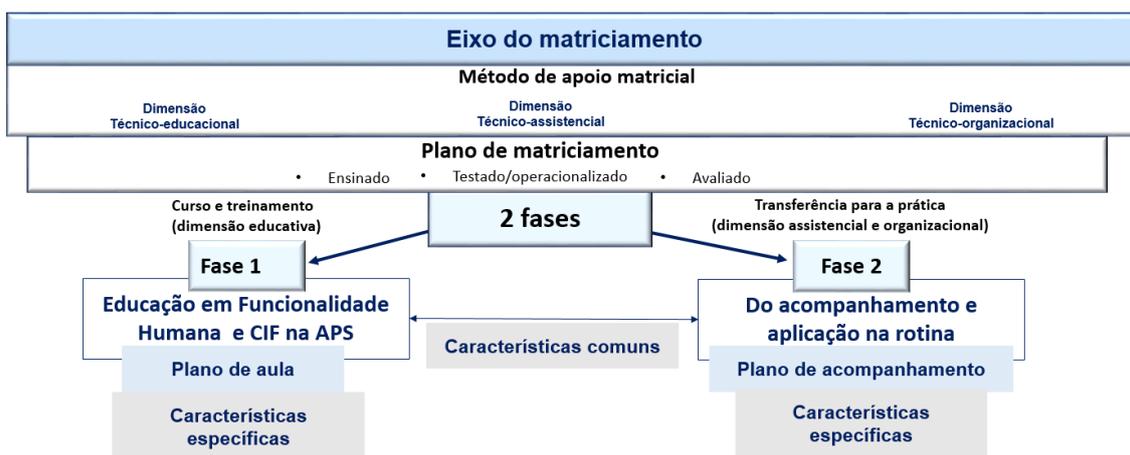
**Disponibilizado no APÊNDICE D – Proposta de *Checklists* com as categorias da CIF atualizadas nos Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS

*** Disponibilizado no APÊNDICE E - Resumo da estruturação geral dos roteiros propostos

O preenchimento do Roteiro de matriciamento do uso da CIF na APS, culminou em um “Plano matriciamento” para o eixo correspondente, o qual consiste na forma como as propostas do modelo serão ensinadas, testadas,

operacionalizadas e avaliadas. Sendo assim, foi estruturado em duas fases complementares, relacionadas às características das propostas perante as dimensões do MAM, conforme pode ser observado na Figura 2:

Figura 2 – Estrutura esquemática do plano proposto no eixo do matriciamento



Fonte: Elaborado pelas autoras para a pesquisa.

A figura acima mostra que as duas fases que estruturam a proposta possuem características comuns e específicas, ou seja, embora complementares, possuem elementos e objetivos específicos. A Fase 1 corresponde à “Educação em Funcionalidade Humana e CIF para APS”, onde é proposto um curso e treinamento, sendo assim, engloba de modo mais consistente a dimensão técnico-educativa do matriciamento em associação com a EP, para a qual foi proposto um “Plano de Aula”. Já a Fase 2, está relacionada ao “Acompanhamento da aplicação na rotina” pela equipe nos serviços de APS, ou seja, de transposição da aprendizagem teórica da CIF (incluindo estratégias, recursos, ferramentas e processos) para o contexto da prática da APS, em uma perspectiva de um processo de implementação com suporte, sendo assim, incorpora de modo mais predominante as dimensões técnico-assistenciais e técnico-organizacionais do matriciamento (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017; CUNHA; CAMPOS, 2011).

O “Plano matriciamento” é composto por três itens, que foram preenchidos de modo detalhado e fundamentado, são eles: A) Plano de matriciamento em

Funcionalidade Humana e CIF na APS (uma perspectiva geral do plano conforme a proposta, com objetivos, público-alvo, organização do cronograma, dentre outros); B) Plano de aula para a Educação em Funcionalidade Humana e CIF na Fase 1 (um curso e treinamento, organizado por unidades de aprendizagem que integram momentos de aprendizagem teórica e prático-vivencial); C) Plano de acompanhamento na rotina para o suporte na aplicação das propostas no contexto da prática de trabalho na Fase 2 (incluindo processos de planejamento, testagem, implementação e avaliação).

O Plano de matriciamento no modelo, suas características e especificações principais estão descritas abaixo no Quadro 4.

Quadro 4- Plano de matriciamento do uso da CIF na APS

Características	Descrição	
Público-alvo	- Matriciadores em Funcionalidade Humana e CIF na APS (grupo de experts);	- Profissionais da área da saúde com algum nível de expertise tanto na CIF quanto na APS, podendo ser no âmbito nacional e/ou internacional; - para formação inicial e contribuição na disseminação da proposta do modelo de implementação;
	- Equipe do serviço de saúde da APS;	- em atuação na APS, desenvolvendo atividades assistenciais, de trabalho, de aprendizagem em trabalho, ensino, supervisão, educação e/ou gestão; - das Unidades de Atenção Primária à saúde (APS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), das Unidade Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, equipe de matriciadores;
Objetivos gerais do matriciamento no modelo	- Habilitar os profissionais para o uso ético, motivado e comprometido com a disseminação do ensino, uso e implementação da CIF na APS;	
Objetivos específicos do matriciamento no modelo	1. Habilitar os profissionais ao uso e implementação da CIF na rotina e nos processos de trabalho da APS brasileira; 2. Formar bases teórico-conceituais, prático-operacionais e político-organizacionais para a implementação da CIF no cuidado à funcionalidade humana na APS brasileira; 3. Sistematizar o processo de matriciamento no curso, acompanhamento e implementação da CIF a partir do modelo proposto, incluindo a sua avaliação; 4. Incentivar a implementação e disseminação da CIF na APS brasileira através do modelo proposto;	
Modo de oferecimento/ recursos utilizados	- ensino remoto; - Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC); - com momentos assíncronos e síncronos;	
Atividades	teóricas, prático-vivenciais, interativas, integradas, reflexivas, adaptadas, contextualizadas, atividades de matriciamento	

Métodos de ensino-aprendizagem	metodologias ativas; métodos de matriciamento.	
Estratégias e recursos	múltiplas(os), integradas(os), adaptadas(os), inovadores	
Ambientes de aprendizagem	- plataforma online e videoconferência; - campo de trabalho, virtual, telefônico;	
Proposta educacional e avaliativa	- enfoque formativo - aprendizagem por habilidades e competências;	
Estruturação do matriciamento	2 Fases	
Fase 1	Educação em Funcionalidade Humana e CIF na APS	Curso e treinamento
Objetivos específicos	<p>1. Promover afinidade dos profissionais da equipe de saúde da APS com o uso da CIF, seus conceitos, terminologias, seu modelo biopsicossocial, seus objetivos e finalidades, aplicações e formas de uso;</p> <p>2. Favorecer a identificação da relação, necessidade e relevância do uso da CIF na APS, bem como de suas possíveis formas de uso e implementação neste cenário mediante ferramentas e estratégias propostas;</p> <p>3. Apresentar o uso da CIF para contribuir no raciocínio clínico crítico-reflexivo, na visão holística de ser humano e saúde, na prática colaborativa interprofissional e em cuidados colaborativos e centrados nas pessoas na APS;</p> <p>4. Fortalecer a relevância da proteção da funcionalidade humana neste nível de atenção através da prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade.</p> <p>5. Capacitar os profissionais para reconhecer barreiras e facilitadores ao uso e implementação da CIF, assim como identificar estratégias e mecanismos de superação dos desafios da aplicação na rotina;</p> <p>6. Preparar os profissionais para o uso ético da CIF e motivar no comprometimento com a disseminação de seu ensino, uso e implementação na Atenção Primária à Saúde;</p> <p>7. Tornar-se capaz de integrar habilidades atitudinais, cognitivas, afetivas e psicomotoras para uso da CIF na Atenção Primária à Saúde;</p> <p>8. Tornar-se capaz de utilizar a CIF para aprimoramento das competências colaborativas nos processos, práticas de trabalho e de cuidado na APS;</p>	
Organização	6 unidades de aprendizagem	
Unidades de Aprendizagem	UNIDADE I	- Tópico I: Introduzindo a CIF; - Tópico II: Aspectos organizacionais e estruturais da CIF; - Tópico III: Terminologias e conceitos da CIF;
	UNIDADE II	- Tópico I: Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF; - Tópico II: Codificação com a CIF; - Tópico III: O uso da CIF;
	UNIDADE III*	- Tópico I: Uso e implementação da CIF na atenção primária à saúde (APS); - Tópico II: Refletindo a relação entre a CIF e APS; - Tópico III: O que é preciso para começar a usar a CIF na APS?;

	UNIDADE IV	- Tópico I: Roteiro semi-estruturado para identificação, avaliação e cuidado da Funcionalidade Humana na atenção primária à saúde (APS); - Tópico II: ETAPA I - Roteiro de identificação na rotina: Roteiro semi-estruturado de identificação de demandas relacionadas à funcionalidade humana pela narrativa da pessoa durante o atendimento de rotina do profissional/da equipe
	UNIDADE V	- Tópico I: ETAPA II- Roteiro de avaliação detalhada: Roteiro de entrevista semi-estruturada para avaliação e cuidado da funcionalidade humana na APS pela equipe multi/interprofissional;
	UNIDADE VI	- Tópico I: ETAPA III - Roteiro de direcionamento do cuidado colaborativo em Saúde Funcional: Roteiro semi-estruturado de orientações para o direcionamento da prática colaborativa multi/interprofissional no processo de cuidado centrado na pessoa a partir dos objetivos na proteção da sua Saúde Funcional
Organização das unidades de aprendizagem	Momento I (assíncrono)	Estudos e atividades na plataforma
	Momento II (síncrono)	Atividades interativas e integrativas por videoconferência
Fase 2	Acompanhamento da aplicação na rotina	Testagem prática e implementação
Objetivos específicos	1. Tornar-se capaz de utilizar a CIF para melhorar os domínios das competências da prática colaborativa interprofissional na APS; 2. Tornar-se capaz de usar a CIF na realidade da rotina de trabalho como profissional da equipe da APS para desenvolvimento cuidados colaborativos e centrados nas pessoas na perspectiva da Funcionalidade Humana; 3. Tornar-se capaz de selecionar, testar e identificar a viabilidade/aplicabilidade das formas de uso e implementação da CIF em sua rotina de trabalho no cenário da APS; 4. Tornar-se capaz de reconhecer barreiras e facilitadores ao uso e implementação da CIF, assim como identificar estratégias e mecanismos de superação dos desafios da aplicação na rotina;	
Organização	Momentos assíncronos	Na rotina de trabalho, contatos semanais quando demanda
	Momentos síncronos	Reuniões de planejamento e acompanhamento, atividades conjuntas

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das seguintes referências (ARAUJO; NEVES, 2014; ARAUJO; JUNIOR, 2014; BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018; COCKELL; AVEIRO, 2011; CORDEIRO, 2020; DEBROUWERE; LEBEER; PRINZIE, 2016; KAUFF, et al., 2023; KRAUS DE CAMARGO; SIMON; RONEN; ROSENBAUM, 2019; MULLER, et al., 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, 2013; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; SNYMAN, et al., 2016; SNYMAN, et al., 2019; SNYMAN; ANTTILA; KRAUS DE CAMARGO; 2015).

*Disponibilizado no APÊNDICE F - Exemplo do Plano de matriciamento através do Plano de aula de uma unidade de aprendizagem preenchido

Discussão

Há diferentes desafios a serem superados para que a verdadeira implementação da CIF na APS brasileira aconteça, o que demanda a identificação, articulação e o desenvolvimento de propostas que minimizem as barreiras e possam maximizar o potencial dos facilitadores (BALCO, 2018), englobando os diferentes atores, as dimensões (micro, meso e macro), recursos e ferramentas, dentre outras variáveis com potencial de influenciar positivamente ou negativamente (ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018; KOSOSKI, 2018; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021).

As respostas conferidas para as questões-chave, conforme a proposta do Quadro 3, trazem uma integração entre os diferentes elementos, tanto agrupando evidências da literatura quanto sugerindo inovações. O preenchimento das respostas do “*Framework* de uso e implementação da CIF na APS” como passos essenciais ao planejamento de uma proposta de aplicação da CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013) neste nível de atenção, auxiliou na identificação da demanda e propósito ao desenvolvimento de um modelo de matriciamento e das informações necessárias diante do objetivo definido, ou seja, a necessidade do público, suas características e do contexto em questão. Possibilitou a identificação dos recursos materiais, institucionais e humanos necessários para a estruturação de um programa de apoio matricial com tal perspectiva. Além disso, viabilizou a compreensão dos processos relacionados às suas fases e aos sub-processos necessários em cada uma delas (DONABEDIAN, 1990; VIEIRA, 2011; VUORI, 1988; PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999).

O “*Framework* de uso e implementação da CIF na APS” (Quadro 3), associado ao “Roteiro de planejamento do Matriciamento” (Quadro 4), possibilitou o desenvolvimento de uma proposta de modelo de apoio matricial para ensino, uso e implementação da CIF por equipes multi/interprofissionais, baseada em competências, com perspectiva de aplicação universal, centrada nas pessoas e voltada para a Proteção da Funcionalidade Humana neste nível

de atenção. Essa perspectiva se ampara em publicações nacionais abordando a CIF na APS, com elementos de que mostram a necessidade de ampliação da compreensão da funcionalidade humana para além de doenças e suas sintomatologias, incorporando a sua aplicação universal no intuito de prevenir incapacidades e promover a funcionalidade (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018; BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021).

Sendo assim, a associação do conceito de Funcionalidade Humana, possibilita ampliar a concepção acerca da temática e pode ajudar a superar a tendência de sua vinculação aos contextos de reabilitação, níveis secundário e terciário como comumente ocorre país (ARAUJO, NEVES, 2014; BALCO, 2018; CORDEIRO, 2020). Valorizar a perspectiva da Proteção da Funcionalidade Humana, destacando a APS como um espaço potencial para prevenir incapacidades e promover a funcionalidade, alinha-se ao que vem sendo apontado por pesquisadores nacionais (ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018; KOSOSKI, 2018; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021) e corrobora na ampliação não só de concepção de saúde, mas do modelo da CIF e da própria APS, podendo encontrar ressonância no Projeto de Lei 1673/21, que institui a Política Nacional de Saúde Funcional (BRASIL, 2021).

Também pode ajudar a desmitificar a ideia de existência de incapacidades apenas na presença de condições de saúde ou deficiências, ao valorizar a importância da influência dos fatores contextuais, reforçando compreensão da incapacidade como uma experiência universal, dinâmica e multifatorial (ARAUJO, 2011; ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018). Sendo assim, possibilita o entendimento da Proteção da Funcionalidade Humana como um direito, resgata aspectos da equidade na APS e aproxima-se da concepção dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) das populações e comunidades perante a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) (ARAÚJO, 2011; MINISTERIO DE SANIDAD, 2022; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Incluir os objetivos de proteção da funcionalidade humana, a partir da compreensão das diferentes necessidades, daquilo que é importante e significativo, não só a ser reabilitado ou recuperado, mas também prevenido ou

promovido, ampara-se na perspectiva de que o estado de saúde funcional “Além de ser mais amplo, é um conceito individual, é a forma pela qual a pessoa enxerga a vida” (ARAÚJO, 2011, p.23). Em contrapartida, a literatura mostra que as equipes da APS possuem dificuldades na identificação das necessidades em saúde da população e comunidade (HINO, *et al.*, 2019), principalmente quando estão relacionadas com demandas de funcionalidade e incapacidade (BALCO, 2018; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021). Portanto, utilizar o modelo da CIF junto a uma abordagem biopsicossocial e espiritual, associada ao MCCP que possui ampla utilização na APS, pode ajudar a captar diferentes necessidades e prioridades de cuidado relacionadas à funcionalidade humana do público acompanhado pelas equipes, quer seja pela escuta ativa de suas narrativas no cotidiano dos contatos e processos de cuidado ou através da utilização de recursos e ferramentas avaliativas compatíveis, corroborando no manejo das necessidades e na tomada de decisão (KAUFF, *et al.*, 2023; SYNMAN, *et al.*, 2016, 2019; STEWART, *et al.*, 2017; VILLIERS, *et al.*, 2013).

A proposta de uso de mais de uma ferramenta (dentre elas, baseadas e/ou relacionadas com a CIF e também aquelas de uso rotineiro no serviço), de estratégias flexíveis e a colaboração entre as diferentes categorias profissionais, se faz essencial para compreender as diferentes necessidades e ofertar possibilidades de cuidado integradas, personalizadas e significativas. Devido à diversidade de público na APS, estudos nacionais que aplicaram ferramentas de avaliação baseadas na CIF, encontraram diferentes níveis de incapacidade (leve, moderado e grave) em vários domínios (BALCO; AZEVEDO-MARQUES, 2017; BALCO, 2018; KOSOSKI, 2018; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021), sendo que, em um deles houve uma parcela que não pode ter suas necessidades pontuadas pela presença de incapacidades provenientes de fatores ambientais, divergindo das características da escala utilizada (WHODAS 2.0) que priorizava a vinculação com condições de saúde e deficiências prévias (BALCO, 2018). Diante disso, as ferramentas selecionadas (Formulários de Cadastramento de Categorias da CIF na APS) ou construídas (Roteiros de identificação breve e de avaliação detalhada) neste estudo, possuem uma característica democrática ao possibilitar a aplicação universal a todo o público da APS, valorizando a influência dos fatores ambientais, além disso, também já possuem relacionamento com a CIF (seus conceitos, categorias, gradação por

qualificadores inespecíficos e específicos), portanto, podem contribuir para a geração de indicadores de funcionalidade humana (ARAUJO, JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014), os quais atualmente são propostos como o terceiro indicador de saúde (BICKENBACH, *et al.*, 2023).

Diferentes categorias profissionais são mencionadas como essenciais para os processos de implementação da CIF na APS, como ACS, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina da família, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição e até mesmo os gestores (ARAUJO, JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; BALCO, 2018; SILVA-E-DUTRA, *et al.*, 2021). Todavia, estudos mostram carência de conhecimento, domínio e, conseqüentemente, de utilização da CIF pelos profissionais no Brasil, por dificuldades no seu entendimento teórico e na aplicação prática, na associação com os contextos de trabalho, falta de segurança e aptidão para uso (ANDRADE, *et al.*, 2017; CABRAL, 2023; DA SILVA, *et al.*, 2021). Em um estudo nacional com equipe multiprofissional da ESF, a maioria dos participantes não conhecia a CIF e seu modelo, a mesma não era utilizada no serviço, alguns verbalizaram dificuldades na associação com as suas competências e responsabilidades profissionais, bem como na inserção junto aos processos de trabalho na rotina (BALCO, 2018). Cockell e Aveiro (2019), destacam a necessidade de que propostas de uso da CIF e seu modelo sejam incorporadas aos processos de trabalho dos profissionais e nas práticas dos serviços da APS para além do contexto acadêmico, superando desafios relacionados com o conhecimento, a disponibilidade de tempo e valorização.

Neste sentido, se faz fundamental o desenvolvimento de estratégias de sensibilização, formativas e de suporte, direcionadas aos profissionais e equipes dos serviços da APS brasileira, os quais se constituem nos recursos humanos fundamentais na operacionalização de quaisquer propostas na realidade da prática (BALCO, 2018; COCKELL; AVEIRO, 2019).

Para a superação deste cenário, é fundamental que a CIF seja inserida desde o início da formação dos profissionais de saúde durante a graduação, perpassando pela pós-graduação e adentrando a educação permanente nos serviços de saúde (BALCO, 2018). Entretanto, é necessário pensar dentre estas estratégias quais possuem potencial de contribuição com a sua própria lacuna e também em conferir o suporte às outras que necessitam de um tempo maior para

se consolidar (por exemplo, a implementação da CIF na graduação e o seu reflexo atuação dos profissionais), ao que se destaca o papel da EP em saúde. A EP é uma política nacional considerada como a principal estratégia para qualificação dos profissionais dos SUS e tem a sua premissa incorporada à prática cotidiana da APS e suas necessidades reais (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

Diante disso, o AM é uma ferramenta favorável à proposta, uma vez que possui amplo espaço de utilização na APS, em suas diferentes dimensões (administrativa, educativa e assistencial) que afetam a prática. Além disso, é direcionado ao suporte especializado para necessidades reais do contexto de saúde, favorecendo ao desenvolvimento de um aporte de competências técnicas e relacionais que podem auxiliar os profissionais e equipes envolvidas ao utilizar a CIF e seu modelo (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017; CUNHA; CAMPOS, 2011).

A partir da compreensão da relação potencial na articulação entre essas propostas acima citadas (educação permanente e apoio matricial), direcionou-se a elaboração de um modelo de apoio matricial em Funcionalidade Humana e CIF voltado para a APS brasileira, o qual é objeto deste artigo. Este modelo foi estruturado em duas fases, desenvolvidas de modo alinhado à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2009) e aos conceitos de dimensões do apoio matricial (a saber, a dimensão técnico-pedagógica, a dimensão técnico-assistencial e técnico-organizacional). Nele estão inseridos toda a proposta que foi incorporada ao modelo maior, traz detalhamentos acerca dos métodos, técnicas, estratégias, recursos e processos relacionados (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017; CUNHA; CAMPOS, 2011).

O desenvolvimento da proposta educacional (pedagógica e operacional) preconizou o processo formativo com adequação metodológica dos objetivos, estratégias e atividades incorporadas, perante a essência de uma educação transformadora, que ultrapasse o enfoque no desenvolvimento de habilidades cognitivas e englobe também as habilidades interpessoais, psicomotoras, afetivas e atitudinais. Visam estimular o desenvolvimento de competências colaborativas interprofissionais, ou seja, um perfil profissional para trabalho em equipe com conhecimentos, habilidades e atitudes que perpassem das competências específicas para as competências comuns e se ampliem nas

competências colaborativas expressas na realidade da prática. Relatos de experiência da Universidade Stellenbosch (África do Sul) mostraram que a CIF, através da sua abordagem biopsicossocial e espiritual, pode funcionar como um catalisador para EIP e seus pressupostos, viabilizando competências necessárias para a prática colaborativa e cuidados centrados na pessoas e comunidades em cuidados primários (SNYMAN, PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016).

A estruturação do modelo de matriciamento foi realizada através de um desenho integrado (em suas duas fases), sequenciado de modo intencional para uma complexidade crescente, buscando correspondência às capacidades e demandas do público-alvo, bem como dos objetivos da aprendizagem para o contexto que se destina, juntamente à utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (BARR, 1998, 2013; REEVES, 2005, 2016). Essa estruturação se amparou em um relato de experiência em que Snyman *et al.* (2016) propõe sete níveis para nortear a modelagem de formação na CIF associada à preceitos da EIP em saúde, através de uma abordagem que cria oportunidades para uma aprendizagem efetiva. Propõe o início a partir do despertar da curiosidade e da motivação ao conhecimento, em direção ao desenvolvimento de competências através do “aprender fazendo”, transitando em busca de conferir sentidos à aprendizagem, ou seja, identificar ressonância com as demandas da prática e torná-la significativa em seu contexto, por fim, internalização do compromisso ético, tornando-se um disseminador do conhecimento relacionado.

Nesta mesma perspectiva se pautou a proposta deste modelo de matriciamento, uma vez que, não visa apenas ensinar ou treinar a aplicação da CIF tampouco somente habilitar profissionais a utilizarem a CIF em suas rotinas de trabalho na APS. Para além disso, também inclui a proposta de habilitar futuros apoiadores matriciais em funcionalidade humana e CIF na APS conforme o modelo que o fundamenta, com compromisso ético na sua disseminação, em um processo com possibilidade de retroalimentação contínua e progressiva (SNYMAN, *et al.*, 2016). Sendo assim, inicialmente, os apoiadores matriciais seriam compostos por um grupo com expertise tanto da CIF quanto na APS, que passaria por matriciamento no modelo e, então, após parcerias com órgãos municipais, regionais e estaduais de saúde, passariam a matriciar as equipes

dos serviços de saúde no modelo. Uma vez que os profissionais destas equipes tenham passado pelo matriciamento, poderão se tornar futuros apoiadores matriciais e multiplicadores da proposta, se assim o desejar, corroborando com a disseminação da CIF e seu modelo na APS (SNYMAN, *et al.*, 2016). Apesar disso, há exemplos de grupos e iniciativas que incentivam tanto a formação de multiplicadores quanto a habilitação de disseminadores com expertise na CIF, tais como, o Grupo CIF Brasil, o Portal *ICF Education* e a Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF (ISEF). Além disso, iniciativas de implementação da CIF em contextos da APS brasileira consideradas como experiências exitosas em seus objetivos, incluíram pactuações junto aos órgãos de saúde pública como essenciais para viabilizar adesão pelas equipes e nos serviços do SUS, ao que destacamos as SES, SMS e DRS (ARAUJO, JUNIOR, 2014; ARAUJO; NEVES, 2014; SOUZA, 2016; REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2012).

Conforme a literatura sobre o AM, essa proposta pode ser justificada ao se compreender que, em decorrência da complexidade e diversidade da APS, da própria CIF e da funcionalidade humana, há desafios que vão ultrapassar o núcleo de conhecimento dos profissionais envolvidos na rotina do serviço, demandando processos de matriciamento por profissionais externos, podendo ser até mesmo profissionais que prestem consultoria ou assessoria devido à expertise em temáticas ou campos específicos (BRASIL, 2012, 2014; BAETA, MELO, 2020; BISPO JUNIOR, MOREIRA, 2017; CASTRO, CAMPOS, 2015; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CHIAVERINI, *et al.*, 2011; CUNHA, CAMPOS, 2011; OLIVEIRA, CAMPOS, 2014). Nesta proposta de modelo, o apoiador matricial dará suporte técnico-pedagógico, técnico-assistencial e técnico-organizacional, utilizando as TIC, o que possibilita a sua execução mesmo não presencialmente, corroborando para uma maior acessibilidade, flexibilidade e redução de custos, aspectos que também podem corroborar na adesão e disseminação da proposta (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017; BRASIL, 2012, 2014; CASTRO, CAMPOS, 2015; CUNHA; CAMPOS, 2011; PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999; SNYMAN, PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016; VIEIRA, 2011; VUORI, 1988;).

O momento preconizará a troca de experiências e percepções entre profissionais do serviço e a apoiador matricial, em um processo de auxílio e

aprendizagem mútua entre quem propõe e quem vai aplicar na realidade cotidiana do serviço (BAETA, MELO, 2020; BISPO JUNIOR, MOREIRA, 2017; CAMPOS, 2015; CUNHA, CAMPOS, 2011; FIGUEIREDO, 2012; OLIVEIRA, CAMPOS, 2014).

Sendo assim, este AM tem uma proposta educativa para possibilitar experiências de ensino-aprendizagem motivadoras, interativas, cooperativas, com potencial de transposição e aplicação da CIF na prática cotidiana de trabalho de modo democrático. Tem o intuito formar bases teórico-práticas através das propostas apresentadas, instrumentalizando os profissionais para testá-las, avaliá-las e utilizá-las em sua rotina de trabalho de forma ética, colaborativa e crítico-reflexiva. Espera-se que ao final do matriciamento o profissional esteja apto a identificar os diferentes desafios, contribuições, barreiras e facilitadores ao processo, utilizar recursos e ferramentas baseados na CIF, bem como selecionar as estratégias mais adequadas (com ou sem demandas de adaptações) para uso e implementação da CIF em sua realidade de trabalho (BAETA; MELO, 2020; BISPO JUNIOR, MOREIRA, 2017).

Os desafios relacionados à adesão da CIF refletem demandas de transformações ainda mais complexas no âmbito do ensino, da assistência, dos sistemas e das políticas de saúde vigentes. Dentre elas, a necessidade de superação da hegemonia do modelo biomédico, a compreensão da incapacidade como uma experiência universal e a valorização da equidade em saúde. Segundo pesquisadores e especialistas, uso da própria CIF, seus conceitos e seu modelo poderia contribuir significativamente para os avanços necessários nestes mesmos aspectos que dificultam a sua implementação (ARAÚJO, 2013; SNYMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015).

Neste sentido, torna possível a compreensão de que a utilização da CIF requer mudanças e transformações direcionadas ao rompimento e superação de paradigmas sobre a saúde e relacionados com o que se entende enquanto produção da saúde (HUBER, et al., 2011). Ao direcionar-se para uma perspectiva com abordagem biopsicossocial e espiritual, multidirecional, com olhar integrado, alinhando à abordagens e estratégias compatíveis, um modelo de matriciamento como o proposto, pode corroborar na formação e qualificação de profissionais que sejam agentes de mudança, aptos ao trabalho em equipe de forma colaborativa. Pode contribuir também na melhora da comunicação

entre os profissionais da equipe e com os usuários, melhorando a prática colaborativa e favorecendo a identificação das necessidades relacionadas à funcionalidade humana na APS e, a partir disso, viabilizar a elaboração de estratégias personalizadas conforme aquilo que faz sentido na vida da população e comunidade, bem como a divisão de papéis de acordo com o potencial de contribuição das habilidades e competências de cada profissional da equipe, viabilizando a inclusão dessa perspectiva na gestão do cuidado (SNYMAN, PRESSENTIN, CLARKE, 2015; SNYMAN, *et al.*, 2016).

Considerações finais

As propostas deste modelo de AM possuem caráter inovador, visando contribuir com uma demanda emergente, complexa e ainda desafiadora.

O uso da CIF na APS no Brasil, tem se apresentado em algumas raras iniciativas pontuais que, geralmente, incluem propostas diversificadas, sem protocolos específicos que integrem esse uso na rotina, motivo pelo qual não possuem uma manutenção ao longo do tempo ou para além de um período estipulado. Embora o ideal é que a CIF e seu modelo sejam incorporados desde a graduação, há uma defasagem em seu conhecimento e aplicação pelos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), associada à uma demanda significativa de sua implementação nos serviços de APS para proteção e cuidado da funcionalidade humana. Enquanto essa inclusão da CIF na formação de base dos profissionais ainda não se concretiza a ponto de gerar reflexos na prática, compreendemos como essencial pensar em estratégias que possibilitem essa aproximação e auxilie os profissionais que integram os serviços de APS a conhecer, raciocinar e utilizar a CIF em suas rotinas. Isso pode contribuir para que possam começar a dar os primeiros passos necessários ao uso e implementação da CIF na APS, gerando benefícios na gestão da clínica e do cuidado, viabilizando práticas colaborativas, integradas, mais equânimes e resolutivas.

Neste sentido, identificamos o valor potencial da associação da EP em saúde e do AM, no desenvolvimento de propostas e estratégias para minimização dessa lacuna com aproximação da CIF e seus preceitos na APS. O desenvolvimento do modelo de AM em funcionalidade humana e CIF voltado

para matriciadores e equipes da APS, tem a premissa de uma proposta integrada, com estratégias, recursos e ferramentas articulados entre si, a fim de promover uma aprendizagem significativa, com desenvolvimento do conhecimento e do raciocínio crítico-reflexivo necessários à transferência para a prática. Acreditamos que a proposta de um modelo integrado pode conferir uma maior chance à sua implementação, reprodução e disseminação em cenários reais.

Instrumentalizar e habilitar os profissionais para uso da CIF neste nível de atenção, valorizando os seus saberes e experiências, pode tanto alicerçar a base necessária à parceria motivada quanto pode auxiliar para que sejam capazes de identificar a melhor forma de usá-la e implementá-la na realidade de suas práticas. Longe de uma iniciativa de formação tradicional unidirecional e prescritiva, as propostas deste modelo de matriciamento visam aproximações e alinhamentos com os pressupostos ético-políticos da Política Nacional de Humanização (PNH). Ao valorizar o compartilhamento mútuo de saberes, em uma formação horizontalizada, no intuito de empoderar os profissionais e incentivar a autonomia das equipes para a tomada de decisão que culmine em planejamentos personalizados conforme a realidade e demandas de seus contextos, ao mesmo tempo que se ampara em uma lógica fundamentada e integrada.

Essa participação ativa dos profissionais reforça o valor da construção colaborativa, no uso ético e comprometido da CIF. Nesta proposta, o apoiador matricial em funcionalidade humana e CIF na APS, tem a sua importância destacada como ator essencial à compreensão do modelo, conforme as perspectivas e fundamentações que relacionam a CIF e a APS e, perante as dimensões educativas, assistenciais e organizacionais do matriciamento proposto. Ressalta a importância de se ter um matriciador com experiência tanto na CIF quanto na APS, que tenha passado pelo matriciamento no modelo para auxiliar seguindo as perspectivas e essência da proposta. Sendo assim, incorpora um método de matriciamento que se, utilizado conforme este modelo propõe, não formará apenas equipes, mas também multiplicadores da proposta de conhecimento e uso da CIF na APS brasileira.

Diante disso, entendemos que este estudo pode trazer contribuições sociais e para a saúde pública, favorecendo planejamento e construção de um

programa de implementação da CIF baseado no modelo de AM proposto, o qual poderia também integrar políticas públicas relacionadas.

As propostas deste estudo, responderam teoricamente e metodologicamente aos objetivos que propomos em seu desenvolvimento, entretanto, não foram avaliadas por Comitê de Juízes Especialistas (CJE) na temática ou mesmo testadas na prática por profissionais representativos do público à que se destinaria o matriciamento. Sendo assim, entendemos esse fato como uma limitação, no entanto, também representam possibilidade de continuidade com pesquisas futuras, que venham viabilizar a avaliação da proposta, compreendendo como se comporta em cenários reais, identificando as variáveis que influenciam negativamente ou positivamente, bem como as dimensões relacionadas, possibilitando um aprimoramento contínuo em busca de uma maior qualidade, adequação e aceitação. Além disso, após todos os processos de testagem, pode possibilitar a avaliação da efetividade, da eficiência e da eficácia da proposta.

Sugere-se como próximos passos a realização de uma avaliação estrutural e de processo acerca do planejamento, em uma fase de pre-implantação, a fim de identificar o aspecto quantitativo relacionando o número de matriciadores, profissionais, equipes e serviços passíveis de alcance, bem como os recursos materiais já ofertados e demandados, possibilitando também o dimensionamento dos recursos financeiros que serão necessários à sustentabilidade da proposta em cenários reais.

Financiamento e agradecimentos

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código Financeiro 001. Agradecemos à CAPES pelo apoio para desenvolvimento da pesquisa.

Referências

ANDRADE, L.E.L.; OLIVEIRA, N.P.D.; RUARO, J.A.; BARBOSA, I.R.; DANTAS, D.A. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Saúde debate**, v.41, n.114, p.812–23, jul. 2017.

ARAUJO, E.S. Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.70 p.

ARAUJO, E.S. USO DA CIF NO SUS: A EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARUERI/SP. **Revista Científica CIF Brasil**, v.1, n.1, p.10-17. 2014.

ARAUJO, E.S.; JUNIOR, J.C.O. A aplicação da CIF por agentes comunitários de saúde. **Revista Científica CIF Brasil**, v.1, n.1, p.18-26. 2014.

ARAUJO, E.S.; NEVES, S.F.P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? **Acta Fisiatr**, v.21, n.1, p.46-48. 2014.

ARAUJO, E.S.; MAGGI, L.E.; REICHERT, T.T. CIF nos Sistemas Municipais de Saúde. **Revista Científica CIF Brasil**, v.3, n.3, p.49-61. 2015.

BAETA, S.R.; MELO, W. O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2289-2295, Jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.19912018>. Acesso em: 26 mai. 2020.

BALCO; E.C.; AZEVEDO-MARQUES, J.M. Escala WHODAS 2.0 e atenção primária à saúde: reflexões e apontamentos no uso de uma versão brasileira [Internet]. **Revista Científica CIF Brasil**. v.9, n.9. p.45-56. 2017.

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**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2018. 155f. Dissertação.

BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v.12, n.2, p. 181–187. 1998. DOI 10.3109/13561829809014104.

BARR, H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v.27, n.1, p.4–9. 2013.

BICKENBACH, J.; RUBINELLI, S.; BAFFONE, C; STUCKI, G. The human functioning revolution: implications for health systems and sciences. **Front. Sci.**, v.1, may. 2023.

BISPO JUNIOR, J.P.; MOREIRA, D.C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.9. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 mai. 2020.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). ISBN: 978-85-334-1939-1 Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). ISBN: 978-85-334-2118-9. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf. Acessado em: 10 set. 2021.

BRASIL. Projeto de Lei 1673/21. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2280168>. Acessado em: julho de 2023.

CABRAL, A.P.C. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) na avaliação da funcionalidade de crianças com Síndrome de Deleção 22q11.2 (22q11.2ds). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2022. Tese.

CASTRO, C.P.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.455-481. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XpnFPRvjFG3GpdQRLKHnBGF/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 10 set. 2021.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.23, n.2, p.399-407. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acessado em: 09 set. 2021.

CHIAVERINI, D.H. (Org.), et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2011. 236p. ISBN 978-85-89737-67-8. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/guia_pratico_matriciamento_saudental.pdf. Acessado em: 10 set. 2021.

COCKELL, F.F.; AVEIRO, M.C. A incorporação da CIF na prática clínica supervisionada em saúde coletiva: a experiência do cuidado integral usando o CIF/RPS-Form. In: CORDEIRO, E.S. **CID e CIF na codificação de diagnósticos em Saúde Funcional**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2019. cap.5, p.55.69. 2019.

CORDEIRO, E.S. Seis passos para a linha de chegada. **Revista CIF Brasil**. v.12, n.1, p.03-05. 2020.

COSTA, L.S., BAHIA, L. Geração e trajetórias de inovação nos serviços de saúde. In: GADELHA, C.A.G., GADELHA, P., NORONHA, J.C., and PEREIRA,

T.R., eds. Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, p. 23-60.

CUNHA, G. T. Grupos Balint-Paideia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2009. Tese.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/961-970/pt>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SILVA, A. C. et al. Uso do modelo da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde associado ao projeto terapêutico singular para ampliar o cuidado centrado na pessoa: relato de experiência. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 3, n. 3, 2022.

DA SILVA, et al. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) em profissionais de fisioterapia. **Research, Society and Development**, v.10, n. 5, 2021.

DAMSCHRODER, L.J. Clarity out of chaos: use of theory in implementation research. **Psychiatry Res.** 2019.

DEBROUWERE, I.; LEBEER, J.; PRINZIE, P. The Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Primary Care: Findings of Exploratory Implementation **Throughout Life**. v.27, n.2. 2016.

DONABEDIAN, A. A. **The Seven Pillars of Quality**. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, v.114, nov.1990.

ECCLES; M.P.; MITTMAN, B.S. Welcome to Implementation Science. **Implementation Science**, v.1, n.1. 2006.

EL DIB, R. Guia prático de medicina baseada em evidências. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2014.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.2, p.187-193. 2005.

FIGUEIREDO, M.D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação**. Unicamp: Campinas/São Paulo. 2012. Tese.

FUNESA (Fundação Estadual de Saúde). **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política**. Livro do Aprendiz 2 /Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe/Aracaju: FUNESA, 2011.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.2, p.1156-67. 2009.

HUBER, M., et al. How should we define health? **BMJ**. 2011; 343: d4163 doi:10.1136/bmj.d4163.

KAUFF, M.; BUHRMANN, T.; GOLZ, F.; SIMON, L.; LUERS, G.; VAN KAMPEN, S.; KRAUS DE CAMARGO, O.; SNYMAN, S.; WULFHORST, B. Teaching interprofessional collaboration among future healthcare professionals. **Front. Psychol.** v.14:1185730. 2023. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1185730.

KOSOSKI, E. Informações funcionais e fatores ambientais: estudo exploratório com análise geoespacial realizado em usuários da atenção básica. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2018. Dissertação.

RONEN, G.M.; KRAUS DE CAMARGO, O.; ROSENBAUM, P.L. How Can We Create Osler's "Great Physician"? Fundamentals for Physicians' Competency in the Twenty-first Century. **Medical Science Educator**. v.30, p.1279–1284. 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40670-020-01003-1>. Acessado em: Julho de 2021.

LEONARDI, M. *et al.* 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.19. 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>.

MINISTERIO DE SANIDAD. Estrategia de Salud Pública 2022 – ESP 2022. Madrid. 2022.

MULLER, J.; SNYMAN, S.; SLOGROVE, A.; COUPER, I. The value of interprofessional education in identifying unaddressed primary health-care challenges in a community: a case study from South Africa. **Journal of Interprofessional Care**, v.1, n.9. 2019. DOI 10.1080/13561820.2019.1612332.

OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v.20, n.1, p.229-238, jan. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>.

OMACHONU, V. K.; EINSPRUCH, N. G. Inovação nos sistemas de atenção a saúde: quadro conceitual. **Jornal de Inovação**, v.15, n.1, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Geneva, Suíça 2010. Disponível em: https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_o_ms_marco_acao_eip.pdf. Acesso em: mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e

Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. [Tradução: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. - 1. ed., 3. reimpr. atual. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

PETERS, D.H.; TRAN, T.N.; ADAM, T. *Implementation research in health: a practical guide*. Publisher Information. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.

PUIME, O.A; HERNÁNDEZ, P.J.; PALOMER, M.R. **Mejora de la calidad en Atención Primaria**. In: *Bases Metodológicas*.1999.

REEVES, S. *Developing and delivering practice-based interprofessional education: successes and challenges*. City University. May. 2005. Tese.

REEVES, S. *Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro*. **Interface** (Botucatu), v.20, n.56, p. 85-96. 2016.

ROCHA, L.P.; CRUZ, M.S.S.; ARAUJO, J.G.C.; MIRANDO, B.L.; LOPES, R.N.; GONÇALVES, S.X.; ANDRADE, A.F.; FILHO, J.C.A. CIF: Ferramenta de avaliação e regulação clínico-assistencial no NASF-AB. **Revista CIF Brasil**. 2021.

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n.3, mai-jun. 2007.

SILVA-E-DUTRA, F.C.M. *et al*. Análise de demandas a partir de uma avaliação funcional de trabalhadores atendidos na atenção primária à saúde. **Rev Bras Med Trab**.v.19, n.2, p.122-131. 2021

SYNMAN, S.; VON PRESSENTIN, K.B.; CLARKE, M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. **J Interprof Care**, v.29, n.4, p.313-9, jan. 2015. DOI 10.3109/13561820.2015.1004041. Acesso em: mar 2020.

SNYMAN; S.; ANTTILA, H.; KRAUS DE CAMARGO; O. ICF Education: Rationale. In *First International Symposium: ICF Education*. Helsinki, Finland. 2015. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.1987.1443>

SNYMAN, S.; VAN ZYL, M.; MULLER, J.; GELDENHUYS,M. **International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for Interprofessional Education and Collaborative Practice**. 2016. 285D. Forman et al. (eds.). *Leading Research and Evaluation in Interprofessional Education and Collaborative Practice*. [Office1]

SNYMAN, S; KRAUS DE CAMARGO, O.; ANTTILA, H.; VAN DER VEEN, S.; STALLINGA, H.; MARIBO, T.; VAN GREUNEN, D. The ICanFunction mHealthSolution (mICF): A project bringing equity to health and social care within a person-centered approach. **Journal of Interprofessional Workforce Research and Development**, v.2, n.1. 2019.

SOUZA, M.A.P. Inovação nos serviços públicos de reabilitação: propostas para a sistematização da coleta de informações funcionais centradas no usuário. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

STEWART, M., et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Burmeister A, da Rosa SM, tradutores; Lopes JMC, revisor técnico. - 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

VIEIRA, E.M. **Avaliação de Serviços de Saúde**. In: PASSOS, A. D.C.; VIEIRA, E.M. **Avaliação de Serviços de Saúde**. In: PASSOS, A. D.C.; RUFFINO NETTO, A. Introdução aos estudos epidemiológicos analíticos. Fundamentos de Epidemiologia. 2.ed. Barueri: Manole, 2011. 359-372p.

VILLIERS, M.; CONRADIE, H.; SNYMAN, S.; VAN HEERDEN, B.; VAN SCHALKMYK, S. Chapter 8: Experiences in developing and implementing a Community-Based Education strategy - a case study from South Africa Contributors. In: TALAAT, W.; LADHANI, Z. Community Based Education in Health Professions: Global Perspectives. Copyright 2013: The Eastern Mediterranean Regional Office of the World Health Organization.

VIEIRA, A.C.G.; GASTALDO, D.; HARRISON, D. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. **Rev Bras Enferm**, v.73, n.5. 2020.

VUORI, A. **A qualidade da saúde**. Tradução: ALVES, M.J.L. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, nov. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services**: interim report. World Health Organization. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>. Acessado em: 10 de abril de 2021.

ZEPEDA, K.G.M.; SILVA, M.M.; SILVA, I.R.; REDKO, C.; GIMBEL, S. et al. Fundamentos da Ciência da Implementação: um curso intensivo sobre um emergente campo de pesquisa. **Escola Anna Nery**, v.22, n.2. 2018.

5.4 Outros resultados derivados do estudo e sua discussão

Nesta parte abordaremos a discussão de resultados relacionados ao alcance do objetivo específico 4 do estudo, os quais não foram mencionados nos artigos anteriores: os “Quadros para avaliação do programa proposto através de componentes de indicadores de qualidade” (disponibilizados de modo completo no Apêndice G).

Foram elaborados sete quadros, incorporando as dimensões dos componentes da avaliação da qualidade (Adequação; Qualidade científico-técnica; Aceitabilidade; Acesso; Eficácia; Eficiência; Efetividade), com duas propostas avaliativas para cada uma delas, incluindo uma possibilidade de avaliação qualitativa e uma mista que permite graduar a intensidade. Incluem os conceitos relacionados conforme os referenciais utilizados e palavras-chave, os quais foram traduzidos em forma de perguntas, orientações e direcionamentos específicos que permitem pensar acerca do componente em que sua avaliação está relacionada (DONABEDIAN, 1990; PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999; VIEIRA, 2011; VUORI, 1988).

A justificativa para o seu desenvolvimento e utilização, se baseia na premissa de que toda proposta em saúde precisa ser avaliada quanto a alguns fatores e componentes cruciais em processos de implementação, levando em consideração a compreensão das diferentes variáveis que podem influenciar tanto negativamente quanto positivamente o seu sucesso, inclusive, torna-la aplicável e justificável em termos de uma real contribuição no âmbito da saúde pública brasileira (DONABEDIAN, 1990; PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999; VIEIRA, 2011; VUORI, 1988). Sendo assim, a identificação de possíveis barreiras e facilitadores, compreendidos enquanto determinantes em modelos das CIS (THE CONSOLIDATION FRAMEWORK IMPLEMENTATION RESEARCH, 2019) também está incorporada e relacionada aos processos da avaliação compreendidos nos quadros propostos.

A sua utilização é sugerida de modo integrado às demais propostas do modelo e creditamos que são passíveis de utilização nas fases de planejamento e após a implementação, tanto para avaliação (de estrutura, processos e

resultados) (DONABEDIAN, 1990) por pesquisadores, comitê de juízes experts e matriciadores quanto por profissionais das equipes em matriciamento.

A utilização dos quadros junto da proposta avaliativa do modelo, pode viabilizar a geração de indicadores da qualidade, corroborando para tomada de decisão sobre o futuro da implementação (se deve ser mantida, suspensa, na íntegra ou com adaptações), bem como elementos e recomendações para futuras testagens, monitorando como as variáveis se expressam nos diferentes contextos. Isso também pode refletir diretamente em investimentos nos recursos financeiros, materiais, humanos e voltados para a estrutura, assim como na disponibilização de tempo e esforços (DONABEDIAN, 1990; PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999; VIEIRA, 2011; VUORI, 1988).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A ideia central incorporada à perspectiva deste estudo, o uso e implementação da CIF na APS brasileira, ainda é uma temática desafiadora, permeada por variáveis de influência multifatoriais, que a caracterizam enquanto cenário potencial e ao mesmo tempo um caminho que necessita ser desbravado.

A tentativa de compreender a relação entre a CIF, o seu modelo e a APS no Brasil, no intuito identificar as melhores estratégias e recursos, evidenciou diferentes lacunas tanto em nível teórico quanto prático, bem como mostrou um conjunto de possibilidades que precisavam ser integradas em uma proposta comum e ao mesmo tempo contextualizada, evidenciando a demanda de estudos exploratórios e primários, com novas proposições a serem testadas e avaliadas.

A associação das evidências nacionais e internacionais, juntamente da reflexão pormenorizada, foi e ainda será essencial para o lapidamento da proposta de um protótipo de modelo ao uso e implementação da CIF na APS brasileira. Mostraram o quão essencial se faz direcionar o olhar cuidadoso para a funcionalidade humana na APS, com vias a somar esforços para viabilizar avanços neste contexto, capazes criar possibilidades que alicerces o caminhar na realidade da prática dos serviços. Sendo assim, ressaltamos a importância de se fazer ciência no diálogo com a prática, investigando como as propostas funcionam ou não em cenários reais.

Este percurso, também ressaltou a demanda de articulação com diferentes abordagens, modelos, teorias e técnicas com potencial de integrar uma proposta comum, tornando-a mais robusta e explicável. Neste sentido, a CIS foi particularmente útil para nortear o olhar para estas diferentes variáveis e como podem se influenciar mutuamente entre as dimensões, evidenciando uma complexidade ainda maior à resolutividade no cenário real, portanto, se fez e faz necessário pensar e planejar propostas que equilibrem estes aspectos, com flexibilidade, de modo a reduzir o distanciamento entre a teoria e a prática.

Isso pode ser compreendido por diferentes óticas, tais como, a própria complexidade dos processos de saúde-doença e de funcionalidade-incapacidade, o caráter relativamente recente da CIF e de seu modelo quando comparado ao modelo biomédico vigente e com a CID, que já possuem ampla utilização. Além disso, o processo dinâmico das necessidades em saúde,

juntamente aos desafios que demandam transformações nos modelos formativos e de assistência, bem como, a diversidade das características das populações e comunidades acompanhadas nos territórios da APS brasileira, juntamente à cenários políticos em constante transição.

Entendemos que nenhum modelo, de modo individual, é suficientemente capaz de incorporar todos os aspectos da complexidade existente na relação entre a CIF, a Funcionalidade Humana e a APS, em especial diante da diversidade no Brasil. Por esse mesmo motivo, valorizamos que o modelo proposto no objeto desta tese, incorporasse dentre as suas características a adaptabilidade e flexibilidade, sendo autoavaliável e passível de personalização conforme o contexto.

A incorporação da perspectiva de aplicação universal para Proteção da Funcionalidade Humana, através da prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade, com abordagem biopsicossocial, centrada nas pessoas e mediante a prática colaborativa, confere o estímulo à reflexão no rompimento de diferentes paradigmas que se configuram como desafios limitadores aos avanços da APS e do SUS. Esse fato não engloba só o que refere na incorporação da CIF e de seu modelo, mas também com a assunção do seu compromisso diante da promoção da equidade em saúde, resgatando pressupostos da declaração de Alma-Ata, da carta de Ottawa e de sugestões da Organização Pan-Americana de Saúde.

Visto isso, entendemos que o arcabouço teórico-conceitual, educativo-metodológico e prático-operacional resultante desta tese, ao corroborar na aproximação da CIF com a PNAB, pode favorecer a sua adesão neste nível de atenção e minimizar lacunas existentes ao ser utilizado como futura base de evidências científicas.

Da mesma forma, o modelo de apoio matricial proposto, pode auxiliar por um longo período, enquanto a lacuna de inserção da CIF na graduação ainda não consegue ser solucionada a ponto gerar reflexos na prática dos profissionais nos serviços de saúde, ao mesmo tempo que, favorece para que as pessoas e comunidades tenham os seus direitos garantidos quanto ao cuidado e proteção da funcionalidade humana. Ressaltamos que, neste caso, proteger relaciona-se com potencializar a saúde e os estados relacionados com a saúde e o bem-estar,

incluindo o papel dos fatores ambientais e valorizando o que traz sentido ao viver.

Neste aspecto, destacamos a importância do papel de um apoiador matricial em Funcionalidade Humana e CIF na APS, conforme sugerido do decorrer da tese. Se alinhado às propostas deste modelo, pode auxiliar na ampliação do leque de possibilidades, trazendo partes de um quebra cabeça a ser montado conforme demanda e viabilidade da prática, ajustadas junto aos diferentes atores e serviços, em um processo contínuo, integrado, interativo, crítico e reflexivo. Além disso, podem instrumentalizar os profissionais para trilhar os primeiros passos no desafio de inserção da CIF na rotina de trabalho, de forma ética e pautada em evidências, ao ponto destes últimos se tornarem disseminadores da CIF e futuros matriciadores em Funcionalidade Humana para a APS brasileira.

Acreditamos que a testagem das propostas junto aos territórios da APS com maior característica de vulnerabilidade, possa favorecer para que as equipes dos serviços relacionem, mais facilmente, os preceitos incorporados ao modelo, percebam contribuições diretas na prática de cuidado e, conseqüentemente, se sensibilizem na adesão da CIF junto aos processos de trabalho na rotina. Da mesma forma, destacamos que pactuações com as secretarias de saúde (estaduais e municipais) e DRS, são fundamentais para que essa e qualquer outra proposta tenha chances de uma real implementação nos serviços, incorporação aos planos de gestão, direcionamento de recursos financeiros, sustentação e disseminação. Além disso, destacamos a importância de dialogicidade junto às políticas públicas de saúde e intersetoriais, tanto da APS quanto baseadas na CIF, tal como o Projeto de Lei 1673/21 que se encontra em tramitação. Por esses mesmos motivos, o aspecto educativo é crucial para todos os profissionais envolvidos nos diferentes serviços de APS, incluindo também os gestores e diretores.

O caráter colaborativo das propostas aqui inclusas, refletem e recomendam a utilização nos diferentes serviços da atenção primária (unidades de saúde tradicionais, unidades de saúde com ESF, etc.) e suas equipes, de modo que cada serviço e profissional possa identificar as melhores formas de aplicação, conforme as competências e responsabilidades, lançando mão de estratégias e tecnologias compatíveis. Apesar da relevância das propostas se

estender a todos os serviços da APS, a ESF possui papel central na sua operacionalização. A identificação de quais, dentre os diferentes profissionais de saúde que integram as equipes da ESF e possuem um maior potencial para corroborar na sustentação e direcionamento das ações do modelo, destacou o papel do ACS para iniciar aplicação da CIF e viabilizar o monitoramento junto aos processos de (re)cadastro de toda a população e famílias acompanhadas, ao lado dos AE durante os acolhimentos, bem como, devido à sua proximidade formativa e um maior relacionamento das suas competências/domínios profissionais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas destacam-se como possíveis matriciadores e gestores de casos relacionados à Funcionalidade Humana na APS, uma vez que, recentemente conforme dispõe a Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021, estes passam a integrar as equipes de ESF no país. A aplicação do modelo junto à Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Medicina da Família e Comunidade, além de outros âmbitos que possibilitem integração entre ensino-pesquisa-trabalho-serviços são favoráveis à proposta, desde que visem benefícios na transposição para a realidade da prática.

Ressaltamos que, apesar da maioria dos produtos elaborados ter enfoque no público a partir de 18 anos, alguns podem ser facilmente utilizados para os contextos da infância e adolescência, principalmente as propostas dos *frameworks* para fundamentação e raciocínio clínico, por sua perspectiva de aplicação universal.

A avaliação do modelo (seus fundamentos, componentes, recursos e ferramentas) mediante os componentes da qualidade, é um diferencial com tamanha relevância para a proposta, tal como as outras inclusas nesta tese. Avaliar os componentes da qualidade, a partir dos quadros desenvolvidos e sugeridos, além de possibilitar uma maior compreensão de como todos os elementos (estrutura, recursos e resultados) da proposta funcionaram, pode produzir indicadores da qualidade do modelo, viabilizando ajustes em busca de maior adequação, qualidade e acesso, desta forma, aumentando as chances de aceitação e adesão. Conforme ocorra a identificação da eficácia, eficiência e efetividade, há uma maior possibilidade de tornar a proposta do modelo ou de parte dele, justificável e aplicável para implementação da CIF junto à APS e ao

SUS, conseqüentemente, a sua contribuição em termos de melhorias para a saúde pública.

Diante disso, acreditamos que as propostas deste estudo podem corroborar em termos de planejamento, elaboração de programas e de políticas de saúde direcionadas à incorporação da CIF na APS brasileira ou que a associe em outras políticas vigentes, perante a perspectiva da Proteção da Funcionalidade Humana enquanto um direito social que deve ser garantido, inclusive junto de metas e estratégias específicas. Sendo assim, esperamos que os resultados desta tese possam contribuir para futuras discussões e aprimoramentos, não só relacionados a essa proposta em específico, mas instigar novos questionamentos, incentivar novas pesquisas, trazer novos direcionamentos e perspectivas com alinhamentos necessários diante das demandas de saúde e de formação dos profissionais do século XXI, para o alcance os ODS das populações e comunidades acordados na Agenda 2030, bem como somar esforços aos avanços de uma política nacional intersetorial e de saúde funcional junto ao SUS.

Destacamos como limitação do estudo a inviabilidade de incorporação de avaliações externas neste momento, diante disso, recomendamos e incentivamos a realização em pesquisas futuras, a fim de compreender como as propostas funcionam em cenários reais, possibilitando adequações em busca de melhoria da qualidade.

Nos comprometemos perante a comunidade acadêmica, científica, clínica e social, em viabilizar a divulgação das propostas de forma sustentável. No entanto, compreendemos que a simples disponibilização de todo o material na íntegra daquilo que foi elaborado, neste momento, não se caracteriza como uma estratégia efetiva ao que se propõe, sua amplitude e as particularidades das características que permeiam a essência e finalidade de sua proposição, visto que se configura como um modelo integrado e composto por uma variedade de elementos, não se tratando apenas de uma ferramenta ou um material específico. Estes aspectos podem ser percebidos mediante ao que foi incluído e destacada na própria tese, pois, apesar dos materiais elaborados serem produtos e resultados da pesquisa do doutorado, devido à sua complexidade, também foram olhados e utilizados como dados, cuidadosamente analisados e discutidos entre os pesquisadores, identificando quais as propostas mais

significativas e relevantes dentro do contexto, os elementos-chave para compreensão e utilização inicial do modelo, as suas fortalezas e fragilidades, sendo esses resultados inseridos nos artigos produzidos. Outro aspecto considerado nesta posição, inclusive, foi abordada e explicada em artigo específico, a importância de que os apoiadores matriciais em funcionalidade e humana e CIF passem por um matricamento prévio no modelo, no intuito de garantir a compreensão da essência da proposta e a qualidade de sua utilização, visto o grau de inovação de alguns de seus elementos e os diferentes níveis de conhecimento que o público pode ter na temática.

Diante disso, também nos comprometemos ao desenvolvimento de estratégias para a disseminação dos produtos derivados desta tese, sua testagem, avaliação e aprimoramento, tanto junto ao contexto que direcionou a sua elaboração quanto em parcerias para outras pesquisas, sendo possível o contato com as pesquisadoras através de seus e-mails.

REFERÊNCIAS DA TESE

ARAUJO, E.S. Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.70 p.

ARAUJO, E.S. USO DA CIF NO SUS: A EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARUERI/SP. **Revista Científica CIF Brasil**, v.1, n.1, p.10-17. 2014.

ARAUJO, E.S.; JUNIOR, J.C.O. A aplicação da CIF por agentes comunitários de saúde. **Revista Científica CIF Brasil**, v.1, n.1, p.18-26. 2014.

ARAUJO, E.S.; NEVES, S.F.P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? **Acta Fisiatr**, v.21, n.1, p.46-48. 2014.

ARAUJO, E.S.; MAGGI, L.E.; REICHERT, T.T. CIF nos Sistemas Municipais de Saúde. **Revista Científica CIF Brasil**, v.3, n.3, p.49-61. 2015.

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**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2018. 155f. Dissertação.

BAUER, M.S.; DAMSCHRODER, L.; HAGEDORN, H.; SMITH, J.; KILBOURNE., A.M. An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychol**. v.3, n.1, p.32, sep. 2015.

BICKENBACH, J.; RUBINELLI, S.; BAFFONE, C; STUCKI, G. The human functioning revolution: implications for health systems and sciences. **Front. Sci.**, v.1, may. 2023.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). ISBN: 978-85-334-1939-1 Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). ISBN: 978-85-334-2118-9. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf. Acessado em: 10 set. 2021.

BRASIL. Projeto de Lei 1673/21. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2280168>. Acessado em: julho de 2023.

BUCHALLA, C.M. A Família de Classificações da OMS. Seminário Regional de Informações Hospitalares de Ribeirão Preto. 2007. **Journal of Interprofessional Care**. 2017. DOI: 10.1080/13561820.2017.1346592.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 2, p. 399-407. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acessado em: 09 set. 2021

CASTRO, C.P.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.455-481. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XpnFPRvjFG3GpdQRLKHnBGF/?format=pdf&lang=pt>. cessado em: 10 set. 2021.

CHIAVERINI, D.H. (Org.), et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2011. 236p. ISBN 978-85-89737-67-8. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/guia_pratico_matriciamento_saudental.pdf. Acessado em: 10 set. 2021.

CORDEIRO, E.S. Seis passos para a linha de chegada. **Revista CIF Brasil**. v.12, n.1, p.03-05. 2020.

COSTA, L.S., BAHIA, L. Geração e trajetórias de inovação nos serviços de saúde. In: GADELHA, C.A.G., GADELHA, P., NORONHA, J.C., and PEREIRA, T.R., eds. *Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, p. 23-60.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/961-970/pt>. Acesso em: 17 abr. 2021.

DAMSCHRODER, L.J. Clarity out of chaos: use of theory in implementation research. **Psychiatry Res**. 2019.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S.(org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 27ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DONABEDIAN, A. A. **The Seven Pillars of Quality**. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, v.114, nov.1990.

ECCLES; M.P.; MITTMAN, B.S. Welcome to Implementation Science. **Implementation Science**, v.1, n.1. 2006.

EL DIB, R. *Guia prático de medicina baseada em evidências*. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2014.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.2, p.187-193. 2005.

KOSOSKI, E. Informações funcionais e fatores ambientais: estudo exploratório com análise geoespacial realizado em usuários da atenção básica. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2018. Dissertação.

LEONARDI, M. *et al.* 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.19. 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>.

MATTA, G.C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MARTINS, E.S.; TRINDADE, J.L.A. Pet-saúde redes de atenção a pessoa com deficiência no contexto da atenção primária de saúde: reflexões sobre a deficiência e funcionalidade do sujeito. **Saúde em Redes**, v.4, n.3, p.115-126. 2018.

MEDEIROS, E.M. Avaliação multidimensional da pessoa idosa com base na classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: construção de instrumento. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2021. Tese.

MENDES, E.M. A atenção primária à saúde no SUS: Avanços e ameaças/Eugênio Vilaça Mendes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, ago.2021 – CONNASS Documenta, n.38.

MULLER, J.; SNYMAN, S.; SLOGROVE, A.; COUPER, I. The value of interprofessional education in identifying unaddressed primary health-care challenges in a community: a case study from South Africa. **Journal of Interprofessional Care**, v.1, n.9. 2019. DOI 10.1080/13561820.2019.1612332.

OMACHONU, V. K.; EINSRUCH, N. G. Inovação nos sistemas de atenção a saúde: quadro conceitual. **Jornal de Inovação**, v.15, n.1, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. [Tradução: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. - 1. ed., 3. reimpr. atual. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**. v.43 (Esp.), p. 43992-9. 2009.

PETERS, D.H.; TRAN, T.N.; ADAM, T. Implementation research in health: a practical guide. Publisher Information. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.

PUIME, O.A; HERNÁNDEZ, P.J.; PALOMER, M.R. **Mejora de la calidad en Atención Primaria**. In: Bases Metodológicas.1999.

PETERS, D.H.; TRAN, T.N.; ADAM, T. Implementation research in health: a practical guide. Publisher Information. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.

ROCHA, L.P.; CRUZ, M.S.S.; ARAUJO, J.G.C.; MIRANDO, B.L.; LOPES, R.N.; GONÇALVES, S.X.; ANDRADE, A.F.; FILHO, J.C.A. CIF: Ferramenta de avaliação e regulação clínico-assistencial no NASF-AB. **Revista CIF Brasil**. 2021.

RODRIGUES, E.F. Avaliação do método Balint Paideia na formação de estudantes para a atenção primária à saúde. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2022. Tese.

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n.3, mai-jun. 2007.

SCHNEIDER, L.R.; PEREIRA, R.P.G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*, v.42, n.118, p.594-605, jul-sep. 2018.

SILVA-E-DUTRA, F.C.M. *et al*. Análise de demandas a partir de uma avaliação funcional de trabalhadores atendidos na atenção primária à saúde. **Rev Bras Med Trab**.v.19, n.2, p.122-131. 2021.

SILVA, R.V.; LISBOA, E.R.; PFISTER, A.P.L.; CUNHA, D.R.; VALADARES, Y.D.; GARCIA, R.A.A. Implementação da CIF na atenção primária. **Revista CIF Brasil**. v.13, n.1, p.69-83. 2021.

SMITH, J.D., LI, D.H., RAFFERTY, M.R. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. **Implementation Sci**. v. 15, n. 84. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8>. Acessado em: 02 mar. 2020

SOUZA, M.A.P. Inovação nos serviços públicos de reabilitação: propostas para a sistematização da coleta de informações funcionais centradas no usuário. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

SYNMAN, S.; VON PRESSENTIN, K.B.; CLARKE, M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and

collaborative practice. **J Interprof Care**, v.29, n.4, p.313-9, jan. 2015. DOI 10.3109/13561820.2015.1004041. Acesso em: mar 2020.

SNYMAN, S.; VON PRESSENTIN, K.B.; CLARKE, M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. **J Interprof Care**, v.29, n.4, p.313-9, jan. 2015. DOI 10.3109/13561820.2015.1004041. Acesso em: mar 2020.

SNYMAN, S; KRAUS DE CAMARGO, O.; ANTTILA, H.; VAN DER VEEN, S.; STALLINGA, H.; MARIBO, T.; VAN GREUNEN, D. The ICanFunction mHealthSolution (mICF): A project bringing equity to health and social care within a person-centered approach. **Journal of Interprofessional Workforce Research and Development**, v.2, n.1. 2019.

THE CONSOLIDATION FRAMEWORK IMPLEMENTATION RESEARCH. 2019. Disponível em: <https://cfirguide.org>. Acesso em: 13 ago. 2020.

VIEIRA, E.M. **Avaliação de Serviços de Saúde.** In: PASSOS, A. D.C.; RUFFINO NETTO, A. Introdução aos estudos epidemiológicos analíticos. Fundamentos de Epidemiologia. 2.ed. Barueri: Manole, 2011. 359-372p.

VIEIRA, A.C.G.; GASTALDO, D.; HARRISON, D. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. **Rev Bras Enferm**, v.73, n.5. 2020.

VUORI, A. **A qualidade da saúde.** Tradução: ALVES, M.J.L. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, nov. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Disability.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2011.

ZEPEDA, K.G.M.; SILVA, M.M.; SILVA, I.R.; REDKO, C.; GIMBEL, S. et al. Fundamentos da Ciência da Implementação: um curso intensivo sobre um emergente campo de pesquisa. **Escola Anna Nery**, v.22, n.2. 2018.

ANEXOS

Anexo A - Carta resposta à solicitação de dispensa da necessidade de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Ribeirão Preto, 01 de março de 2023.

A senhora
Estenifer Marques Balco
Pós-Graduação Programa em Saúde Pública - FMRP-USP

Ref.: Solicitação de dispensa da submissão de projeto na Plataforma Brasil

Prezada Pós-Graduanda,

Em atenção à solicitação de dispensa da submissão na Plataforma Brasil do projeto de pesquisa **“Um modelo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde (APS) brasileira”**, referente ao seu objetivo específico 4, considero que a proposta atende às condições apresentadas pela Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 da CONEP, em seu Artigo 1º, incisos II, III e V, ou seja, não necessita ser registrada e nem avaliada pelo sistema CEP/CONEP.

Caso, durante o planejamento ou a execução de atividade de educação, ensino ou treinamento surja a intenção de incorporação dos resultados dessas atividades em um projeto de pesquisa, dever-se-á, de forma obrigatória, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CSE FMRP-USP

Anexo B – Permissão concedida pelos autores

- Permissão concedida pelo autor Dr. Stefanus Snyman para uso, tradução e adaptação do “*Applications of ICF Framework*” e relacionados

 **Estenifer Marques Balco** <estenifer@usp.br>
to Stefanus, João, Eduardo ▾ Aug 25, 2021, 2:04 PM (4 days ago) ☆ ↶ ⋮

Dear Stefanus Snyman,

My name is Estenifer, I am an occupational therapist, member of the ICF Brazil Group, master of science and student for doctoral degree in the Public Health post graduate Program of University of Medicine of São Paulo (USP) and my advisor is João Mazzoncini de Azevedo Marques.

We would like to get permission to use your version of “The ICF Applications Framework in collaborative practice” in my doctoral research, including translation to portuguese and the development of an adapted and inspired version to Brazilian Primary Care: ICF’s applications framework from primary health care.

The proposals for Frameworks are attached.

We are developing a proposal to teach and use the ICF in Brazilian primary care through a matrix support model.

We also would like to ask for permission to use inspirations from your template and script structure for recording ICF diagram components and team discussions.

If your permission is sufficient and you agree, can you please reply to this email granting permission?

If is necessary to have other kind of permission or other kinds of procedures, please, can you explain how we should proceed and guide us in the process?

I am available for further information.
Thank you in advance.
Best regards.

—
Estenifer Marques Balco.
Terapeuta ocupacional pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Mestra em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
Membro do Grupo CIF Brasil.
Grefito 3 - 13882 - TO - SP
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2328382576528049>

 **stefanusnyman@gmail.com**
to me, João, Eduardo ▾ 5:51 AM (5 hours ago) ☆ ↶ ⋮

Dear Estenifer

It is great hearing from you.

You are free to use any of our diagrams. No problem.

Kind regards
Stef

DR STEFANUS SNYMAN, MD
Occupational Medicine Practitioner | Health Professions Educationist | mHealth Instigator | Partnership Facilitator
MB, ChB; MPhil (HealthScEd); DOM
PR: 1508156, MP 0387738
E-mail: stef@snymans.org
Mobile: +27 82 557 1056
Office: +27 21 855 2068
Facebook: <https://www.facebook.com/stefanus1>; <https://www.facebook.com/FIREdiabetes>
Twitter: @stefanusnyman; @FIREdiabetes
LinkedIn: www.linkedin.com/in/stefanus; <https://www.linkedin.com/groups/8965761>
Web: www.FIREdiabetes.com; www.icfeducation.org; www.icfmobile.org

- Permissão concedida pelo autor Dr. Dr. Eduardo Santana Cordeiro para uso e adaptação dos “Formulários de Cadastramento das categorias da CIF na APS”

Solicitação de permissão Inbox x ✕ 🖨 📧

 **Estenifer Marques Balco** <estenifer@usp.br>
to Eduardo, João ▾ 2:35 PM (3 hours ago) ☆ ↶ ⋮

Caro Eduardo Santana Cordeiro,

Meu nome é Estenifer Marques Balco, sou terapeuta ocupacional, membro do Grupo CIF Brasil, mestranda em ciências e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e meu orientador é o Professor Doutor João Mazzoncini de Azevedo Marques.

Estamos desenvolvendo uma proposta para ensinar e usar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde (APS) brasileira por meio de um modelo de apoio matricial.

Gostaríamos de solicitar oficialmente a sua permissão para usarmos os "Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS" em minha pesquisa de doutorado, incluindo a versão original e construção de propostas adaptadas, derivadas e ampliadas dos formulários para o uso pela equipe multiprofissional da atenção primária à saúde brasileira. O processo de adaptação encontra-se em desenvolvimento, com a sua permissão prévia e, resultou na construção de um Roteiro semiestruturado para a avaliação e cuidado da Funcionalidade Humana na atenção primária à saúde (APS), composto por duas propostas de roteiro de avaliação pela equipe multiprofissional derivada dos formulários.

Gostaríamos também de solicitar a sua permissão para o uso da versão original e versões adaptadas no curso que compõe o modelo de matriciamento, a ser oferecido para equipes da APS, bem como para publicações subsequentes derivadas da pesquisa.

Caso concorde com as solicitações de permissão acima descritas, por gentileza, poderia responder este e-mail concedendo a sua permissão?

Gostaríamos ainda de, convidá-lo para contribuir no processo de revisão, adaptação e análise do roteiro, demais componentes e recursos relacionados ao modelo de apoio matricial proposto. Será um honra contar com suas contribuições e parceria.

Caso seja necessário ter outro tipo de permissão ou outro tipo de procedimento, por favor, poderia explicar como devemos proceder e nos orientar no processo?

Estou à disposição para maiores esclarecimentos e informações, inclusive, caso necessário, posso enviar as propostas do projeto de doutorado e a atual versão da adaptação dos formulários.

Desde já agradecemos.
Atenciosamente.

—
Estenifer Marques Balco,
Terapeuta ocupacional pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Mestra em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
Membro do Grupo CIF Brasil.
Crefite 3 - 13882 - TO - SP
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2328382576528049>

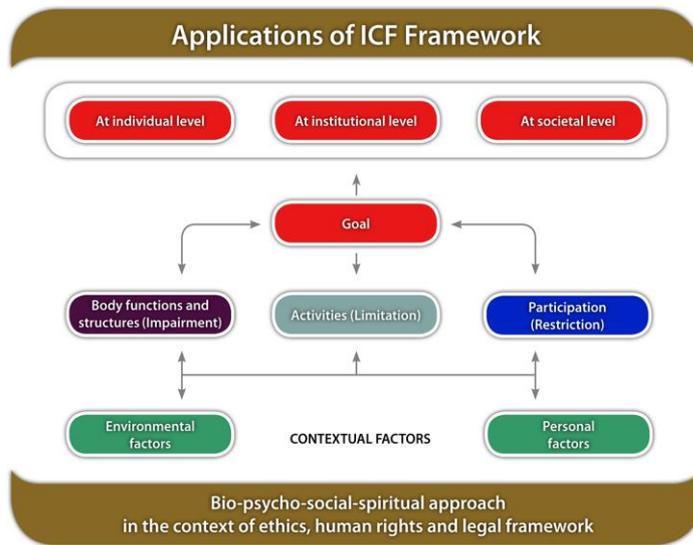
 **Eduardo Santana Cordeiro**
to me, João ▾ 3:02 PM (3 hours ago) ☆ ↶ ⋮

🌐 Portuguese ▾ > English ▾ [Translate message](#) Turn off for: Portuguese x

Boa tarde!
A permissão está concedida e o convite para participação aceito.

Grato,
Eduardo Santana Cordeiro

Anexo C – Applications of ICF Framework (versão original)



Fonte: Snyman, Von Pressentin e Clarke (2015).

Anexo D - Formulários de Cadastramento das categorias da CIF na APS (versão original)

Quadro 1 – Categorias da CIF para o cadastro individual, com as respectivas questões, para uso do agente comunitário

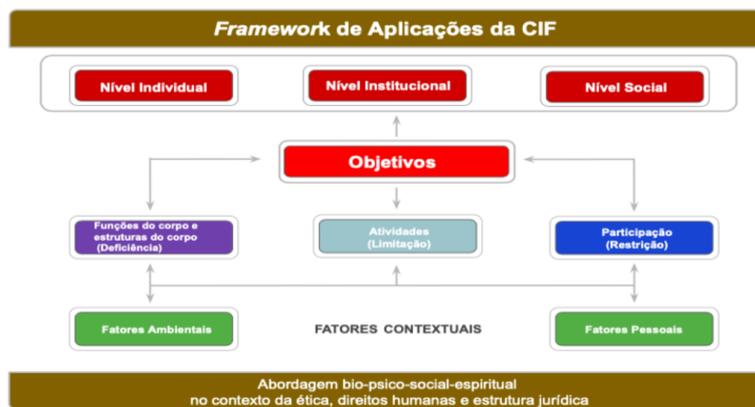
<p>Questionário autorreferido de funcionalidade. Marque um "x" nas atividades nas quais sente dificuldade em sua vida habitual:</p>			
d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO			
<input type="checkbox"/>)d115 Ouvir <input type="checkbox"/>)d140 Aprender a ler <input type="checkbox"/>)d145 Aprender a escrever <input type="checkbox"/>)d150 Aprender a calcular (aritmética)			
d3. COMUNICAÇÃO			
<input type="checkbox"/>)d330 Falar			
d4. MOBILIDADE			
<input type="checkbox"/>)d430 Levantar e carregar objetos <input type="checkbox"/>)d450 Andar <input type="checkbox"/>)d470 Utilizar meio de transporte (ônibus, trem, etc.) <input type="checkbox"/>)d475 Dirigir veículos (bicicleta, motos, carro, etc.)			
d5. CUIDADO PESSOAL			
<input type="checkbox"/>)d510 Lavar-se (banhar-se e secar-se, etc.) <input type="checkbox"/>)d520 Cuidado das partes do corpo (escovar os dentes, barbear-se, lavar as mãos, etc.) <input type="checkbox"/>)d540 Vestir-se <input type="checkbox"/>)d550 Comer <input type="checkbox"/>)d560 Beber			
d6. VIDA DOMÉSTICA			
<input type="checkbox"/>)d630 Preparar refeições (cozinhar, etc.) <input type="checkbox"/>)d640 Realizar Tarefas domésticas (limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.)			
d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS			
<input type="checkbox"/>)d760 Relacionar-se com familiares <input type="checkbox"/>)d770 Relacionar-se intimamente com alguém			
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA			
<input type="checkbox"/>)d820 Conseguir matrícula escolar <input type="checkbox"/>)d850 Conseguir trabalho <input type="checkbox"/>)d870 Sustentar-se financeiramente			
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA			
<input type="checkbox"/>)d920 Recreação e lazer <input type="checkbox"/>)d930 Praticar religião e espiritualidade			

Quadro 2 – Categorias da CIF para o cadastro domiciliar, com as respectivas questões, para uso do agente comunitário

<p>Questionário autorreferido sobre fatores ambientais. Identifique o contexto no qual vive, marcando um "x" em uma das colunas à direita</p>			
Fatores ambientais	Precisa e tem	Precisa e não tem	Não precisa
Tecnologia para uso pessoal (próteses ou dispositivos para controle funcional do intestino, bexiga, respiração, alimentação, frequência cardíaca e outros) – e115			
Tecnologia para locomoção (cadeira de rodas, adaptações em veículos de transporte) – e120			
Tecnologias adaptadas para comunicação – e125			
Tecnologia para o trabalho – e135			
Ambiente físico adaptado – e2			
Apoio pessoal e atitudes facilitadoras – e3, e4			
Suporte de serviços, sistemas e políticas – e5			
Observações adicionais: _____			

APÊNDICES

APÊNDICE A – “*Framework de Aplicações da CIF*” (versão traduzida)



Framework de aplicações da CIF

Fonte: Traduzido para o português a partir da versão "Applications of ICF Framework - The ICF as interprofessional care and collaboration framework" de Snyman, Von Pressentin, Clarke (2015). Permissão para tradução concedida pelo autor Stefanus Snyman em 29 de Agosto de 2021.

Fonte: Traduzido pela pesquisadora para a pesquisa.

APÊNDICE B – Frameworks com mais detalhes, conforme parte dos slides da unidade de aprendizagem em que são abordados

4.1 Artigo 1 - Propostas de Frameworks para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

1) Framework para uso e implementação da CIF na APS

Construção

"Como usar a CIF: Um manual prático para utilização da CIF", da Organização Mundial da Saúde - OMS

+

Modelos da Ciências da Implementação em Saúde (CIS).

+

pequenas adaptações contextualizando o seu enfoque na APS

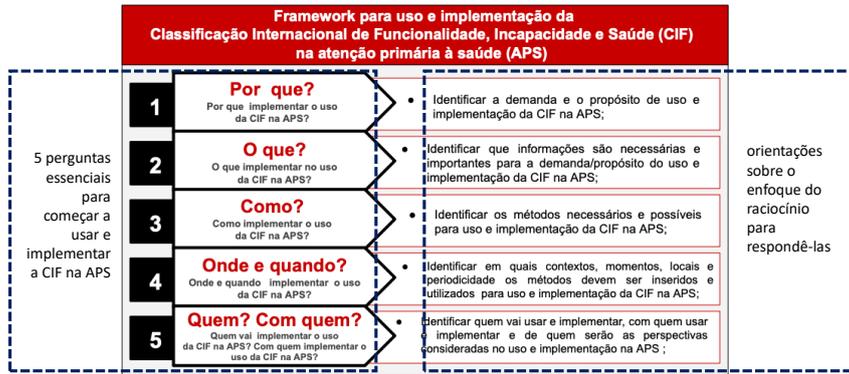
(8,11)

4.1 Artigo 1 - Propostas de Frameworks para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Framework para uso e implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na atenção primária à saúde (APS)	
1	<p>Por que? Por que implementar o uso da CIF na APS?</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar a demanda e o propósito de uso e implementação da CIF na APS;
2	<p>O que? O que implementar no uso da CIF na APS?</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar que informações são necessárias e importantes para a demanda/propósito do uso e implementação da CIF na APS;
3	<p>Como? Como implementar o uso da CIF na APS?</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar os métodos necessários e possíveis para uso e implementação da CIF na APS;
4	<p>Onde e quando? Onde e quando implementar o uso da CIF na APS?</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar em quais contextos, momentos, locais e periodicidade os métodos devem ser inseridos e utilizados para uso e implementação da CIF na APS;
5	<p>Quem? Com quem? Quem vai implementar o uso da CIF na APS? Com quem implementar o uso da CIF na APS?</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar quem vai usar e implementar, com quem usar e implementar e de quem serão as perspectivas consideradas no uso e implementação na APS;

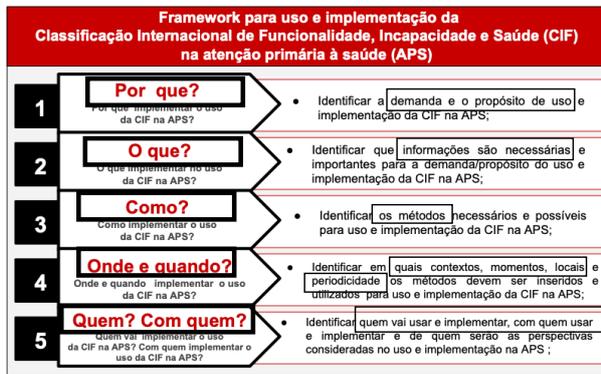
Framework proposto e adaptado pela autora para uso na pesquisa de Doutorado com base na fonte original.
Fonte: Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

1) Framework para uso e implementação da CIF na APS
Estrutura e características



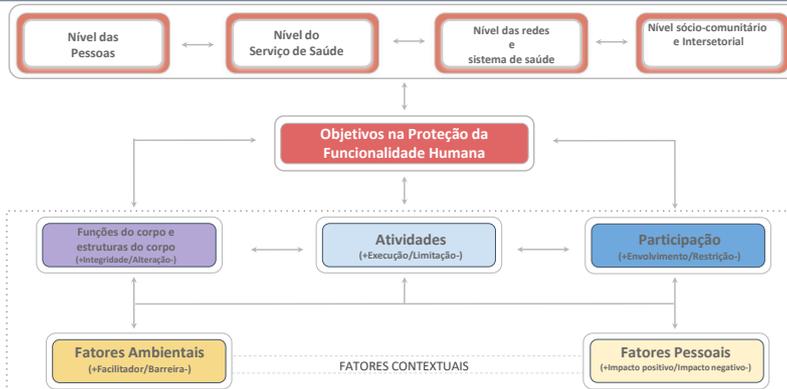
Framework proposto e adaptado pela autora para uso na pesquisa de Doutorado com base na fonte original.
Fonte: Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

1) Framework para uso e implementação da CIF na APS
Estrutura e características



Framework proposto e adaptado pela autora para uso na pesquisa de Doutorado com base na fonte original.
Fonte: Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

Framework de aplicações da CIF a partir da atenção primária à saúde (APS)

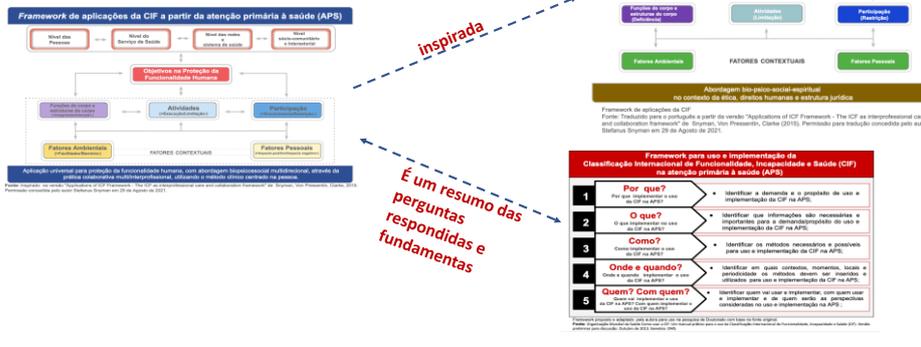


Aplicação universal para proteção da funcionalidade humana, com abordagem biopsicossocial multidirecional, através da prática colaborativa multi/interprofissional, utilizando o método clínico centrado na pessoa.

Fonte: Elaborado pelos autores inspirado em Snyman, Von Presentin e Clarke (2015, p.3) e Snyman, et al. (2016, p.291).

4.1 Artigo 1 - Propostas de Frameworks para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Construção

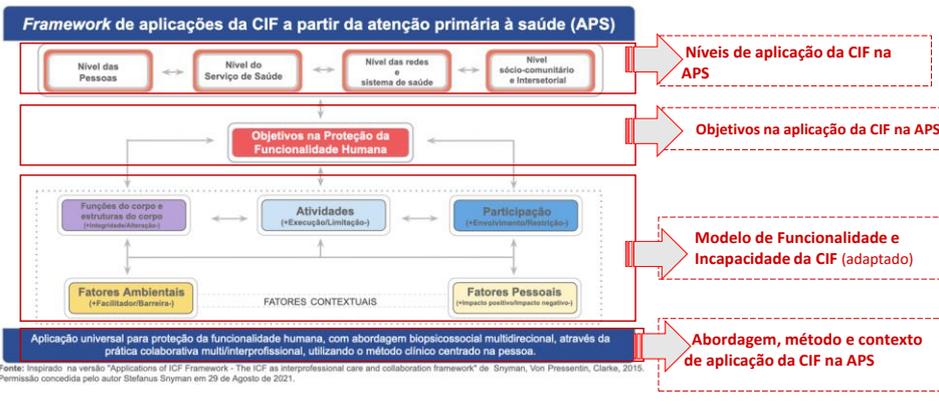


Inspirada

É um resumo das perguntas fundamentais

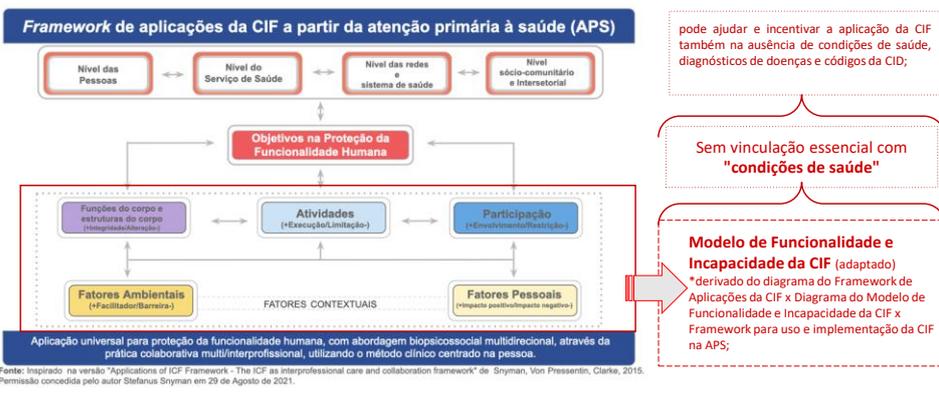
4.1 Artigo 1 - Propostas de Frameworks para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Estrutura e características



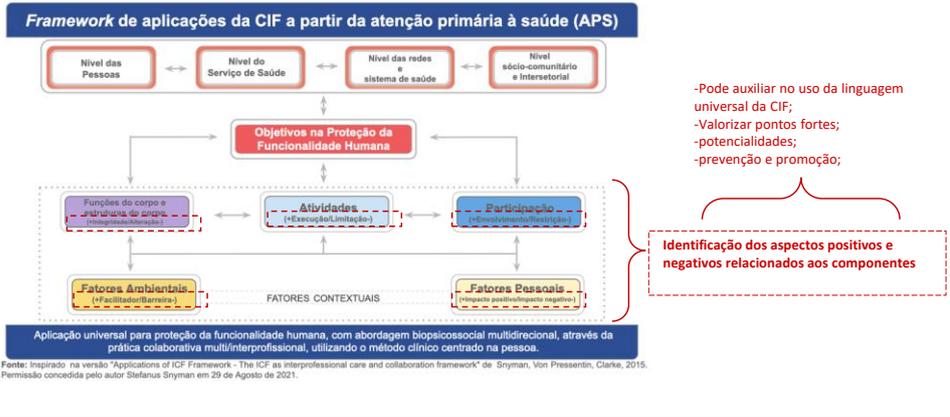
4.1 Artigo 1 - Propostas de Frameworks para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF



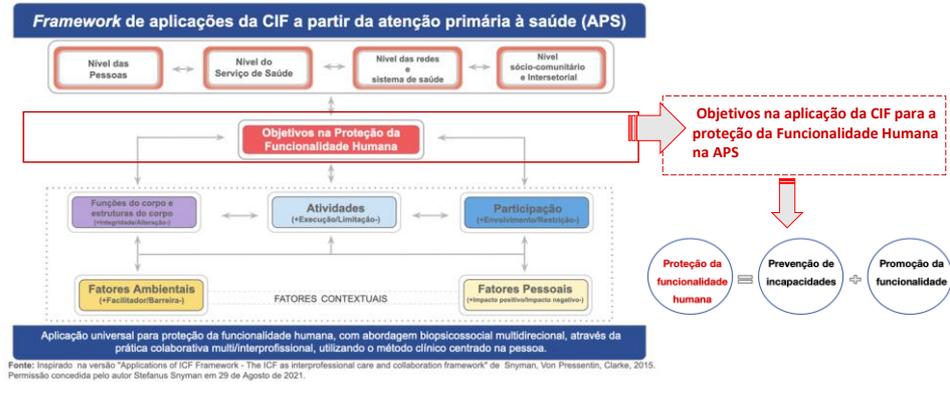
4.1 Artigo 1 - Propostas de Frameworks para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Modelo de Funcionalidade e Incapacidade da CIF



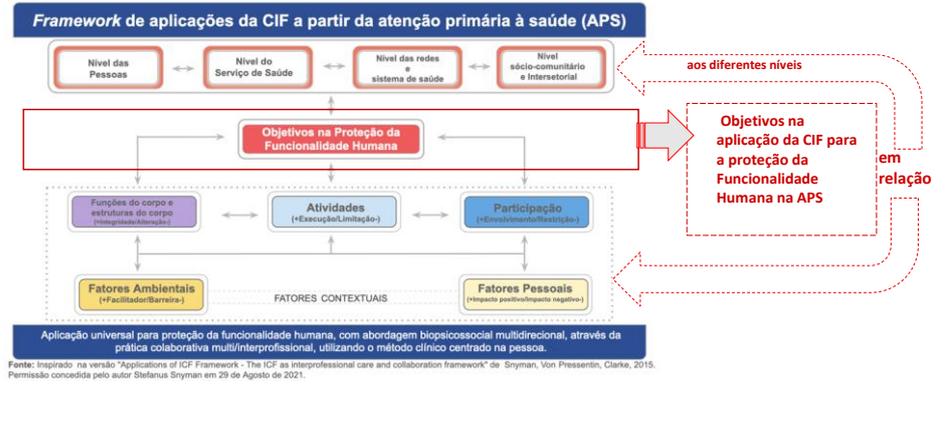
4.1 Artigo 1 - Propostas de Frameworks para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Objetivos na proteção da Funcionalidade Humana na APS

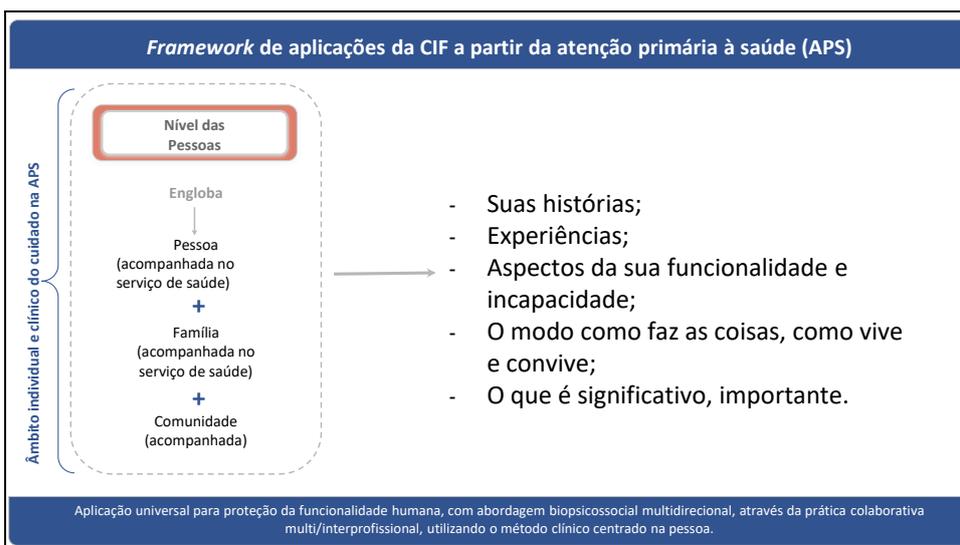
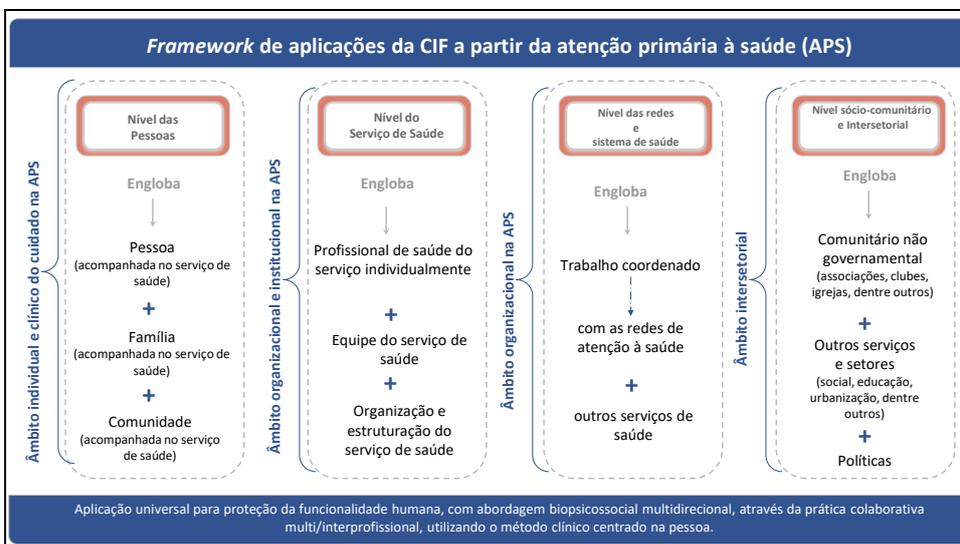
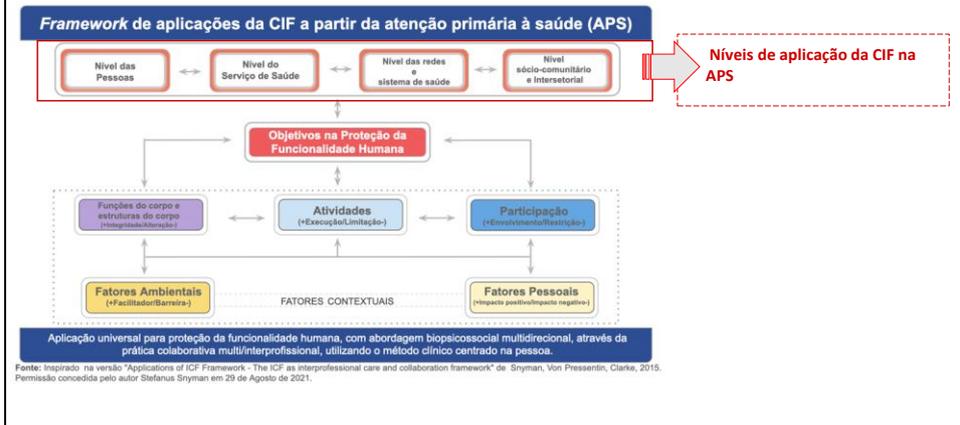


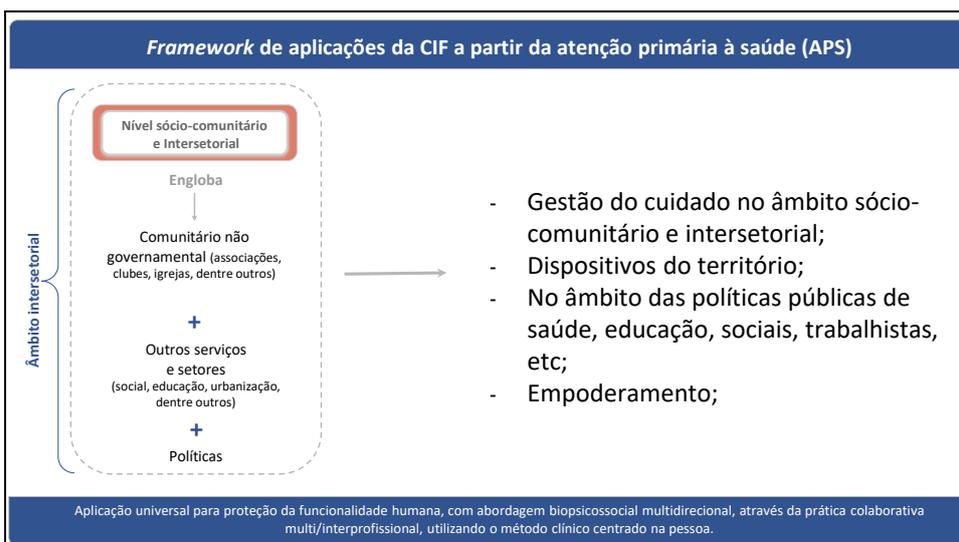
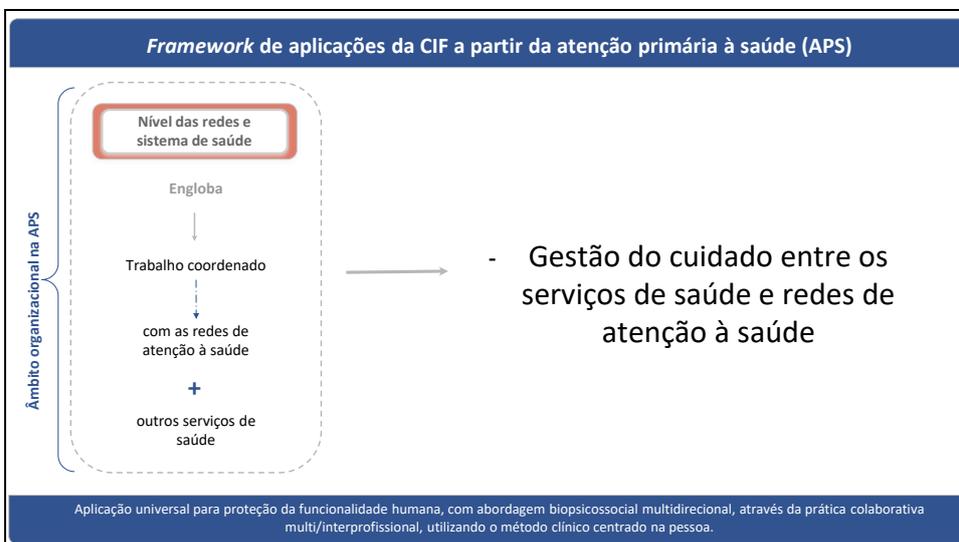
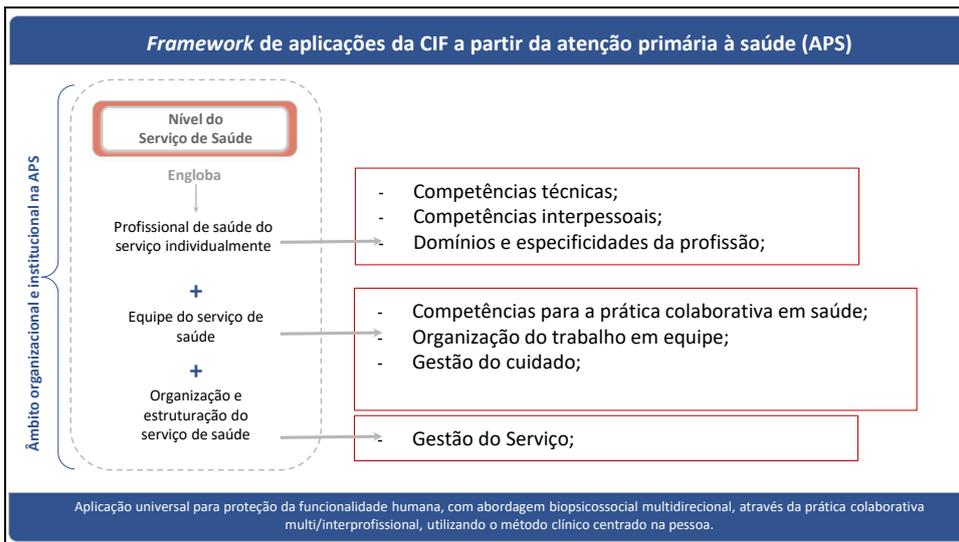
4.1 Artigo 1 - Propostas de Frameworks para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na atenção primária à saúde

Objetivos na proteção da Funcionalidade Humana na APS



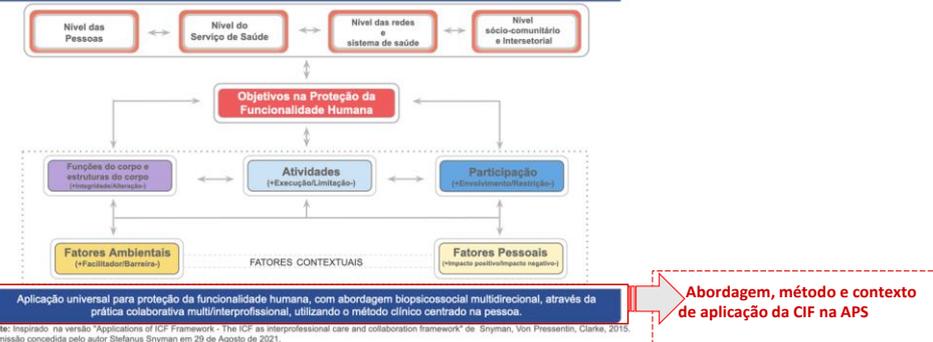
Níveis de aplicação da CIF na APS





Estrutura e características Abordagem, método e contexto de aplicação

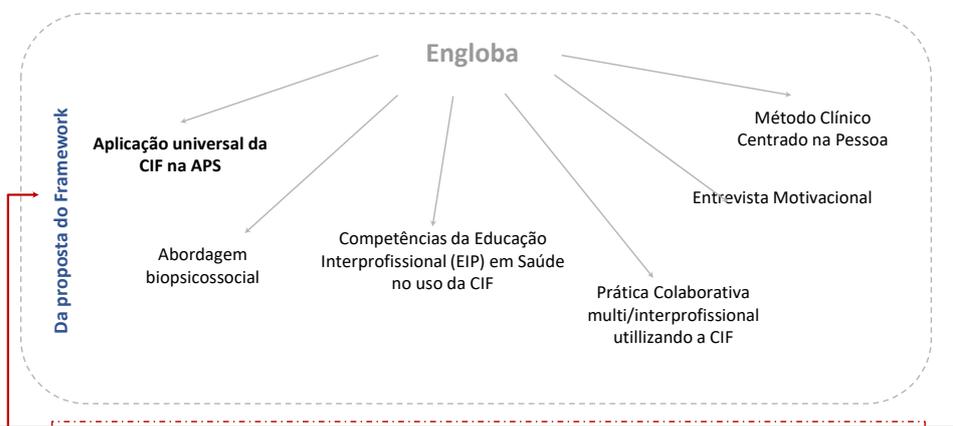
Framework de aplicações da CIF a partir da atenção primária à saúde (APS)



Aplicação universal para proteção da funcionalidade humana, com abordagem biopsicossocial multidirecional, através da prática colaborativa multi/interprofissional, utilizando o método clínico centrado na pessoa.

Fonte: Inspirado na versão "Applications of ICF Framework - The ICF as interprofessional care and collaboration framework" de Snyman, Von Pressentin, Clarke, 2015. Permissão concedida pelo autor Stefanus Snyman em 29 de Agosto de 2021.

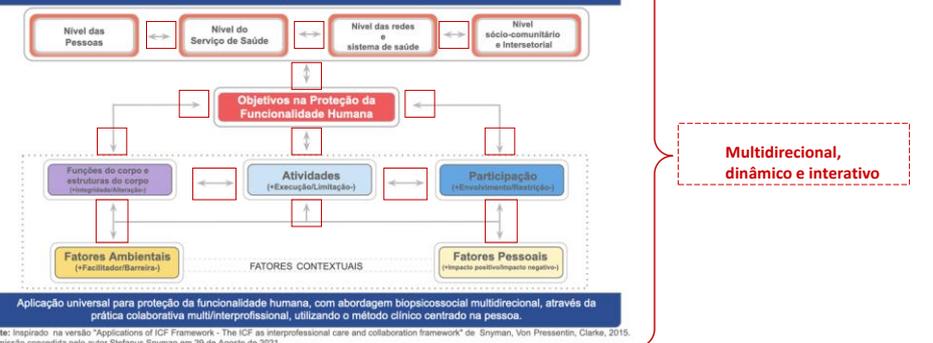
Framework de aplicações da CIF a partir da atenção primária à saúde (APS)



Aplicação universal para proteção da funcionalidade humana, com abordagem biopsicossocial multidirecional, através da prática colaborativa multi/interprofissional, utilizando o método clínico centrado na pessoa.

Estrutura e características Abordagem, método e contexto de aplicação

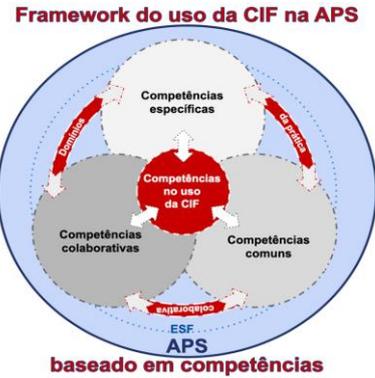
Framework de aplicações da CIF a partir da atenção primária à saúde (APS)



Aplicação universal para proteção da funcionalidade humana, com abordagem biopsicossocial multidirecional, através da prática colaborativa multi/interprofissional, utilizando o método clínico centrado na pessoa.

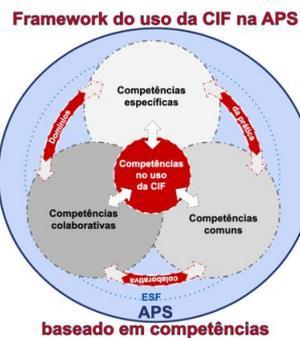
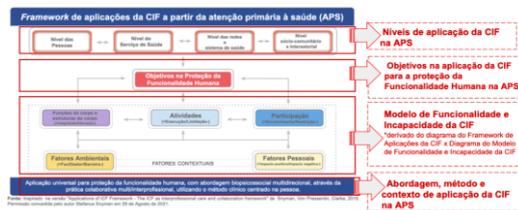
Fonte: Inspirado na versão "Applications of ICF Framework - The ICF as interprofessional care and collaboration framework" de Snyman, Von Pressentin, Clarke, 2015. Permissão concedida pelo autor Stefanus Snyman em 29 de Agosto de 2021.

3- Framework do uso da CIF baseado em competências



3) Framework do uso da CIF baseado em competências Construção

Tem a perspectiva integrada
- tanto um recorte quanto um detalhamento do mesmo.



3) Estrutura e características

Framework do uso da CIF na APS



Competências da aprendizagem no uso da CIF na APS

- cognitivas
- psicomotoras
- afetivas
- atitudinais

Fonte: Elaborado pelos autores.

3) Estrutura e características

Framework do uso da CIF na APS



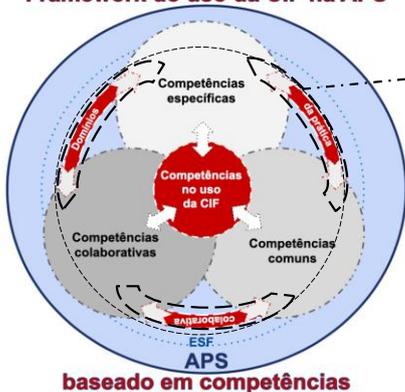
Fonte: Elaborado pelos autores.

Competências da Educação Interprofissional (EIP) em saúde x Uso associado com a CIF na APS

- Competências específicas
- Competências comuns
- Competências colaborativas interprofissionais

3) Estrutura e características

Framework do uso da CIF na APS



Fonte: Elaborado pelos autores.

Domínios da prática colaborativa interprofissional com o uso da CIF na APS

- Valores e ética para a prática interprofissional;
- Papéis e responsabilidades para a prática colaborativa;
- Comunicação interprofissional para a prática colaborativa
- Trabalho em equipe interprofissional e prática baseada em equipe;
- Uso da CIF na APS centrado no paciente e família;
- Uso da CIF na APS orientado para a população e comunidade;

3) Estrutura e características

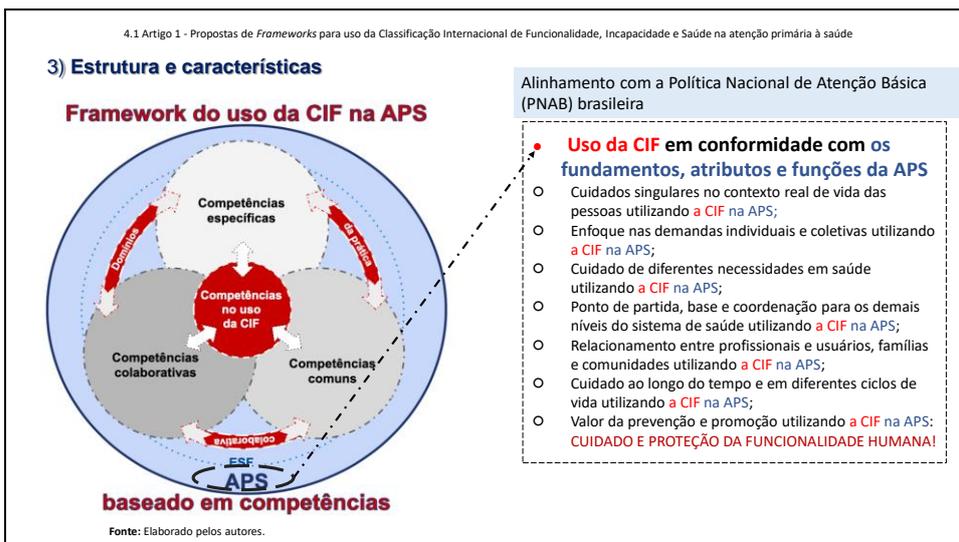
Framework do uso da CIF na APS



Fonte: Elaborado pelos autores.

Uso da CIF em conformidade com os núcleo de saberes e práticas do campo comum da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

- Trabalhar em equipe
- Construir um plano de ação nos territórios;
- Desenvolver ações de Educação em Saúde;
- Intervir em situações relacionadas às áreas estratégicas
- *Funcionalidade Humana: englobando a perspectiva da CIF na ESF;
- Promover o autocuidado, acolhimento, vínculo e responsabilização ;
- Aplicar técnicas de cuidado e procedimentos metodológicos de pesquisa em saúde;



Observação: Referências nos artigos e materiais originais completos

APÊNDICE C - Roteiro do Plano de matriciamento

Roteiro de Matriciamento do uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Atenção Primária à Saúde (APS)

A) Plano de matriciamento Fase 1 e Fase 2

1- Descrição geral

2- Público-alvo

3- Pessoal de desenvolvimento

4- Objetivos do matriciamento

- Objetivo geral
- Objetivos específicos

5- Descrição geral do conteúdo do matriciamento

6- Descrição dos aspectos teóricos, metodológicos e pedagógicos na construção e desenvolvimento das etapas do matriciamento

- Fundamentação teórica, pedagógica e metodológica
- Mecanismos de avaliação

7- Calendário de desenvolvimento

B) Plano das unidades de ensino-aprendizagem - Fase 1 (Educação em Funcionalidade Humana e CIF: curso e treinamento)

Apresentação geral do plano das unidades de ensino-aprendizagem

UNIDADE___ (I, II, III, IV, V, VI)

1- Descrição geral da unidade

- a) Conteúdo da unidade
- b) Objetivo da unidade:
- c) Objetivos e finalidades gerais da aprendizagem

2- Momento I (assíncrono)

- a) Objetivo e finalidades específicas da aprendizagem (competências)
- b) Descrição das atividades
- c) Estratégia educacional
- d) Ambiente e recursos
- e) Atividades opcionais

3- Momento II (síncrono)

- a) Objetivo e finalidades específicas da aprendizagem (competências):
- b) Descrição das atividades
- c) Estratégia educacional
- d) Ambiente e recursos

4- Mini-tarefa reflexiva da semana

5- Avaliação

C) Plano de acompanhamento da aplicação na rotina - Fase 2 (acompanhamento do uso da CIF na rotina da APS)

Apresentação geral do plano de aplicação na rotina - Fase 2

1- Descrição geral do acompanhamento de aplicação na rotina

- a) Descrição da dinâmica de acompanhamento na Fase 2
- b) Objetivos da Fase 2
- c) Estratégia metodológica e pedagógica

2- Descrição detalhada dos momentos e atividades de acompanhamento

- a) Descrição do Momento;
- b) Descrição das atividades;
- c) Métodos de ensino-aprendizagem;
- d) Ambientes de aprendizagem;
- e) Estratégias e recursos;
- f) Atividades opcionais;
- g) Proposta educacional e avaliativa;

APÊNDICE D – Proposta de Checklists com as categorias da CIF atualizadas nos Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS

CHECKLIST DOS FORMULÁRIOS DE CADASTRAMENTO DAS CATEGORIAS DA CIF NA APS

Versão com categorias atualizadas (sugestão)	
<input type="checkbox"/> ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	Quadro I
<input type="checkbox"/> APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO	d1
<input type="checkbox"/> Ouvir (d115)	Item 1
<input type="checkbox"/> Aprender a ler (d140)	Item 2
<input type="checkbox"/> Aprender a escrever (d145)	Item 3
<input type="checkbox"/> Aprender a calcular (d150)	Item 4
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO	d3
<input type="checkbox"/> Fala (d330)	Item 1
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE	d4
<input type="checkbox"/> Levantar e carregar objetos (d430)	Item 1
<input type="checkbox"/> Andar (d450)	Item 2
<input type="checkbox"/> Utilizar meio de transporte (d470)	Item 3
<input type="checkbox"/> Dirigir veículos (d475)	Item 4
<input type="checkbox"/> CUIDADO PESSOAL	d5
<input type="checkbox"/> Lavar-se (d510)	Item 1
<input type="checkbox"/> Cuidado das partes do corpo (d520)	Item 2
<input type="checkbox"/> Vestir-se (d540)	Item 3
<input type="checkbox"/> Comer (d550)	Item 4
<input type="checkbox"/> Beber (d560)	Item 5
<input type="checkbox"/> VIDA DOMÉSTICA	d6
<input type="checkbox"/> Preparar refeições (d630)	Item 1
<input type="checkbox"/> Realizar tarefas domésticas (d640)	Item 2
<input type="checkbox"/> RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS	d7
<input type="checkbox"/> Relações familiares (d760)	Item 1

<input type="checkbox"/> Relações Íntimas (d770)	Item 2
<input type="checkbox"/> ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA	d8
<input type="checkbox"/> Educação escolar (d820)	Item 1
<input type="checkbox"/> Trabalho remunerado (d850)	Item 2
<input type="checkbox"/> Auto-suficiência econômica (d870)	Item 3
<input type="checkbox"/> VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA	d9
<input type="checkbox"/> Recreação e lazer (d920)	Item 1
<input type="checkbox"/> Religião e vida espiritual (d930)	Item 2
<input type="checkbox"/> Observações (para Quadro I)	Item livre - observações para Quadro I (d)
<input type="checkbox"/> FATORES AMBIENTAIS	Quadro II
<input type="checkbox"/> PRODUTOS E TECNOLOGIAS	e1
<input type="checkbox"/> Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (e115)	Item 1
<input type="checkbox"/> Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos (e120)	Item 2
<input type="checkbox"/> Produtos e tecnologia para comunicação (e125)	Item 3
<input type="checkbox"/> Produtos e tecnologia para o trabalho (e135)	Item 4
<input type="checkbox"/> Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público (e150)	Item 5
<input type="checkbox"/> Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado (e155)	
<input type="checkbox"/> APOIO E RELACIONAMENTOS E ATITUDES	e3 e e4
<input type="checkbox"/> Família imediata (e310)	Item 6 - e3
<input type="checkbox"/> Família ampliada (e315)	
<input type="checkbox"/> Amigos (e320)	
<input type="checkbox"/> Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade (e325)	
<input type="checkbox"/> Pessoas em posição de autoridade (e330)	
<input type="checkbox"/> Pessoas em posições subordinadas (e335)	
<input type="checkbox"/> Cuidadores e assistentes pessoais (e340)	

<input type="checkbox"/> Estranhos (e345)	
<input type="checkbox"/> Animais domésticos (e350)	
<input type="checkbox"/> Profissionais da saúde (e355)	
<input type="checkbox"/> Outros profissionais (e360)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais de membros da família imediata (e410)	Item 6 - e4
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais de membros da família ampliada (e415)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais dos amigos (e420)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade (e425)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade (e430)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais das pessoas em posições subordinadas (e435)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais (e440)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais de estranhos (e445)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais dos profissionais da saúde (e450)	
<input type="checkbox"/> Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde (e455)	
<input type="checkbox"/> Atitudes sociais (e460)	
<input type="checkbox"/> Normas, práticas e ideologias sociais (e465)	
<input type="checkbox"/> SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas para a produção de bens de consumo (e510)	Item 7
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção (e515)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de planejamento de espaços abertos (e520)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de habitação (e525)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos (e530)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de comunicação (e535)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de transporte (e540)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de proteção civil (e545)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas legais (e550)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de associações e organizações (e555)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas dos meios de comunicação (e560)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas econômicas (e565)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas da previdência social (e570)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral (e575)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de saúde (e580)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento (e585)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego (e590)	
<input type="checkbox"/> Serviços, sistemas e políticas do sistema político (e595)	
<input type="checkbox"/> Observações (para Quadro II)	Item livre - observações para Quadro II (e)

APÊNDICE E - Resumo da estruturação geral dos roteiros propostos

Roteiro de Identificação na rotina: Roteiro semi-estruturado de identificação de demandas relacionadas à funcionalidade humana pela narrativa da pessoa durante o atendimento de rotina do profissional/da equipe.

Passos	Caracterização
• Passo 1	• Informações da pessoa em avaliação e do profissional avaliador;
• Passo 2	• Identificação espontânea de demandas da funcionalidade humana através da narrativa da pessoa durante o atendimento de rotina;
• Passo 3	• Framework para Raciocínio clínico e Checklist de categorias da CIF;
• Passo 4	• Questões direcionadoras para o diálogo mediado;
• Passo 5	• Registro das informações;
• Passo 6	• Orientações para a finalização desta etapa de avaliação com demanda de agendamento da Etapa II;
• Passo 7	• Agendamento da etapa II

Roteiro de entrevista semi-estruturada para avaliação detalhada: Roteiro de entrevista semi-estruturada para avaliação detalhada e cuidado da Funcionalidade Humana na Atenção Primária à Saúde (APS) pela equipe multiprofissional.

Passos	Caracterização
• Passo 1	• Informações da pessoa em avaliação, do(s) profissional(is) avaliador(es)/entrevistador(es) e da aplicação;
• Passo 2	• Orientações gerais sobre a entrevista para a pessoa em avaliação;
• Passo 3	• Orientações sobre a aplicação do QUADRO I - FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE (ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO);
• Passo 4	• Aplicação dos tópicos do QUADRO I - INCAPACIDADE E FUNCIONALIDADE (ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO);
• Passo 5	• Orientações sobre a aplicação do QUADRO II FATORES AMBIENTAIS;
• Passo 6	• Aplicação dos tópicos do QUADRO II - FATORES AMBIENTAIS;
• Passo 7	• Perguntas específicas adicionais;
• Passo 8	• Escore Geral e Específico dos Resultados do QUADRO I, II e perguntas específicas adicionais;
• Passo 9	• Definição da lista de prioridades iniciais;
• Passo 10	• Orientações de finalização da entrevista e direcionamentos.

Roteiro de direcionamento do cuidado colaborativo em Saúde Funcional: Roteiro semi-estruturado de orientações para o direcionamento da prática colaborativa multi/interprofissional no processo de cuidado centrado na pessoa a partir dos objetivos na proteção da sua Saúde Funcional

Momentos	Passos	Caracterização
Planejamento	Passo 1 (definições iniciais)	<ul style="list-style-type: none"> • Ação: Raciocínio clínico em equipe através do "<i>Framework</i> de uso e implementação da CIF na APS" para definições iniciais do processo de cuidado e proteção da Funcionalidade Humana;
Identificação, avaliação e definição dos objetivos de cuidado	Passo 2 (alinhamentos iniciais)	<ul style="list-style-type: none"> • Ação 1: Aplicação das ferramentas de rastreamento, identificação e/ou avaliação da Funcionalidade Humana na APS derivadas da CIF (Formulários de Cadastramento das Categorias da CIF na APS e Roteiros da Etapa I e Etapa II do Roteiro semi-estruturado para identificação, avaliação e cuidado da Funcionalidade Humana na atenção primária à saúde (APS)); • Ação 2: Discussão dos resultados da(s) avaliação(ões) baseadas na CIF para a APS, demanda(s) e objetivo(s) mediados pelo raciocínio clínico em equipe através do "<i>Framework</i> de Aplicações da CIF a partir da APS"
	Passo 3 (alinhamentos intermediários)	<ul style="list-style-type: none"> • Ação 1: Avaliações adicionais através de outras medidas/ferramentas (de uso específico por categoria profissional, de uso comum por profissionais da equipe e/ou de uso colaborativo da APS); • Ação 2: Discussão dos resultados das avaliações adicionais, associadas ao resultados das avaliações iniciais e raciocínio clínico em equipe através do "<i>Framework</i> de Aplicações da CIF a partir da APS";
	Passo 4 (alinhamentos aprofundados)	<ul style="list-style-type: none"> • Ação: Construção do Plano de cuidado e/ou Projeto Terapêutico Singular com a pessoa e mediado pelo raciocínio colaborativo em equipe através do "<i>Framework</i> de Aplicações da CIF a partir da APS", com enfoque nos Objetivos da Proteção da Funcionalidade Humana em seus diferentes níveis de aplicação;
Execução e Desenvolvimento da proposta de cuidado	Passo 5	<ul style="list-style-type: none"> • Ações: Intervenções, acompanhamento, reavaliações e realinhamentos dos Objetivos de cuidado e Proteção da Funcionalidade Humana na APS;
Avaliação da implementação	Passo 6	<ul style="list-style-type: none"> • Ações: Avaliação dos componentes da qualidade do modelo junto aos profissionais envolvidos;

Passo 7

- **Ações:** Análise e devolutiva dos resultados, tomada de decisão sobre o futuro da implementação do modelo;
-

Observação: Referências nos artigos e materiais originais completos

APÊNDICE F - Exemplo do Plano de matriciamento através do Plano de aula de uma unidade de aprendizagem preenchido

UNIDADE III

1- Descrição geral da unidade:
<p>a) Conteúdo da unidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tópico I: Uso e implementação da CIF na atenção primária à saúde (APS) (1- Cenários e desafios no uso da CIF internacionalmente; 2- Cenários e desafios no uso da CIF nacionalmente; 3- Demandas e recursos para implementar o uso da CIF); - Tópico II: Refletindo a relação entre a CIF e APS (1- Entendendo a relação entre a CIF e a APS; 2- Há relação entre a CIF e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)? 3- Como estabelecer e entender uma relação entre a CIF, a APS e a ESF brasileira?); - Tópico III: O que é preciso para começar a usar a CIF na APS? (1- Propostas iniciais para o uso da CIF na APS brasileira: Modelo para implementar o uso da CIF na APS; 2- Framework de Aplicações da CIF a partir da APS; 3- Formulários de Cadastro das Categorias da CIF na APS);
<p>b) Objetivo da unidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer a identificação da relação, importância, desafios, necessidades, e possibilidades do uso da CIF na Atenção Primária à Saúde.
<p>c) Objetivos e finalidades gerais da aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de integrar habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras para uso da CIF na Atenção Primária à Saúde; - Ser capaz de utilizar a CIF para aprimorar competências colaborativas nos processos e práticas de trabalho e cuidado na APS;
2- Momento I
<p>a) Objetivo e finalidades específicas da aprendizagem (competências):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de identificar, descrever, definir e classificar um caso real da rotina de trabalho na APS através da CIF. - Ser capaz de refletir, se comunicar, resolver conflitos e interagir em equipe utilizando a CIF;
<p>b) Descrição das atividades: O cursista/profissional deverá inicialmente ler o roteiro de orientação da atividade, então assistir às videoaulas dos tópicos da unidade e em seguida realizar a leituras dos materiais essenciais. Realizar a atividade no Fórum de Discussão, com reflexão e debate em grupo, que consiste no preenchimento do Framework para uso e implementação da CIF na APS: 1) a partir do que identifica que já é feito ou utilizado da CIF na APS; 2) a partir do que identifica que precisaria ser usado e implementado na APS. Em seguida, participar da discussão no fórum realizar a tarefa em grupo selecionando um caso real da APS apresentado no fórum de discussão e realizar o debate com sua montagem no Framework de Aplicações da CIF a partir da APS e construindo um outro caso descrevendo detalhadamente (em forma de texto) um caso real da APS, utilizando os conceitos, terminologias e componentes da CIF. Após todos os participantes postarem os seus casos, será realizada uma enquete, onde deverão votar em um dos casos descritos e justificar o seu voto. O caso com maior quantidade de votos associado à relevância da justificativa, será selecionado e utilizado para estudo e debate na próxima atividade.</p>
<p>c) Estratégia educacional: aprendizado e-learning, estudo dirigido, aprendizagem baseada em problemas, estudo de caso.</p>
<p>d) Ambiente e recursos: Plataforma online. Roteiro de orientação da aula, videoaulas, material de leitura, fórum, enquete.</p>
<p>e) Atividades opcionais: realizar a leitura dos materiais adicionais e utilizar o fórum de dúvidas.</p>

3- Momento II
<p>a) Objetivo e finalidades específicas da aprendizagem (competências):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de examinar, experimentar, questionar e testar os conhecimentos e habilidades durante atividade interativa grupal; - Ser capaz de refletir, se comunicar, resolver conflitos, liderar e integrar equipe utilizando a CIF de forma colaborativa;
<p>b) Descrição das atividades: O cursista/profissional deverá acessar a videoconferência e participar ativamente da atividade interativa e integrativa de conteúdo, que consistirá em um estudo de caso em grupo utilizando a CIF, seus conceitos e terminologias, modelo biopsicossocial, framework de aplicação da CIF e codificação. No primeiro momento, o docente apresentará a proposta de atividade e explicará a dinâmica de funcionamento do estudo de caso. Em seguida, o redator do caso selecionado fará a leitura do mesmo conforme postagem no fórum, incluindo as justificativas dos colegas para escolha. Então, o docente apresentará o <i>Framework</i> de aplicações da CIF a partir da APS e os profissionais serão motivados a discutir o caso com base na montagem nele, relacionando os conteúdos com os componentes. Deverão montar a base principal correspondente ao Diagrama do Modelo da CIF e depois pensar em aplicações nos diferentes níveis propostos no framework. Após completo, deverão tentar identificar as categorias e codificá-las com informações disponíveis. Durante todo o processo haverá alguns desafios a serem percebidos e como disparadores de reflexões, tais como a ausência de espaço para preenchimento da condição de saúde no framework, informações adicionais que possuem para preenchimento e qual a qualidade da informação, bem como as informações que faltam e técnicas/métodos para consegui-las. O docente participará enquanto mediador da discussão, conduzindo para reflexões e resoluções necessárias. No final fará uma breve síntese e facilitará o <i>debriefing</i> da experiência na unidade.</p>
<p>c) Estratégia educacional: Aprendizagem baseada em problemas, problematização, estudo de caso e mapa conceitual.</p>
<p>d) Ambiente e recursos: Videoconferência (Zoom). Videoconferência (Zoom). Identificação de problema, resolução de problema pelo grupo, correção do problema entre professor e alunos, síntese e <i>debriefing</i>.</p>
<p>4- Mini-tarefa reflexiva da semana: Observar, identificar e relacionar conteúdos estudados na prática cotidiana do trabalho na APS.</p>
5- Avaliação
a) <i>Debriefing</i>
b) Questionário de avaliação da unidade
c) Registro de materiais/atividades
d) Diário de campo do pesquisador
e) <i>Checklist</i> de competências
e) Feedback do ministrante

Observação: Referências nos artigos e materiais originais completos

APÊNDICE G - Quadros para avaliação do programa proposto através de componentes de indicadores de qualidade

- Dimensão da Adequação

Quadro 1 – Avaliação da dimensão da adequação

Conceito(s) de adequação:		
<p>“Adequação (suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e a demanda)” (VUORI, 1988, p.19).</p> <p>“Adequação: relaciona-se à oferta de número suficiente de serviços considerando as necessidades de saúde de determinada população” (VIEIRA, 2011, p.371).</p> <p>“É outra das dimensões frequentemente mencionadas, mas das quais não existe uma definição operativa uniforme. Na definição de JCAHO e de Maxwell, a adequação é a medida em que no serviço o procedimento é correspondente às necessidades do paciente e da população. Quer dizer, adequado como sinônimo de correto, conveniente ou necessário para a atenção exigida” (PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999, p.402 – tradução nossa).</p> <p>Palavras-chave: propostas/recursos/quantidade oferecida; necessidades/demandas/outros existentes; dados do modelo; dados da literatura, normas, resoluções, leis, evidências, recomendações, relatos de experiência, inovação.</p>		
Sugestão 1 – Para enfoque avaliativo qualitativo		
Adequação =	<p>Enfoque: O que está sendo abordado e tendo a adequação avaliada?</p>	-Exemplos: Proposta do Modelo de implementação como um todo; Enfoque; Objetivos; Organização; Estrutura; Processos; Planejamento; Fundamentação teórica, metodológica, prática e operacional; Métodos, técnicas e abordagens; Recursos; Materiais; Roteiros e ferramentas; Atividades; Estratégias; Práticas; Outros articulados e relacionados;
	<p>É desejável/necessário?</p>	S/N
	<p>Por que é ou não desejável/necessário?</p>	-Motivos e fatores; -Possíveis barreiras e facilitadores; -Micro, meso, macro;
	<p>É uma prioridade/conveniente em relação à outro ou sua ausência?</p>	S/N
	<p>Por que é ou não uma prioridade/conveniente em relação à outro ou sua ausência?</p>	-Motivos e fatores; -Possíveis barreiras e facilitadores; -Micro, meso, macro;
Sugestão 2 – Para enfoque avaliativo misto		
Adequação =	<p>Enfoque: O que está sendo abordado e tendo a adequação avaliada?</p>	
	<p>é desejável/necessário?</p>	S/N
	<p>o quanto é desejável/necessário?</p>	1 2 3 4 5
	<p>Por que é ou não desejável/necessário?</p>	-Motivos e fatores; -Barreiras e facilitadores; -Micro, meso, macro;
	<p>é uma prioridade/conveniente em relação à outro ou sua ausência?</p>	S/N
	<p>o quanto é uma prioridade/conveniente em relação à outro ou sua ausência?</p>	1 2 3 4 5
<p>Por que é ou não uma prioridade/conveniente em relação à outro ou sua ausência?</p>	-Motivos e fatores; -Barreiras e facilitadores; -Micro, meso, macro;	

Grau de necessidade/prioridade/conveniência = Nível de adequação

- 1- Não (nada) necessário/desejável/prioritário/conveniente (=Não Adequado, ausência de adequação)
 2- Pouco (um pouco, quase nada) necessário/desejável/prioritário/conveniente (=Pouco Adequado, adequação mínima)
 3- Moderadamente (medianamente, razoavelmente, mais ou menos) necessário/desejável/prioritário/conveniente (=Moderadamente Adequado, adequação mediana)
 4- Bastante (muito) necessário/desejável/prioritário/conveniente (=Bastante adequado, muita adequação)
 5- Extremamente (completamente, totalmente) necessário/desejável/prioritário/conveniente (=Extremamente Adequado, adequação máxima)

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.

-Dimensão da Qualidade científico-técnica

Quadro 2 – Avaliação da dimensão da qualidade científico-técnica

Conceitos de qualidade científico-técnica:	
<p>“Qualidade científico-técnica é uma questão de otimização e não de maximização. Os profissionais de saúde, em particular, sugerem frequentemente que os objetivos do cuidado de saúde é “tornar disponível para todos o melhor que a medicina pode oferecer” (VUORI, 1988, p.20).</p> <p>“Qualidade técnico-científica: refere-se à oferta da assistência de acordo com o avanço do conhecimento e tecnologia disponível” (VIEIRA, 2011, p.371).</p> <p>“É a dimensão central e menos discutida da qualidade. Faz referência à capacidade de utilização pelos profissionais do mais avançado nível de conhecimento existente para abordar os problemas de saúde, quer dizer, para produzir saúde e satisfação na população atendida. Inclusive, tanto os aspectos científico-técnicos quanto o tratamento interpessoal na relação com o paciente. É a dimensão melhor entendida pelos profissionais sanitários e a que com mais frequência é utilizada na medição da qualidade na atenção sanitária” (PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999, p.401 – tradução nossa).</p> <p>Palavras-chave: diferentes pontos de vista sobre o que constitui alta qualidade; especificar os aspectos de qualidade; qualidade definida por quem?; qualidade para quem?; escolha do nível de cuidado qualitativamente adequado; relação entre benefícios-custos-qualidade científico-técnica; nível qualitativo ótimo; benefícios maiores do que os custos; alcance máximo (2x) da relação custo-benefício; grau de mudança; grau de melhoria.</p>	
Sugestão 1 – Para enfoque avaliativo qualitativo	
Enfoque: O que está sendo abordado e tendo a qualidade científico-técnica avaliada?	-Exemplos: Proposta do Modelo de implementação como um todo; Enfoque; Objetivos; Organização; Estrutura; Processos; Planejamento; Fundamentação teórica, metodológica, prática e operacional; Métodos, técnicas e abordagens; Recursos; Materiais; Roteiros e ferramentas; Atividades; Estratégias; Práticas; Outros articulados e relacionados;
O Modelo e suas propostas tem a melhor qualidade possível e disponível?	S/N
Qual(is) aspecto(s) e característica(s) dessa qualidade ou sua ausência?	-Exemplos: Atualização; Baseado em evidências; Inovação; Necessidades em saúde; Características da CIF; Características de funcionamento da APS e ESF brasileira; Características dos modelos,

Qualidade científico-técnica =		métodos, técnicas e abordagens relacionadas; Habilidades e competências; Nível de detalhamento; etc; -Barreiras e facilitadores; -Micro, meso, macro;
	Propostas tem potencial para gerar mudanças de modo a contribuir com o serviço oferecido e saúde das pessoas, famílias e/ou população acompanhada na APS?	S/N
	Qual(is) características, aspectos e fatores indicam esse potencial ou não?	-Exemplos: Conhecimento, habilidades e competências; Transferência para a prática; Linguagem e Comunicação; Necessidades em saúde; Centralidade nas pessoas, famílias e comunidade; Prática colaborativa; Identificação de demandas; Resolução de problemas; Potencialidades e Limitações; Flexibilidade; Adaptabilidade; Motivação; Processos de trabalho, papéis e funções; Produção de saúde; Satisfação; Tempo; Ferramentas; -Barreiras e Facilitadores; -Micro, meso, macro;
	Há formas de acompanhar e medir o grau de mudança e a qualidade? Quais? Como? Em relação ao que? Por quem e para quem?	-Exemplos: Ferramentas e medidas avaliativas; atores envolvidos; indicadores, etc.
Sugestão 2 – Para enfoque avaliativo misto		
	Enfoque: O que está sendo abordado e tendo a qualidade científico-técnica avaliada?	-Exemplos: Proposta do Modelo de implementação como um todo; Enfoque; Objetivos; Organização; Estrutura; Processos; Planejamento; Fundamentação teórica, metodológica, prática e operacional; Métodos, técnicas e abordagens; Recursos; Materiais; Roteiros e ferramentas; Atividades; Estratégias; Práticas; Outros articulados e relacionados;
	As propostas do Modelo promoveram melhoria do conhecimento/habilidade/competência sobre a CIF, Saúde Funcional na APS, possibilidades de uso formas de implementação para o prestador/profissional?	S/N
	Quanta melhoria/mudança promoveu a nível de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e/ou competências?	1 2 3 4 5
	(SE RESPONDEU SIM): Qual(is) proposta(s)? Qual(is) melhoria(s), mudança(s) ou aquisições promoveu(ram) a nível de	-Propostas; -Conhecimento, habilidades e competências;

Qualidade científico-técnica =	desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e/ou competências? Quais características, aspectos e fatores indicam isso? (SE RESPONDEU NÃO): Qual(is) proposta(s)? Qual(is) dificuldades ou limitações no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências com obtenção de melhorias/mudanças? Quais características, aspectos e fatores indicam isso?	-Mudanças, melhorias e potencialidades; -Dificuldades, limitações e demandas; -Características, aspectos e fatores; -Barreiras e facilitadores; -Micro, meso, macro;
	A(s) proposta(s) promoveu(ram) melhoria/ mudança da qualidade técnico-científica ofertada do prestador ao consumidor através da transferência para a prática na APS?	S/N
	Quanta melhoria/ mudança promoveu no processo de transferência para a realidade da prática?	1 2 3 4 5
	(SE RESPONDEU SIM): Qual(is) proposta(s)? Qual(is) melhoria(s)/mudança(s) promoveu(ram) no processo de transferência para a realidade da prática? Quais características, aspectos e fatores indicam isso? (SE RESPONDEU NÃO): Qual(is) proposta(s)? Qual(is) dificuldades/limitações encontradas no processo de transferência para a realidade da prática e para obter melhoria(s)/mudança(s)? Quais características, aspectos e fatores indicam isso?	-Propostas; -Transferência para a prática/rotina, papéis e funções, processos de trabalho; -Mudanças, melhorias e potencialidades; -Dificuldades, limitações e demandas; -Características, aspectos e fatores; -Barreiras e facilitadores; -Micro, meso, macro;
Grau de melhoria/de mudança = Nível de qualidade científico-técnica		
1- Nenhuma (nada, não gerou, não promoveu) melhoria/mudança (=Nenhuma Qualidade, ausência de qualidade)		
2- Pouca (pequena, quase nenhuma) melhoria/mudança (=Pouca Qualidade, qualidade mínima)		
3- Moderada (mediana, razoável) melhoria/mudança (=Moderada Qualidade, qualidade mediana)		
4- Bastante (muita) melhoria/mudança (=Bastante Qualidade, muita qualidade)		
5- Extrema (completa, total, máxima) melhoria/mudança (=Extrema qualidade, qualidade máxima)		

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.

- Dimensão da Aceitabilidade

Quadro 3 – Avaliação da dimensão da aceitabilidade

Conceitos de aceitabilidade:

“Aceitação (fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com as expectativas dos usuários em potencial)” (VUORI, 1988, p.19-20).

“Aceitabilidade significa a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares” (DONABEDIAN, 1990, 1116 – tradução nossa).

<p>“Aceitabilidade: é a adaptação do cuidado da saúde aos desejos, às expectativas e aos valores dos usuários. De maneira geral, pode-se dizer que também depende da avaliação subjetiva dos usuários em relação à efetividade e eficiência, mas também se relaciona aos atributos da relação médico-paciente ou profissional de saúde-paciente e acesso à atenção” (VIEIRA, 2011, p.370)</p> <p>Palavras-chave: interesses dos atores envolvidos (prestadores, profissionais, gestores, consumidores e pesquisadores); as necessidades em saúde da população e do nível de atenção (objetivas, percebidas, recomendações, normas, resoluções, leis, literatura, processos de territorialização); equilíbrio entre diferentes interesses e necessidades; estratégias de alinhamento; possíveis barreiras e facilitadores para a aceitabilidade (estrutura, processo, literatura, dimensões, variáveis de influência); medição do grau de aceitabilidade; de quem é a perspectiva da avaliação? medição na perspectiva de qual avaliador? De que forma?; aspectos e fatores de potencial influência positiva ou negativa.</p>		
Sugestão 1 – Para enfoque avaliativo qualitativo		
Aceitabilidade =	Quais os diferentes (potenciais) atores envolvidos e seus interesses/expectativas?	Pretendidos e alcançados Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	Quais necessidades em saúde da população e demandas do nível de atenção	Percebidas e objetivas, literatura, incorporada no modelo e identificada pelo atores Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	São consideradas as diferenças nos interesses e expectativas dos diferentes atores envolvidos, com necessidades de saúde da população e demandas do nível de atenção?	S/N
	Quais são essas diferenças? Como elas são consideradas? Como podem afetar/influenciar positivamente ou negativamente a aceitação das propostas?	Variáveis Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	Há estratégia(s) para alinhamento entre os interesses, expectativas, necessidades e demandas?	S/N
	Quais estratégia(s) para alinhamento entre interesses/expectativas dos envolvidos com as necessidades em saúde da população e demandas do nível de atenção	Estratégias, atividades, recursos, variáveis de influência positiva (facilitadores ou potencializadores do acesso), literatura, recomendações, contidas no modelo, sugeridas pelos atores envolvidos, etc Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Sugestão 2 – Para enfoque avaliativo misto		
Aceitabilidade=	Há diferença nos interesses e expectativas dos diferentes atores envolvidos, com necessidades de saúde da população e demandas do nível de atenção?	S/N
	Quanto essas diferenças afetaram/influenciaram a aceitação das propostas?	1 2 3 4 5
	Quais são essas diferenças? Como elas foram ou não consideradas? Como afetaram/influenciaram (positivamente ou negativamente) a aceitação das propostas?	Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)

Há estratégia(s) para alinhamento entre os interesses, expectativas, necessidades e demandas? Quais?	S/N
Quanto a ausência ou existência dessas estratégias de alinhamento afetaram ou podem afetar o nível de aceitação das propostas? Como ou Por que?	1 2 3 4 5 Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Grau de influência = Nível de aceitabilidade	
1- Não afetam/Nenhuma influência (=Nenhuma aceitação, ausência de aceitabilidade)	
2- Afeta pouco/Pouca (mínima) influência (=Pouca aceitação, pequena/mínima aceitabilidade)	
3- Afeta moderadamente (mais ou menos)/Moderada (mediana) influência (=Moderada aceitação, aceitabilidade mediana)	
4- Afeta bastante (muito)/Bastante (muita) influência (=Bastante aceitação, muita aceitabilidade)	
5- Afeta Extremamente (completamente, totalmente)/Extrema (completa, total, grande) influência (=Extrema aceitação, aceitabilidade máxima)	

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.

- Dimensão da Acessibilidade

Quadro 4 – Avaliação da dimensão da acessibilidade

Conceitos da acessibilidade:	
“Acesso (remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros, para utilização dos serviços disponíveis” (VUORI, 1988, p.19).	
“Pode-se argumentar longamente sobre se a acessibilidade do cuidado é uma parte do conceito de qualidade em si mesmo ou um atributo do cuidado separado. Para potenciais pacientes, a habilidade de obter o cuidado quando necessário, e para obter isso facilmente e convenientemente, é um importante determinante em qualidade” (DONABEDIAN, 1990, 1116 – tradução nossa).	
“Facilidade com que os serviços sanitários podem ser obtidos em relação às barreiras organizacionais (distância, horário), econômicas, culturais e emocionais. Palmer inclui esta dimensão no conceito de equidade. Maxwell as conceitualiza como dimensões diferentes. Vuori, ao contrário, propõe subsumir o conceito de acessibilidade no conceito de adequação dos recursos como componente distributivo. Acreditamos que em sentido amplo, equidade está incluída no conceito de acessibilidade (PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999, p.402 – tradução nossa).	
Palavras-chave: Obstáculos/Barreiras (possíveis variáveis de influência negativa) ao uso; Propostas (possíveis facilitadores) para remover ou diminuir os obstáculos/barreiras (possíveis obstáculos/barreiras)	
Sugestão 1 – Para enfoque avaliativo qualitativo	
Há obstáculo(s)/barreiras (possíveis) para a utilização?	S/N
Qual(is) obstáculo(s) (possíveis) e como podem influenciar negativamente na utilização?	físicos, financeiros, outros fatores e variáveis de influência negativa (barreiras ao acesso) Barreiras (micro, meso, macro)
Há propostas para remover ou diminuir os obstáculos (possíveis obstáculos)?	S/N
Quais propostas (possíveis propostas) para remover ou diminuir os obstáculos/barreiras?	Estratégias, atividades, recursos, variáveis de influência positiva (facilitadores ou potencializadores do acesso) Barreiras e facilitadores

Acessibilidade =		(micro, meso, macro)
	Há facilitador(es) (possíveis) para a utilização?	S/N
	Qual(is) facilitador(es) (possíveis) e como podem influenciar positivamente na utilização?	físicos, financeiros, outros fatores e variáveis de influência positiva (facilitadores ao acesso) Facilitadores (micro, meso, macro)
	Há propostas para potencializar os facilitador(es) (possíveis)?	S/N
	Quais propostas (possíveis propostas) para potencializar ou melhorar o(s) facilitador(es)?	Estratégias, atividades, recursos, variáveis de influência positiva (facilitadores ou potencializadores do acesso) Facilitadores (micro, meso, macro)
Sugestão 2 – Para enfoque avaliativo misto		
	Houve obstáculo(s) para a utilização?	S/N
	Quanto esses obstáculos/barreiras influenciaram negativamente no uso?	1 2 3 4 5
	Quais obstáculos? Como e por que influenciaram negativamente no uso?	Tipo de obstáculos ou barreiras identificados ou compreendido como potenciais, variável envolvida, dimensão relacionada. Tipo de influência, impacto, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	Haviam propostas para remover ou diminuir os obstáculos?	S/N
	Quanto essas propostas para remover ou diminuir os obstáculos influenciaram positivamente no uso?	1 2 3 4 5
	Quais propostas e como influenciaram no uso?	Propostas identificados ou compreendidas como potenciais influenciadoras, variável envolvida, dimensão relacionada. Tipo de influência, impacto, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Acessibilidade =	Haviam facilitador(es) para a utilização?	S/N
	Quanto esses facilitador(es) influenciaram positivamente no uso?	1 2 3 4 5
	Qual(is) facilitador(es)? Como e por que influenciaram positivamente no uso?	físicos, financeiros, outros fatores e variáveis de influência positiva (facilitadores ao acesso) Facilitadores (micro, meso, macro)
	Haviam propostas para potencializar os facilitador(es)?	S/N

Quanto essas propostas para potencializar os facilitador(es) influenciaram positivamente no uso?	1 2 3 4 5
Quais propostas e como influenciaram no uso?	Estratégias, atividades, recursos, variáveis de influência positiva (facilitadores ou potencializadores do acesso) Facilitadores (micro, meso, macro)
Grau de influência (-) = Nível de acessibilidade	
1- Nenhuma influência negativa (=Ausência de barreira no acesso, acessibilidade máxima)	
2- Pouca (mínima) influência negativa (=Pouca barreira no acesso, muita acessibilidade)	
3- Moderada (mediana) influência negativa (=Moderado acesso, acessibilidade mediana)	
4- Bastante (muita) influência negativa (=Bastante barreira no acesso, pouca/mínima acessibilidade)	
5- Extrema (completa, total) influência negativa (=Extrema barreira no acesso, ausência de acessibilidade)	
Grau de influência (+) = Nível de acessibilidade	
1- Nenhuma influência positiva (=Ausência de facilitador no acesso, ausência de acessibilidade)	
2- Pouca (mínima) influência positiva (=Pouco facilitador no acesso, mínima acessibilidade)	
3- Moderada (mediana) influência positiva (=Moderado facilitador no acesso, acessibilidade mediana)	
4- Bastante (muita) influência positiva (=Bastante facilitador no acesso, muita acessibilidade)	
5- Extrema (completa, total) influência positiva (=Extremo facilitador no acesso, acessibilidade máxima)	

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.

- Dimensão da Eficácia

Quadro 5 – Avaliação da dimensão da eficácia

Conceitos de eficácia:	
“É a habilidade da ciência e da arte do cuidado em saúde para alcançar/promover melhorias em saúde e no bem-estar” (DONABEDIAN, 1990, p.1115 – tradução nossa).	
“Primeiro e acima de tudo, os serviços de saúde têm que ser capazes de produzir o efeito desejado, isto é, tem que ser eficazes” (VUORI, 1988, p.19).	
“Eficácia: significa a capacidade de produzir o efeito desejado sob a condição mais favorável. São frequentemente os resultados de estudos clínicos extremamente bem controlados, considerados sob condições ideais” (VIEIRA, 2011, p.370).	
“Eficácia é o resultado ou o benefício obtido de um serviço em condições ideais de utilização” (PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999, p.402 – tradução nossa).	
Palavras-chave: Proposta/ Atividade x Objetivo/Efeito/Resultado/Impacto desejado (Qual é objetivo/efeito desejado?) x Condições necessárias/favoráveis para que a atividade/proposta possa produzir o Objetivo/Efeito/Resultado/Impacto desejado (cenário ideal)	
Sugestão 1 – Para enfoque avaliativo qualitativo	
A(s) proposta(s)/Atividade(s) se relacionam com o objetivo desejado e o efeito/resultado esperado?	S/N
Atividade(s)/proposta(s) x Objetivo(s)/sub-objetivo(s) relacionados	Contidos no modelo
Objetivo(s)/sub-objetivo(s) efeito(s)/resultado(s) desejado?	x Contidos no modelo x Literatura x relacionadas ao nível de atenção, etc.
Eficácia =	A(s) proposta(s) contida(s) no modelo consideram as condições necessárias e S/N

	oferecem condições para o potencial máximo no cenário ideal?	
	Quais as condições necessárias/favoráveis para que a atividade/proposta possa produzir o objetivo/efeito desejado (cenário ideal)	Contida no modelo, dados da literatura, normas, resoluções, leis, evidências, recomendações, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	Condições oferecidas (potencial máximo em cenário ideal)	Contida no modelo, existentes ou relacionadas ao nível de atenção e serviços da APS, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Sugestão 2 – Para enfoque avaliativo misto		
Eficácia =	A(s) proposta(s)/Atividade(s) se relacionam com o objetivo desejado e o efeito/resultado esperado?	S/N
	Quanto as atividades se relacionam com o objetivo desejado?	1 2 3 4 5
	Quais atividades e objetivos e como se relacionam para o resultado esperado?	Contidos no modelo x Literatura x relacionadas ao nível de atenção, etc.
	A(s) proposta(s) contida(s) no modelo consideram as condições necessárias e oferecem condições para o potencial máximo no cenário ideal?	S/N
	Quanto isso é considerado ou conseguido?	1 2 3 4 5
	Quais as condições necessárias/favoráveis para que a atividade/proposta possa produzir o objetivo/efeito desejado (cenário ideal)	Contida no modelo, dados da literatura, normas, resoluções, leis, evidências, recomendações, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	Condições oferecidas (potencial máximo em cenário ideal)	Contida no modelo, existentes ou relacionadas ao nível de atenção e serviços da APS, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	Grau de alcance = Nível de eficácia	
1- Não é considerado ou alcançado (=nenhuma eficácia, não é eficaz)		
2- Pouco considerado ou alcance (=leve eficácia, pouco eficácia)		
3- Moderadamente considerado ou alcançado (mais ou menos) (=mediana eficácia, moderada eficácia)		
4- Bastante considerado ou alcance (=bastante eficácia, muito eficaz)		
5- Extremamente considerado ou alcançado (=extrema eficácia, eficácia máxima)		

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.

- Dimensão da Efetividade

Quadro 6 – Avaliação da dimensão da efetividade

Conceitos de efetividade:		
<p>“(…) a efetividade de um serviço – a relação de seu impacto real com seu impacto potencial numa situação ideal (...)” (VUORI, 1988, p.19).</p> <p>“Efetividade, em contraste de eficácia, é a melhoria de saúde que é alcançada ou que se pode esperar que seja alcançada, sob circunstâncias habituais da prática diária. Na definição e avaliação da qualidade, efetividade pode ser mais precisamente especificada como o grau para que o cuidado cuja qualidade se pretende avaliar atinja o nível de melhoria em saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançável” (DONABEDIAN, 1990, p.1115 – tradução nossa).</p> <p>“Efetividade: é a capacidade de produzir o efeito desejado de melhora na saúde, obtido na realidade ou esperado na prática diária” (VIEIRA, 2011, p.370).</p> <p>“Se trata de uma dimensão que se refere à qualidade do produto. É a medida em que uma determinada prática ou atenção sanitária melhora o estado de saúde do indivíduo ou da população concreta que é atendida. (...) A efetividade se refere aos resultados ou benefícios obtidos em condições habituais/usuais/reais” (PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999, p.402 – tradução nossa).</p> <p>Palavras-chave: Efeito/Impacto (potencial efeito/ impacto) em situação/cenário real (considerando rotina e variáveis de influência) x Efeito/Impacto potencial em situação/cenário ideal (literatura, proposta e possíveis variáveis de influência; Melhorias na saúde esperadas dos cuidados a serem avaliadas (cenário real) x Melhorias na saúde esperadas do melhor cuidado (cenário ideal) (DONABEDIAN, 1990, p.1117); Fórmula Efetividade= $A/(A+B)$ = Curso da doença sem cuidado/(Curso da doença sem cuidado para ser avaliada + curso da doença com o melhor cuidado) (DONABEDIAN, 1990, p.1116)</p>		
Sugestão 1 – Para enfoque avaliativo qualitativo		
Efetividade =	A(s) proposta(s) do modelo possui(em) potencial de gerar melhoria na saúde e no cuidado à saúde em situação/cenário real?	S/N
	Qual(is) proposta(s) e melhoria(s) na saúde e no cuidado possui potencial de gerar em situação/cenário real?	Características da rotina e variáveis de influência (reais ou possíveis/potenciais), etc.
	A(s) proposta(s) do modelo possui(em) potencial de gerar melhoria na saúde e no cuidado à saúde em situação/cenário ideal?	S/N
	Qual(is) proposta(s) e melhoria(s) na saúde e no cuidado possui potencial de gerar em situação/cenário ideal?	Literatura, proposta e possíveis variáveis de influência, etc.
Sugestão 2 – Para enfoque avaliativo misto		
Efetividade =	A(s) proposta(s) do modelo possui(em) potencial de gerar melhoria na saúde e no cuidado à saúde em situação/cenário real?	S/N
	Quanta melhoria na saúde e no cuidado pode ser gerado/alcançado em situação/cenário real?	1 2 3 4 5
	Qual(is) proposta(s) e melhoria(s) na saúde e no cuidado possui potencial de gerar em situação/cenário real? Como? Por que?	Características da rotina e variáveis de influência (reais ou possíveis/potenciais), etc.
	A(s) proposta(s) do modelo possui(em) potencial de gerar melhoria na saúde e no cuidado à saúde em situação/cenário ideal?	S/N
	Quanta melhoria na saúde e no cuidado pode ser gerado/alcançado em situação/cenário ideal?	1 2 3 4 5
	Qual(is) proposta(s) e melhoria(s) na saúde e no cuidado possui potencial de	Literatura, proposta e possíveis variáveis de influência, etc.

gerar em situação/cenário ideal? Como? Por que?
<p><u>Grau de melhoria/impacto em cenário real e ideal = Nível de efetividade</u></p> <p>1- Não gera melhoria ou impacto em cenário real ou ideal (=nenhuma efetividade, não é efetivo)</p> <p>2- Pouca melhoria ou impacto em cenário real ou ideal (=leve efetividade, pouco efetivo)</p> <p>3- Moderada melhoria ou impacto em cenário real ou ideal (mais ou menos) (=mediana efetividade, moderada efetividade)</p> <p>4- Bastante melhoria ou impacto em cenário real ou ideal (=bastante efetivo, muita efetividade)</p> <p>5- Extrema melhoria ou impacto em cenário real ou ideal (=extremamente efetivo, efetividade máxima)</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.

- Dimensão da Eficiência

Quadro 7 – Avaliação da dimensão da eficiência

Conceitos de eficiência:		
<p>“(…) a relação entre o impacto real e os custos de produção (...)” (VUORI, 1988, p.19).</p> <p>“Eficiência é simplesmente a medida do custo pelo qual qualquer melhoria em saúde é alcançada. Se duas estratégias forem igualmente eficazes ou efetivas, a que custar menos é a mais eficiente” (DONABEDIAN, 1990, p.1115 – tradução nossa).</p> <p>“Eficiência: é a medida de custos de qualquer melhora na saúde. Se duas estratégias são igualmente efetivas, a que custar menos será a mais eficiente” (VIEIRA, 2011, p.370).</p> <p>“Se relaciona com a prestação de um nível determinado de qualidade ao menor custo possível ou para o alcance do mais alto nível de qualidade com uma quantidade de recursos fixa e pré-determinada. Relaciona os resultados de um serviço com os custos, na busca da otimização dos recursos empregados” (PUIME; HERNÁNDEZ; PALOMER, 1999, p.402 – tradução nossa).</p> <p>Palavras-chave: Melhorias na saúde esperadas dos cuidados a serem avaliadas (cenário real) x Custos dos cuidados (cenário real) (DONABEDIAN, 1990, p.1117); Impacto/benefícios/melhorias (potencial impacto/benefícios/melhorias) na saúde/cuidados/serviço esperadas em cenário real x Custo necessário para operacionalização em cenários reais;</p>		
Sugestão 1 – Para enfoque avaliativo qualitativo		
Eficiência =	<p>A(s) proposta(s)/estratégia(s) do modelo possui(em) impacto/benefício/melhorias (potencial impacto/benefício/gerar melhorias) em cenário real?</p>	S/N
	<p>Qual(is) impacto/benefício/melhorias em cenário real são esperadas na proposta? Como?</p>	Tipo de contribuição, dimensão da contribuição (macro/meso/micro), potenciais beneficiados, como, o que, para que, para quem, onde, quando, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	<p>A(s) proposta(s)/estratégia(s) do modelo, considera(m) estrutura e recursos necessários para a operacionalização em cenários reais?</p>	S/N
	<p>Quais propostas/estratégias/estrutura/recursos necessários para a operacionalização em cenários reais?</p>	Estrutura, recursos, oferecidos, necessários, adicionais, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
	<p>Qual(is) possíveis custo(s) necessário(s) para a sua operacionalização em cenários reais?</p>	Quantidade e valor relacionado com estrutura e/ou recursos,

	ao que se direciona (para onde, o que e quem?), motivo do custo, financiamento, custos já existentes (não adicionais), etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Possui estratégia para redução de custos e/ou ampliação de benefícios? Quais?	S/N Estratégias para redução de custo Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Sugestão 2 – Para enfoque avaliativo misto	
A(s) proposta(s)/estratégia(s) do modelo possui(em) impacto/benefício/melhorias (potencial impacto/benefício/ gerar melhorias) em cenário real?	S/N
Quanto impacto/benefício/melhorias (potencial impacto/benefício/gerar melhorias) possui em cenário real?	1 2 3 4 5
Qual(is) impacto/benefício/ melhorias (potencial impacto/benefício/melhorias) em cenário real? Como?	Tipo de contribuição, dimensão da contribuição (macro/meso/micro), potenciais beneficiados, como, o que, para que, para quem, onde, quando, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Eficiência =	
A(s) proposta(s)/estratégia(s) do modelo, considera(m) estrutura e recursos necessários para a operacionalização em cenários reais?	S/N
Quais propostas/estratégias/estrutura/recursos necessários para a operacionalização em cenários reais?	Estrutura, recursos, oferecidos, necessários, adicionais, etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Qual(is) custo(s) necessário(s) para a sua operacionalização em cenários reais?	Quantidade e valor relacionado com estrutura e/ou recursos, ao que se direciona (para onde, o que e quem?), motivo do custo, financiamento, custos já existentes (não adicionais), etc. Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Possui estratégia para redução de custos e/ou ampliação de benefícios? Quais?	S/N Estratégias para redução de custo Barreiras e facilitadores (micro, meso, macro)
Quanto o custo necessário é aplicável na realidade da prática?	1 2 3 4 5
Grau de melhoria/impacto/aplicação na prática = Nível de eficiência	
1- Não gera melhoria ou impacto ou benefício ou não é aplicável (=nenhuma eficiência, não é eficiente)	

- 2- Pouca melhoria, impacto ou benefício ou pouco aplicável (=leve eficiência, pouco eficiente)
- 3- Moderadamente melhoria, impacto ou benefício ou moderada aplicação (mais ou menos) (=mediana eficiência, moderadamente eficiente)
- 4- Bastante melhoria, impacto ou benefício ou muito aplicável (=muita eficiência, bastante eficiente)
- 5- Extrema melhoria, impacto ou benefício ou extremamente aplicável (=extrema eficiência, totalmente eficiente)

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das referências.