

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas

Marina Garcia de Souza Borges

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE (CIF): análise de associação com qualidade de vida no contexto da
avaliação fonoaudiológica de crianças e adolescentes**

Belo Horizonte
2022

Marina Garcia de Souza Borges

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE (CIF): análise de associação com qualidade de vida no contexto da
avaliação fonoaudiológica de crianças e adolescentes**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências Fonoaudiológicas.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Stela Maris Aguiar Lemos

Coorientadora: Prof.^a. Dra. Adriane Mesquita de Medeiros

Belo Horizonte

2022

B732c Borges, Marina Garcia de Souza.
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) [recursos eletrônicos]: análise de associação com qualidade de vida no contexto da avaliação fonoaudiológica de crianças e adolescentes. / Marina Garcia de Souza Borges. - - Belo Horizonte: 2022.
260f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Stela Maris Aguiar Lemos.
Coorientador (a): Adriane Mesquita de Medeiros.
Área de concentração: Ciências Fonoaudiológicas.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Fonoaudiologia. 2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 3. Análise de Classes Latentes. 4. Qualidade de Vida. 5. Autoteste. 6. Dissertação Acadêmica. I. Lemos, Stela Maris Aguiar. II. Medeiros, Adriane Mesquita de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WB 15

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof.^a Isabela Almeida Pordeus

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Fernando Marcos dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretora da Faculdade de Medicina: Prof.^a Alamanda Kfoury Pereira

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Prof.^a Cristina Gonçalves Alvim

Coordenador Geral do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenador Geral do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

Coordenadora: Prof.^a Luciana Macedo de Resende

Subcoordenadora: Prof.^a Patrícia Cotta Mancini

COLEGIADO

Prof.^a Sirley Alves da Silva Carvalho – Titular

Prof.^a Aline Mansueto Mourão – Suplente

Prof.^a Ana Cristina Cortes Gama – Titular

Prof.^a Leticia Caldas Teixeira – Suplente

Prof.^a Luciana Macedo de Resende – Titular

Prof.^a Renata Maria Moreira Moraes Furlan – Suplente

Prof.^a Amélia Augusta de Lima Friche – Titular

Prof.^a Stela Maris Aguiar Lemos – Suplente

Ualisson Nogueira do Nascimento – Discente titular

Graziela Nunes Alfenas Fernandes – Discente suplente

FOLHA DE APROVAÇÃO/ATA DE DEFESA DA TESE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF):
análise de associação com qualidade devida no contexto da avaliação fonoaudiológica de crianças e adolescentes.

MARINA GARCIA DE SOUZA BORGES

Tese de Doutorado defendida e aprovada, no dia **VINTE E DOIS DE DEZEMBRO DE DOIS MIL E VINTE E DOIS**, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós- Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

CARLA MENEZES DA SILVA
PUC-MG

AMÉLIA AUGUSTA DE LIMA FRICHE
UFMG

IZA DE FARIA FORTINI
UFMG

ROBERTA ALVARENGA REIS
UFRGS

BARBARA ANTUNES REZENDE
UFMG

ALINE MANSUETO MOURÃO
UFMG

ADRIANE MESQUITA DE MEDEIROS
UFMG

STELA MARIS AGUIAR LEMOS- ORIENTADOR
UFMG

Belo Horizonte, 22 de dezembro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Adriane Mesquita de Medeiros, Professora do Magistério Superior**, em 23/12/2022, às 12:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Iza de Faria Fortini, Professora do Magistério Superior**, em 23/12/2022, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline Mansueto Mourão, Professora do Magistério Superior**, em 23/12/2022, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Stela Maris Aguiar Lemos, Professora do Magistério Superior**, em 23/12/2022, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Alvarenga Reis, Usuário Externo**, em 02/01/2023, às 13:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bárbara Antunes Rezende, Usuário Externo**, em 05/01/2023, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amelia Augusta de Lima Friche, Professora do Magistério Superior**, em 24/01/2023, às 11:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Menezes da Silva, Usuário Externo**, em 31/01/2023, às 20:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1939105** e o código CRC **EC7DEC04**.

*Para minha mãe e meu pai:
muito obrigada por tudo!*

AGRADECIMENTOS

Fazer um Doutorado nunca é fácil, mas fazer dentro do contexto de uma Pandemia foi, de fato, um dos maiores desafios que jamais imaginei passar. Ainda é difícil acreditar que Deus me permitiu ter forças para chegar até esse momento, mas foi graças ao amparo dEle e de Nossa Senhora Auxiliadora que hoje posso comemorar essa etapa vencida! Além deles, deixo aqui registrado alguns agradecimentos especiais:

À minha mãe por ser sempre minha maior incentivadora, meu melhor colo diante das dificuldades e a quem sempre posso recorrer.

Ao meu pai por ter apoiado este sonho e por ter me dado a base para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao Matheus pela paciência com a minha braveza e minhas ausências, pela preocupação e torcida sempre.

À Professora Stela por ser exemplo de professora, pesquisadora e Fonoaudióloga, por ter acreditado no meu potencial e por ter guiado esse percurso do qual tenho tanto orgulho.

À Professora Adriane por seu exemplo, seus conhecimentos e auxílio, tão fundamentais para que eu chegasse até aqui.

À Ivana que foi meu braço direito e esquerdo na coleta de dados, minha companhia de pesquisa e que permitiu que eu pudesse partilhar um pouco de tudo que aprendi ao longo da formação acadêmica.

À Carol por ser um anjo da guarda na vida dos alunos do Programa de Pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas e as professoras do Departamento por tudo que aprendi em minha formação como profissional e pesquisadora.

Às bancas de qualificação e defesa, Professoras Guta, Iza, Roberta, Bárbara, Aline e Carla, por participarem do meu processo de formação como pesquisadora e por sua generosidade em ceder seu tempo e conhecimentos para fazer com que esse projeto se concretizasse.

A todos os profissionais com quem pude aprender (e sigo aprendendo) sobre a CIF.

Aos colegas de serviço do HC-UFMG (UMulti assistencial e administrativo, residentes de todas as áreas, equipes da UUE, Nutrição, SND, entre outros) e, em especial, às companheiras da Fonoaudiologia: obrigada pela convivência diária,

principalmente, nesse período tão difícil, em que estar na linha de frente foi sinônimo de incertezas. Aprendi e aprendo muito com vocês sempre.

Aos pacientes que tenho a missão de ajudar todos os dias na internação e às crianças e adolescentes e seus responsáveis que aceitaram fazer parte deste estudo.

À Sarah, Luana, Andrezza, Thalita e ao Cláudio pela eficiência e presteza em todos os serviços realizados.

Aos queridos amigos de todos os lugares por onde passei (Colégio Pio XII, Faculdade, Residência, HJK, entre outros), obrigadas pela torcida, pelos encontros, que, embora raros ao longo desses anos, sempre trouxeram acalento ao meu coração e a certeza de tê-los em minha vida! Em especial, obrigada Andreia, Bárbara, Gelmara e Maria Tereza pelo ombro amigo que sempre tive em vocês.

A todos os entes queridos que não estão mais aqui, mas que se fazem a todo momento presentes nas boas recordações e na saudade.

Aos filhos peludos que São Francisco colocou em minha vida para alegrar meu caminho.

A todos que passaram em minha vida e que, de alguma forma, torceram e torcem por mim.

Mais uma vez eu posso dizer: Eu consegui!

RESUMO

Introdução: Na Fonoaudiologia, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) já foi abordada em pesquisas, porém seu uso na prática ainda é incipiente. São restritos, também, os trabalhos que incluem a influência da funcionalidade sobre a qualidade de vida de crianças e adolescentes, em especial no contexto de avaliação fonoaudiológica. **Objetivos:** Investigar o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), seus componentes e a associação com a qualidade de vida, autopercepção de saúde, aspectos clínicos e sociodemográficos em processo de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico em crianças e adolescentes. Os objetivos específicos, por sua vez, foram: caracterizar a população estudada; verificar associação entre o diagnóstico fonoaudiológico e o componente Fatores Ambientais; analisar as propriedades psicométricas das categorias pré-selecionadas da CIF; verificar a influência de aspectos clínicos, sociodemográficos e de autopercepção de saúde sobre a funcionalidade e da funcionalidade na qualidade de vida, autorreferida e relatada por pais/responsáveis por crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica e propor um *Checklist* da CIF para uso ambulatorial com a população infantojuvenil. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional analítico transversal, realizado com crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica no período de 2016 a 2019 no ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram incluídos na população estudada participantes entre cinco e 16 anos, cujos prontuários estivessem completos e disponíveis para consulta e que, juntamente com seus responsáveis, assinassem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento. Foram excluídos àqueles com presença dos diagnósticos de deficiência auditiva ou intelectual e Transtornos Espectro Autista. A coleta de dados se deu por meio da aplicação dos instrumentos Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) com os pais ou responsáveis, do *Pediatric Quality of Life Inventory* – PedsQL™ 4.0, nas versões para as crianças e adolescentes e para os pais/responsáveis, e do instrumento de escala de faces para avaliação da autopercepção de saúde com as crianças e adolescentes. Dos prontuário foram coletados dados referentes aos aspectos sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade do participante e parental), clínicos (queixas, diagnóstico

fonoaudiológico e condutas após avaliação), e informações que permitissem a identificação dos conteúdos que se referiam às categorias pré-selecionadas da CIF dos componentes de Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Foram realizadas análises descritivas, bivariadas, multivariadas, fatorial e a Modelagem de Equações Estruturais (MEE). A análise descritiva, na Etapa 1, foi realizada por distribuição de frequência e medidas de tendência central e dispersão. Na Etapa 2, a análise bivariada constou da utilização dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, adotando-se o nível de significância de 5%. Nas Etapas 3 e 4, foi realizada análise fatorial com a CIF e seus componentes, e com o PedsQL em suas duas versões, utilizando o método de extração das componentes principais e rotação promax. A qualidade dos indicadores foi avaliada por meio da análise de validade convergente, confiabilidade, adequação da técnica e dimensionalidade de cada constructo. A análise multivariada constou de regressão linear com erros-padrões robustos para a matriz de covariância dos coeficientes estimados. Foi utilizado o método stepwise, e no método forward para a entrada na análise univariada, foram utilizados o teste Mann-Whitney e a correlação de Spearman, sendo considerado um nível de significância igual a 15%. Em seguida, foi realizado o método backward, adotando-se um nível de 5% de significância. Foi realizada a MEE utilizando também o método stepwise, por meio do método forward para a análise univariada, com o teste Mann-Whitney e a correlação de Spearman, e adotando um nível de significância igual a 15%. Posteriormente, foi ajustado o modelo de equações estruturais e neste foi aplicado o método backward, adotando um valor-p ao nível de significância de 5%. Na avaliação da qualidade do ajuste dos modelos foi utilizado o R^2 . Foram utilizados durante as análises os softwares estatísticos SPSS versão 25.0. e o R-STUDIO versão 4.1.0. **Resultados:** Participaram do estudo 84 crianças e adolescentes, predominantemente do sexo masculino (71,4%), entre oito e 12 anos (63,1%), que estavam no Ensino Fundamental I (70,5%) e pertencentes a classe C2 do CCEB (40,5%). As queixas de maior prevalência foram quanto às dificuldades escolares/referentes à leitura e escrita (61,9%) e alterações de fala (57,8%), e os diagnósticos de maior ocorrência foram as alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral (83,3%), nas questões de linguagem escrita (75,0%) e alterações de M.O. (63,1%). Quanto à CIF, as maiores prevalência da classificação de deficiência ocorreram em b167 – Funções mentais da linguagem (96,4%) e b320 – Funções da articulação (63,2%), as maiores dificuldades foram verificadas em d325C –

Comunicação-recepção de mensagens escritas - Capacidade (89,2%) e d160D – Concentrar a atenção - Desempenho (79,7%), e os Fatores Ambientais mais relatados como barreiras foram e165 - Bens (28,9%) e e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde (7,2%). No PedsQL, na versão pais/responsáveis, a maior média de pontuação foi observada nos domínios físico ($84,28 \pm 19,40$) e social ($76,60 \pm 25,47$), e na avaliação das crianças e adolescentes, as maiores pontuações estiveram nos domínios social ($81,33 \pm 21,94$) e físico ($80,66 \pm 17,18$). Para a maior parte dos participantes, a autopercepção de saúde encontra-se entre Boa (24,4%) e Muito Boa (54,9%). Houve associação de códigos dos Fatores Ambientais com as hipóteses diagnósticas de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, de fala e de voz. Na análise fatorial realizada com a CIF, quatro constructos unidimensionais foram evidenciados, sendo um para cada componente analisado e um para a CIF como um único fator. Após a realização das análises univariadas e dos modelos multivariados, observou-se que as variáveis sexo; queixas de alterações de fala e de dificuldade escolar/alterações de linguagem escrita; hipóteses diagnósticas de alterações nos aspectos cognitivos da linguagem, de voz, de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, no processamento auditivo, de fala e o número de condutas por caso exerceram influência direta e negativa sobre os quatro fatores retidos para a análise da CIF. A escolaridade paterna e a presença da queixa de alterações de fluência apresentaram tendência positiva nos Fatores Ambientais, na funcionalidade e nas Funções do Corpo, respectivamente. A análise fatorial realizada com o PedsQL evidenciou dois fatores, um para a versão pais/responsáveis e outro para a versão crianças/adolescentes. Durante a realização da MEE, nos dois modelos realizados com a CIF como um único fator, não foi evidenciado efeito direto da funcionalidade global na qualidade de vida, sendo que para o instrumento aplicado com os pais/responsáveis, a presença da queixa de M.O. indicou pior qualidade de vida para os participantes. Nos dois modelos realizados com a análise dos componentes da CIF separadamente, as Funções do Corpo e os Fatores Ambientais não apresentaram influência sobre a qualidade de vida, porém as Atividades e Participação exerceram influência direta e positiva sobre ambos os resultados do PedsQL, sendo que quanto melhor avaliado este componente, melhor tende ser a qualidade de vida autorreferida e avaliada pelos pais/responsáveis. A presença da hipótese diagnóstica de alterações de fala também apresentou relação positiva com a variável desfecho PedsQL versão crianças/adolescentes. O *Checklist* proposto ao final consta de 34 categorias.

Conclusão: Houve associação entre hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas com códigos dos Fatores Ambientais presentes nos Capítulos 3 e 4 da CIF. Influências diretas e negativas foram constatadas entre variáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais sobre a CIF como um único constructo e seus componentes. A MEE indicou que as Atividades e Participação e a hipótese diagnóstica de alterações de fala apresentaram influência direta e positiva na qualidade de vida autorreferida e indicada por pais/responsáveis por crianças e adolescentes em processo avaliativo. Tais resultados demonstram a importância de uma abordagem integral aos pacientes com alterações comunicativas, além da viabilidade do uso da CIF no momento da avaliação e diagnóstico fonoaudiológico. A análise fatorial e a MEE se fizeram importantes e úteis nas análises realizadas com a classificação de funcionalidade e seus componentes, covariáveis de cunho fonoaudiológico e a qualidade de vida.

Descritores: Fonoaudiologia. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Análise de Classes Latentes. Qualidade de Vida. Autoteste.

ABSTRACT

Introduction: The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) has already been approached in speech-language-hearing (SLH) research, but its use in clinical practice is still incipient. Also, few studies include the effects of functioning on the quality of life of children and adolescents, especially in the context of SLH assessment. **Objectives:** To investigate the use of ICF and its components and their associations with the quality of life, self-perception of health, and clinical and sociodemographic aspects of children and adolescents in the process of SLH assessment and diagnosis. The specific objectives were to characterize the study population; verify associations between SLH diagnoses and Environmental Factors; analyze the psychometric properties of preselected ICF categories; verify the influence of clinical, sociodemographic, and health self-perception aspects on functioning, and that of functioning on the quality of life, both self-reported and reported by parents/guardians of children and adolescents in the SLH assessment process; and lastly, propose an ICF checklist for outpatient clinical use with children and adolescents. **Methods:** This cross-sectional observational analytical study comprised children and adolescents in the process of SLH assessment between 2016 and 2019 at the SLH outpatient center of the Clinics Hospital of the Federal University of Minas Gerais. The study population included participants aged 5 to 16 years, whose medical records were complete and available for consultation, and who, along with their parents/guardians, respectively signed informed assent and consent forms. Those diagnosed with hearing or intellectual disability or Autistic Spectrum Disorders were excluded. Data were collected with the Brazilian Economic Classification Criteria (CCEB, in Portuguese) administered to the parents/guardians; the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™ 4.0), both child and parent reports; and the faces scale, to assess the self-perception of health in children and adolescents. Sociodemographic (age, sex, participant's and parental education) and clinical (complaints, speech therapy diagnosis and conduct after evaluation) data were collected from the medical records, as well as information to identify content related to the preselected ICF categories in Body Functions, Activities and Participation, and Environmental Factors. Descriptive, bivariate, multivariate, factorial, and structural equation modeling (SEM) analyses were performed. The descriptive analysis, in Stage 1, was performed with frequency distribution and measures of central tendency and dispersion. In Stage 2,

the bivariate analysis used the Pearson chi-square and Fisher exact tests, with the significance level set at 5%. In stages 3 and 4, second-order factorial analysis was performed with the ICF and its components and both PedsQL versions, using the main component extraction method and Promax rotation. The quality of the indicators was assessed with analysis of convergent validity, reliability, technique adequacy, and dimensionality of each construct. The multivariate analysis included linear regression with robust standard errors for the covariance matrix of estimated coefficients. The stepwise method was used, as well as the Mann-Whitney test and Spearman correlation in the forward method to enter the univariate analysis, setting the significance level at 15%. Then, the backward method was used, with the significance level set at 5%. SEM was performed likewise using the stepwise method, with the forward method for univariate analysis, with the Mann-Whitney test and Spearman correlation, and the significance level set at 15%. Later, SEM was fitted, and the backward method was applied to it, using p-values at the 5% significance level. The model quality-of-fit assessment used R^2 . The analyses were performed in SPSS, version 25.0, and R-STUDIO, version 4.1.0. **Results:** The study included 84 children and adolescents, predominantly males (71.4%), aged 8 to 12 years (63.1%), who attended elementary school (70.5%), and belonged to social class C2 in CCEB (40.5%). The most prevalent complaints were related to school difficulties/reading and writing (61.9%) and speech changes (57.8%), and the most recurrent diagnoses were changes in oral language acquisition/development (83.3%), written language issues (75.0%), and oral-motor control (63.1%). As for the ICF, the most prevalent disability classifications were in b167 – Mental functions of language (96.4%) and b320 – Articulation functions (63.2%); the greatest difficulties were verified in d325C – Communicating with/receiving written messages – Capacity (89.2%) and d160D – Focusing attention – Performance (79.7%); the Environmental Factors most reported as barriers were e165 – Assets (28.9%) and e580 – Health services, systems, and policies (7.2%). In PedsQL, the highest mean scores in the parent report were in the physical (84.28 ± 19.40) and social domains (76.60 ± 25.47), while in the child report, they were in the social (81.33 ± 21.94) and physical domains (80.66 ± 17.18). Most participants' self-perception of health was either good (24.4%) or very good (54.9%). Environmental Factors codes were associated with diagnostic hypotheses of changes in cognitive aspects of language, speech, and voice. The factorial analysis performed with the ICF showed four unidimensional constructs – one for each component and

one for the ICF as a single factor. After performing the univariate and multivariate model analyses, it was found that sex; complaints of speech changes and school difficulties/written language changes; diagnostic hypotheses of changes in cognitive aspects of language and voice, oral language acquisition/development, auditory processing, speech, and the number of procedures per case had a direct and negative effect on the four factors retained for ICF analysis. The paternal educational attainment and complaints of fluency changes had a direct and positive effect respectively on the Environmental Factors, functioning, and Body Functions. The factorial analysis performed with PedsQL showed two factors – one for the parent report and the other for the child report. SEM, in the two models performed with the ICF as a single factor, did not show a direct effect of functioning on the quality of life; in the parent report, oral-motor function complaints indicated participants' worse quality of life. In the two models separately analyzing the ICF components, neither Body Functions nor Environmental Factors influenced the quality of life. Activities and Participation, on the other hand, had a direct and positive effect on both PedsQL results – the better assessed this component, the better the self-reported and parent-reported quality of life tended to be. Diagnostic hypotheses of speech changes were also positively related to PedsQL child report outcome. The checklist proposed at the end has 34 categories. **Conclusion:** SLH diagnostic hypotheses were associated with Environmental Factors codes present in ICF chapters 3 and 4. Sociodemographic and clinical-assistance variables had direct and negative effects on the ICF as a single construct and its components. SEM indicated that Activities and Participation and diagnostic hypotheses of speech changes had a direct positive effect on the self-reported and parent-reported quality of life of children and adolescents in the assessment process. These results demonstrate the importance of a comprehensive approach to patients with communication changes; they also show the feasibility of using the ICF in SLH assessment and diagnosis. Factorial and SEM analyses were important and useful to analyze the classification of functioning and its components, SLH covariables, and the quality of life.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences. International Classification of Functioning, Disability and Health. Latent Class Analysis. Quality of Life. Self-Testing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

REFERENCIAL TEÓRICO

Figura 1 – Modelo da interação entre os componentes da CIF	38
Figura 2 – Linha do tempo sobre os 20 anos de percurso da ICF	45
Figura 3 – Modelo Teórico de referência das relações bidirecionais de influência entre a funcionalidade, a qualidade de vida, a autopercepção de saúde, fatores sociodemográficos e clínicos dentro do processo de avaliação fonoaudiológica	98
Quadro 1 – Uma visão geral da CIF	48
Quadro 2 – Qualificadores conforme cada componente	50

MÉTODOS

Figura 1 – Modelo Teórico elaborado para Modelagem de Equações Estruturais segundo variáveis CIF, Qualidade de Vida – Pais/Responsáveis e covariáveis do estudo	129
Figura 2 – Modelo Teórico elaborado para Modelagem de Equações Estruturais segundo variáveis CIF, Qualidade de Vida – Criança e Adolescente e covariáveis do estudo	130
Figura 3 – Fluxograma do recrutamento, inclusão e exclusão dos dados e realização das análises para os três artigos	132
Quadro 1 – Categorias da CIF-CJ pré-selecionadas durante o projeto de Mestrado	123

RESULTADOS

Figura 1 – Primeiro modelo estrutural entre a CIF e a qualidade de vida avaliada pelos pais/responsáveis	191
Figura 2 – Segundo modelo estrutural entre a CIF e a qualidade de vida autorreferida por crianças e adolescentes	194
Figura 3 – Terceiro modelo estrutural entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e a qualidade de vida avaliada pelos pais/responsáveis	199
Figura 4 – Quarto modelo estrutural entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e a qualidade de vida autorreferida por crianças e adolescentes	204
Quadro 1 – <i>Checklist</i> Final da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes	205

LISTA DE TABELAS

RESULTADOS

Tabela 1 – Descrição dos dados sociodemográficos referentes às crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica (n=84).....	137
Tabela 2 – Descrição dos dados sociodemográficos referentes à idade e classificação econômica de crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica.....	138
Tabela 3 – Análise descritiva das queixas fonoaudiológicas presentes na anamnese.....	138
Tabela 4 – Análise descritiva das hipóteses diagnósticas e tipo de condutas após o término da avaliação fonoaudiológica das crianças e adolescentes.....	140
Tabela 5 – Análise descritiva das categorias selecionadas do componente Funções do Corpo da CIF.....	142
Tabela 6 – Análise descritiva das categorias selecionadas do componente Atividades e Participações da CIF.....	144
Tabela 7 – Análise descritiva das categorias selecionadas do componente Fatores Ambientais da CIF.....	146
Tabela 8 – Análise descritiva dos resultados do PedsQL aplicado com pais/responsáveis e com as crianças e adolescentes.....	147
Tabela 9 – Análise descritiva autopercepção de saúde de crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica.....	148
Tabela 10 – Medidas descritivas das variáveis idade e pontuação do Critério de Classificação Econômica Brasil.....	148
Tabela 11 – Análise descritiva das hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas.....	149
Tabela 12 – Análise descritiva dos códigos do componente Fatores Ambientais.....	150
Tabela 13 – Associação entre as hipóteses diagnósticas alteração de aquisição/desenvolvimento de linguagem oral e alteração de linguagem escrita e o componente Fatores Ambientais.....	152
Tabela 14 – Associação entre as hipóteses diagnósticas aspectos cognitivos da linguagem e alteração de fala e o componente Fatores Ambientais.....	155
Tabela 15 – Associação entre as hipóteses diagnósticas alteração de motricidade orofacial e alteração de voz e o componente Fatores Ambientais.....	158
Tabela 16 – Associação entre a hipótese diagnóstica alteração processamento auditivo e o componente Fatores Ambientais.....	161
Tabela 17 – Análise fatorial da CIF e seus componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais.....	167

Tabela 18 – Validação dos constructos referentes à análise Fatorial da CIF e seus componentes.....	168
Tabela 19 – Análise univariada da CIF global e as variáveis explicativas do estudo..	170
Tabela 20 – Análise univariada do constructo formado pelas Funções do Corpo e as variáveis explicativas do estudo.....	172
Tabela 21 – Análise univariada do constructo formado pelas Atividades e Participação e as variáveis explicativas do estudo.....	174
Tabela 22 – Análise univariada do constructo formado pelos Fatores Ambientais e as variáveis explicativas do estudo.....	176
Tabela 23 – Análise univariada complementar dos constructos da CIF e seus componentes e variáveis explicativas.....	177
Tabela 24 – Primeiro modelo multivariado com análise entre o fator CIF global e as variáveis explicativas.....	178
Tabela 25 – Segundo modelo multivariado com análise entre o componente Funções do Corpo e as variáveis explicativas.....	180
Tabela 26 – Terceiro modelo multivariado com análise entre o componente Atividades e Participação e as variáveis explicativas.....	181
Tabela 27 – Quarto modelo multivariado com análise entre o componente Fatores Ambientais e as variáveis explicativas.....	182
Tabela 28 – Análise Fatorial do PedsQL aplicado com pais/responsáveis e com as crianças e Adolescentes.....	183
Tabela 29 – Validação dos constructos do PedsQL.....	184
Tabela 30 – Análise univariada do PedsQL aplicado com pais/responsáveis.....	185
Tabela 31 – Análise univariada do PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes.....	187
Tabela 32 – Primeiro modelo estrutural de análise entre a CIF global e o PedsQL aplicado com os pais/responsáveis.....	190
Tabela 33 – Segundo modelo estrutural de análise entre a CIF global e o PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes.....	193
Tabela 34 – Terceiro modelo estrutural de análise entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e o PedsQL aplicado com os pais/responsáveis.....	197
Tabela 35 – Quarto modelo estrutural de análise entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e o PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes.....	202

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
AUQEI	Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CHIEF	The Craig Hospital Inventory of Environmental Factors
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão
CHQ-CF	Child Health Questionnaire – Child Form
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps)
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIF-CJ	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CREAB	Centro de Reabilitação
CSA	Comunicação Suplementar e/ou Alternativa
DEL	Distúrbio Específico de Linguagem
DI	Deficiência Intelectual
DCGM-37	Disabkids Chronic Generic Measure –37 item
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DP	Desvio padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EQ-5D-Y	EuroQoI Five Dimension – Youth version
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ETF	Environmental Task Force
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HHIA	Hearing Handicap Inventory for Adults
HHIE	Hearing Handicap Inventory for the Elderly
ICD-O-3	International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition
ICD-DA	International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, Third Edition
ICD-10-NA	International Classification of Diseases to Neurology
ICECI	International Classification of External Causes of Injury
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth
ICHI	International Classification of Health Interventions
ICIDH	International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps
ICPC-2	International Classification of Primary Care, 2nd edition
ICNP	International Classification for Nursing Practice
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISO 9999	Technical aids for persons with disabilities
Kid-KINDL	Revised children Quality of Life Questionnaire
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	Ministério da Educação
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MIF	Medida de Independência Funcional
NHP	Nottingham Health Profile
Nº	Número
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PedsQL™	Pediatric Quality of Life Inventory
PS	Escala de Participação
PTFs	Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PLPR	Protocolo de Levantamento de Problemas em Reabilitação
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF-36	Short Form Health Survey
SPAA-C	Speech Participation and Activity of Children
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

SS-QOL	Stroke Specific Quality of Life Scale
SWAL-QOL	Quality of Life in Swallowing Disorders
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
ICD-10-SMoL	The Startup Mortality List
ATC/DDD	The Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System with Defined Daily Doses
TUG	Timed Up and Go Test
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPIAS	The Union of the Physically Impaired Against Segregation
WHO	World Health Organization
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule
WHO-FIC	World Health Organization Family of International Classifications
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life – Abbreviated version
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
1.1 Referências	29
2 REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1 Histórico dos modelos de saúde	30
2.1.1 O que são modelos.....	30
2.1.2 O Modelo Biomédico.....	32
2.1.3 O Modelo Social.....	33
2.1.4 O Modelo Biopsicossocial.....	35
2.2 Histórico das Classificações de Saúde	39
2.2.1 A Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Família de Classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS)	39
2.2.2 A International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH).....	43
2.2.3 Os 20 anos de criação da International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	45
2.2.4 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	46
2.3 O uso e aplicação da CIF	52
2.3.1 Endosso legal ao uso da CIF e outras legislações	53
2.3.2 CIF na prática clínica/assistencial.....	56
2.3.3 CIF e o ensino	60
2.3.4 CIF na pesquisa.....	62
2.4 CIF e Fonoaudiologia	66
2.4.1 Estado da arte	66
2.4.2 Guidelines na Fonoaudiologia e CIF.....	78
2.5 Qualidade de vida e funcionalidade	82
2.5.1 Qualidade de vida e CIF	84
2.5.2 Qualidade de vida na infância e adolescência.....	87
2.5.3 Qualidade de vida e Fonoaudiologia na infância e adolescência	89
2.6 Autopercepção de saúde e funcionalidade.....	92
2.6.1 Autopercepção de saúde e CIF	92

2.6.2 Autopercepção de saúde na infância e adolescência	94
2.6.3 Autopercepção de saúde e Fonoaudiologia.....	95
2.7 Modelo teórico	97
2.8 Referências	99
 3 HIPÓTESES.....	 114
 4 OBJETIVOS	 115
4.1 Objetivo Geral	115
4.2 Objetivos Específicos	115
 5 MÉTODOS	 116
5.1 Delineamento	116
5.2 Cenário do estudo	116
5.3 Casuística.....	117
5.4 Critérios de inclusão	117
5.5 Critérios de exclusão	118
5.6 Instrumentos de coleta de dados	118
5.7 Recrutamento dos sujeitos e procedimentos de coleta	125
5.8 Análise dos dados	126
5.9 Referências	133
 6 RESULTADOS	 136
6.1 Etapa 1: Análise descritiva dos dados.....	136
6.1.1 Dados sociodemográficos.....	136
6.1.2 Dados clínicos	138
6.1.3 Dados relativos à CIF	141
6.1.4 Dados sobre a qualidade de vida.....	147
6.1.5 Dados autopercepção de saúde	148
6.2 Etapa 2: Análise dos Fatores Ambientais.....	148
6.3 Etapas 3 e 4: Uso da análise fatorial e da Modelagem de Equações Estruturais com a CIF, autopercepção de saúde, qualidade de vida e covariáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais	164
6.3.1 Etapa 3	164

6.3.2 Etapa 4	18383
6.4 Etapa 5: Proposta do <i>Checklist</i> da CIF a partir da “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes”	204
7 DISCUSSÃO	206
7.1 Etapa 1: Análise descritiva dos dados.....	206
7.2 Etapa 2: Análise dos Fatores Ambientais.....	2088
7.3 Etapas 3 e 4: Uso da análise fatorial e da Modelagem de Equações Estruturais com a CIF, autopercepção de saúde, qualidade de vida e covariáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais	21010
7.4 Etapa 5: Proposta do <i>Checklist</i> da CIF a partir da “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes”	2177
7.5 Referências.....	220
8 CONCLUSÃO.....	224
APÊNDICES.....	2288
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado aos pais de crianças e adolescentes de 5 a 16 anos de idade.....	2288
APÊNDICE B – Termo de Assentimento direcionado aos participantes de 7 a 12 anos de idade	Erro! Indicador não definido. 30
APÊNDICE C – Termo de Assentimento direcionado aos participantes de 13 a 16 anos de idade	Erro! Indicador não definido. 31
APÊNDICE D – Autopercepção de saúde - Escala de faces	230
APÊNDICE E – Protocolo de dados descritivos	231
APÊNDICE F – Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes	232
ANEXOS	23939
ANEXO A – Aprovação do COEP UFMG.....	23939
ANEXO B – PedsQL™ Relato da Criança (5 a 7 anos)	240
ANEXO C – PedsQL™ Relato dos Pais sobre o Filho/a Filha (5 a 7 anos)	243
ANEXO D – PedsQL™ Relato da Criança (8 a 12 anos)	245
ANEXO E – PedsQL™ Relato dos Pais de Crianças (8 a 12 anos).....	247

ANEXO F – PedsQL™ Relato do/a Adolescente (13 a 18 anos)	249
ANEXO G – PedsQL™ Relato dos Pais sobre o Filho/a Filha (13 a 18 anos)	251
ANEXO H – Autorização de uso do PedsQL™	253
ANEXO I – Critério de Classificação Econômica Brasil – Versão 2020 (ABEP).....	259

1 INTRODUÇÃO

Em 2021 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) completou 20 anos de história. Longo foi o percurso que antecedeu sua publicação, em que revisões e testes foram realizados, até que se chegasse ao formato apresentado na 54ª Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾. Mais longo, ainda, foi o caminho envolvendo todo o contexto de evolução da saúde, como conceito e como assistência, em especial após o século XX, com o advento das transições demográfica e epidemiológica⁽²⁾.

Ano após ano, a CIF esteve presente em inúmeros campos, o que propiciou, inclusive, um aumento substancial do número de publicações que a abordam. De forma ainda bastante heterogênea, seu uso tem se espalhado pela prática clínica, na estatística, na educação, treinamento e em pesquisas. Contudo, sua implementação ainda é pequena, pois, mesmo nos países em que ela foi incorporada às legislações e políticas sociais, não há obrigatoriedade de sua aplicação⁽³⁾.

De fato, ainda após essas duas décadas, aspectos como o conhecimento reduzido sobre as vantagens de se utilizar a CIF, a baixa demanda por dados codificados a partir das informações por ela fornecidas, além do pouco investimento para que serviços de saúde integrem seu uso na prática, permanecem interferindo na sua implantação. Outros entraves são o pouco conhecimento e treinamento dos profissionais sobre a CIF e materiais e ferramentas nela baseados ainda de difícil manejo⁽³⁾.

Como alguém que precisou descobrir a CIF já no contexto da Pós-graduação, acredito que o fator que mais repercute em sua implementação efetiva seja sua complexidade. Porém, a literatura descreve que a complexidade da CIF deve ser vista como sua maior qualidade, pois para conseguir classificar a complexidade da funcionalidade humana, é necessário a existência de uma classificação tão complexa quanto⁽⁴⁾.

Desde 2014, quando iniciei minha formação sobre a CIF, pude compreender que, além de mudar o paradigma de como a incapacidade é percebida⁽³⁾, ela propicia a tão fundamental e desejada integralidade, uma vez que, por meio do modelo biopsicossocial no qual se baseia, é possível ir além da condição de saúde e das deficiências nas Funções e Estruturas do Corpo, introduzindo conceitos fundamentais referentes à realização de Atividades e a Participação nos contextos, além de

incorporar a relevância dos Fatores Ambientais⁽¹⁾. É possível ver o indivíduo como um todo e, por isso, propor assistência e legislações que sejam capazes de unir o físico e o social, além de propiciar o cuidado de forma multiprofissional por meio de uma linguagem comum.

Esta pesquisa, cuja primeira parte foi desenvolvida entre 2015 e 2017 durante o período do Mestrado em Ciências Fonoaudiológicas, teve como objetivo inicial aproximar a Fonoaudiologia aos conceitos descritos na CIF⁽¹⁾ e ao modelo biopsicossocial. Como parte de seus resultados, foi descrita a proposta de seleção de categorias e a obtenção de códigos pertinentes à descrição dos aspectos de funcionalidade e incapacidade referentes às crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica.

Três artigos⁽⁵⁻⁷⁾, cujas coletas se basearam em dados secundários, foram estruturados e se tornaram produtos da Dissertação. As conclusões obtidas nesta primeira parte indicaram a viabilidade do uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ)⁽⁸⁾ na caracterização da funcionalidade no contexto da avaliação fonoaudiológica de crianças e adolescentes.

Entre 2016 e 2019, foi dado seguimento à segunda parte da pesquisa, por meio da coleta de dados primários, com o auxílio de aluno bolsista de Iniciação Científica vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), desta vez utilizando a versão atualizada da CIF, que incorporou as categorias da CIF-CJ⁽⁸⁾. Para a qualificação do Doutorado, apresentada em agosto de 2021, a proposta foi a de ampliar a análise do efeito que os Fatores Ambientais podem ter às crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica, sendo que este artigo já se encontra publicado⁽⁹⁾. Como parte final a ser explorada e cujos resultados encontram-se expostos neste volume de Tese, buscou-se elucidar sobre a influência que se dá entre as queixas e diagnósticos fonoaudiológicos, a funcionalidade e a qualidade de vida, no que concerne a opinião do próprio indivíduo e de seus pais/responsáveis.

Visando assim, então, cumprir os objetivos de defesa da Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), conforme descrito na Resolução 09/2020 de 04 de junho de 2020⁽¹⁰⁾, este volume foi estruturado, além da

Introdução, nos seguintes itens: Referencial teórico; Hipóteses; Objetivos; Métodos; Resultados; Discussão; Conclusões; Referências bibliográficas; Apêndices e Anexos.

1.1 Referências

1. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2020.
2. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):363-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200012>
3. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, 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(18):11321. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>
4. Cordeiro ES. CIF: o que você não sabe sobre ela? *Revista CIF Brasil*. 2021;13(1):2-4. <https://doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2021.002>
5. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes avaliados em serviço fonoaudiológico ambulatorial. *Distúrb Comum*. 2018;30(1):103-16. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p103-116>
6. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Caracterização de aspectos fonoaudiológicos segundo as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ). *CoDAS*. 2018;30(4):e20170184. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017184>
7. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) e Fonoaudiologia: associação com fatores sociodemográficos e clínico-assistenciais. *CoDAS*. 2020;32(3):e20190058. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019058>
8. Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2011.
9. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Fatores ambientais e suas associações com as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas de crianças e adolescentes. *Rev CEFAC*. 2021;23(5):e6421. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212356421>
10. Centro de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG [cited 2021 Jul 27]. Resolução 09/2020 de 04 de junho de 2020; [about 2 screens]. Available from: <https://www.medicina.ufmg.br/cpgfonoaudiologia/wp-content/uploads/sites/49/2021/07/09-2020-Formato-de-teses.pdf>

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico dos modelos de saúde

2.1.1 O que são modelos

Na construção do conhecimento científico existe um processo hierárquico que se inicia com os conceitos. Estes, em conjunto, formam modelos que, por sua vez, formam as teorias⁽¹⁾. Os conceitos são manipulados como variáveis quando a eles é atribuído um valor, sendo que viabilizam a classificação de um fenômeno natural e observações empíricas⁽²⁾. Os constructos são similares aos conceitos e também constroem as teorias, porém tratam de eventos não observáveis e que demandam inferências por medidas ou se relacionam a comportamentos observáveis⁽²⁾. Já os modelos descrevem a estrutura conceitual de uma teoria, sendo esta última a visão sistemática sobre um fenômeno específico, que demanda organização e significado⁽²⁾. São componentes dos modelos a base filosófica, que apresenta o sistema de crenças implícitas neste, os conceitos-chave e suas inter-relações, que podem ter sido criados para o próprio modelo ou advindos de outros, mas que precisam ser complementares e refletir as crenças da base filosófica, e as implicações na prática que vão descrever como o modelo deverá ser utilizado⁽¹⁾.

Na área da saúde, os modelos referem-se a um sistema de crenças utilizados para explicar fenômenos naturais⁽³⁾, elucidar e entender o evento saúde e doença⁽⁴⁾, incluindo a descrição de aspectos referentes ao surgimento e transmissão das doenças entre os indivíduos e nas populações⁽⁵⁾, além de tentar significar o que é visto como incômodo ou intrigante⁽³⁾.

Ao longo da história, os caminhos que tiveram como foco o estudo referente às questões de doença e à saúde, culminando com os modelos de saúde, foram longos e perpassaram toda a narrativa do ser humano, acompanhando as evoluções e transformações em outras áreas do conhecimento e do desenvolvimento das sociedades. Não apenas a compreensão sobre os males que afetavam o homem foi se modificando, assim como a percepção do que estava alterado e poderia ser explicado, inicialmente de forma externa e posteriormente apenas orgânica, bem como àquilo que era desviante das explanações consideradas plausíveis, tais como aspectos de saúde mental⁽⁶⁾.

Levando em consideração o enfoque de intervenção, passa-se pelo Modelo Médico idealizado por Hipócrates, e, aliando-o ao método patológico, chega-se a um Modelo Clínico, individualista, baseado nas observações de sinais e sintomas, reforçando procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a prática hospitalocêntrica, além de subestimar os aspectos da reabilitação e da reinserção, bem como da prevenção e da promoção da saúde. Tal modelo perdura até meados do século XVIII, quando se percebe que atuar apenas no indivíduo doente não é o suficiente, que há a necessidade de encontrar formas para garantir a saúde pública, focando na comunidade. Esta mudança acaba por propiciar a instituição dos sistemas nacionais de saúde, sendo reconhecido como a primeira era da saúde pública (1830-1950). Posteriormente, já na segunda era da saúde pública, iniciada a partir da década de 1950, aliado a uma melhoria, de fato, das condições gerais de saúde individual e populacional, especialmente nas décadas de 70 e 80, passou-se a buscar o fortalecimento dos sistemas de cuidados primários e a trabalhar visando a garantia na qualidade da assistência prestada⁽⁶⁾.

No entremeio junto à sistemas de saúde e modelos saúde e doença, passou-se a propor também modelos teóricos sobre um aspecto que sempre existiu, porém que havia, até então, ficado à margem, assim como as pessoas que a vivenciavam: a incapacidade. Entre os modelos teóricos que abordam a incapacidade pode-se destacar o Modelo Nagi, de 1976⁽⁷⁾, e o Modelo Verbrugge & Jette, de 1994⁽⁸⁾. Ambos tiveram importância histórica para que, em conjunto às discussões envolvendo um novo modelo de saúde, se aliassem os conceitos médico e social, sendo idealizada e publicada no ano de 2001 uma classificação dos componentes que constituem à saúde⁽⁹⁾.

Por todo esse contexto passado, faz-se importante focar a discussão deste referencial teórico em três modelos específicos: o Modelo Biomédico, o Modelo Social e o Modelo Biopsicossocial para que, posteriormente, seja possível debater sobre as classificações propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, mais especificamente, sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁽⁹⁾ que é o foco desta Tese.

2.1.2 O Modelo Biomédico

O Modelo Biomédico ou Médico tem sua origem vinculada ao contexto do Renascimento e as descobertas atreladas à esta época, que demandaram a construção de explicações referentes a estrutura e ao funcionamento do corpo humano⁽¹⁰⁾, bem como da existência de um agente causador de uma doença infecciosa⁽⁴⁾. Além disso, ele define a saúde como somente a inexistência da doença e agrega uma visão epidemiológica em que a saúde populacional é definida pela presença ou ausência de fatores de risco⁽⁴⁾.

Este modelo trata a incapacidade como um problema da pessoa, que foi causado por sua doença ou condição de saúde, que demanda um tratamento médico individualizado e que deve ser realizado apenas por profissionais. Tais tratamentos visam a cura, a adaptação ou a mudança de comportamento do indivíduo que apresenta a incapacidade. Em um nível micro objetiva-se a assistência médica e em nível macro, almeja-se a modificação ou reforma da política de saúde⁽⁹⁾.

No Modelo Biomédico, também, a doença é explicada como desvios no que seria a norma das variáveis biológicas, sendo uma entidade independente de qualquer contexto social, comportamental e psicológico. Todas as doenças, inclusive àquelas consideradas "mentais", devem ser explicadas e conceituadas como uma perturbação implícita nos mecanismos da estrutura física⁽³⁾. Já a incapacidade é considerada como o resultado biológico desse funcionamento inadequado do organismo⁽¹¹⁾. A definição de deficiência no Modelo Biomédico, por sua vez, ocorre de forma isolada e também é baseada em limites de normalidade pré-estabelecidos. Ela determina a ocorrência da perda completa de órgãos e/ou de funções que antes eram realizadas sendo que, se essa perda apresentar um caráter temporário, é considerada como doença, porém se for permanente, tem-se a deficiência⁽¹²⁾. Quando há uma deficiência, todos os esforços, sejam eles de reabilitação, intervenções genéticas ou práticas educacionais, devem ser realizados para reparar os impedimentos corporais, considerados indesejáveis, no intuito de propiciar o retorno a um padrão de funcionamento típico à espécie e visto como o normal⁽¹³⁾.

Trabalha-se com uma tendência reducionista de caracterizar a doença em termos do menor componente que pode gerar suas implicações causais, tal como o bioquímico. Contudo, falhas desse raciocínio começaram a ser apontadas, uma vez que uma alteração laboratorial pode indicar apenas o potencial da doença, não a

realidade da doença no momento, assim como a presença de uma anormalidade não determina que exista uma doença em curso⁽³⁾.

Outro ponto do Modelo Biomédico é a ideia predominante da sequência linear de causa-consequência, uma vez que os problemas eram entendidos como essencialmente simples e que sua dissolução exigia a separação em partes dos fenômenos que os compõe. Desta forma, isolando cada objeto de análise, uma vez que cada parte fosse atendida, tal como cada problema de saúde com um tipo de especialista, o organismo, ou indivíduo como “todo” seria contemplado. Múltiplas disciplinas em uma justaposição, e não a integração de saberes⁽¹⁴⁾.

Além de todas essas questões, uma outra crítica ao Modelo Biomédico dentro de um contexto mais amplo, o da saúde da população, se iniciou com a percepção de que havia correlações entre os fenômenos epidemiológicos com aspectos da organização política e social da sociedade⁽⁴⁾. Esta visão foi fundamental para que um modelo com o enfoque nas questões sociais pudesse emergir.

2.1.3 O Modelo Social

A década de 1960 marca o início do pensamento quanto a Medicina Social, sendo esta idealizada por intelectuais, principalmente de origem latino-americana, e que vai de encontro à hegemonia biomédica⁽⁴⁾. O Modelo Social, estruturado em contraponto ao Modelo Médico da deficiência⁽¹⁵⁾, descreve que a incapacidade é um problema criado socialmente, não se tratando de uma característica do indivíduo, mas de um conjunto de condições complicadas, geralmente oriundas do ambiente social⁽⁹⁾. A cultura da normalidade, antes vista no contexto biomédico como um padrão de funcionamento, preceito de produtividade e adequação às normas sociais, dá lugar ao início de um novo entendimento da opressão que ocorre ao corpo com variações de funcionamento e que é descrito como indesejável. Há uma mudança de causalidade da deficiência, deslocando a diversidade do corpo para as estruturas sociais e compreendendo-a como a vivência da desigualdade que é compartilhada por pessoas com diferentes tipos de impedimentos⁽¹³⁾.

Uma lesão é biológica, porém a perda das habilidades e os reflexos que essa pode provocar, tais como a restrição educacional ou ocupacional sofridas pela pessoa, são os fenômenos social e político da deficiência⁽¹²⁾. É a interação do corpo, que possui impedimentos com as barreiras sociais, que vai gerar a restrição a participação,

provocando a vivência da desigualdade e, desta forma, a deficiência deixa de ser apenas um resultado biomédico e pode ser vista como uma experiência cultural e de identidade⁽¹³⁾. Nesse sentido, passou a se pensar que não se deve buscar tratamento individual, mas sim realizar ações de caráter social⁽¹⁵⁾, pois a realização de modificações ambientais para que a pessoa com incapacidade possa participar em todas as áreas da vida social, é uma responsabilidade coletiva da sociedade. Em um nível micro trata-se de uma ideologia de mudanças sociais e em nível macro, são demandas referentes aos direitos humanos⁽⁹⁾.

O Modelo Social propõe que quando o ambiente é favorável, ainda que existam limitações para uma pessoa, ela pode fazer uso de equipamentos de auxílio ou de estratégias diferenciadas para conseguir exercer, ou voltar a exercer, uma atividade antes realizada⁽¹⁶⁾ e as barreiras ambientais podem ser um fator modificável das desigualdades vividas⁽¹³⁾. Agrega-se à sociedade um papel importante para que o indivíduo possa ser incluído de forma efetiva⁽¹⁶⁾. Mesmo que igual limitação física ocorra em dois indivíduos, os papéis sociais desempenhados por cada um e as expectativas a eles atreladas vão ser determinantes para o reconhecimento pelas próprias pessoas e pela sociedade quanto a existência da deficiência ou não⁽¹⁷⁾. O Modelo Social, com suas propostas de igualdade, busca modificar as questões de identificação do corpo com impedimentos e sua relação com as sociedades⁽¹³⁾.

Outro ponto que este modelo traz é que, se o ambiente é receptivo e reforça as potencialidades da pessoa, e não apenas foca em suas dificuldades, a visão que o indivíduo tem de sua deficiência muda, e ele passa a percebê-la como sua própria norma⁽¹⁶⁾, sendo uma ressignificação do fato de habitar um corpo com impedimentos⁽¹³⁾. Dessa maneira, também é a pessoa, em seu contexto individual de norma, que escolherá se há demanda para qualquer tipo de apoio terapêutico ou não, exercendo, assim, sua autonomia⁽¹⁶⁾, e retirando a autoridade dos recursos curativos e corretivos antes oferecidos como única alternativa para o bem-estar e a normalização dos impedimentos⁽¹³⁾.

Uma das principais discussões que o Modelo Social fez emergir foi a necessidade de se revisar e debater sobre o vocabulário que descreve a deficiência, bem como defini-la, uma vez que não havia um consenso sobre as variações de habilidades e funcionalidades que a determinam, além do fato de que as potencialidades em executar tarefas não são homogêneas entre as pessoas⁽¹²⁾. Este modelo ganhou reforço com movimentos sociais das pessoas com deficiência que

ocorreram nas décadas de 60 e 70, tais como o “*The Union of the Physically Impaired Against Segregation*” (UPIAS), sendo que grupos como esses foram fundamentais durante o processo de revisão da “*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*” (ICIDH), principalmente para a inclusão dos Fatores Contextuais na futura classificação de funcionalidade⁽¹⁸⁾ e para uma mudança de visão que sai de uma classificação de corpos considerados “anormais”, e caminha para um estudo da relação entre o indivíduo e a sociedade⁽¹³⁾.

2.1.4 O Modelo Biopsicossocial

O final da Segunda Guerra Mundial é determinante para o nascimento de uma concepção a nível mundial de Saúde Coletiva, refletido na criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁴⁾. Em 1946, a OMS descreve no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, a definição de saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade*”, sendo esta adotada pela Conferência Sanitária Internacional em junho de 1946 e assinada em julho do mesmo ano pelos representantes de 61 Estados participantes⁽¹⁹⁾. Visava-se o início do processo de transpor a concepção biomédica dominante até então⁽²⁰⁾. Entretanto, a mudança de um paradigma, tal como o que ocorreu entre os Modelos Biomédico até o Biopsicossocial, envolve um momento de transformação na assistência à saúde e engloba aspectos histórico-social, cultural, político e tecnológico, além de um fazer em saúde que abrange o profissional e o usuário. Essas novas configurações e significações implicaram a tríade saúde-doença-cura e a díade tratar-cuidar, além de questões referentes às noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, entre outros⁽²¹⁾.

Em 1977 o Modelo Biopsicossocial é criado pelo psiquiatra George L. Engel baseado na chamada “Teoria de Sistemas”, da década de 50⁽³⁾. Engel, desde os anos de 1940, trabalhava em prol de legitimar a subespecialidade médica da psicossomática⁽²²⁾, sendo que sua proposta de modelo de saúde surge da demanda de tornar evidente que aspectos sociais e não biológicos interferiam e influenciavam em questões de saúde mental. Ao criá-lo, o autor demonstrava as fragilidades do Modelo Biomédico, bem como as demandas pela realização da assistência médica de forma mais humanizada, além da necessidade de um melhor entendimento da relação

saúde-doença⁽³⁾. Engel argumenta que para se compreender os determinantes das doenças e, assim, desenvolver tratamentos racionais e padrões de excelência nos cuidados em saúde, o modelo utilizado deve considerar o paciente, seu contexto social e o sistema complementar organizado pela sociedade, envolvendo o papel do médico e o sistema de saúde, para lidar com os efeitos da quebra da norma causados pela doença. Isso não é realizado de forma satisfatória por um Modelo Médico e requer um Modelo Biopsicossocial⁽³⁾. Para ele, um Modelo Biopsicossocial pode explicar também as diferenças entre os indivíduos que experimentam uma mesma condição como “doenças” e outros como “problemas de vida”, sejam eles de cunho emocionais, reações às circunstâncias da vida ou sintomas somáticos⁽³⁾, fenômenos estes que o Modelo Biomédico nunca conseguiu explicar.

Embora Engel não tenha fornecido uma definição formal ao Modelo Biopsicossocial, conseguiu desenhá-lo de maneira que, tanto os aspectos objetivos, quanto as nuances das doenças, que são vivenciadas subjetivamente, o integram e sua perspectiva holística é capaz de abranger a complexidade em relação à saúde e à doença na sociedade⁽²²⁾. O Modelo Biopsicossocial consegue incorporar as dimensões biomédica, psicológica (ou individual) e social⁽²³⁾, em uma tentativa de preencher lacunas que não foram contempladas nos modelos anteriores, quando se trata das pessoas que experimentam algum tipo de incapacidade referentes à identidade corporal, a personalidade e ao potencial de transformação que possuem⁽¹¹⁾. Ele expressa que os fatores psicossociais podem ter a função de facilitar, manter ou modificar o curso de uma enfermidade, ainda que haja uma variação entre seu peso quando se compara doenças diferentes, pessoas diferentes e até momentos diferentes da mesma doença que ocorreram com o mesmo indivíduo⁽²⁴⁾.

Outro diferencial do Modelo Biopsicossocial é que nele a prática do Cuidado em Saúde abrange um *continuum* de significação sobre os termos saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, indo muito além do saber-fazer científico/tecnológico, e envolvendo a subjetividade presente na escuta entre o profissional e o usuário, o que pode propiciar a emancipação do sujeito que demanda cuidado, colocando-o como figura ativa de seu processo de saúde⁽²¹⁾.

Dentro da perspectiva do Modelo Biopsicossocial, na aplicação prática do Cuidado em Saúde, existe a demanda pela solução de questões que envolvem o tipo de tecnologias em saúde (duras, leves-duras e leves) disponíveis e utilizadas em cada ponto de atenção das Linhas de Cuidado, evitando aspectos como a utilização

excessiva de tecnologias duras e subutilização de tecnologias leves, além de um desempenho restrito para o trabalho interprofissional, para que ao final e de forma humanizada e integral, as demandas dos usuários possam ser sanadas⁽²⁵⁾.

2.1.4.2 O Modelo Biopsicossocial na CIF

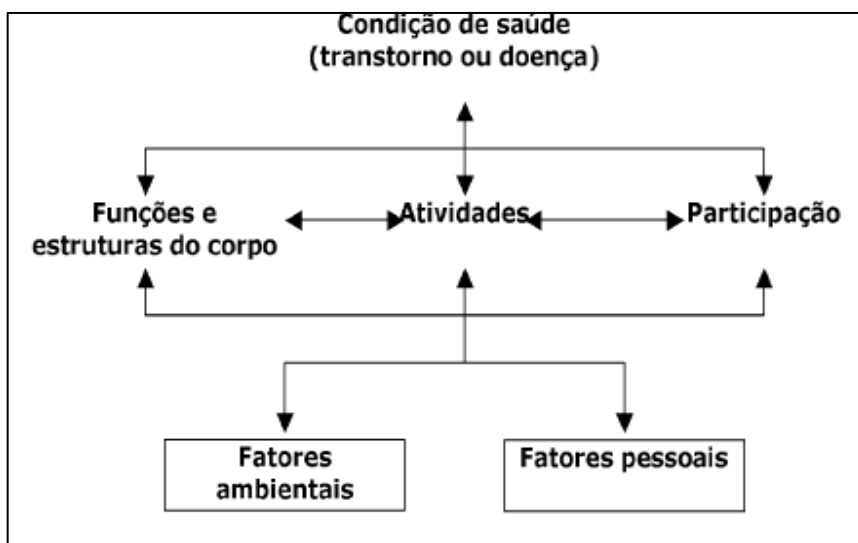
O sistema populacional humano, do qual fazem parte os processos de saúde-doença, pode ser considerado como um sistema complexo em que, de modo dialético ou coevolutivo, fatores biológicos, sociais e culturais se influenciam mutuamente. Desta forma, as atividades realizadas em um determinado nível organizacional afetam os demais níveis, e vice-versa⁽⁴⁾, o que mostra que a linearidade não é suficiente para explicar os fenômenos ligados à saúde. O Modelo Biopsicossocial conceitua, então, os efeitos biológicos, psicológicos, interpessoais e contextuais dentro da dinâmica da saúde, sendo esta afetada por cada um desses efeitos. Tais influências não são fixas, mas interagem ao longo do tempo entre si⁽²⁶⁾.

Nesse contexto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que foi estruturada pela OMS na perspectiva do Modelo Biopsicossocial, consegue trazer a dialética entre os Modelos Médico e Social, aproximando-os em uma abordagem de fato biopsicossocial, o que propicia uma visão coerente das diferentes dimensões de saúde, agregando as várias perspectivas de funcionalidade⁽⁹⁾.

Com o Modelo Biopsicossocial presente na CIF alguns paradigmas iniciam um processo de transformação. O modelo causal, linear, unidirecional, dá lugar a um modelo multidimensional e multidirecional, o que provoca um avanço do paradigma da simplicidade para o paradigma da complexidade⁽¹⁴⁾. Passa-se a ver, de fato, que uma condição de saúde pode ser expressa como deficiência, porém nem sempre quem tem uma deficiência necessariamente tem uma doença⁽⁹⁾. Outro paradigma que surge é o da instabilidade, no lugar do paradigma da previsibilidade, pois a saúde passa a ser vista como um processo, em constante transformação⁽¹⁴⁾. Para tanto, a CIF prevê, por meio do uso de qualificadores, a indicação do impacto naquele momento das deficiências, sendo que esses podem vir a sofrer alterações para mais ou para menos, com o passar do tempo e das intervenções, uma vez que se pode ter uma deficiência de caráter leve a completo, temporário ou permanente, progressivo, estável ou flutuante⁽⁹⁾.

No Modelo Biopsicossocial presente na CIF, a incapacidade e a funcionalidade são constructos complexos e dinâmicos resultados da interação entre as pessoas, englobando suas funções e estruturas corporais, as atividades que realizam e sua participação nas situações de vida, com suas condições de saúde, ou não, e com os fatores de seu contexto, englobando tanto o ambiente físico e social no qual estão inseridas, quanto as características pessoais⁽⁹⁾. Se os fatores ambientais agem de forma positiva, como facilitadores, tem-se integridade funcional, execução de tarefas e envolvimento em situações de vida, ou seja, aspectos não problemáticos ou neutros da saúde e dos estados a ela relacionados sob o termo de funcionalidade. De forma contrária, se o impacto é negativo por meio de uma barreira, tem-se as deficiências, as limitações e restrições resumidos sob o termo incapacidade⁽⁹⁾. Cada componente, ao mesmo tempo, opera sobre os outros e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos Fatores Ambientais, referentes ao meio ambiente físico e social, diferentes percepções culturais e atitudes individuais e pela disponibilidade de serviços e das legislações pertinentes⁽²³⁾, e pelos Fatores Pessoais, tais como sexo, raça, idade, nível de instrução, profissão, estilo de vida, entre outros⁽⁹⁾. Já as condições de saúde, também presentes no modelo, são classificadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID), e podem definir doenças, distúrbios, lesões, traumatismos e, até mesmo, circunstâncias como gravidez, envelhecimento, estresse, anomalia congênita ou predisposição genética⁽⁹⁾. Dessa forma se estabelece a multidimensionalidade e multidirecionalidade do Modelo Biopsicossocial na CIF (Figura 1)⁽⁹⁾.

Figura 1 – Modelo da interação entre os componentes da CIF



Fonte: CIF, 2020⁽⁹⁾

Um outro ponto importante que o Modelo Biopsicossocial na CIF apresenta é a intersubjetividade que vai de encontro à objetividade da atuação do profissional da saúde, anteriormente o detentor do saber que, a partir do seu conhecimento técnico, fornecia uma resposta prescritiva, a ser rigorosamente seguida pelo paciente para que os resultados previstos fossem alcançados. Nesta nova visão, o profissional é um colaborador e coparticipante da construção do saber e da realidade, o que fica evidente quando passa a ser classificado como elementos do processo de saúde em categorias dos Fatores Ambientais⁽¹⁴⁾.

Os aspectos da funcionalidade por meio do Modelo Biopsicossocial presente na CIF podem, ainda, orientar a inovação do Cuidado em Saúde que prevê de forma enfática a inclusão de tecnologias com custo-efetivo e, nesse sentido, podem estar relacionados às investidas na construção de sistemas de saúde que sejam direcionados à redução das iniquidades e voltados para a oferta de cuidado integral⁽²⁵⁾.

2.2 Histórico das Classificações de Saúde

2.2.1 A Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Família de Classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS)

Há relatos históricos de que o primeiro estudo estatístico de doenças, realizando análises pela causa da mortalidade, data do século XVII, tendo sido percorrido um longo caminho na estruturação de uma forma que permitisse a comparação das causas de morte entre regiões de um país e entre países⁽²⁷⁾. Somente em 1893 foi instituída a Classificação de Causas de Morte, após um trabalho internacional conjunto de revisão da chamada “Classificação de Bertillon”, para que esta pudesse ser adotada universalmente e utilizada, de fato, como fonte de informação estatística. Em 1900 esta já se encontrava em uso em grande parte do mundo, sendo instituído que passaria por revisões a cada 10 anos^(27,28), para que fossem incluídas novas doenças ou causas externas⁽²⁸⁾. Com o passar do tempo, além de conhecer as causas de morte, o interesse pelo uso da classificação se expandiu também para codificação de pacientes hospitalizados, nas consultas de ambulatório e na atenção primária, assim como para catalogar as questões de morbidade⁽²⁹⁾. Na 6ª revisão, o número de categorias foi ampliado, tanto na lista de doenças, como na de causas externas e incluído, ainda, lista de morbidade ou motivos de assistência à

saúde, sendo que em 1948 foi publicada a Classificação Internacional de Doenças (CID-6) já nessa nova versão⁽²⁷⁾.

A versão da 11ª Revisão é a mais recente e entrou em vigor em 2022. Esta propõe mudanças como um capítulo dedicado à medicina tradicional e códigos relativos à resistência antimicrobiana⁽³⁰⁾, assim como a descrição de fenômenos ocupacionais que não são condições de saúde, por exemplo o burnout⁽³¹⁾. Além disso, a “*V Supplementary section for functioning assessment*”, capítulo integrante da CID-11, deve estimular a criação de perfis de funcionalidade associados às condições de saúde, sendo que, para tanto, ela disponibiliza dois instrumentos desenvolvidos pela OMS que são baseados na CIF, o “*WHO Disability Assessment Schedule*” (WHODAS 2.0 - versão de 36 itens) e o “*Model Disability Survey*” (MDS). Além disso, ela traz também o Anexo 9 da CIF que apresenta uma lista genérica e mínima de categorias que podem ser utilizadas para se obter informações sobre a funcionalidade⁽³²⁾.

Porém, até que efetivamente a CID-11 entre em uso, sendo incorporada aos sistemas de informação, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, ou a CID-10 ainda se faz presente⁽³³⁾, tendo sido esta, entretanto, aprovada 15 anos após sua antecessora⁽²⁷⁾. Uma das críticas que se faz a CID é a ausência de um eixo de classificação definido nela, pois, em alguns capítulos este é etiológico, mas em outros é anatômico e também referente à períodos específicos da vida, como os que descrevem as questões maternas e doenças perinatais⁽²⁸⁾. Outras críticas são realizadas por usuários de especialidades, tais como cardiologia, gastroenterologia, etc, devido ao fato de que nem todas as especificações desejadas existem na classificação, demandando realizar adaptações, sendo que desta mesma forma, é visto que a CID-10 não é suficiente para atender às necessidades da atenção primária à saúde⁽²⁸⁾.

Ao longo do tempo, e do uso da CID, foi ficando evidente que ela seria insuficiente para englobar às questões relacionadas à saúde, uma vez que se tratava de uma classificação de doenças⁽²⁹⁾ e que não analisava de forma global os problemas de saúde devido ao seu foco “biologicista”⁽²⁸⁾. Outra questão era que a CID fornecia informações relevantes quanto às questões agudas apresentadas pelos pacientes, mas apresentava uma carência de informações quando o objetivo era a descrição das consequências das doenças na vida diária. Tais informações começaram a ser de grande relevância no planejamento de serviços e no fornecimento dos tratamentos e

reabilitação para àqueles com deficiências ou condições crônicas⁽³⁴⁾. Com isso, na década de 70, teve início a ideia de uma “*World Health Organization Family of International Classifications*” (WHO-FIC) ou “Família de Classificações da OMS”⁽³⁵⁾.

A WHO-FIC é um conjunto de classificações que pode ser usado de forma integrada na comparação de informações em saúde. O fato de serem endossadas internacionalmente facilitam o armazenamento, recuperação, compilação, análise e interpretação dos dados, além da comparação destes nas populações ao longo do tempo e entre populações ao mesmo tempo. A característica primordial de uma classificação é a agregação de acordo com regras lógicas, sendo esta um complemento necessário às terminologias para a codificação padronizada de informações para fins estatísticos⁽³⁵⁾. Dentre os principais objetivos da WHO-FIC estão o fornecimento de uma estrutura conceitual de domínios de informações necessárias para fins relacionados à saúde e à gestão da saúde e estabelecimento de uma linguagem comum para melhorar a comunicação, sendo que para isso elas devem basear-se em princípios científicos e taxonômicos sólidos, ser culturalmente apropriadas e aplicáveis internacionalmente, focar os aspectos multidimensionais da saúde, entre outros⁽³⁵⁾.

Quanto aos tipos, existem as chamadas Classificações de Referência que abrangem os principais parâmetros do sistema de saúde, tais como morte, doença, funcionalidade, deficiência, saúde e intervenções de saúde e que podem ser usadas como modelos para o desenvolvimento ou revisão de outras classificações. As duas de referência atualmente utilizadas para dar suporte aos dados estatísticos são a CID-10 e a CIF. Há, ainda, uma terceira classificação, a “*International Classification of Health Interventions*” (ICHI), que encontra-se em desenvolvimento⁽³⁵⁾, cuja proposta de objetivo é analisar as intervenções de saúde para fins estatísticos e financeiros, sendo incluídas intervenções em diagnóstico, cirurgia, saúde mental, atenção primária, reabilitação, medicina tradicional, saúde pública e outros⁽³⁶⁾.

Baseadas nas Classificações de Referência, são feitas as Classificações Derivadas, que podem ser desenvolvidas adotando a estrutura das primeiras, mas fornecendo detalhes adicionais ou sendo construídas por meio do rearranjo ou agregação de itens de uma ou mais Classificações de Referências, mantendo-se sempre consistentes a estas⁽³⁵⁾. Exemplos dentro da WHO-FIC de Classificações Derivadas da CID são a “*International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition*” (ICD-O-3), que realiza o registros de tumores ou câncer visando codificar o

local (topografia) e a histologia (morfologia) das neoplasias⁽³⁷⁾; a “*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*”, desenvolvida a partir do capítulo V da CID-10, que descreve diretrizes de diagnóstico e códigos para os transtornos mentais e comportamentais verificados na clínica em psiquiatria nas versões “*Diagnostic criteria for research*”⁽³⁸⁾ e “*Clinical descriptions and diagnostic guidelines*”⁽³⁹⁾; a “*International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, Third Edition*” (ICD-DA), que classifica dados referentes à doenças e condições que ocorrem, se manifestam ou estão associadas à cavidade oral e às estruturas a ela adjacentes e referentes também aos problemas dentários⁽⁴⁰⁾; a “*International Classification of Diseases to Neurology*” (ICD-10-NA), que fornece uma estrutura de códigos mais detalhados para grande parte das condições neurológicas⁽⁴¹⁾ e a “*The Startup Mortality List*” (ICD-10-SMoL), que foi elaborada a partir da CID para ser utilizada na notificação padronizada de causas de morte em locais com recursos escassos⁽⁴²⁾. Já como derivada da CIF a OMS produziu a “*International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth*” (ICF-CY)⁽⁴³⁾ que em versões posteriores da CIF, foi incorporada à sua estrutura para ampliar a cobertura e o uso desta na transição ao longo da vida⁽⁴⁴⁾.

Por último, há, ainda, as Classificações Relacionadas que descrevem aspectos importantes da saúde ou do sistema de saúde que não estavam nas Classificações de Referência ou Derivadas. Estas podem ser idealizadas por outros setores da OMS ou desenvolvidas por outras organizações, sendo realizado, ainda, um trabalho para redução de inconsistências entre essas com as Classificações de Referência⁽³⁵⁾. São exemplos de Classificações Relacionadas a “*International Classification of Primary Care, 2nd edition*” (ICPC-2), cujo objetivo é classificar os dados de pacientes e atividades desenvolvidas nas Clínica Geral/Familiar e na Atenção Básica⁽⁴⁵⁾; a “*International Classification of External Causes of Injury*” (ICECI), que tem como proposta classificar as causas externas de lesões, realizando a descrição, mensuração e monitorização destas, além de investigar às circunstâncias nas quais elas ocorreram⁽⁴⁶⁾; a “*The Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System with Defined Daily Doses*” (ATC/DDD), que tem como foco principal pesquisar sobre o emprego dos medicamentos e drogas, a fim de melhorar a qualidade de seu uso⁽⁴⁷⁾; a “*Technical aids for persons with disabilities*” (ISO 9999) que é uma classificação de assistência para pessoas com deficiência voltada para às questões de recursos técnicos⁽⁴⁸⁾; a “*International Classification for Nursing Practice*” (ICNP), que classifica

dados dos pacientes e a atividade clínica dentro do domínio da enfermagem⁽⁴⁹⁾ e a “*Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death*”, instrumento criado pela OMS para realização de autópsias verbais para todas as faixas etárias e também mortes causadas por lesões⁽⁵⁰⁾.

2.2.2 A International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)

A década de 70 e, mais precisamente, o ano de 1972 marca também o início da busca da OMS por abordar as consequências das doenças, sendo que em pouco tempo foi verificada a demanda por uma abordagem de maior abrangência que deveria distinguir entre as deficiências e sua importância, além de suas consequências funcionais e sociais. Diante disso, houve a necessidade de um número maior de classificações, ou dígitos, que, embora paralelas, fossem distintas, contrastando com a CID em que há, apenas, um campo de dígito⁽⁹⁾. Após discussões entre vários grupos, as classificações separadas para deficiências e limitações, foram submetidas a considerações em 1975 durante a Conferência Internacional para a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças, sendo recomendada sua publicação em caráter experimental, o que foi aprovado em maio de 1976 na 29ª Assembleia Mundial de Saúde⁽⁹⁾.

Em 1980 é, então, publicada a “*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*” (ICIDH) como um complemento à CID⁽⁹⁾. E no ano de 1989 é publicada com o nome de “Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens [Handicaps]” (CIDID) a versão em português da ICIDH pelo Secretariado Nacional de Reabilitação (SNR) do Ministério do Emprego e da Segurança Social de Portugal⁽⁵¹⁾. Esta classificação tinha na construção de sua base teórica a diferenciação entre três componentes relacionados às doenças e condições de saúde, na sequência linear Doença (desordens de caráter orgânico) → Deficiência (perda de estruturas ou de funções em nível orgânico) → Incapacidade (restrição ou perda nas habilidades de realização das atividades) → Desvantagem (adaptação realizada pelo indivíduo diante de sua situação)⁽⁵¹⁾.

Em 1993 a ICIDH é revisada, sendo conhecida como a ICIDH-2, com os objetivos de se tornar mais simples no papel de descrição das consequências das condições de saúde, e útil na prática durante a identificação das necessidades de

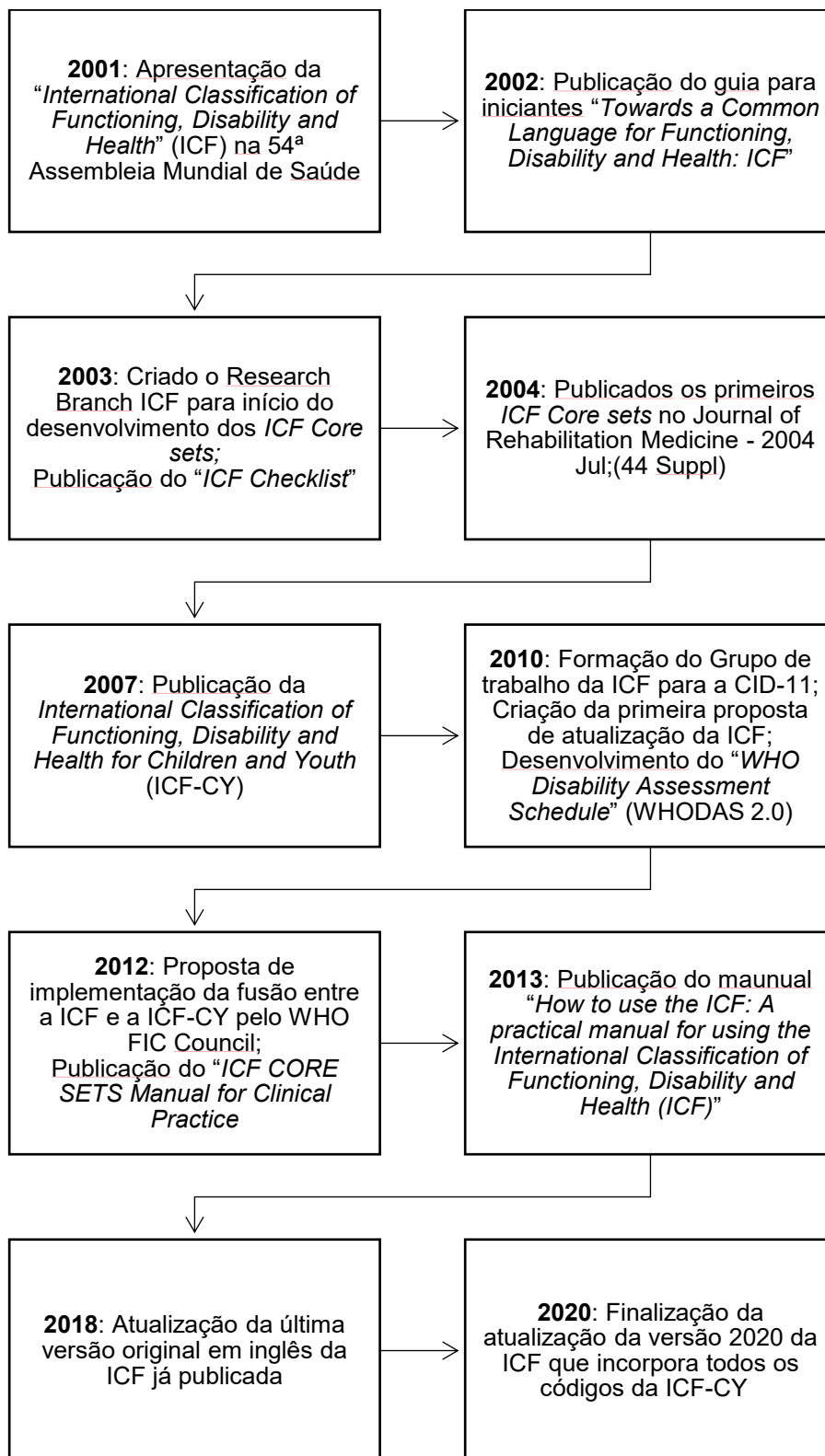
assistência médica e elaboração dos programas de intervenção. Visava-se, ainda, que ela propiciasse uma visão coerente dos processos envolvidos nas condições de saúde, de formas que a incapacidade pudesse ser objetivamente avaliada⁽⁹⁾. Outras questões levantadas durante o processo de revisão foram as críticas diante da unidirecionalidade do modelo, indo da deficiência para incapacidade e para limitação, a falta de possibilidade do registro de mudanças ao longo do tempo, além da demanda pela inclusão de fatores contextuais, externos – ambientais, e internos – pessoais⁽⁹⁾.

Esta última surge de discussões envolvendo o Modelo Social da deficiência, reforçando que o foco das intervenções baseadas na classificação era restrito à medicalização e individualização deste processo, sem que houvesse atuações nos níveis de políticas, organização social e no meio ambiente em que as pessoas com deficiência vivem. Tal demanda torna-se tão importante que, a partir de 1995 a OMS inclui no processo de revisão da ICIDH-2 o “*Environmental Task Force*” (ETF), um grupo constituído por especialistas cujo conhecimento abrangia as áreas de fatores ambientais e deficiência e que realizou, tanto o esboço da sessão dos Fatores Ambientais, quanto escreveu outros documentos para destacar seu papel e a necessidade de incluí-los na nova classificação⁽¹⁸⁾.

Versões preliminares Beta-1 e Beta-2 da ICIDH-2 foram elaboradas, discutidas e submetidas a testes de campo entre os anos de 1997 e 2000, sendo estes últimos realizados com a participação de vários países membros da OMS e integrando outras áreas além da saúde, tais como previdência social, trabalho, educação. Após outras reuniões e revisões, a versão pré-final da ICIDH-2 foi apresentada em janeiro de 2001 ao Comitê Executivo da OMS e a versão final da ICIDH-2 foi apresentada e aprovada, por meio da resolução WHA 54.21 de 22 de maio de 2001, na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, já com o título de “*International Classification of Functioning, Disability and Health*” (ICF)^(9,52).

2.2.3 Os 20 anos de criação da *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*

Figura 2 – Linha do tempo sobre os 20 anos de percurso da ICF



Fonte: World Health Organization, 2001⁽⁵²⁾

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

A “*International Classification of Functioning, Disability and Health*” (ICF) teve sua versão em português realizada pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família das Classificações Internacionais em Português, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e foi estruturada a partir da publicada para uso internacional, por meio da resolução WHA 54.21. A primeira versão da chamada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como é conhecida em português, teve sua primeira edição publicada no Brasil no ano de 2003, a primeira reimpressão em 2008, a segunda em 2015 e a terceira, e mais recente reimpressão, em 2020⁽⁹⁾.

O objetivo geral da CIF é “*estabelecer uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde*”. Já seus objetivos específicos são:

- a) “*proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde, de seus determinantes e efeitos*”;
- b) “*estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação entre diferentes usuários como profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores de políticas públicas e o público, incluindo pessoas com incapacidades*”;
- c) “*permitir comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo*”;
- d) “*fornecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde*”⁽⁹⁾.

Dentre suas aplicações, a CIF pode ser utilizada como ferramenta estatística, de pesquisa, clínica, de política social e pedagógica, devendo ser utilizada não apenas pela área da saúde, mas por outros setores tais como a previdência social, trabalho, educação, economia, desenvolvimento de legislação e modificação ambiental, etc. Ela tem aplicação universal, ou seja, pode ser utilizada para descrever a saúde e os estados a ela relacionados de todas as pessoas e não somente daquelas com incapacidades⁽⁹⁾.

A CIF é dividida em duas partes, sendo que cada parte tem dois componentes:

- Parte 1: Componentes da Funcionalidade e Incapacidade, que engloba:
 - a) Funções e Estruturas do Corpo, em que as Funções do Corpo são “*funções fisiológicas dos sistemas corporais*” e as Estruturas do Corpo referem-se as “*partes anatómicas do corpo, como órgãos e membros*”;
 - b) Atividades e Participação, que designam a “*execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo*” e o “*ato de se envolver em uma situação vital*” respectivamente.
- Parte 2: Componentes dos Fatores Contextuais, que abrange:
 - c) Fatores Ambientais, que constituem o “*ambiente físico social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida, sendo externos aos indivíduos*”;
 - d) Fatores Pessoais, que se referem ao “*histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características que não são parte de uma condição de saúde ou estados de saúde*”⁽⁹⁾.

Cada componente da CIF abrange vários domínios e cada domínio é construído por categorias, que são as unidades de classificação utilizadas para descrever a situação de uma pessoa. Cada componente pode também ser expresso em termos positivos ou negativos (Quadro 1)⁽⁹⁾:

Quadro 1 – Uma visão geral da CIF

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Fatores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Domínios	- Funções do Corpo - Estruturas do Corpo	Áreas da vida (tarefas, ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	- Mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) - Mudanças nas estruturas corporais (anatômicas)	- Capacidade: execução de tarefas em um ambiente-padrão - Desempenho: execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e de atitudes	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspecto Positivo	Integridade funcional e estrutural	Atividades e Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspecto Negativo	Deficiência	- Limitação da atividade - Restrição de Participação	Barreiras/Obstáculos	Não aplicável
	Incapacidade			

Fonte: CIF, 2020⁽⁹⁾

De acordo com sua estrutura, a CIF define também os termos de⁽⁹⁾:

- Funcionalidade como um termo positivo e que *“abrange todas as funções do corpo, atividades e participação”*;
- Incapacidade como termo negativo, referente às *“deficiências, limitações de atividade ou restrição na participação”*;
- Deficiências como *“problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio importante ou uma perda”*, não sendo iguais à doença de base;
- Limitações de Atividade como as *“dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades”*;
- Restrições de Participação retratados como os *“problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento nas situações de vida”*;
- Facilitadores como *“Fatores Ambientais que, por meio de sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa”*;
- Barreiras como *“Fatores Ambientais que, por meio de sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam a incapacidade”*.

Para classificar, a CIF utiliza um sistema alfanumérico em que a letra “b”, do inglês “*body*”, se refere às Funções do Corpo, o “s”, do inglês “*structure*” denota às Estruturas do Corpo, a letra “d”, do inglês “*domain*”, reporta às Atividades e Participação e o “e”, do inglês “*environment*”, descreve os Fatores Ambientais. Às letras de cada componente segue-se um código numérico iniciado com o número do capítulo ao qual faz parte (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e pelo terceiro e quarto nível (um dígito cada), estabelecendo níveis de hierarquia, quando existentes, em que categorias mais amplas incluem subcategorias que detalham aspectos da anterior⁽⁹⁾.

Para que sejam obtidos os códigos da CIF, às categorias é acrescido um qualificador, indicativo da magnitude do nível de saúde, sendo codificados com um ou mais números, após um ponto ou separador. Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais têm a mesma escala genérica de qualificador, sendo que a determinação de que se trata de uma deficiência, limitação, restrição, barreira ou facilitador, dependerá do componente que está sendo analisado (Quadro 2)⁽⁹⁾.

Quadro 2 – Qualificadores conforme cada componente

Componentes	Primeiro Qualificador	Segundo Qualificador	Terceiro Qualificador
Funções do Corpo (b)	- Qualificador genérico com a escala negativa, utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência; - Obrigatório .0 = NENHUMA deficiência (nenhuma, ausente, escassa) – 0-4% .1 = Deficiência LEVE (leve, baixa) – 5-24% .2 = Deficiência MODERADA (média, regular) – 25-49% .3 = Deficiência GRAVE (elevada, extrema) – 50-95% .4 = Deficiência COMPLETA (total) – 96-100% .8 = Não especificadas .9 = Não aplicável	Nenhum	Nenhum
Estruturas do Corpo (s)	- Qualificador genérico com a escala negativa, utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência; - Obrigatório .0 = NENHUMA deficiência (nenhuma, ausente, escassa) – 0-4% .1 = Deficiência LEVE (leve, baixa) – 5-24% .2 = Deficiência MODERADA (média, regular) – 25-49% .3 = Deficiência GRAVE (alta, extrema) – 50-95% .4 = Deficiência COMPLETA (total) – 96-100% .8 = Não especificadas .9 = Não aplicável	- Utilizado para indicar a natureza da mudança na estrutura corporal específica; - Obrigatório 0 = Nenhuma mudança na estrutura 1 = Ausência Total 2 = Ausência Parcial 3 = Parte Adicional 4 = Dimensões Aberrantes 5 = Descontinuidade 6 = Posição Desviada 7 = Mudanças Qualitativas na Estrutura, incluindo acúmulo de fluido 8 = Não especificadas 9 = Não aplicável	- Utilizado para indicar a localização da mudança na estrutura corporal específica; - Sugerido 0 = Mais de uma região 1 = Direita 2 = Esquerda 3 = Ambos os lados 4 = Parte dianteira 5 = Parte traseira 6 = Proximal 7 = Distal 8 = Não especificadas 9 = Não aplicável

Quadro 2 – Qualificadores conforme cada componente (cont.)

Componentes	Primeiro Qualificador	Segundo Qualificador	Terceiro Qualificador
Atividades e Participação (d)	- Desempenho; - Qualificador genérico; - Problema no ambiente habitual da pessoa; - Obrigatório .0 = NENHUMA dificuldade (nenhuma, ausente, escassa) – 0-4% .1 = Dificuldade LEVE (ligeira, baixa) – 5-24% .2 = Dificuldade MODERADA (média, regular) – 25-49% .3 = Dificuldade GRAVE (alta, extrema) – 50-95% .4 = Dificuldade COMPLETA (total) – 96-100% .8 = Não especificada .9 = Não aplicável	- Capacidade; - Qualificador genérico; - Limitação sem ajuda - Obrigatório .0 = NENHUMA dificuldade (nenhuma, ausente, escassa) – 0-4% .1 = Dificuldade LEVE (ligeira, baixa) – 5-24% .2 = Dificuldade MODERADA (média, regular) – 25-49% .3 = Dificuldade GRAVE (alta, extrema) – 50-95% .4 = Dificuldade COMPLETA (total) – 96-100% .8 = Não especificada .9 = Não aplicável	Nenhum
Fatores Ambientais (e)	- Qualificador genérico com escala negativa e positiva para indicar a extensão das barreiras e facilitadores respectivamente; - Obrigatório .0 = NENHUMA barreira (nenhuma, ausente, escassa) – 0-4% .1 = Barreira LEVE (leve, baixa) – 5-24% .2 = Barreira MODERADA (média, regular) – 25-49% .3 = Barreira GRAVE (alta, extrema) – 50-95% .4 = Barreira COMPLETA (total) – 96-100% .8 = Barreira não especificada .9 = Não aplicável +0 = NENHUM Facilitador (nenhuma, ausente, escasso) – 0-4% +1 = Facilitador LEVE (leve, baixo) – 5-24% +2 = Facilitador MODERADO (médio, regular) – 25-49% +3 = Facilitador CONSIDERÁVEL (alto, extremo) – 50-95% +4 = Facilitador COMPLETO (total) – 96-100% +8 = Facilitador não especificado	Nenhum	Nenhum

Fonte: CIF, 2020⁽⁹⁾

Os Fatores Pessoais, que incluem sexo, raça, idade, hábitos, estilo de vida, formas de enfrentamento, nível de instrução, profissão, comportamento, caráter, entre

outras características, não são classificados atualmente na CIF, dado a sua grande variabilidade⁽⁹⁾, ainda que alguns itens que podem ser considerados de cunho pessoal sejam encontrados em outros componentes, como b126 – Funções do temperamento e b1301 – Motivação⁽⁵³⁾. Outros fatores que podem ser considerados de caráter pessoal são classificados por organizações estatísticas nacionais e internacionais⁽⁵³⁾.

Já as condições de saúde, que podem incluir doenças de caráter agudo ou crônico, além de lesões, ou também circunstâncias como gravidez, envelhecimento, estresses, anomalias congênitas ou predisposição genética, são classificadas pela CID-10 e não pela CIF. Porém, como uma fornece informações sobre o diagnóstico e a outra sobre a funcionalidade, é possível ter uma descrição mais ampla com o uso de ambas, sendo CIF e CID consideradas complementares⁽⁹⁾.

2.3 O uso e aplicação da CIF

Mesmo após o longo caminho percorrido desde o início da transformação de paradigmas do Modelo Biomédico até a chegada ao Modelo Biopsicossocial na CIF, o emprego prático da classificação de funcionalidade não se deu de forma instantânea. Muito foi, e ainda é, necessário para que seu uso e aplicação sejam, de fato, integrados aos processos estatísticos, de pesquisa, como ferramenta clínica, de política social e pedagógica, tal como ela se propõe⁽⁹⁾.

Para tanto, um arcabouço de legislações, internacionalmente e, posteriormente, no Brasil, foi estruturado de forma a ressaltar a importância da classificação nos contextos de saúde, assistência social, política e nos demais em que ela se insere. Outras formas de trazê-la mais próxima à prática, viabilizando seu emprego e ressaltando a importância do olhar sob a funcionalidade do indivíduo, consistiram no desenvolvimento de instrumentos que podem ser considerados por muitos como mais tangíveis ao uso, tais como os *Core sets*⁽⁵⁴⁾, o WHODAS⁽⁵⁵⁾, o *Checklist* da ICF⁽⁵⁶⁾ e o MDS⁽⁵⁷⁾.

Dessa forma, vê-se na literatura a descrição de algumas experiências exitosas, mas que demonstram o percurso que pode e deve ser ainda percorrido, até que a utilização da CIF seja, de fato, consolidada. Faz-se, então, importante ressaltar neste Referencial Teórico, além dos aspectos legais, algumas propostas de aplicação da classificação que exemplificam seu uso na assistência, na pesquisa e como integrante no processo de formação profissional.

2.3.1 Endosso legal ao uso da CIF e outras legislações

Em 22 de maio de 2001 foi apresentada e aprovada na 54^a Assembleia Mundial de Saúde, ou “*Fifty-Fourth World Health Assembly*” (WHA 54.21), a “*International Classification of Functioning, Disability and Health*” (ICF) que descrevia em seus termos:

“1. ENDOSSA a segunda edição da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), com o título Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, doravante designada CIF; 2. URGE os países-membros a utilizar a CIF em sua pesquisa, vigilância e notificação como apropriado, levando em consideração as situações específicas dos países-membros e, em particular, em vista de revisões futuras possíveis; 3. SOLICITA ao diretor-geral fornecer apoio aos países-membros, se solicitado, para a utilização da CIF” (9,52,58).

Todos os 191 Estados Membros da OMS foram signatários à aprovação da ICF nesta resolução, sendo que, no Brasil, outras legislações também foram influenciadas, ou mesmo tiveram como base o Modelo Biopsicossocial e a CIF⁽⁹⁾, de forma a reforçar a relevância desta para a sociedade brasileira.

No ano de 2007, durante a 13^a Conferência Nacional de Saúde, houve a aprovação da proposta de nº 144 integrante do Eixo II – Inéditas, que descreve a “*Elaboração e implantação da Política Nacional de Saúde Funcional, transversal a todas as políticas de saúde em seus diversos níveis e, em especial, nas áreas que envolvem a saúde do trabalhador, da pessoa idosa, da pessoa com deficiência, do escolar, da mulher, do homem e nos demais ciclos de vida, garantindo a interdisciplinaridade e a atuação multiprofissional*”⁽⁵⁹⁾. Tal política pode viabilizar o desenho dos perfis de funcionalidade e incapacidade da população brasileira, uma vez que tem como base os conceitos de saúde da OMS e de funcionalidade da CIF⁽⁹⁾, além de reduzir os prejuízos à seguridade social, com ações de promoção de saúde funcional, e melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de um baixo custo agregado, uma vez que suas ações incluiriam a atuação de profissionais específicos, o uso de tecnologia leve e a máxima ênfase na atenção básica⁽⁶⁰⁾. Durante quase quinze anos, não houve avanços quanto a este tema, porém em 2021, o Projeto de Lei 1673/21, cujo objetivo é o de instituir a Política Nacional de Saúde Funcional baseada na CIF, foi encaminhado para a análise pela câmara dos deputados. Este ressalta os princípios da transversalidade, visibilidade e sustentabilidade, além da defesa do uso

da CIF, uma vez que a CID é insuficiente quando se trata da classificação da situação de funcionalidade da população, dificultando o planejamento e a organização de ações que sejam resolutivas nos serviços de saúde⁽⁶¹⁾. Torna-se necessária, agora, a análise das comissões de Seguridade Social e Família, de Constituição de Justiça e de Cidadania⁽⁶²⁾.

Também em 2007, tem-se um marco que é a determinação do uso da CIF⁽⁹⁾ para avaliação das deficiências com objetivo de conceder o Benefício de Prestação Continuada (BPC), da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), para idosos com 65 anos ou mais e deficientes de qualquer idade que não possam prover seu sustento, assim como suas famílias⁽⁶³⁾. Após processos de ajustes dos instrumentos de avaliação e da publicação da portaria de instituição destes em 2009, os dois documentos disponíveis (um para menores de 16 anos, e um para àqueles com 16 anos ou mais) contemplam os componentes de Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. A avaliação é realizada pelo assistente social, que é responsável por cinco domínios dos Fatores Ambientais e quatro das Atividades e Participação, em conjunto ao perito médico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que registra os diagnósticos principal e secundários, obtidos com a CID-10, e é responsável por avaliar domínios das Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação⁽⁶⁴⁾. Com toda certeza, trata-se de um ganho imensurável para as pessoas com deficiência que têm a possibilidade de ter suas condições de saúde classificadas para além, apenas, do código da CID-10.

Em abril de 2012, a Portaria do Ministério da Saúde de nº 793 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, sendo a CIF⁽⁹⁾ citada como uma das premissas a ela consideradas⁽⁶⁵⁾. Seguida a esta, a Portaria do Ministério da Saúde de nº 835 determina os incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e também considera a CIF em seus antecedentes, bem como descreve a demanda de estrutura física e funcional e da presença de equipe multiprofissional qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada para pessoas com deficiência, sendo minimamente formada por médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiro⁽⁶⁶⁾.

Já em maio de 2012, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou a Resolução 452 determinando o uso da CIF no âmbito do SUS, inclusive na Saúde

Suplementar. Dentre as recomendações estão a utilização da CIF *“nas investigações para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais (estruturais e atitudinais) na saúde dos indivíduos”, “como uma ferramenta estatística na coleta e registro de dados (em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão)”, “como ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado”, “como ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde” e “como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana”*⁽⁶⁷⁾. Contudo, assim como no caso da Política Nacional de Saúde Funcional, a presença da CIF⁽⁹⁾ nos serviços e na prática assistencial, mesmo no âmbito do SUS ainda é escassa.

O ano de 2014 marca a publicação da Portaria Interministerial nº 1, que aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência e descreve que a avaliação funcional, para efeito de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência, será realizada tendo como base o conceito de funcionalidade disposto na CIF e mediante a aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para Fins de Aposentadoria – IFBrA⁽⁶⁸⁾.

E em 2015, é instituída a Lei nº 13.146/2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI - Estatuto da Pessoa com Deficiência) que descreve em seu Artigo 2º que

“Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:
I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
III - a limitação no desempenho de atividades; e
IV - a restrição de participação.”⁽⁶⁹⁾

Um artigo de 2016 que teve como objetivo realizar uma análise documental do marco legislativo brasileiro sobre as políticas para as pessoas com deficiência, utilizou como base a CIF⁽⁹⁾; a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas; a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015, a LBI; Lei n.º 8.742, de 1993, a LOAS; Lei Complementar n.º 142, de 2013, sobre aposentadoria das pessoas com

deficiência do RGPS; Decreto de 26 de setembro de 2007; Decreto de 27 de abril de 2016; Decreto n.º 6.214 de 26 de setembro de 2007; Decreto no 8.145, de 3 de dezembro de 2013, que regulamenta a aposentadoria da LC n.º 142; e Portarias Interministeriais do INSS e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Ele teve como enfoque os desafios em avaliar e classificar a deficiência na perspectiva da funcionalidade, como restrição de participação social, sendo verificado o alto impacto que a compreensão do papel das barreiras e dos Fatores Ambientais exerce neste processo, uma vez que a avaliação de ambos é o que viabiliza a descrição da deficiência dentro da esfera da promoção da justiça social e da igualdade e não exclusivamente voltada aos avanços na área da medicina. Tais achados demonstram sobre a relevância de trabalhar com estratégias que aperfeiçoem a forma de avaliar as barreiras e o seu impacto na dinâmica da autonomia das pessoas com deficiência⁽⁷⁰⁾.

Diante do exposto, verifica-se que para analisar as dificuldades de um indivíduo, é necessário considerar o comprometimento potencial ao nível do corpo, ou de parte dele, e também verificar as limitações de atividade e restrições à participação que ocorrem dentro de um contexto social⁽⁷¹⁾. Isso demanda não apenas a teoria, mas a prática e o embasamento legal para fortalecer a perspectiva do Modelo Biopsicossocial presente na CIF⁽⁹⁾.

2.3.2 CIF na prática clínica/assistencial

Paralelamente a esta construção do fomento legal da CIF⁽⁹⁾, seu uso na prática assistencial pelos profissionais de saúde passou a ser temática frequente na literatura nacional e internacional, principalmente nos últimos cinco anos.

Estudo publicado em 2016 descreveu sobre a experiência de um grupo de profissionais trabalhadores da Rede de Reabilitação SUS de Belo Horizonte que participaram de uma capacitação para reorientação do modelo assistencial com base na CIF, tendo o foco do cuidado na funcionalidade e visando a integralidade da atenção. Os profissionais descreveram melhora na comunicação entre serviços como o Centro de Reabilitação (CREAB) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) após a capacitação, mas pontuaram como dificultador o compartilhamento da visão com enfoque na funcionalidade com outros profissionais que tem uma visão biomédica⁽⁷²⁾. Neste estudo é citado sobre o Protocolo de Levantamento de Problemas

em Reabilitação (PLPR), que foi desenvolvido baseado na CIF e que tem como objetivo a coleta de informações no primeiro contato, ou acolhimento, de pacientes adultos nos serviços de reabilitação ao longo de toda a rede⁽⁷³⁾, sendo descrito pelos profissionais que sua implementação ajudaria na operacionalização do Modelo Biopsicossocial presente na CIF nos serviços de reabilitação⁽⁷²⁾.

Um artigo internacional de revisão de literatura da área de Fisioterapia, por sua vez, propôs a realização de uma sequência didática para elaboração do diagnóstico de acordo com a CIF e tendo como base uma análise das funções e alterações do movimento na perspectiva biopsicossocial, visando facilitar sua apropriação nos momentos da assistência. Para tanto, foram descritos cinco passos que envolvem desde a coleta dos dados pessoais do paciente, passando pelo diagnóstico descrito pela CID, indo para a definição das áreas de intervenção, de acordo com os sistemas corporais que estão direta e indiretamente envolvidos, chegando à realização da codificação de acordo com os critérios CIF, utilizando as categorias dos componentes e o qualificador, e finalizando com a elaboração do diagnóstico fisioterapêutico. Tal proposta objetiva a unificação dos critérios para o conhecimento da condição funcional dos pacientes, possibilitando a tomada de decisão no exercício profissional, assim como o desenvolvimento do plano terapêutico⁽⁷⁴⁾.

Em 2018 um artigo abordou sobre a possibilidade do uso da CIF, como uma estratégia de baixo custo e longo prazo, dentro do contexto assistencial de promoção à saúde, como uma forma de atender a dois dos objetivos específicos da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)⁽⁷⁵⁾. O primeiro relacionado à promoção de empoderamento e autonomia de sujeitos e coletividades e o segundo quanto a capacitação e compreensão da concepção de saúde e ampliação de sua definição junto aos trabalhadores da saúde. É descrito que dentro do processo de avaliação biopsicossocial deve-se considerar a percepção dos indivíduos, principalmente no que se refere às Atividades e Participação e aos Fatores Ambientais, sendo esta uma forma de envolver os sujeitos, com o objetivo de ampliar os aspectos de corresponsabilidade e autonomia, além do conhecimento da concepção ampliada de saúde. Além disso que, dentro do modelo descrito na CIF pode-se propiciar o desenvolvimento de estratégias preventivas, que são também o intuito da PNPS⁽⁷⁶⁾.

Já o uso da CIF para viabilizar uma linguagem comum dentro do contexto de assistência interdisciplinar, além da integralidade do cuidado, saindo da fragmentação

profissional, também foi abordado em estudo de 2017, que resgatou pesquisas anteriores com tal temática, bem como relatos de experiências em serviços nos quais foi realizada a implantação de tal prática. Como conclusões, o estudo abordou a necessidade de uma comunicação interprofissional que seja mais efetiva, além do fato de que o aumento dos estudos e relatos do uso da CIF em contexto interdisciplinar sugere que seu emprego tem sido tentado, possibilitando formas de problematizar os planos de cuidado a serem realizados⁽⁷⁷⁾.

Uma das experiências mais recentes relatadas na literatura é a da descrição do processo de operacionalização para sistematização e incorporação da CIF em um Centro Especializado em Reabilitação no estado de São Paulo. Neste serviço, integrante do SUS, trabalha uma equipe multidisciplinar composta por 26 profissionais das áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e Assistência Social e são atendidos usuários adultos, com questões neurológicas, distúrbios de origem musculoesquelética, tais como Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), além de crianças em idade escolar com distúrbio de aprendizagem. O processo de implementação da CIF ocorreu em quatro etapas que incluíram: a capacitação para o uso da classificação, a construção de *checklists* adequados às demandas do serviço e de acordo com cada setor, associando os principais aspectos de cada área com as categorias da CIF, a aplicação desses *checklists*, com os qualificadores, na avaliação inicial e reavaliação dos usuários e, por último, a criação de um banco com os dados coletados. Como resultados, seis *checklists* foram produzidos, sendo três por área (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia), dentro da Assistência Domiciliar, um comum ao atendimento ambulatorial de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; um para a Equipe Multidisciplinar em Neurologia (Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia), e um para o Setor de Fonoaudiologia Infantil. Na análise quanto à mudança nos qualificadores na avaliação inicial e reavaliação foi verificada melhora nos indicadores para todos os setores do serviço. Foi verificado que a etapa da capacitação da equipe foi fundamental para viabilizar a compreensão da estrutura da CIF e a importância de seu modelo conceitual, bem como para que os profissionais se colocassem abertos ao processo de implementação da classificação. Outro motivo foi também a possibilidade da construção dos *checklists* pelos próprios profissionais, de acordo com a realidade dos serviços e suas necessidades. Como limitações, as autoras apontaram a necessidade de revisar os *checklists*, principalmente aqueles em que

categorias com qualificador .9 – não se aplica, estiveram presentes, a demanda de investigar sobre a prevalência do qualificador neutro (0) para os Fatores Ambientais, ainda que estes exerçam grande importância nos processos de reabilitação, e a descrição de dificuldade dos profissionais quanto ao uso dos qualificadores. Entretanto, vislumbrou-se a possibilidade da produção de indicadores de resolutividade da assistência, que podem contribuir para o estabelecimento de metas no plano de reabilitação dos usuários⁽⁷⁸⁾.

Ainda sobre a mesma experiência acima referida, outra publicação, mais voltada para às questões de gestão em serviços de saúde, destacou que a supracitada proposta de operacionalização da CIF viabilizou o olhar para as necessidades de informação do serviço na tomada de decisão, quanto aos níveis de incapacidade para a vida independente e participativa dos usuários, e que seus resultados revelaram as demandas do serviço. Além disso, o uso dos *checklists* viabilizou um acompanhamento longitudinal dos usuários, o que produziu dados importantes para análise da evolução nos processos terapêuticos em uma abordagem biopsicossocial. Outro ponto citado é que os profissionais da equipe puderam visualizar a possibilidade do uso da CIF na prática assistencial e a possibilidade de identificar, de fato, aspectos referentes ao desempenho e a capacidade do usuário, bem como quais são os efeitos desses na participação, nas várias situações da vida. A implementação da classificação mostrou também o potencial de produzir indicadores para permitir o acesso aos serviços, facilitar a seleção de estratégias para qualificação do trabalho e contribuir para uma melhor comunicação entre a equipe e em rede. Os desafios levantados quanto à incorporação da CIF se associaram à demanda de integrar os sistemas informatizados já existentes, a não informatização do próprio serviço, à falta de recursos, principalmente tecnológicos, à demanda de uma maior apropriação da CIF, especialmente quanto as questões conceituais, pelos profissionais, a carga de trabalho, o excesso de planilhas e questões relacionadas a organização e planejamento e a gestão do serviço⁽⁷⁹⁾.

Em todos os estudos descritos, os resultados demonstram o quanto a assistência precisa estar alinhada à gestão para que a implementação da CIF ⁽⁹⁾, bem como de uma prática construída nos moldes do Modelo Biopsicossocial, ocorra de forma efetiva.

2.3.3 CIF e o ensino

Uma das formas mais efetivas de difundir a CIF⁽⁹⁾ e as premissas do Modelo Biopsicossocial seria a inclusão de ambos dentro dos currículos de formação profissional dos cursos da área da saúde e de profissões que se interrelacionam diretamente, como o Serviço Social e até mesmo o Direito, devido aos problemas jurídicos que podem envolver questões referentes à benefícios e legislações pertinentes. Conseguir isso demanda reestruturar os currículos nos cursos, adotar metodologias para promover uma formação mais crítica durante o processo de ensino⁽⁸⁰⁾, incluindo o amadurecimento das competências para lidar com a dimensão subjetiva do ser humano⁽⁸¹⁾. Além disso, envolve trabalhar com políticas de educação permanente⁽⁸⁰⁾, pois é importante a reciclagem dos conhecimentos de quem já se formou e teve o conteúdo na graduação, mas também é fundamental fornecer o aprendizado a quem não o recebeu.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição publicadas em 2001 descrevem que o profissional formado em Enfermagem deve ser capaz de identificar as dimensões biopsicossociais e atuar como promotor da saúde integral do indivíduo. No caso das orientações para a graduação em Medicina, o item de “*Conhecimento, Competências e Habilidades Específicas*” pontua que o médico formado deve “*dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza bio-psico-socio-ambiental subjacentes à prática médica*”, bem como refere que a estrutura do curso de Medicina deverá “*promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais*”⁽⁸²⁾. Vê-se que, até mesmo pelo ano de publicação que coincide com o da criação da CIF, a classificação não é citada, porém que o olhar para além do corpo somente, abordando aspectos psíquicos e sociais, já é orientado para ambas as formações profissionais.

Quanto a Fonoaudiologia, em 2002, por meio da Resolução CNE/CES 5, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação na área, sendo que, de maneira semelhante, ainda nada sobre a CIF ⁽⁹⁾ é citado. Porém, no Artigo 5º, que fala sobre as competências e habilidades do profissional, entre outras premissas, cita sobre a atuação profissional visando garantir a integralidade da assistência⁽⁸³⁾. Já em 2018, a Resolução Nº 610 aprovou o Parecer Técnico nº

454/2018, que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Bacharelado em Fonoaudiologia, devido a demanda de mudanças na formação profissional. Esta descreve em seu Artigo 22 do Capítulo 5 - Das Competências Específicas do Fonoaudiólogo que “*A classificação internacional de funcionalidade (CIF), recomendada pela Organização Mundial de Saúde, deve estar contemplada de forma transversal no PPC*”, ou seja, presente no projeto pedagógico de curso⁽⁸⁴⁾.

Até mesmo na formação em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, duas áreas que já tem a CIF⁽⁹⁾ mais presente em sua prática, ainda há demandas para um ensino mais assertivo da classificação. Em pesquisa de 2018 realizada com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais cadastrados no estado de Minas Gerais, dentre os 1.313 que participaram, a maioria dos profissionais (72%) responderam que conheciam a classificação, porém 71% demonstraram não ter familiaridade com esta. Apenas a metade da amostra (50%) referiu ter tido o primeiro contato com a CIF durante a graduação e 28% dos profissionais referiram não ter tido nenhum tipo de contato com a CIF em momento algum de sua formação ou exercício profissional, ainda que 53% tenham afirmado possuir também curso de especialização. Os autores descrevem como possibilidades a tal resultado que parte dos profissionais que responderam ao questionário poderiam ser formados antes de 2001, ou que não houve por eles a busca para formação continuada e que, ainda, para aqueles que buscaram, que não foi fornecido o conhecimento sobre a CIF⁽⁸⁵⁾.

Observa-se que existe um movimento, ainda que lento, para incorporação das premissas de uma visão mais integral do paciente durante a graduação dos cursos na área da saúde. Uma vez que, não apenas o SUS, mas também a saúde suplementar devem utilizar a CIF⁽⁶⁷⁾, para que o Modelo Biopsicossocial se efetive em ações e práticas, é imprescindível que mudanças nos currículos dos cursos e na formação dos profissionais de saúde, bem como daqueles que já estão na prática, ocorram para, de fato, viabilizar o uso da classificação de funcionalidade na prática assistencial, pois sem modificações na formação, qualquer tentativa de reforma do Modelo Biomédico será falha⁽⁸¹⁾.

2.3.4 CIF na pesquisa

O uso da CIF na pesquisa, principalmente na caracterização de pacientes acompanhados em locais específicos ou com determinadas condições de saúde, já se encontra mais estabelecido na literatura. Porém existem pesquisas ou artigos que cujo foco é o estudo da classificação de funcionalidade em si e em conjunto a outros fatores relevantes.

Um artigo publicado em 2007 levantou a questão de que não havia uma definição única e apropriada do que é a reabilitação fundamentada na CIF, sendo que seu objetivo foi o desenvolvimento de um modelo baseado na classificação de funcionalidade que descrevesse os conceitos da reabilitação entendida como estratégia saúde⁽⁸⁶⁾. Os autores definiram que, do ponto de vista da saúde pública, a reabilitação pode ser compreendida como uma das quatro principais estratégias, junto à prevenção, cura e suporte, sendo que esta visa o funcionamento ideal, que é alcançado por meio de abordagens para otimizar a capacidade do indivíduo, tendo como base fortalecer seus recursos pessoais, e fornecer um ambiente facilitador, atuando na interação entre o homem e o ambiente. Porém, dentro da perspectiva do Modelo Biomédico, a reabilitação estava atrelada ao processo de mudança em que uma pessoa com deficiência deve desenvolver habilidades necessárias para alcançar o físico, o funcionamento psicológico e o funcionamento social considerados ideais. Com a CIF, novas abordagens na estratégia de reabilitação, incluindo o papel de pessoas do ambiente imediato para remover barreiras e criar facilitadores, vão vislumbrar o alcance da plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Os autores reforçam, também, que a CIF, assim como as estratégias de reabilitação, foi desenvolvida e encontra-se dentro do setor de saúde, mas que ambas são transversais a outros setores, tais como educação, trabalho e questões sociais. O modelo de reabilitação baseado na CIF descrito, então, inclui itens como abordagens que desenvolvem o desempenho de uma pessoa na interação com o meio ambiente. Esses itens perpassam os vários níveis de atenção e podem servir de base das descrições e definições para as profissões que trabalham com as questões de reabilitação, ou para as disciplinas e pesquisas que estudam o tema⁽⁸⁶⁾.

Posteriormente, foi publicado um artigo que teve como objetivo analisar e testar empiricamente a estrutura do modelo da CIF. Para tanto, foi desenvolvido um estudo transversal com 226 adultos com diferentes condições de saúde e que recebiam

atendimento em um Centro de Referência em Reabilitação. Os componentes da CIF foram avaliados de forma independente, selecionando suas propriedades psicométricas e conceituais. Para avaliar as condições de saúde foi utilizada a CID-10, sendo seu código classificado como ortopédico ou neurológico e o estágio da condição como agudo ou crônico, além de ser criado um índice que indicava o número de condições de saúde de cada paciente. Para as Funções e Estruturas do Corpo foram utilizadas medidas antropométricas e testes para medir força muscular e flexibilidade dos membros superiores e inferiores. Para avaliar o componente Atividades, o “*The World Health Organization Disability Assessment Schedule II*” (WHODAS II) e a Medida de Independência Funcional (MIF) foram utilizados e para aferir a Participação, a escolha se deu pela Escala de Participação (PS). Utilizou-se, ainda, o “*The Craig Hospital Inventory of Environmental Factors*” (CHIEF) para os Fatores Ambientais e para os Fatores Pessoais foram coletados dados como sexo, idade, status de relacionamento, número de filhos, escolaridade, ocupação, renda e situação de trabalho atual, além do índice socioeconômico ocupacional e perguntas sobre hábitos de vida relativas à níveis de atividade física, fumo e ingestão de álcool. Na análise estatística foi utilizada a Modelagem de Equações Estruturais, sendo que a primeira fase desta testou as relações entre as Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e, posteriormente, esses três componentes foram agrupados e transformados em uma única variável latente, sendo adicionados as Condições de Saúde e os Fatores Contextuais para completar o modelo da CIF e testá-lo em sua totalidade. Os autores verificaram associação estatisticamente significativa entre Atividade e Funções e Estruturas do Corpo e entre Atividades e Participação, porém que não houve associação entre Funções e Estruturas do Corpo e Participação, sendo uma possível justificativa o fato de que a Participação demanda questões mais complexas e não apenas conteúdos referentes ao biológico ou intrínseco, e que tal relação pode ser mediada pelas Atividades. Na segunda fase, com o modelo completo, não foi verificada associação significativa entre as Condições de Saúde e a variável formada pelas Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação, o que mostra que a primeira não tem efeito direto sobre os componentes da Funcionalidade dentro do modelo da CIF, reforçando a importância de uma visão biopsicossocial do indivíduo. Já na análise incluindo os Fatores Contextuais foi verificada associação estatisticamente significativa, o que indica que as características de um fenômeno dependem do contexto em que ele existe⁽⁸⁷⁾.

Um movimento iniciado em 2017 preconizou a atualização do esquema/modelo da CIF. Um artigo que se seguiu a este, descreveu seis modelos alternativos anteriores além de sua própria proposta, a saber: o 1º - exclui as condições de saúde; o 2º - têm a funcionalidade e a incapacidade como a combinação de Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação com os Fatores Pessoais, sendo estes englobados pelos Fatores Ambientais; o 3º - têm a Participação no lugar central; o 4º - forma um triângulo com os Fatores Pessoais (incluindo [co]morbidade e Funções e Estruturas), Fatores Ambientais e as Atividades em seus vértices; o 5º - apresenta três círculos parcialmente sobrepostos representando os Fatores Pessoais (incluindo [co]morbidade e Funções e Estruturas), Fatores Ambientais e as Atividades e cuja área central é a Experiência Viva (Participação); e o 6º - têm os Fatores Ambientais, Fatores Pessoais, os aspectos de funcionalidade (formados por Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação) e Fatores Médicos integrados e descritos em uma perspectiva linear. Já o esquema/modelo que os autores propõem mantém todos os componentes do esquema original da CIF que, separadamente, são colocados equidistantemente dentro de esferas posicionadas em uma estrutura esférica maior, ligada por setas duplas. Este tem caráter tridimensional, o que facilitaria, de forma didática, a compreensão das interações dinâmicas entre os componentes. Eles ressaltam que as inovações propiciadas estão no fato de que não há nenhum componente posicionado no centro; de que não se trata de um modelo estático, permitindo que cada componente possa ser posicionado na frente, mostrando assim sua importância; de que as esferas em que os componentes estão podem ter sua escala modificável, sendo ampliadas ou reduzidas para indicar a magnitude daquele aspecto no perfil funcional avaliado; e, por último, que uma gradação de cores também é utilizada para mostrar o componente mais importante (em amarelo) e o menos importante (em preto). Os autores destacam que a criação deste novo modelo deve incrementar as discussões já iniciadas e que este pode auxiliar aos profissionais de saúde na determinação das intervenções a serem realizadas de forma mais adequada, viabilizando um cuidado de saúde centrado no paciente⁽⁸⁸⁾.

Outras formas de pesquisa com a CIF envolvem também artigos de revisão. Assim, a busca pela produção científica realizada com a CIF-CJ presentes nas bases de dados nacionais e internacionais foi o objetivo de um artigo publicado em 2016. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão selecionados e sem delimitação de período, uma vez que desejava-se mapear a evolução das publicações sobre o tema,

foram encontrados 263 artigos, sendo que após análise do título e resumo e exclusão de material duplicado, restaram 38 estudos. Os resultados mostraram que a publicação mais antiga era de 2006 e que houve ao longo dos anos evolução e crescimento do campo de conhecimento da CIF-CJ. Dentre a formação dos autores, há uma predominância de psicólogos, médicos e terapeutas ocupacionais, e outros profissionais da saúde, porém há também publicações realizadas por pedagogos, o que indica que, de fato, a CIF e a CIF-CJ, como sua classificação derivada, são transversais a vários setores. Quanto ao país de origem dos autores, as publicações foram em sua maioria da Suécia, seguido por Estados Unidos e Itália, sendo que somente uma publicação brasileira esteve no estudo. Sobre os periódicos de publicação, 11 artigos foram encontrados no *Disability and Rehabilitation*, cinco outros periódicos publicaram entre 2 e 3 artigos cada e outros 15 tinham em seu escopo apenas uma publicação. Três tipos distintos de delineamentos foram encontrados, sendo eles estudos exploratórios⁽¹¹⁾, descritivos⁽²⁶⁾ e experimentais⁽¹⁾. O tipo de abordagem de uso da CIF-CJ nos artigos também foi analisado, sendo que, em sua maioria, os estudos tinham como objetivo mapear instrumentos já existentes, buscando entre os domínios da CIF-CJ, os itens destes, ou utilizando-a como protocolo de avaliação ou guia para classificação de serviços, estratégias de intervenção ou pesquisas. Tais achados indicam que a classificação de funcionalidade é importante e útil na prática, uma vez que permite uma linguagem universal e detalhada e uma análise em contexto biopsicossocial. Segundo a revisão, a operacionalização da CIF-CJ mostrou poucos avanços, pois apenas um artigo se propôs a realizá-la, tendo apontado dificuldades quanto ao uso da classificação como instrumento na prática clínica, indicando quanto é necessário a construção de instrumentos de avaliação que tenham como base os parâmetros biopsicossociais com enfoque no desenvolvimento infantil⁽⁸⁹⁾.

Uma outra revisão sistemática teve como objetivo reavaliar publicações e analisar os instrumentos nelas utilizados para avaliar a funcionalidade de idosos brasileiros, investigando sua conformidade com o modelo da CIF. Foram incluídos artigos escritos após 2001, estudos com desenho experimental ou estudo de intervenção que avaliavam apenas a população idosa brasileira e foram excluídos artigos de revisão, delineamentos observacionais e transversais e estudos que não tinham a funcionalidade como variável resposta. Foram encontrados 3.070 itens, sendo que em uma primeira etapa de análise, os artigos foram avaliados por meio da

leitura do título e resumo e, em um segundo momento, os que restaram foram lidos integralmente, sendo a amostra final composta por 29 publicações. Na segunda etapa foi realizada a extração de itens dos resultados dos artigos que poderiam ser escalas, questionários, perguntas ou outras estratégias utilizadas para avaliação da funcionalidade de idosos e estes foram codificados. Como resultado, 25 instrumentos foram descritos, com o “*Sitting down and standing up from the chair test (30 sec)*” e o “*Timed Up and Go Test*” (TUG) de forma mais frequente. Em análise de tal fato, foi reforçado pelos autores que o primeiro não estava sendo previsto no contexto de uma bateria de avaliações como seria o ideal, e que o segundo tem como objetivo mensurar a mobilidade, sendo este apenas uma das dimensões do fenômeno da funcionalidade. Nenhum dos instrumentos utilizados respeitou o modelo apresentado pela CIF, sendo que em quase todos a funcionalidade foi mensurada e entendida apenas por parte dos componentes, o que gera uma análise simplicista do modelo proposto. Além disso, o componente da CIF mais avaliado pelos instrumentos citados nos artigos foi o de Atividades em 82,64%, seguido com bastante distanciamento pelos Fatores Ambientais em 12,01%, sendo que tal diferença mostra novamente a visão reducionista propiciada pelos instrumentos utilizados. Os resultados, contudo, também mostraram um aumento da produção científica relacionada à CIF e a funcionalidade com a população adulta e idosa⁽⁹⁰⁾.

Vê-se que é importante pesquisar não apenas com a CIF, mas sobre a CIF e sobre como a CIF tem sido utilizada para que, cada vez mais, seja possível a apropriação da classificação de funcionalidade, esmiuçar seus componentes e fazê-la presente na prática clínica/assistencial, no ensino e no desenvolvimento de novas políticas.

2.4 CIF e Fonoaudiologia

2.4.1 Estado da arte

A Fonoaudiologia ainda não sedimentou o uso da CIF na assistência e formação profissional de maneira mais sistemática tal como outras profissões da saúde, porém a classificação de funcionalidade já é temática em diversas publicações da área. Estas se iniciaram após o lançamento da ICF-CY em 2007⁽⁹¹⁾, tendo duas publicações como precursoras: a edição especial de *Seminars in Speech and*

Language, também em 2007, e o *International Journal of Speech-Language Pathology* já em 2008⁽⁹²⁾.

A edição 28(4) da revista *Seminars in Speech and Language* de novembro de 2007 foi integralmente dedicada à CIF, sendo que os artigos nela publicados abordaram diversas condições de saúde em que o fonoaudiólogo se faz presente na assistência. Exemplos das temáticas no público adulto e idoso incluíram afasias, demências, deficiência auditiva adquirida, alterações de fluência e vocais, entre outras. Já para o público infantil foram abordadas as alterações de fala e linguagem⁽⁹³⁾. A revista *International Journal of Speech-Language Pathology* de 2008, por sua vez, publicou no volume 10(1-2) uma edição com enfoque na aplicação da CIF por fonoaudiólogos, sendo que a classificação está presente em todos os artigos originais do periódico⁽⁹⁴⁾. Dentre as publicações, três abordam separadamente a relação entre o profissional com as Funções e Estruturas do Corpo⁽⁹⁵⁾, Atividades e Participação⁽⁹⁶⁾ e com os Fatores Contextuais⁽⁹⁷⁾, destacando questões conceituais e pontos sobre a importância de cada componente para o fonoaudiólogo, bem como descreveram a sugestão de códigos que poderiam ser relevantes para uso na avaliação/assistência nos distúrbios da comunicação e deglutição.

Em publicações mais recentes, o estudo da CIF no contexto fonoaudiológico esteve presente tanto em revistas nacionais, como internacionais. Um trabalho brasileiro realizado em conjunto pelos cursos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional de uma universidade pública do sul do país buscou verificar qual era o impacto das afasias na participação social e nas atividades cotidianas dos pacientes acometidos, além de elencar o quanto os Fatores Ambientais traziam implicações nas limitações e restrições, conforme os critérios estabelecidos no modelo da CIF. Para tanto, a coleta dos dados foi realizada com 12 participantes de um grupo de convivência de pacientes afásicos a partir do *Checklist* da CIF. Como resultados, foram verificadas deficiências em códigos referentes à quatro domínios das Funções do Corpo e dois das Estruturas do Corpo. As limitações nas Atividades e restrições à Participação ocorreram em todos os domínios deste componente, sendo o de Relações e interações interpessoais (d7) com maior número de códigos descritos. Também códigos de todos os domínios dentro dos Fatores Ambientais foram verificados, sendo que a atitude e o apoio físico das pessoas com quem se convive foram elencados como facilitadores completos para a maioria dos participantes, e de

forma contrária, os serviços, sistemas e políticas de treinamento, trabalho e emprego foram classificados como barreiras pela maioria⁽⁹⁸⁾.

Com enfoque ainda em questões de linguagem e na participação social, porém na população infantil e utilizando a CIF-CJ, foi publicado um estudo com 24 familiares de crianças e adolescentes em acompanhamento ambulatorial fonoaudiológico. Tal intervenção era devido às alterações de fala e de linguagem (gagueira, atrasos de linguagem, desvios fonético-fonológicos, alteração de linguagem por causas neurológicas), sendo que era também realizado com pais/familiares atendimento grupal periódico. Foram coletados dados por meio de análise de prontuários e entrevistas com roteiro semiestruturado, cujo conteúdo foi gravado, transcrito e analisado realizando a categorização por meio da CIF-CJ. Nos resultados verificou-se que todos os familiares consideraram haver problemas nas funções de articulação (b320) e fluência e ritmo de fala (b330) em graus variados, demonstrando a preocupação existente com a dimensão orgânica das questões de linguagem. Quanto às Atividades e Participação, d240 – lidar com estresse e demandas psicológicas, d330 – falar, d710 – interações interpessoais, d750 – relações sociais informais e d760 – relações familiares foram as categorias contempladas, mas nenhuma delas foi considerada com um qualificador .4 – problema completo, ainda que, por ser uma pesquisa de caráter quali-quantitativa, a descrição das falas dos pais/responsáveis tenha mostrado como a alteração de linguagem repercute na vida da criança e na dinâmica da interação familiar, bem como em outras relações. Para os Fatores Ambientais, três códigos foram selecionados, sendo todos do capítulo 4 – Atitudes, em que atitudes da família imediata (e410) e atitudes família ampliada (e415) foram considerados facilitadores para a maior parte dos participantes e atitudes sociais (e460) apresentam-se como barreiras qualificadas como de leve a moderada, sendo reforçado pelos autores que achados neste componente podem direcionar as estratégias de trabalho para auxiliar na mudança de crença da população estudada, tendo a família papel chave. Os resultados reforçaram a aplicabilidade da CIF-CJ na população em intervenção fonoaudiológica e propiciaram uma forma de ampliação dos olhares a uma visão mais integral das crianças e adolescentes⁽⁹⁹⁾.

Tendo como cenário a Atenção Básica e trazendo como elemento chave para o estudo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), outra publicação visou verificar, e registrar por meio da CIF-CJ, as questões referentes ao desenvolvimento auditivo e de linguagem de crianças no primeiro ano de vida, diante da importância de se

detectar e iniciar intervenções, quando o caso, o mais precocemente possível. Foi realizada com os ACS uma formação contemplando aspectos sobre o desenvolvimento da audição e da linguagem, bem como capacitando-os para a aplicação do questionário usado na pesquisa, sendo instituída uma avaliação pré e pós para verificar quanto a aquisição dos conteúdos. A coleta dos dados pelos ACS durante visitas domiciliares se deu por meio da aplicação do “Questionário para monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida”, cujas perguntas foram associadas à códigos da CIF-CJ das Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação, Fatores Ambientais e Fatores Pessoais, sendo utilizados apenas os qualificadores .0 (sem alteração), ou resposta “sim” e .8 (não especificado), ou resposta “não”. Predominantemente foi possível associar categorias dos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação ao questionário elencado para coleta dos dados, sendo este aplicado em 22 crianças que foram acompanhadas durante o período de um a três meses. Das respostas fornecidas pelos pais/responsáveis, 108 (92,31%) foram positivas e 9 (7,69%) negativas, alertando para a possibilidade de alteração no desenvolvimento da audição e da linguagem para cinco crianças. Do acompanhamento realizado com as 22 crianças, 17 estavam dentro do esperado, duas das crianças apresentaram evolução nos resultados, duas demandavam continuidade do acompanhamento e para uma foi mantida a suspeita de risco para alteração no desenvolvimento. Novamente foi ressaltada a viabilidade para o uso da CIF-CJ na busca da atenção integral à saúde da criança⁽¹⁰⁰⁾.

Uma revisão de escopo buscou identificar os métodos utilizados para avaliar os resultados de fala e linguagem em pré-escolares com distúrbios de comunicação dentro da estrutura da CIF-CJ. Além disso, teve como objetivo secundário avaliar medidas consideradas válidas e confiáveis para serem utilizadas ao estimar, baseado no componente de Participação, os resultados na comunicação. O processo de revisão envolveu cinco etapas referentes à articulação da questão de pesquisa, identificação dos estudos relevantes, seleção de estudos, mapeamento dos dados e reunião, resumo e relato dos resultados. Para o mapeamento dos dados, foram definidas as informações disponíveis sobre os testes/avaliações utilizados nas publicações para codificação segundo a CIF-CJ e realizada a associação destas com categorias das Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades, Participação ou Fatores Ambientais. Como resultados, na busca inicial realizada em cinco bases de dados selecionadas, 7.951 documentos potencialmente relevantes foram

encontrados, sendo que após eliminar os repetidos e realizar a leitura do título e do resumo, restaram 758 itens para a revisão do texto completo e, após essa etapa, 214 artigos permaneceram para extração de dados e inclusão na revisão de escopo. Foi verificado o uso de 155 ferramentas de avaliação, sendo que a maioria verificava mudanças no componente de Atividades, seguido pelas Funções do Corpo e, por último, pela Participação. Para este último parece ter havido um aumento em sua avaliação nos anos de 2012 a 2015, embora em sua maioria tenham sido realizados estudos com enfoque em grupos de crianças para os quais as mudanças na participação eram o principal objetivo da terapia, por exemplo, nos casos dos que avaliaram mudanças nas habilidades de comunicação social de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Uma sugestão dos autores para ampliar a avaliação da Participação seria incluí-la dentro da avaliação voltada a outros componentes da CIF, tal como dentro de uma avaliação que envolva Funções do Corpo, como a de inteligibilidade de fala, incluindo questões que indiquem se houve ganhos significativos na participação comunicativa do paciente com a intervenção realizada. Uma avaliação baseada nos resultados de Participação possibilitaria também que os impactos das intervenções fonoaudiológicas fossem avaliados para crianças com todos os tipos de distúrbios de comunicação, o que, sendo realizado com um enfoque no distúrbio apresentado, não é possível⁽⁹²⁾.

Na literatura internacional, um artigo trouxe uma pequena revisão sobre exemplos dentro do contexto fonoaudiológico que poderiam ilustrar os componentes da CIF ao profissional⁽¹⁰¹⁾, além de mencionar o documento da ASHA de 2016⁽¹⁰⁰⁾ que se refere ao escopo de trabalho do fonoaudiólogo e sua consistência com as categorias da classificação, recomendando seu uso⁽¹⁰²⁾. Este artigo também revisou outras publicações referentes à Fonoaudiologia ou questões que demandam reabilitação a ela pertinente, e que utilizaram a CIF-CJ. O autor cita também sobre a importância da CIF na prática interprofissional, uma vez que essa viabiliza a existência de um sistema de classificação que integra todos os aspectos relativos ao indivíduo, sendo uma ferramenta compartilhada pelos profissionais durante os processos de avaliação e elaboração de metas. Sobre estas, ele descreve que as metas funcionais devem ser definidas para os pacientes em acompanhamento e que elas visam a ampliação da participação diária nos mais diversos ambientes como a casa, a escola, a comunidade, cabendo ao fonoaudiólogo aprender sobre a estrutura da CIF para escrever as metas funcionais e orientar sobre estas aos pais, pacientes e a outros

profissionais de saúde⁽¹⁰¹⁾. É exposto, ainda, sobre diferentes exemplos de metas funcionais para variadas condições de saúde descritas no site da ASHA⁽¹⁰³⁾ como uma forma de instruir ao profissional sobre como realizá-las e sobre a CIF⁽¹⁰¹⁾.

Uma publicação de 2018 trouxe a hipótese da viabilidade de identificação na anamnese, ou entrevista inicial fonoaudiológica, de pacientes com quadros de transtornos de linguagem e de fala, dos aspectos relacionados à funcionalidade por meio da CIF no que tange os componentes de Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Por meio de estudo retrospectivo, protocolos de anamnese foram avaliados, sendo pontuados de acordo com códigos de segundo nível da CIF, além de terem sido verificadas categorias para as queixas iniciais descritas agrupadas em: aprendizagem e fala, dificuldade de aprendizagem, fala errado, não fala e outros. Dentre o corte realizado nas 30 categorias mais frequentemente descritas, 15 eram referentes às Funções do Corpo, 13 às Atividades e Participação e duas categorias de Fatores Ambientais e das 362 categorias pesquisadas, as mais frequentes, sendo consideradas como referência com uma ocorrência de 98,2%, foram b176 – Funções mentais para a sequência de movimentos complexos, d310 – Comunicar e receber mensagens orais, d330 – Falar, e410 – Atitudes individuais de membros da família próxima. Quanto aos agrupamentos das queixas iniciais, os componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação ocorreram para todos os agrupamentos realizados, já os Fatores Ambientais estiveram presentes nas queixas de “dificuldade de aprendizagem”, “não fala”, “fala errado” e “outros” e as Estruturas do Corpo não estiveram presentes nos agrupamentos. Dentre os debates na discussão do artigo, é sugerido que a CIF possa ser adotada em uma classificação inicial da funcionalidade do paciente, bem como utilizada em outros momentos com intuito de análise comparativa de evolução durante a intervenção fonoaudiológica em pacientes com transtornos de linguagem e de fala⁽¹⁰⁴⁾.

Outra publicação relevante foi uma revisão integrativa sobre o uso da CIF na Fonoaudiologia que avaliou os artigos disponíveis na literatura entre 2008 e 2018. Como resultado, dos 36 artigos da busca inicial, apenas nove foram selecionados para a análise, sendo que estes envolviam as temáticas de linguagem, audição e Fonoaudiologia geral e foram publicados, em sua maioria, no ano de 2017 e tendo como país de origem o Brasil. As autoras pontuam que os achados mostram a utilização da CIF na análise da funcionalidade e da participação dos pacientes, e para

demonstrar a evolução destes diante das intervenções, por meio da percepção do profissional que o acompanha, do próprio paciente e de seus familiares. Sobre a distribuição dos estudos nas áreas temáticas inferem que este fato pode ser devido à grande associação entre alterações fonoaudiológicas e questões neurológicas e oncológicas, em que a CID é mais utilizada do que a CIF. Por último reforçam que o pequeno volume de publicações encontradas pode ser devido à complexidade da classificação e pelo desconhecimento desta pelos profissionais⁽¹⁰⁵⁾.

Publicação que teve como objetivo a análise da participação e da funcionalidade de crianças e adolescentes com alterações de fala tendo como base conceitual a CIF, realizou uma comparação entre dois grupos, sendo 30 com alterações de fala (CAF – sendo estas gagueira e alterações fonológicas) e 30 com desenvolvimento típico de fala (DTF), com idades entre quatro e 16 anos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas tendo como base um roteiro constituído por questões norteadoras advindas do “*Speech Participation and Activity of Children*” (SPAA-C) que foram traduzidas e adaptadas para o português, uma vez que este utilizava a mesma base conceitual proposta para o estudo. Os responsáveis de ambos os grupos também preencheram um questionário contendo dados sobre a criança, além de renda per-capita, educação e profissão materna, tipo de união dos pais, histórico de problemas de comunicação na família e informações sobre os Serviços, sistemas e políticas de saúde e educação, componente dos Fatores Ambientais da CIF. Utilizando todos os dados obtidos, categorias da CIF dos componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais foram selecionadas e, para a eleição dos qualificadores realizada de forma individualizada e com a concordância de pelo menos dois juízes, as autoras utilizaram as transcrições das entrevistas, informações dos questionários, os dados dos prontuários do grupo CAF, além da observação dos aspectos referentes às funções de fala durante as entrevistas. Na análise, foi observado que no Grupo CAF as categorias mais prejudicadas foram Funções de articulação (b320) de leve à grave em Funções do Corpo; Falar (d330) apontado como uma dificuldade grave, Conversação (d350) e Relacionamentos familiares (d760), ambos como uma dificuldade moderada em Atividades e Participação; e Atitudes individuais dos membros da família próxima (e410), indicado como barreira leve, e as Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade (e425) como nenhum facilitador, nos Fatores Ambientais. Desta forma, o uso da CIF propiciou um olhar para as dificuldades presentes na

funcionalidade dos participantes, não apenas tendo como foco às questões orgânicas. Porém as autoras ressaltam que essa seleção de componentes, bem como as análises do fenômeno de interesse vão depender do profissional e de sua perspectiva epistêmica, pois alguém com uma visão reduzida da perspectiva biopsicossocial pode vir a selecionar apenas categorias que englobam Funções e Estruturas do Corpo. Foi ressaltada também a importância de caracterizar a funcionalidade na percepção de crianças e adolescentes, principalmente pelo fato de que aspectos de Atividades e Participação e Fatores Ambientais puderam ser analisados quantitativa e qualitativamente, reforçando a importância da visão ampliada e integral⁽¹⁰⁶⁾.

Uma revisão integrativa, publicada em 2020, descreveu a importância do uso da CIF e da CIF-CJ com os pacientes usuários da Comunicação Suplementar Alternativa (CSA). Os autores ressaltaram que a classificação de funcionalidade se faz relevante pelo fato de apresentar itens importantes para a descrição desse perfil de pacientes, além de oferecer uma linguagem interprofissional comum, e cuja aplicação é viável nos momentos de avaliação, estabelecimento de metas e reavaliação de resultados de intervenções. O objetivo foi, então, discutir a implementação e uso da CIF e a CIF-CJ com crianças e adolescentes dentro o contexto da CSA, incluindo a viabilidade de uso destes referenciais na prática clínica e quais componentes foram os mais utilizados nas publicações. Em seus resultados, 18 artigos estavam de acordo com os critérios de inclusão, sendo que nestes a descrição do uso da CIF, CIF-CJ ou de instrumentos baseados nelas com finalidades diferentes, incluíram a caracterização das crianças e seu ambiente, o estabelecimento de metas e mensuração dos resultados da intervenção terapêutica. Todos os componentes da classificação estiveram presentes, porém Atividades e Participação, seguido pelos Fatores Ambientais, foram os mais presentes. São também destacadas dificuldades teóricas quanto ao uso da CIF, tais como classificar um conceito complexo e influenciado por diversos fatores como é a Participação. Os autores destacaram, ainda, que fatores que podem limitar a utilização da CIF e CIF-CJ são a falta de familiaridade entre os profissionais com ambos os documentos, bem como com o modelo biopsicossocial, além do pouco treinamento fornecido, gerando uma maior complexidade e demandando um tempo maior para o uso⁽¹⁰⁷⁾.

Posteriormente, um estudo exploratório, com amostra de 152 adultos e idosos atendidos em um serviço de audiologia de média e alta complexidade, teve como objetivo descrever aspectos da funcionalidade e incapacidade relacionados à audição

e aos fatores sociodemográficos. Para tanto, foram selecionadas categorias dentre os componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais baseadas no *core set* para perda auditiva e informações coletadas dos protocolos de avaliação da restrição à participação auditiva, o *Hearing Handicap Inventory for Adults* (HHIA) e o *Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (HHIE). Dentre os resultados, nas Funções do Corpo, os códigos b1560 - Percepção auditiva e b230 - Funções auditivas foram qualificados entre ausência de deficiência à deficiência ligeira ou moderada. Já nas Atividades e Participação, resultados referentes à nenhuma dificuldade foram verificados nos códigos d330 - Falar, d310 - Comunicar e receber mensagens orais, d315 - Comunicar e receber mensagens não verbais e d760 - Relacionamentos familiares. Em relação aos Fatores Ambientais, cinco dos seis códigos pré-selecionados foram considerados como facilitador, sendo que o uso do AASI, avaliado pelo código e125 - Produtos e tecnologias para a comunicação, foi um facilitador considerado de leve à completo, e apenas o código e250 - Som, relacionado ao ruído ambiental, foi considerado como uma barreira. As autoras reforçaram na discussão que o uso da CIF permitiu descrever os aspectos da funcionalidade e incapacidade, sendo possível classificar os aspectos auditivos e não-auditivos de adultos e idosos e, além disso, que o ambiente e as relações interpessoais, aspectos que podem ser analisados por meio da CIF, bem como as características intrínsecas do sujeito, são de grande importância para a avaliação dos impactos associados à perda auditiva⁽¹⁰⁸⁾.

Outra revisão integrativa da literatura apresentou a importância do papel da CIF na Fonoaudiologia para a análise dos transtornos da linguagem, uma vez que propicia a descrição dos efeitos destes sobre o indivíduo em relação a sua saúde física, social e mental, indo além das implicações próprias do distúrbio, e viabilizando que a intervenção realizada seja direcionada e centrada na integralidade. Os resultados encontrados indicaram prevalência de utilização da CIF com pacientes que possuem transtornos de linguagem e fala para analisar restrições à participação e limitações nas atividades, bem como fatores ambientais, além da análise de ferramentas de avaliação, na criação de novos instrumentos e como forma de acompanhamento do processo terapêutico e verificação de sua eficácia. A funcionalidade de pacientes com alterações como a gagueira, o transtorno do desenvolvimento da linguagem e a afasia pode ser descrita, sendo seu uso em públicos desde o infantil, até os idosos. Os achados também demonstraram a importância de incorporar a classificação realizada

por meio da CIF desde a realização da anamnese, não se atendo apenas à itens associados às partes anatômicas e às deficiências nelas e em suas funções, reforçando que a caracterização das Atividades e Participação e dos Fatores Ambientais e Pessoais é imprescindível quando se trabalha com alterações de linguagem. Possíveis categorias adicionais que poderiam fornecer outras informações relevantes para a classificação dos pacientes com alterações comunicativas também foram citadas, além de ser ressaltada a relevância da CIF, orientando possibilidades de sua aplicabilidade, e destacando os aspectos e códigos que devem ser considerados na descrição desse perfil de pacientes⁽¹⁰⁹⁾.

Publicado já em 2022, um estudo observacional descritivo transversal teve como objetivo selecionar categorias para elaborar um *checklist* da CIF para aplicação clínica na reabilitação de crianças e adolescentes com perda auditiva, descrevendo o perfil biopsicossocial dos participantes e apresentando os resultados do uso da CIF por fonoaudiólogos. Em uma abordagem quantitativa e qualitativa, foram selecionadas 10 crianças e 10 adolescentes para compor dois grupos de pacientes, além de sete fonoaudiólogos para o grupo de profissionais. Foram selecionados os domínios e categorias da CIF relacionados aos aspectos abordados nas avaliações e na reabilitação de pessoas com deficiência auditiva, sendo estes apresentados aos fonoaudiólogos, que deveriam julgá-los como relevantes para integrar o *checklist*. Além disso, perguntas para avaliar a experiência de uso e aplicação da CIF pelos profissionais também foram feitas. Dados sobre a identificação e caracterização dos participantes e da perda auditiva, tempo de diagnóstico, tipo e modelo do aparelho eletrônico, tempo de uso do aparelho, tipo de comunicação (se oral, Língua Brasileira de Sinais – Libras, ou bilíngue), protocolos ou formulários de avaliação utilizados também foram repassados aos profissionais. Na segunda etapa, foi realizado um teste piloto para verificar a aplicabilidade do *checklist* elaborado. Após análise, a versão final resultou em 48 categorias de Funções do Corpo, sete de Estruturas do Corpo, 50 de Atividade e Participação e 28 de Fatores Ambientais. O questionário sobre a experiência dos profissionais com a classificação, modelo de aplicação proposto e possibilidade de incorporação na prática assistencial indicou respostas favoráveis a utilização desta. Os autores reforçaram que uma abordagem biopsicossocial utilizando a CIF no processo da reabilitação auditiva permite caracterizar os aspectos funcionais e as repercussões sociais da perda auditiva e não apenas as questões orgânicas da doença, considerando os indivíduos em sua totalidade e complexidade.

Além disso, pontuaram que a elaboração de um *checklist* viabilizou o uso da CIF como uma ferramenta para fornecer elementos que outros instrumentos tradicionais não contemplam, favorecendo o acesso de fonoaudiólogos a informações relevantes ao delinear e planejar estratégias terapêuticas e mitigar os impactos da perda auditiva nesta população⁽¹¹⁰⁾.

Cabe destaque, ainda, a dois artigos publicados que se referem a etapa um da presente pesquisa, sendo os disparadores para o atual ponto em que se encontra este projeto. De 2018, fruto da Dissertação de Mestrado e baseado em análise retrospectiva de dados secundários, um primeiro artigo teve como objetivo caracterizar o desempenho em aspectos fonoaudiológicos de pacientes ambulatoriais segundo as categorias da CIF-CJ. Para tanto, 180 prontuários pertencentes a pacientes entre cinco e 16 anos foram incluídos na amostra, sendo estes lidos com o objetivo de verificar a presença das 168 categorias da classificação de funcionalidade pré-selecionadas pelas autoras. Como resultados, 65 categorias foram identificadas: 13 entre as Funções do Corpo, 34 nas Atividades e Participação e 18 integrantes dos Fatores Ambientais, mostrando ser viável a análise funcional em aspectos fonoaudiológicos de crianças e jovens utilizando a CIF-CJ⁽¹¹¹⁾. Publicado em 2020, também fruto da Dissertação de Mestrado e como continuidade desta primeira análise, um segundo estudo teve como objetivo a identificação de fatores relacionados à CIF-CJ representativos de mais de uma categoria ao mesmo tempo, utilizando a análise psicométrica, assim como verificar a existência de associações destes com aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais. Os mesmos 180 prontuários compuseram o *corpus* inicial para análise, porém somente categorias dos componentes de Funções do Corpo e Atividades e Participação foram incluídas. A análise fatorial foi realizada com o objetivo de reduzir o número das 47 categorias evidenciadas no estudo anterior supracitado em fatores capazes de representar de forma válida mais de uma categoria ao mesmo tempo, sendo estes também definidos como as variáveis-resposta. Como resultados, foram identificados dois fatores no componente Funções do Corpo (Fator 1, denominado Linguagem/fala/audição, e o Fator 2, MO/voz) e três para as Atividades e Participação (Fator 1 chamado de Socialização, o Fator 2 de Aquisição de conceitos e o Fator 3, denominado Família/escola). Foram evidenciadas associações estatisticamente significativas entre os fatores referentes às Funções do Corpo, tanto para variáveis sociodemográficas quanto para as clínico-assistenciais. Já nas análises do componente Atividades e Participação, apenas o Fator 3, Escola/família,

apresentou associação com variáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais, sendo as associações dos outros dois fatores apenas com variáveis de cunho clínico-assistenciais. Tal fato demonstra a influência de outros componentes, como os Fatores Contextuais na vida das crianças e adolescentes. Além disso, a predominância de associações entre as variáveis construídas com dados de cunho fonoaudiológico (queixas, hipóteses diagnósticas e condutas pós término do processo avaliativo) reforçaram a possibilidade de inserção e a importância do uso da CIF e CIF-CJ na assistência fonoaudiológica⁽¹¹²⁾.

Além de publicações em periódicos, a CIF⁽⁹⁾ também já está presente em capítulos de livros destinados aos fonoaudiólogos. Na 3ª edição do Novo Tratado de Fonoaudiologia, na parte dedicada à audiologia clínica, no capítulo “Como interpretar o exame audiológico”, a autora descreve sobre os componentes da classificação e reforça que a atuação do profissional da Audiologia engloba tais componentes, exemplificando momentos do atendimento nos quais o uso do modelo baseado na CIF pode auxiliar na compreensão das necessidades do paciente⁽¹¹³⁾.

Nos dois volumes do livro Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs), uma publicação que tem como objetivo apresentar planos de trabalho sistematizados, norteados pela prática baseada em evidências e que descreve os objetivos gerais, específicos e as respectivas intervenções terapêuticas em questões de diferentes áreas de atuação do fonoaudiólogo, a classificação também é destaque. No volume 1, o capítulo 50 descreve sobre o “Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para aspectos Biopsicossociais em crianças de até três anos de idade usuárias de Implante Coclear”, em que são trabalhados objetivos específicos congruentes à categorias das Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais, bem como apresenta em seu anexo um checklist para o acompanhamento do referido público, além de dois apêndices que explicam sobre os qualificadores da CIF e descrevem o exemplo de um estudo de caso, respectivamente⁽¹¹⁴⁾.

Ainda analisando a publicação Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs), no volume 2, por sua vez, a CIF é ressaltada no contexto da fonoterapia em três capítulos. No capítulo 18 “Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para intervenção com familiares de crianças com Paralisia Cerebral”, os principais achados são descritos por meio da CIF-CJ e, ao final, um apêndice destaca itens desta que podem ser aplicados nos PTF para famílias de crianças com Paralisia Cerebral⁽¹¹⁵⁾. O capítulo 22 é intitulado “Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) norteado pela CIF para

afásicos utilizando Comunicação Suplementar e/ou Alternativa” e nele há três quadros que descrevem os principais achados nos componentes de Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais nas indicações da CSA em pacientes com afasia⁽¹¹⁶⁾. E, por último, no capítulo 35, “Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para intervenção com crianças vistas como gagas norteado pela CIF-CJ”, há também uma descrição dos achados nos pacientes por meio da CIF-CJ, assim como um apêndice com itens aplicáveis ao PTF para as crianças com alterações de fluência⁽¹¹⁷⁾.

Verifica-se, portanto, que já há um esforço voltado a apropriação da CIF⁽⁹⁾ na Fonoaudiologia, principalmente nos últimos anos, inclusive com tentativas de incluí-la na prática clínica. Contudo, há, ainda, um caminho longo a ser seguido e que demanda conhecimento, não apenas da classificação, mas do Modelo Biopsicossocial, além de uma mudança do paradigma em que o olhar possa ir para mais do orgânico e seu funcionamento, contemplando também suas implicações na vida e contexto do paciente com alterações fonoaudiológicas.

2.4.2 Guidelines na Fonoaudiologia e CIF

Segundo a literatura, Guidelines, ou Diretrizes, são instruções desenvolvidas a partir de evidências previamente disponíveis na literatura por um grupo de profissionais especialistas⁽¹¹⁸⁾, sendo que a Fonoaudiologia já conta com alguns desses documentos para orientar e endossar a prática profissional. Alguns deles, além de abordar questões da área, já apresentam a CIF⁽⁹⁾ e destacam sua relevância para o fazer do fonoaudiólogo.

Em 2012, o *The Canadian Interorganizational Steering Group for Speech Language Pathology and Audiology* emitiu o “*Canadian Guidelines on Auditory Processing Disorder in Children and Adults: Assessment and Intervention*”, um documento baseado na CIF e com enfoque na importância da interação entre as condições de saúde e o contexto. Seu objetivo era definir um referencial teórico nacional, levando em consideração as mudanças nos ambientes de prática audiológica, bem como as recomendações recentes à época quanto ao transtorno do processamento auditivo e as mudanças nas abordagens de saúde. Ele descreve que o modelo da CIF fornece uma estrutura teórica que permite avaliar o impacto das alterações de processamento auditivo nos indivíduos e suas famílias, sendo que

também une as manifestações clínicas referentes à alteração do sistema auditivo com o quanto essas podem ser ampliadas ou atenuadas pelos fatores do contexto. Utilizando a CIF como referência, ele descreve que o transtorno do processamento auditivo tem sua origem no sistema auditivo (Funções e Estruturas do Corpo), mas é caracterizado por uma limitação no desempenho em atividades auditivas, tendo também consequências na participação em situações de vida. Em sua estrutura, esse documento faz uma introdução sobre a CIF e esclarece que, dentro do componente Funções e Estruturas do Corpo, várias funções de processamento auditivo estão incluídas, tais como a percepção auditiva, (funções mentais referentes à discriminação dos sons, tons e outros estímulos acústicos), funções auditivas (relacionadas à detecção da presença de sons e discriminação de aspectos como localização, tom, volume e qualidade), além de funções mentais associadas tais como referentes à atenção, memória e funções cognitivas de nível superior. Quanto às Atividades e Participação, é descrito que categorias referentes à comunicação, aprendizagem e aplicação de conhecimento devem fazer parte do trabalho com os pacientes que sofrem com alterações do processamento auditivo e com suas famílias. Já para os Fatores Contextuais, dentro dos Fatores Ambientais é pontuado que aspectos como a disponibilidade dos dispositivos auxiliares de audição, o uso de estratégias para facilitar a comunicação, além das modificações acústicas no ambiente, o apoio externo (família, amigos, escola, trabalho, entre outros) e a disponibilidade de serviços de apoio aos pacientes com alteração do processamento auditivo se fazem fundamental. Para os Fatores Pessoais, aspectos como autoconceito e autoconfiança do indivíduo são citados por influenciarem a vida do paciente. Considerando tais aspectos, o documento descreve que o uso da estrutura conceitual da CIF viabiliza a realização pelo fonoaudiólogo e pelo audiólogo de uma abordagem mais coesa e holística, focada na possibilidade do indivíduo de realizar suas atividades de vida diária e na sua capacidade de participar plenamente dos diversos contextos em que se encontra inserido, ainda que não seja possível solucionar às questões referente aos níveis de Funções e Estruturas do Corpo⁽⁷¹⁾.

Posteriormente, a *The Speech Pathology Association of Australia Limited* emitiu um Guideline clínico tendo como objetivo fornecer informações e orientações sobre a disfagia, no qual promove uma discussão sobre a prática baseada em evidências, além da classificação das evidências disponíveis para as áreas de triagem em disfagia, avaliação, tratamento e estratégias para tanto, além da segurança alimentar

e de modelo de atendimento. No item em que discorre sobre os diversos tipos de avaliação, é citada a avaliação das Atividades e Participação visando verificar o impacto da disfagia nessas e indo além dos códigos de Funções e Estruturas do Copo que descrevem os aspectos da deglutição que os fonoaudiólogos estão mais familiarizados, por exemplo: estruturas da boca, faringe, laringe, funções da consciência, apetite, atenção e motivação. Dentro do componente de Atividades e Participação são citadas as categorias referentes ao transporte do alimento à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, beber e amamentar. Quanto aos Fatores Ambientais são descritos a iluminação do ambiente de alimentação, as atitudes individuais da família/profissionais de saúde/cuidadores, a disponibilidade de equipamentos para auxiliar na alimentação, entre outros. Já para os Fatores Pessoais, é descrita a demanda para atenção quanto às preferências alimentares, à personalidade e questões religiosas envolvidas, etc. Para auxílio ao profissional na avaliação desses fatores, ele cita outros dois instrumentos, incluindo um que é voltado para avaliação da qualidade de vida nos pacientes com disfagia, o *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL)⁽¹¹⁹⁾.

Já em 2016, a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) lançou o “*Scope of Practice in Speech-Language Pathology*”, um documento apresentando uma revisão do escopo de prática do fonoaudiólogo. Neste é descrito que o fonoaudiólogo é o profissional responsável pela atuação, ao longo de toda a vida, nas áreas da comunicação, incluindo a produção da fala e a fluência, além da linguagem, cognição, voz, ressonância e a audição, e da deglutição, englobando todos os seus aspectos, inclusive comportamentos alimentares relacionados. Ele refere que os achados diagnósticos dentro do âmbito da prática fonoaudiológica são consistentes com as categorias diagnósticas relevantes no âmbito da OMS por meio da CIF e que esta é útil para descrever a amplitude do papel do fonoaudiólogo na prevenção, avaliação, habilitação/reabilitação dos distúrbios da comunicação e da deglutição, além de auxiliar no aprimoramento e investigação científica dessas funções. O documento cita como exemplos que, para as Funções e Estruturas do Corpo, são relevantes à prática as anomalias craniofaciais, paralisia das pregas vocais, paralisia cerebral, gagueira e deficiência de linguagem. No caso das Atividades e Participação, podem ser incluídas dificuldades na deglutição e na segurança da alimentação de forma independente, além de participar ativamente das aulas, compreender uma prescrição médica e ter acesso ao currículo de educação geral. Para os Fatores

Ambientais é citado como relevantes ao profissional o papel do interlocutor no uso da CSA, a influência da acústica em uma sala de aula e o impacto dos ambientes de refeições institucionais na capacidade dos indivíduos em manter uma nutrição e hidratação com segurança. Quanto aos Fatores Pessoais, são referidos como importantes ao fonoaudiólogo a formação ou cultura de um indivíduo e, se um ou ambos, influenciam às questões de comunicação ou deglutição. Além disso, é mencionado também que o uso da CIF por fonoaudiólogos deve ocorrer no intuito de desenvolver metas funcionais e uma prática colaborativa, que envolve o compartilhamento das responsabilidades, comunicação conjunta e tomada de decisão dividida com outros profissionais da equipe e do indivíduo e a família, visando criar uma cultura colaborativa e realizar uma melhor prestação de serviços com resultados funcionais para àqueles que são atendidos⁽¹⁰²⁾.

O “*New Zealand Guidelines On Auditory Processing Disorder*”, por sua vez, é um documento emitido pela *New Zealand Audiological Society* em 2019, que retoma o documento canadense de 2012, citando sobre os aspectos voltados para a perspectiva funcional e não somente para a disfunção biológica e definindo o transtorno do processamento auditivo como caracterizado por limitações persistentes no desempenho em atividades auditivas, tendo consequências para a participação do indivíduo. Ele descreve que para o diagnóstico do transtorno de processamento auditivo, deve-se considerar a possibilidade do indivíduo em funcionar no contexto de suas capacidades mais amplas e em todos os seus contextos, pontuando que no contexto do documento o termo “*hearing difficulty*” refere-se à alteração na habilidade funcional observada no ouvir e associada às limitações de atividade e restrições à participação. Ele apresenta o Modelo Biopsicossocial presente na CIF, citando como exemplos de categorias nas Funções e Estruturas do Corpo a discriminação do som e da fala e as funções de atenção, na Participação o ouvir, a discussão, as interações interpessoais complexas, a aprendizagem da leitura e a educação escolar, nos Fatores Ambientais o som (intensidade e qualidade) e os produtos e tecnologia para comunicação, e nos Fatores Pessoais a idade e o sexo. Outro documento nele citado é o da Convenção das Nações sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que, segundo os autores, complementa a estrutura da CIF quanto à abordagem voltada para a pessoa com deficiência, descrevendo que os profissionais que trabalham com distúrbio do processamento auditivo devem se atentar ao fato de que o objetivo final é sempre o de apoiar à pessoa no alcance uma vida digna, reduzindo a limitação das

atividades e, assim, melhorando a participação. É chamada a atenção ainda para a demanda de uma abordagem multidisciplinar na gestão do caso que inclua, também, pais e professores⁽¹²⁰⁾.

E, no ano de 2020, a *The Speech Pathology Association of Australia Limited* emitiu o “*Augmentative and Alternative Communication Clinical Guideline*”, um documento descrevendo sobre a posição da entidade acerca do escopo do fonoaudiólogo que trabalha com a CSA. Nele, a CIF é citada dentro do embasamento que envolve dois conceitos chaves, o “*Communication Disability*” e o “*Communication Partners*”, reforçando, respectivamente, que os quadros de deficiência existem como resultado da interação de diversos fatores e que os parceiros de comunicação são fundamentais e impactam diretamente nas Atividades e Participação da pessoa com deficiência. Outro ponto relevante descrito é quanto ao uso da CIF para orientar aspectos de avaliação e intervenção, principalmente no contexto do ambiente da pessoa, promovendo a participação do indivíduo em sociedade. Nele descreve-se a recomendação de que o fonoaudiólogo que trabalha com CSA tenha conhecimento sobre a classificação de funcionalidade para trabalhar com metas terapêuticas que incluam os Fatores Ambientais e Pessoais, gerando impacto sobre as Atividades e Participação, bem como que realize avaliações quanto às intervenções que foram feitas, abordando aspectos de competência social e estratégica, bem como a participação em atividades que envolvem a comunicação⁽¹²¹⁾.

Sem dúvidas, a emissão desses documentos por suas entidades de referência reforça o quanto a CIF deve ser adotada pelos fonoaudiólogos e o quanto seu uso pode trazer informações de extrema relevância para a prática profissional, visando uma atuação mais direcionada e individualizada às demandas de cada paciente, com um olhar voltado para questões que vão além das Funções e Estruturas do Corpo, perpassando as Atividades e Participação e focando também nos Fatores Ambientais e Pessoais.

2.5 Qualidade de vida e funcionalidade

De uma forma abrangente, a qualidade de vida se relaciona ao grau de contentamento quanto aos aspectos da vida familiar, amorosa, social e ambiental, sendo que reflete valores, conhecimentos e experiência, tanto individuais, como coletivos, o que a torna uma construção social arraigada de referências culturais⁽¹²²⁾.

Ela envolve elementos subjetivos e de incorporação cultural, além de padrões materiais relativos à satisfação de necessidades básicas referentes à conforto, bem-estar e realização individual e coletiva, tais como alimentação, água potável, saúde, habitação, educação, trabalho, lazer⁽¹²²⁾.

As relações entre saúde e qualidade de vida começaram a ser estudadas nos séculos XVIII e XIX, associadas ao início da medicina social, porém a área médica utilizava o termo em uma perspectiva que tem como base aspectos biológicos ou alterações físicas que demandavam de tratamento, mostrando uma visão biomédica⁽¹²²⁾. Posteriormente, um novo termo empregado foi o de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), definido em 1997 por Auquier e colaboradores como o *“valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial”*⁽¹²³⁾. Ainda que não diretamente associado à CIF, esse novo conceito aborda questões de funcionalidade, a subjetividade e a integração dos fatores do contexto.

Nas Orientações Futuras da CIF – Anexo 8, está descrito que é relevante que o conceito de qualidade de vida seja compatível com os constructos de incapacidade, sendo que a própria organização define qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*⁽¹²⁴⁾, e que esta descreve sobre a sensação dos indivíduos quanto à sua condição de saúde⁽⁹⁾. Ainda conforme o que é descrito na CIF, a qualidade de vida é um *“constructo de bem-estar subjetivo”*, que se contrapõe aos sinais objetivos e exteriorizados indicados pelos constructos de doença e incapacidade, o que gera a demanda de novos estudos para o alinhamento destes⁽⁹⁾. Desta forma, a QVRS inclui várias dimensões, sendo subjetiva e correspondente ao que é relatado pelos pacientes. Essa subjetividade é fundamental, pois são as pessoas ou pacientes que avaliam de forma particular a sua vida e seus problemas de saúde⁽¹²⁵⁾, porém a análise instrumental da QVRS viabiliza a integração biopsicossocial dos determinantes da saúde em níveis distintos e categorizados de acordo com variáveis pessoais e sociais⁽¹²⁶⁾.

2.5.1 Qualidade de vida e CIF

Para estudar qualidade de vida e CIF, é importante pensar a experiência da saúde como um *continuum*, que vai desde a experiência corporal, ou experiência de saúde geral, até o bem-estar objetivo, ou experiência humana. Desta forma, pode-se compreender a CIF como uma classificação de bem-estar objetivo que abrange a todos os aspectos da condição humana, pois, segundo o modelo nela apresentado, com o construto funcionalidade é possível reunir os conceitos usuais relacionados à saúde que representam o estado de bem-estar. O conjunto formado pelos domínios da saúde (intrínsecos à pessoa, tais como aspectos físicos e psicológicos) – associados aos componentes de Funções e Estruturas do Corpo e Atividades; os relacionados à saúde (extrínsecos, porém necessários à experiência da saúde, por exemplo trabalho, educação, atividades sociais) – vinculados à Participação; e os não relacionados à saúde (formado pelas condições materiais, autonomia) – que podem ser avaliados pelos Fatores Contextuais; é o que a CIF entende como bem-estar objetivo. A relação entre a CIF e o bem-estar é semelhante à que a CIF tem com a qualidade de vida, porém, com esta, a perspectiva torna-se subjetiva, por sua própria definição. Portanto, admite-se que as diferenças conceituais podem residir na perspectiva: objetiva no caso da funcionalidade e do bem-estar e subjetiva no caso da qualidade de vida⁽¹²⁷⁾.

A análise da associação entre a classificação da funcionalidade e questões de qualidade de vida é relevante para as diversas condições de saúde e pode ser realizada de diferentes formas. Uma delas explorou, em estudo internacional, a estrutura da CIF como um modelo para prever a qualidade de vida de pacientes adultos com doenças mentais graves, sendo aplicados instrumentos para avaliar todos os componentes da classificação. Foi verificado uma influência importante dos Fatores Pessoais e Ambientais, da funcionalidade dos aspectos que envolvem a saúde mental, da limitação de Atividade e da restrição à Participação, em que, maiores níveis de competência e suporte social, alteração cognitiva e participação foram associadas a melhor qualidade de vida. E, ao contrário, maiores níveis de estigma social, sofrimento psicológico e limitações de atividades foram relacionados a menores níveis de qualidade de vida⁽¹²⁸⁾. Outra possibilidade é identificar categorias da classificação em instrumentos para avaliar a qualidade de vida. Um exemplo desta foi realizado em estudo que teve como objeto de investigação a qualidade de vida de

cuidadores, que têm sua funcionalidade afetada ao assumirem este papel, e são também fontes de qualidade de vida para àqueles a quem assistem. Determinando as categorias da CIF relacionadas aos domínios do questionário “*Short Form Health Survey*” (SF-36) empregado na avaliação da qualidade de vida, foi possível verificar que os cuidadores de pacientes em contexto de hospitalização com sobrecarga de leve/moderada e moderada/severa tiveram maior comprometimento da QVRS, e que houve correlação negativa, estatisticamente significativa e de fraca magnitude, entre a percepção geral de QVRS e a sobrecarga, exceto para o domínio “vitalidade”. Isso indica que quanto maior a sobrecarga dos cuidadores, maior o comprometimento de sua vitalidade⁽¹²⁹⁾.

Uma outra discussão presente na literatura é a utilização de instrumentos que foram desenvolvidos para medir a QVRS na avaliação do componente de Participação da CIF. Especificamente para o público de adultos pós-AVE, uma revisão sistemática da literatura publicada em 2012 buscou verificar quais categorias deste componente já haviam sido relacionados aos conceitos mensurados pelos instrumentos “*Nottingham Health Profile*” (NHP), “*Stroke Specific Quality of Life Scale*” (SS-QOL) e o SF-36. Foram encontrados quatro estudos, sendo que cada instrumento esteve presente em três deles. O total de conceitos mensurados pelos três instrumentos associados ao componente de Atividade e Participação foi diferente em todos os estudos. Foi também distinto o número de categorias da CIF associados aos instrumentos, porém, no total 18 categorias relacionadas à Participação estiveram vinculadas aos conceitos mensurados. Tal resultado demonstra que a utilização do NHP, do SF-36 e do SS-QOL para a avaliação da Participação em indivíduos pós-AVE é possível, desde que haja um conhecimento por parte de quem o faz da identificação de quais os conceitos mensurados pelos instrumentos de QVRS estão realmente relacionados à avaliação da Participação. Os achados mostraram, ainda, que em dois dos estudos com o NHP, a maioria dos conceitos mensurados foi associada às Funções do Corpo, e para o SF-36 e o SS-QOL o número maior de conceitos estiveram associados a Participação, sendo que o SS-QOL foi tido como o instrumento mais indicado neste público, pois avalia o maior número de categorias e, quando comparado aos outros dois, também o maior número de categorias distintas⁽¹³⁰⁾.

Já para a população infantil com condições crônicas de saúde, é citado que, como os instrumentos que avaliam a qualidade de vida apresentam variação dos

conteúdos, a análise destes por meio da estrutura e códigos da CIF-CJ permitiria sua comparação. Para tanto, em estudo comparativo, seis instrumentos genéricos e projetados para avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes entre cinco a 18 anos de idade foram selecionados, sendo elencados apenas as versões do autorrelato e a longa, nos casos em que há mais de uma opção, e seus itens foram revisados para verificar sua associação com a CIF-CJ. Estes eram o “*Child Health Questionnaire – Child Form*” (CHQ-CF), o “*Disabkids Chronic Generic Measure –37 item*” (DCGM-37), o “*EuroQol Five Dimension – Youth version*” (EQ-5D-Y), o KIDSCREEN-52, o “*Revised children Quality of Life Questionnaire*” (Kid-KINDL) e o “*Pediatric Quality of Life Inventory*” (PedsQL) 4.0. Dos 290 conceitos significativos extraídos dos instrumentos foi possível realizar associação com 88 diferentes categorias da classificação, sendo 29 dentre as Funções do Corpo, 48 nas Atividades e Participação e 11 dos Fatores Ambientais, mas nenhuma do componente de Estruturas do Corpo. O instrumento CHQ-CF, foi responsável por 27% dos itens codificados em Funções do Corpo e 55% dos Atividades e Participação e, para os Fatores Ambientais, 24% dos itens codificados foram oriundos do KIDSCREEN-52. Isso demonstra o quão heterogêneo os instrumentos são e que a seleção de qual se utilizar deve ser feita de acordo com os aspectos que são relevantes para cada estudo, ou do componente da CIF que se deseja privilegiar⁽¹³¹⁾.

Verifica-se que o uso da CIF contribui de forma positiva, trazendo o foco para o indivíduo como um todo e não apenas para questões específicas que tendem a ser o alvo de cada profissional, seja ele médico ou da reabilitação, inclusive o fonoaudiólogo, o que viabiliza uma compreensão da natureza multifatorial da qualidade de vida. Outro ponto é que a CIF traz a demanda de analisar o paciente dentro do seu contexto, o que possibilita ao profissional verificar a presença de outros recursos que podem ser utilizados e, com isso, propiciar melhoria da qualidade de vida. Entretanto, há de se atentar para que a associação entre a qualidade de vida e a funcionalidade não traga à primeira o peso de se tornar um alvo tratável na prestação de cuidados de saúde, nem o encargo de se tornar “patológica” diante dos fatos de que os instrumentos de medição geralmente contêm mais itens negativos do que positivos e de que a experiência subjetiva de saúde, por não ser foco de avaliação, intervenção e resultados, passa a ser mensurada apenas ao final, o que pode gerar a perda de todo o processo de melhoria da qualidade de vida. Ressalta-se, por fim, que além do reconhecimento do ambiente como fator importante à qualidade de vida, que

esta é um julgamento subjetivo da pessoa, sendo fundamental que haja uma melhor compreensão da contribuição dos Fatores Pessoais a ela, assim como do papel dela nos aspectos de funcionalidade que envolvem as Funções e Estruturas do Corpo e as Atividades e Participação⁽¹³²⁾.

2.5.2 Qualidade de vida na infância e adolescência

No caso de grupos específicos como as crianças e os adolescentes, quando a qualidade de vida é estudada, esta tende a focar naqueles que apresentam condições de saúde graves ou crônicas, sendo ainda pouco frequentes trabalhos com pessoas sem alterações na saúde⁽¹³³⁾ ou que apresentam questões que podem ser menos incapacitantes, mas ainda assim, que trazem impactos. Outro ponto é que há uma demanda nas publicações para que as informações acerca da qualidade de vida de crianças e adolescentes sejam fornecidas pelo próprio indivíduo e não somente por adultos a eles próximos⁽¹³⁴⁾.

A qualidade de vida individual de crianças e adolescentes se concatena à qualidade de vida familiar, sendo que ambos são construtos multidimensionais e que recebem influência de diversos fatores, tais como o apoio da família ampliada, tanto em relação ao cuidado, como em ajuda financeira, e de profissionais de saúde, principalmente quando há alguma condição de saúde ou deficiência envolvida⁽¹³⁵⁾.

Na prática, observa-se que há variações importantes quando a qualidade de vida é analisada somente entre as crianças, somente entre adolescentes e quando ambos os grupos são analisados de forma conjunta. Um exemplo de estudo realizado somente com crianças e publicado em 2019 teve a proposta de avaliar a qualidade de vida em prematuros sem outras condições de saúde associadas, aplicando o instrumento *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* (AUQEI). Este foi realizado com 57 crianças entre cinco e oito anos que haviam nascido com idade gestacional menor que 37 semanas e peso ao nascer menor que 1.500g, e com seus responsáveis. Na avaliação de sua própria qualidade de vida, mais da metade das crianças a considerou como prejudicada (51,9%), sendo o domínio da Autonomia (M = 0,51) avaliado de pior forma, seguido do domínio Família (M = 0,60). O resultado dos responsáveis, por sua vez, indicou uma porcentagem um pouco menor (46,3%) de prejuízos na qualidade de vida quando comparado à visão das crianças, mas também consideraram Autonomia e Família como os domínios mais prejudicados⁽¹³⁴⁾.

Já na análise da diferença na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde entre crianças e adolescentes, um estudo português realizado com 163 usuários de dois centros de saúde por meio da aplicação do KIDSCREEN-27®, teve como resultados valores médios de QVRS mais elevados para as crianças, sendo que para o item do questionário de “Ambiente Escolar”, a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa, em que os adolescentes se manifestaram menos satisfeitos que as crianças⁽¹²⁶⁾. Tal fato também foi observado em um estudo brasileiro realizado somente com adolescentes, igualmente utilizando o KIDSCREEN-27®, em que àqueles cujas idades eram mais próximas à faixa etária infantil tiveram uma percepção mais positiva da qualidade de vida relacionada à saúde quando comparados ao grupo mais próximo da fase adulta, tanto na dimensão dos aspectos psicológicos do bem-estar, como no que se refere ao ambiente escolar, o que pode indicar uma maior propensão às percepções de infelicidade e desamparo conforme a idade avança⁽¹³³⁾.

É descrito também na literatura que os campos social e psicológico são alvos dos determinantes sociais da saúde, especificamente no período da adolescência devido às transformações que ocorrerem nesta⁽¹³³⁾. É, portanto, necessário compreender sobre as representações sociais que os adolescentes fazem sobre sua qualidade de vida, assim como entender os múltiplos fatores aos quais está relacionada à sua pertença, o que vai além dos aspectos biológicos e reflete, igualmente, em seus papéis, valores, crenças e atitudes⁽¹³⁶⁾. Desta forma, um maior conhecimento sobre como os adolescentes percebem suas próprias vidas viabiliza uma maior compreensão sobre a sua saúde⁽¹³³⁾.

Traduzir a complexidade da noção de qualidade de vida na perspectiva da subjetividade que lhe é intrínseca, mas também relativa as diferentes culturas e realidades sociais, tem sido o objetivo de vários instrumentos estabelecidos na literatura, sendo que alguns deles tratam a saúde como integrante de um indicador composto, e outros avaliam a saúde como seu objeto propriamente dito⁽¹²²⁾. Exemplos de instrumentos utilizados para avaliação deste constructo com o público de crianças e adolescentes são o AUQEI⁽¹³⁷⁾, o KIDSCREEN®⁽¹³⁸⁾ e o PedsQL™⁽¹³⁹⁾. O AUQEI é um questionário formado por 26 questões que abrange os domínios de autonomia, lazer, funções e família e que pode ser aplicado a crianças de quatro a 12 anos, mas também pode ser respondido pelos responsáveis⁽¹³⁷⁾. Já o KIDSCREEN® possui uma versão de 52 questões com possibilidade de aplicação para pais/tutores e outra para

as crianças/adolescentes, sendo ambos formados por 10 dimensões, bem como apresenta uma forma resumida com 27 questões e cinco dimensões⁽¹³⁸⁾. O PedsQL, por sua vez, possui uma versão genérica, a 4.0, porém há também outras específicas para condições de saúde comuns ao público infanto-juvenil. Ele é composto por 23 questões divididos em quatro dimensões (físico, emocional, social e escolar), sendo possível, ainda, análise da dimensão psicossocial, e cuja aplicação pode ocorrer com os responsáveis e com crianças e adolescentes, tendo questionários estruturados de forma adequada às faixas etárias propostas⁽¹³⁹⁾.

Entretanto, ainda que exista a opção de diferentes questionários, a comparação entre os resultados na aplicação de instrumentos distintos com um mesmo público indica variabilidade do conceito de qualidade de vida. Indica também as diversas bases teóricas empregada na estruturação destes e, por consequência, da forma de mensuração de cada instrumento⁽¹⁴⁰⁾. Tal variabilidade pode ser positiva, pois permite escolhas aos profissionais e pesquisadores, porém dificulta a comparação dos resultados, sendo o ideal, é que ocorram novas discussões e consensos quanto ao “que avaliar” e ao “como avaliar” quando se trata de qualidade de vida.

2.5.3 Qualidade de vida e Fonoaudiologia na infância e adolescência

No contexto da Fonoaudiologia, já existe um olhar voltado para a temática da qualidade de vida, inclusive com crianças e adolescentes. Em 2016, foi realizada uma pesquisa que buscava investigar sobre a relação da classificação socioeconômica com a percepção da qualidade de vida de familiares de crianças e adolescentes com deficiência auditiva e atendidos por fonoaudiólogos em serviço de reabilitação auditiva do SUS. O WHOQOL-BREF foi o questionário aplicado, em que as questões 1 e 2 se referem a qualidade de vida geral e as demais 24 compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para avaliação quanto às questões socioeconômicas foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Os autores verificaram que uma melhor percepção de qualidade de vida esteve presente no domínio social, que envolve aspectos referentes às relações pessoais e o suporte/apoio social, enquanto a pior percepção foi a relativa ao domínio ambiental, que envolve a segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, entre outros. Foi verificada a existência de correlação positiva entre o domínio físico e a classificação socioeconômica, indicando que a pior

percepção de qualidade de vida neste domínio estava relacionada a mais baixa classificação socioeconômica dos participantes. Correlação positiva também ocorreu entre o domínio psicológico e a classificação socioeconômica, pois uma vez que um diminui, o outro também diminui em todas as classificações, fato igualmente verificado entre o domínio social e a classificação socioeconômica. Não houve relação entre domínio ambiental e classificação socioeconômica, devido ao fato de que houve variação de percepção de qualidade de vida neste quando relacionado ao CCEB⁽¹⁴¹⁾. Tais achados reforçam a importância de se verificar a qualidade de vida familiar e os fatores a ela associados como o suporte recebido, independentemente de como este se dá⁽¹³⁵⁾.

De 2017, um estudo realizado com crianças de sete a 12 anos apresentando baixo desempenho escolar e que participavam de atendimento educacional especializado, teve como objetivo verificar a existência de associação entre a qualidade de vida e a autopercepção de saúde, considerando também a influência de fatores sociodemográficos. Para isso, tanto os estudantes, quanto seus responsáveis foram convidados a participar, sendo aplicado o AUQEI e realizado o questionamento “Em geral, você diria que sua saúde é: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?” com o primeiro grupo e instituído o CCEB e questionamentos quanto a outros itens sociodemográficos com o segundo. Como resultados, 36,4% das crianças relataram que sua qualidade de vida era prejudicada, sendo a pontuação média do AUQEI de 50,4 pontos e os domínios lazer e família avaliados de forma mais positivas, enquanto autonomia foi o de avaliação mais negativa. Além disso, 27% da amostra fez uma autoavaliação de estado de saúde como ruim/muito ruim. Quando realizado o modelo de regressão linear univariada, verificou-se associação estatisticamente significativa entre a idade e o domínio família, e entre a classificação econômica, o domínio autonomia e o escore total do AUQEI. No modelo de regressão linear múltipla, por sua vez, houve associações estatisticamente significativas dos domínios de família com idade, e de autonomia com classificação econômica. Tais achados demonstraram que os contextos socioeconômicos e culturais podem influenciar na formulação do conceito de qualidade de vida e de seus domínios, sendo necessário aos profissionais, incluindo o fonoaudiólogo, que acompanham esse perfil de pacientes ter um olhar mais amplo do que apenas às dificuldades escolares⁽¹⁴¹⁾.

Um estudo australiano utilizando o PedsQL genérico em crianças e adolescentes com Distúrbio Específico de Linguagem (DEL), grupo caso, e com

desenvolvimento típico de linguagem, grupo controle, investigou a adequação do instrumento para comparação entre ambos os grupos, sendo verificada a viabilidade de seu uso em tais populações. Foi também realizada a aplicação da versão pais aos responsáveis dos dois grupos. A análise de comparação entre o grupo controle e seus responsáveis demonstrou que uma pequena porcentagem de ambos considerava a qualidade de vida das crianças e adolescentes abaixo da média dos pontos de corte na maioria das escalas utilizadas para o PedsQL, porém sem que essa chegasse a ser considerada como uma pontuação de risco. Para todos os domínios do instrumento a pontuação média na avaliação dos responsáveis era melhor que das crianças e adolescentes, sendo verificadas diferenças com significância estatística quanto à pontuação total e para os domínios psicossocial, físico, social e escolar. Quando realizada a comparação entre as crianças e adolescentes do grupo controle e àquelas com DEL, as do primeiro grupo tiveram médias de pontuação maiores para todos os domínios do PedsQL. Por sua vez, na comparação dos resultados dos responsáveis, as médias dos pais do grupo controle também foram bem superiores em todos os domínios às verificadas para os responsáveis do grupo com DEL. Os achados desse estudo demonstraram que quadros como o DEL podem afetar de forma drástica a qualidade de vida de crianças e adolescentes, inclusive em aspectos muito além dos que se referem apenas as dificuldades de comunicação⁽¹⁴²⁾. Outro ponto é que, tanto para crianças e adolescentes da comunidade, quando para aqueles que apresentam alterações fonoaudiológicas, as percepções de qualidade de vida foram diferentes quando comparados com seus responsáveis.

Como é possível perceber, a avaliação da qualidade de vida no contexto de alterações fonoaudiológicas tem ora enfoque nos próprios pacientes, ora nos familiares, principalmente quando se trata de quadros em que o indivíduo é mais dependente. Contudo, a abordagem de ambas as visões em um mesmo trabalho, a título, inclusive, de comparação das percepções e de verificar suas associações a outros fatores, tais como o próprio diagnóstico fonoaudiológico, pode trazer informações adicionais e elucidar muito das demandas de ambos os grupos, viabilizando uma assistência que seja integral, não apenas ao paciente, mas também àqueles que fazem parte e estruturam seu meio.

2.6 Autopercepção de saúde e funcionalidade

Um conceito importante e que inclui a sensação de bem-estar e satisfação com a vida⁽¹⁴³⁾, devendo estar atrelado às pesquisas de funcionalidade e qualidade de vida, é o da autopercepção de saúde, ou percepção subjetiva da saúde⁽¹⁴⁴⁾. Este combina componentes físicos, emocionais⁽¹⁴³⁾ e cognitivos⁽¹⁴⁵⁾ na sua construção e se associa a questões de letramento em saúde, em que uma melhor percepção da própria saúde também é vista em quem tem melhor percepção de seu letramento em saúde⁽¹⁴⁶⁾.

Outro aspecto que pode estar relacionado à autopercepção de saúde é a experiência que se tem da saúde ou da doença, pois, principalmente nos casos de questões crônicas ou que não são externamente aparentes, há de se ter uma aprovação social de que existe uma anormalidade, além da comprovação dessa vinculada a um diagnóstico médico. Entretanto, como muito do saber biomédico ainda é atrelado a questões palpáveis de diagnóstico e apresenta-se como a supremacia na determinação, ou não, da existência de saúde ou doença, algumas experiências subjetivas de doença, dor e outros vividas pelas pessoas acabam não sendo legitimadas, mesmo que interfiram nas percepções pessoais de saúde⁽¹⁴⁷⁾.

A avaliação da autopercepção de saúde pode ser realizada de maneira simples, por meio de um questionamento, e suas respostas categorizadas a fim de propiciar uma melhor caracterização da população estudada ou de viabilizar análises mais robustas junto a outras variáveis^(146,148). Além da autopercepção de saúde geral, ela também pode ser classificada em autopercepção de saúde comparativa que, por sua vez, pode ser subdividida em dois tipos: comparativa de idade, quando definida em relação a outros indivíduos da mesma idade, ou comparativa de tempo, quando estabelecida em relação à diferença que se percebe entre um determinado período⁽¹⁴⁹⁾. Porém, há de se levar em consideração que os resultados da autopercepção de saúde podem também ser influenciados por flutuações de curto prazo que ocorrem devido às variações cíclicas que permeiam a sensação de bem-estar dentro de um contexto de saúde ou doença⁽¹⁴⁸⁾.

2.6.1 Autopercepção de saúde e CIF

É escassa, ainda, na literatura, a investigação entre a autopercepção de saúde e o uso da CIF. Porém vale o destaque a um estudo holandês de 2012 que investigou

as relações entre os componentes da estrutura da CIF em uma população de 2.941 membros de associações de pacientes que referiam possuir pelo menos uma doença ou distúrbio crônico. Além disso, avaliou se era possível o uso da autopercepção da saúde como um indicador do estado de saúde ou como parte do componente de Fatores Pessoais. Para tanto, um instrumento denominado IMPACT-BF foi utilizado para avaliar as Funções e Estruturas do Corpo de acordo com a percepção dos entrevistados, e as Atividades e Participação, também de acordo com a percepção dos pacientes, foram medidas usando o questionário IMPACT-S. Já a autopercepção de saúde foi avaliada usando a pergunta “em geral, como você considera sua saúde?”, sendo as respostas categorizadas como “ruim” (escore 1), “regular” (escore 2), “boa” (escore 3), “muito boa” (escore 4), e “excelente” (escore 5), e considerada esta como uma variável contínua nas análises, diante do pressuposto de que, a forma como se percebeu a saúde entre os participantes, foi linearmente correlacionada aos componentes da CIF. Foram propostos modelos de análise para se determinar os resultados, sendo identificado que as pessoas que possuíam pior condição de saúde, ou maior número de doenças e distúrbios crônico relatados, percebiam suas Funções do Corpo como mais pobres e àquelas com uma melhor percepção das funções corporais relataram perceber de forma melhor suas Atividades. Os autores concluíram que a Participação percebida está fortemente associada à percepção das Funções do Corpo e a autopercepção de saúde. Eles referiram também, que dentro das definições formais, as experiências e percepções integram os Fatores Pessoais e que a autopercepção de saúde deveria ser incluída neste componente. Contudo, que ela também pode ser vista como outra forma de definir o estado de saúde e que, por isso, pode ser também utilizada como uma alternativa para o caso das doenças e distúrbios crônicos, transformando-se um valioso indicador de estado de saúde⁽¹⁵⁰⁾.

Em 2020 um estudo brasileiro buscou verificar se os aspectos de funcionalidade e incapacidade podem ser determinantes da autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC na fase crônica. Para tanto, um estudo exploratório transversal foi delineado e realizado com adultos, que haviam tido o diagnóstico de AVC há, pelo menos, seis meses. A percepção sobre a própria saúde foi coletada por meio do questionamento “em geral, você diria que sua saúde é...”, sendo as respostas categorizadas em “autopercepção boa”, que incluiu as respostas excelente, muito boa e boa, e “autopercepção ruim”, composta pelas respostas ruim e muito ruim. O *core set* para AVC foi utilizado para determinação das variáveis independentes do estudo,

sendo que medidas clínicas, fornecidas por cinco instrumentos publicados na literatura direcionados a esse perfil de pacientes, foram selecionadas abrangendo os componentes de Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação. Dos 63 participantes do estudo, 44 classificaram sua própria saúde como “boa” e 19 como “ruim”. Dentre as variáveis que abrangiam aspectos da funcionalidade, associação significativa com a autopercepção de saúde foi identificada apenas para a “função emocional”, em que indivíduos com comprometimento desta foram sete vezes mais propensos a avaliar sua própria saúde como “ruim”. Esse resultado mostrou que dimensões físicas e sociais parecem ser menos significativas para a autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC na fase crônica quando comparadas à dimensão psicológica, bem como que as funções emocionais e a autopercepção da saúde precisam ser avaliadas sistematicamente nesses pacientes⁽¹⁵¹⁾.

2.6.2 Autopercepção de saúde na infância e adolescência

Diante da importância de se conhecer sobre o conceito que se tem da própria saúde, faz-se relevante inteirar-se dela dentro de grupos específicos, incluindo o de crianças e adolescentes. Entretanto, ao contrário dos artigos de qualidade de vida, para o público infantil são exíguos, ainda, os estudos que têm como foco a autopercepção de saúde.

Já para os adolescentes, as publicações mostram que alguns aspectos que podem influenciar negativamente a autopercepção de saúde dentro do contexto escolar podem ser referentes ao sexo, à renda, sentimento de tristeza ou pensamento suicida, ter sofrido *bullying* escolar e outros comportamentos de violência associados à insegurança na escola e ao fato de já ter sido furtado neste ambiente⁽¹⁵²⁾. Em contrapartida, variáveis descritas como propiciadoras de aumentar a chance de adolescentes estudantes do ensino médio de escolas públicas da cidade de Belo Horizonte perceberem sua saúde de forma positiva foram ter moradia própria e praticar alguma religião, além de referirem melhor qualidade de vida. Ou seja, não apenas aspectos socioeconômicos, mas culturais e que envolvem as considerações referentes à qualidade de vida influenciam neste constructo⁽¹⁵³⁾.

Entretanto, já foi hipótese investigada em estudo se os constructos de qualidade de vida e da autopercepção de saúde eram, de fato, vistos como distintos entre a população de adolescentes. Este foi o objetivo de uma publicação de 2005,

realizada com adolescentes americanos, que procurou examinar as relações entre a autopercepção de saúde, a saúde física, a saúde mental e a qualidade de vida, abrangendo também a verificação de se a saúde mental é mais proeminente, tanto na avaliação da qualidade de vida, quanto na da autopercepção de saúde, quando comparadas à saúde física. Os autores verificaram que a autopercepção de saúde da amostra, assim como a qualidade de vida, foi predominantemente baseada na saúde mental, porém, que como não foram realizadas medidas para outros aspectos, tais como os sociais (suporte, vínculos), além de estilos de enfrentamento e características de personalidade, não é possível determinar quais outros domínios estão sendo considerados pelos adolescentes ao determinar sua autopercepção de saúde. Além disso, foi verificado que uma melhor autoavaliação de saúde não significa necessariamente que haja um aumento da qualidade de vida, pois as evidências sugerem que os adolescentes deram pouca atenção aos estados de saúde física e mental ao avaliar sua saúde, mas não ao determinar sua qualidade de vida. Dessa forma, as intervenções em um dos constructos não necessariamente levarão a melhora na avaliação do outro, fato que deve ser considerado no planejamento de intervenções, sejam elas individuais ou não⁽¹⁵⁴⁾.

Da mesma forma que a autopercepção de saúde não caminha lado a lado com a qualidade de vida, esta também não, necessariamente, é inerente ao estado de saúde do adolescente, ainda que àquele que avalia de forma positiva outros aspectos de sua vida tem maiores chances que fazê-lo, também, para a própria saúde⁽¹⁵³⁾. Por isso, o estudo da autopercepção de saúde, e seus fatores associados, nos públicos infanto-juvenis, mas essencialmente entre as crianças devido ao atual estado da arte nessa temática, se faz relevante para trazer informações pertinentes, além de auxiliar no planejamento das ações voltadas à saúde ou a outros campos que a ela se associam, tornando-as, de fato, efetivas.

2.6.3 Autopercepção de saúde e Fonoaudiologia

A importância da avaliação da própria saúde intrincada às questões de qualidade de vida dentro da Fonoaudiologia já foi ressaltada na literatura⁽¹⁴⁵⁾, sendo esta alvo de estudos que trabalharam com público adulto⁽¹⁴⁵⁾, e com público infantil, especificamente com questões de mal desempenho escolar⁽¹⁴¹⁾.

Em um estudo realizado com adultos em processo de terapia em serviço fonoaudiológico em componente assistencial especializado, foram utilizados um Instrumento de Investigação sobre a Percepção de Saúde, criado pelas pesquisadoras, além do WHOQOL-Abreviado, sendo que 77,3% da amostra se considerou saudável e 53,6% avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. O domínio do WHOQOL-Abreviado que apresentou maior escore médio foi o social e, além disso, àqueles que se consideraram saudáveis apresentaram melhores escores nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Houve, ainda, associação com significância estatística com a escolaridade e com a renda mensal, sendo que os sujeitos que avaliaram negativamente a própria saúde foram os de escolaridade e renda menores. Foram verificados, também, que aspectos referentes à dimensão biopsicossocial e a qualidade de vida foram os mais citados pela amostra quando questionados sobre qual conceito tinham de saúde e que sujeitos com co-ocorrências apresentaram avaliação negativa da própria saúde, enquanto àqueles que não apresentam doenças avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. Em sua discussão, as autoras reforçaram sobre a demanda a ser explorada entre as associações existentes da autopercepção de saúde com a Fonoaudiologia⁽¹⁴⁵⁾.

Em um segundo exemplo de pesquisa realizada em contexto de pacientes com questões fonoaudiológicas, dentre a amostra de crianças entre sete a 12 anos com mal desempenho escolar e que se encontravam em atendimento especializado, 27% fez uma autoavaliação de estado de saúde como ruim/muito ruim. Nas análises, o modelo de regressão linear univariada indicou existência de associação estatisticamente significativa entre a autopercepção de saúde e as áreas lazer, funções e família do questionário AUQEI utilizado na avaliação da qualidade de vida. Já no modelo de regressão linear múltipla, o domínio família deixou de ter associação e foram mantidos os domínios lazer e funções. Foi verificado, também, que para crianças com baixo desempenho na escola, a pior autopercepção de saúde está associada às características sociodemográficas⁽¹⁴¹⁾.

Dessa forma, faz-se necessário destacar o quanto a percepção da saúde pelos próprios pacientes, em processo de avaliação ou intervenção fonoaudiológica, pode ser um indicador importante de aspectos referentes aos contextos sociodemográficos⁽¹⁴⁵⁾ e socioculturais, bem como aos sistemas de valores referentes aos objetivos, expectativas e interesses⁽¹⁴¹⁾.

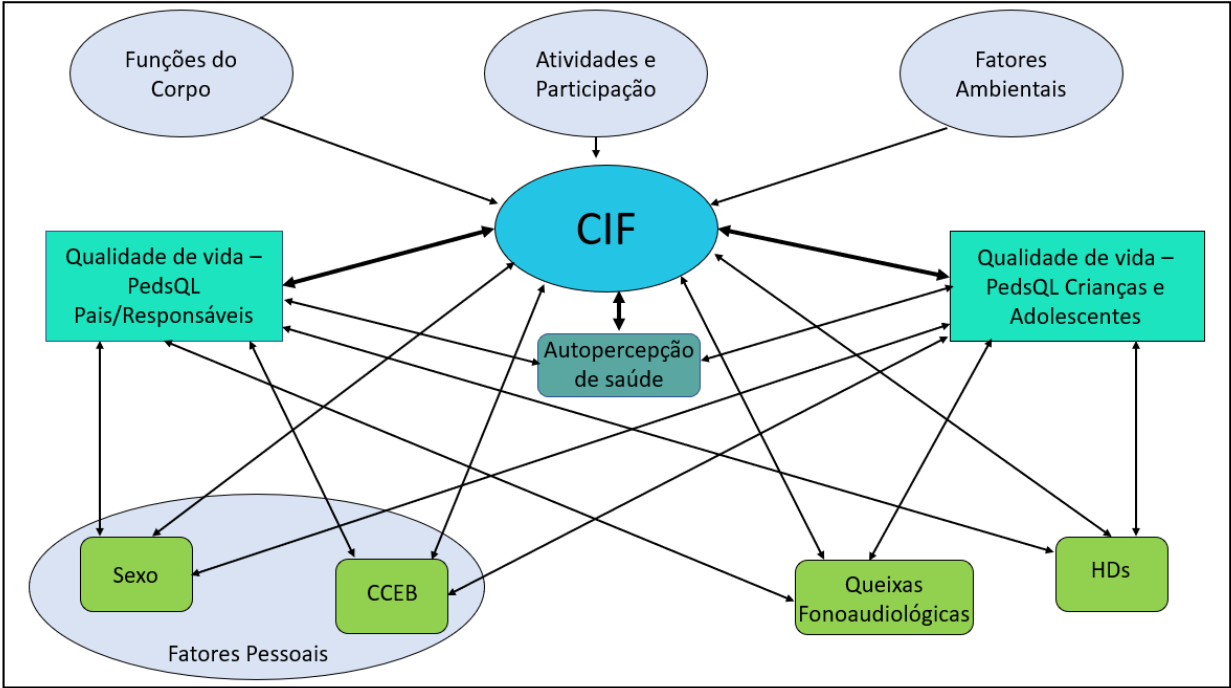
2.7 Modelo teórico do estudo

Os aportes conceituais, as discussões metodológicas e assistenciais apresentadas no presente referencial teórico permitem inferir que há, ainda, perspectivas a serem exploradas quando se pensa em funcionalidade, qualidade de vida e Fonoaudiologia. Não temos na ciência fonoaudiológica um modelo teórico que case seus preceitos com os da funcionalidade. Além disso, as influências e associações entre qualidade de vida e autopercepção de saúde no contexto dos distúrbios da comunicação demandam mais estudos para se fazerem evidentes e passíveis de serem geridas⁽¹⁴⁵⁾.

Especialmente no processo de avaliação fonoaudiológica, que é o prelúdio para que a relação terapeuta paciente se inicie, pode-se trabalhar com aspectos que vão desde a observação comportamental, passando por entrevistas com o indivíduo e sua família, até o uso de ferramentas padronizadas e que tem como embasamento critérios já bem estabelecidos na literatura. Porém, quando em tal processo é possível inserir a estrutura da CIF, às informações das Funções e Estruturas do Corpo, pertinentes à intervenção fonoaudiológica, se somam aos aspectos de Atividades e Participação e ao contexto dos Fatores Ambientais e Pessoais⁽¹⁰²⁾, viabilizando uma visão integrada e de múltiplos aspectos, que permite que a tomada de decisão no processo terapêutico se torne mais assertiva.

Assim como é ilustrado na Figura 3, entende-se que o modelo teórico que ancora esta tese evidencia que o uso da CIF potencializa a um formato mais legítimo o processo diagnóstico em Fonoaudiologia, pois somente o uso de testes gera uma massificação da diagnose, sem que as individualidades do sujeito sejam consideradas, enxergando-os, apenas como uma condição de saúde a ser normalizada. Além disso, a triangulação entre as variáveis de cunho fonoaudiológico, de qualidade de vida e de funcionalidade, viabiliza que as visões, subjetiva e objetiva da saúde, agreguem valores ao processo dinâmico de funcionalidade e incapacidade, em consonância com Fatores Contextuais. Desta forma, tem-se o indivíduo integralmente, vislumbrando-o dentro de um prisma biopsicossocial, com aquilo que lhe é intrínseco, mas também com o que o ambiente e as pessoas lhe proporcionam e que interferem na perspectiva de avaliação e em qualquer processo de reabilitação.

Figura 3 – Modelo Teórico de referência das relações bidirecionais de influência entre a funcionalidade, a qualidade de vida, a autopercepção de saúde, fatores sociodemográficos e clínicos dentro do processo de avaliação fonoaudiológica



Legenda: CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil; HDs = Hipóteses diagnósticas

Fonte: Elaborado pela autora.

2.8 Referências

1. Krefting LH. The Use of Conceptual Models in Clinical Practice. *Can J Occup Ther.* 1985;52(4):173-8. <https://doi.org/10.1177/000841748505200402>
2. Portney LG, Watkins MP. The role of theory in clinical research. In: Portney LG, Watkins MP. *Foundations of clinical research applications to practice*. 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange; 2000. p.17-26.
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
4. Puttini RF, Junior AP, Oliveira LR. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis.* 2010;20(3):753-67. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004>
5. Ceballos AGC [Internet]. Recife: UNA-SUS UFPE; 2015 [cited 2020 Oct 19]. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde; [about 22 screens]. Available from: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf
6. Trigo M. Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história. *Rev Port Saúde Pública.* 2000;18(2):5-22.
7. Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1976;54(4):439-67 apud Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1199-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
8. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med.* 1994;38(1):1-14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
9. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2020.
10. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o Modelo Biomédico? *Saúde Soc.* 2002;11(1):67-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
11. Sampaio ER, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(3):475-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>
12. Bampi LNS, Guilhem D, Alves ED. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(4):1-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400022>

13. Diniz D, Barbosa L, dos Santos WR. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. *Sur Rev Int Direitos Human*. 2009;6(11):64-77. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>
14. Jardim PM, Jardim KSS. Modelo Biopsicossocial: uma questão teórica ou epistemológica? *Revista CIF Brasil*. 2020;12(2):1-7.
15. Abberley P. The concept of oppression and the development of a social theory of disability. *Disabil Handicap Soc*. 1987;2(1):5-21. <https://doi.org/10.1080/02674648766780021>
16. Araújo NR, Cunha CM. Interpretação do modelo social de deficiência a partir do conceito de normalidade de Canguilhem. *Conjectura: Filosofia e Educação*. 2020;25:308-31. <https://doi.org/10.18226/21784612.v25.dossie.18>
17. França TH. A normalidade: uma breve introdução à história social da deficiência. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 2015;6(11):105-23.
18. Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustün B. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25(11-12):588-95. <https://doi.org/10.1080/0963828031000137090>
19. World Health Organization [Internet]. New York: WHO, 1946 [cited 2020 Nov 25]. Constitución de la Organización Mundial de la Salud; [about 20 screens]. Available from: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
20. Silva MJS, Schraiber LB, Mota A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis*. 2019;29(1):e290102. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>
21. Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*. 2011;9(17):523-36.
22. Pilgrim D. The Biopsychosocial Model in Health Research: Its Strengths and Limitations for Critical Realists. *Journal of Critical Realism*. 2015;14(2):164-80. <https://doi.org/10.1179/1572513814Y.0000000007>
23. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187-93. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
24. Fava GA, Sonino N. The biopsychosocial model thirty years later. *Psychother Psychosom*. 2008;77(1):1-2. <https://doi.org/10.1159/000110052>.
25. Castaneda L. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: apreender para agir. *CoDAS*. 2019;31(5):e20180312. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018312>

26. Lehman BJ, David DM, Gruber JA. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Soc Personal Psychol Compass*. 2017;11(8):e12328. <https://doi.org/10.1111/spc3.12328>
27. Laurenti R, Di Nubila HBV, Quadros AAJ, Conde MTRP, Oliveira ASB. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2013;71(9A):3-10. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20130111>
28. Rodríguez Jústiz F, Fernández Núñez A, Baly Gil A. Apreciaciones sobre la clasificación internacional de enfermedades. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2000;38(3):215-9.
29. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
30. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Brasília: OPAS; 2018 [cited 2020 Oct 16]. OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11); [about 5 screens]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/18-6-2018-oms-divulga-nova-classificacao-internacional-doencas-cid-11>
31. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Brasília: OPAS; 2019 [cited 2020 Oct 16]. CID: burnout é um fenômeno ocupacional; [about 4 screens]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional>
32. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2020 Oct 29]. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics; [about 1 screen]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
33. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9 ed. São Paulo: EDUSP; 2003.
34. Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health--some critical remarks. *Am J Occup Ther*. 2005;59(5):569-76. <https://doi.org/10.5014/ajot.59.5.569>
35. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2020 Oct 16]. Family of International Classifications: definition, scope and purpose; [about 27 screens]. Available from: <https://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf>
36. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2020 Oct 16]. International Classification of Health Interventions (ICHI); [about 1 screen]. Available from: <https://www.who.int/classifications/ichi/en/>
37. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [cited 2020 Nov 10]. International Classification of Diseases for Oncology, 3rd edition (ICD-O-3);

[about 3 screens]. Available from:
<https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-diseases-for-oncology>

38. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1993 [cited 2020 Nov 10]. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research; [about 263 screens]. Available from:
https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf?sfvrsn=8e11345b_2
39. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1992 [cited 2020 Nov 10]. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines; [about 267 screens]. Available from:
https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf?sfvrsn=374758f7_2
40. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1995 [cited 2020 Nov 10]. Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology; [about 246 screens]. Available from:
http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/40919/9241544678_eng.pdf;jsessionid=7134CFE367308AE858255D18DB9E104D?sequence=1
41. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2020 Nov 10]. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision; [about 201 screens]. Available from:
https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
42. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Nov 10]. The Startup Mortality List (ICD-10-SMoL); [about 1 screen]. Available from:
[https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/the-startup-mortality-list-\(icd-10-smol\)](https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/the-startup-mortality-list-(icd-10-smol))
43. Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2011.
44. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2020 Oct 16]. Implementing the merger of the ICF and ICF-CY: Background and proposed resolution for adoption by the WHO FIC Council; [about 2 screens]. Available from: <https://www.who.int/classifications/icf/whoficresolution2012icficy.pdf>
45. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [cited 2020 Nov 10]. International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2); [about 2 screens]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-primary-care>
46. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [cited 2020 Nov 10]. International Classification of External Causes of Injury (ICECI); [about 2 screens]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-external-causes-of-injury>

47. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 Nov 10]. The ATC/DDD Methodology; [about 3 screens]. Available from: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/methodology>
48. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Nov 10]. ISO 9999 and ICF: functioning as a key factor in classifying and selecting assistive products; [about 1 screen]. Available from: https://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/great_summit/GS87_HEERKENS_ISO9999_ICF.pdf?ua=1
49. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Nov 10]. International Classification for Nursing Practice (ICNP); [about 2 screens]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-for-nursing-practice>
50. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2020 Nov 10]. Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death; [about 8 screens]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool>
51. Secretariado Nacional de Reabilitação, Ministério do Emprego e da Segurança Social de Portugal. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps): um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, Ministério do Emprego e da Segurança Social; 1995.
52. World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: WHO; 2001.
53. Organização Mundial da Saúde. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS; 2013.
54. ICF Research Branch [Internet]. Nottwil: ICF Research Branch; 2017 [cited Oct 27]. ICF Core Sets Projects. Available from: <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2>
55. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2020 Oct 27]. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0); [about 2 screens]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>
56. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [cited 2020 Oct 27]. ICF Checklist; [about 15 screens]. Available from: <https://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf?ua=1>
57. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2021 Mar 2]. Myelodysplastic syndromes (MDS); [about 1 screen]. Available from: <https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>

58. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2001 [cited 2020 Oct 27]. Fifty-Fourth World Health Assembly 2001 [about 1 screen]. Available from: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1&ua=1&ua=1
59. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2021 Mar 2]. 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida - políticas de Estado e desenvolvimento: relatório final; [about 246 screens]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_nacional_saude.pdf
60. Brasil ACO. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. Rev Bras Promoç Saúde. 2013;26(1):1-4. <https://doi.org/10.5020/2646>
61. Brasil. Câmara dos Deputados [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 2021 [cited 2022 Nov 24]. Projeto de Lei 1673 de 2021; [about 6 screens]. Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2003003
62. Brasil. Câmara dos Deputados [Internet]. Brasília: Agência Câmara de Notícias; 2021 [cited 2022 Nov 24]. Projeto institui política de saúde funcional, baseada em classificação internacional; [about 6 screens]. Available from: <https://www.camara.leg.br/noticias/801024-projeto-institui-politica-de-saude-funcional-baseada-em-classificacao-internacional/>
63. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União, 2017 [cited 2021 Jan 18]. Portaria Conjunta Nº 1, de 3 de janeiro de 2017: Regulamenta regras e procedimentos de requerimento, concessão, manutenção e revisão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC; [about 7 screens]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20575033/do1-2017-01-04-portaria-conjunta-n-1-de-3-de-janeiro-de-2017-20574928
64. Marcelino MA. A aplicação da CIF na avaliação de pessoas com deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC. In: Cordeiro ES, Biz MCP, organizadores. Implantando a CIF: O que acontece na prática. Rio de Janeiro: Wak Editora; 2017. p. 215-35.
65. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Jan 18]. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012: Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde; [about 7 screens]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
66. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Jan 18]. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012: Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde; [about 4 screens]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html

67. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Jan 18]. Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012; [about 1 screen]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html
68. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2014 [cited 2021 Jan 18]. Portaria interministerial nº 01/2014, de 27 de janeiro de 2014; [about 2 screens]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30050742/do1-2014-01-30-portaria-interministerial-n-1-de-27-de-janeiro-de-2014-30050738
69. Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2015 [cited 2021 Jan 18]. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência); [about 26 screens]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
70. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(10):3007-15. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.15262016>
71. The Canadian Interorganizational Steering Group for Speech Language Pathology and Audiology [Internet]. Ottawa: CISG; 2012 [cited 2020 Dec 15]. Canadian Guidelines on Auditory Processing Disorder in Children and Adults: Assessment and Intervention; [about 83 screens]. Available from: https://www.ooaq.qc.ca/media/qf4ar4jk/canadian_guidelines_en.pdf
72. Alves MA, Ribeiro FF, Sampaio RF. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. Fisioter Pesqui. 2016;23(2):185-92. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14945923022016>
73. Souza MAP, Ferreira FR, César CC, Furtado SRC, Coster WJ, Mancini MC, Sampaio RF. Development of a first-contact protocol to guide assessment of adult patients in rehabilitation services networks. Braz J Phys Ther. 2016;20(2):148-57. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0137>
74. Tordoya EJJ. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. Gac Med Bol. 2016;39(1):46-52.
75. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2020 Dec 15]. Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [about 38 screens]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf
76. Castaneda L. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – way to Health Promotion. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2018;20(2):229-33. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2018v20n2p229>
77. Biz MCP, Lima DP, Machado WF. Perspectivas da utilização da CIF na prática interdisciplinar. Revista Científica CIF Brasil. 2017;7(7):2-11.

78. Biz MCP, Chun RY. Operacionalização da funcionalidade, incapacidade e saúde em Centro Especializado em Reabilitação. *CoDAS*. 2020;32(2):e20190046. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>
79. Biz MCP, Chun RYS. O papel Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde. *Saúde Redes*. 2020;6(2):67-86.
80. Almeida LPG, Ferraz CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):31-5. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100005>
81. Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*. 2011;9.17:523-36.
82. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2001 [cited 2021 Jan 19]. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [about 38 screens]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
83. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2002 [cited 2021 Jan 19]. Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia; [about 5 screens]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>
84. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2018 [cited 2021 Jan 19]. Resolução Nº 610, de 13 de dezembro de 2018: Aprova o Parecer Técnico nº 454/2018, que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação Bacharelado em Fonoaudiologia; [about 14 screens]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso610.pdf>
85. Pernambuco AP, Lana RC, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(2):134-42. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16765225022018>
86. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med*. 2007 May;39(4):279-85. <https://doi.org/10.2340/16501977-0041>.
87. Dutra FCMS, Mancini MC, Neves JA, Kirkwood RN, Sampaio RF. Empirical analysis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) using structural equation modeling. *Braz J Phys Ther*. 2016;20(5):384-94. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0168>

88. Castro SS, Filho PSBA, Bonates MF, Silva MC, Ribeiro LC. Thoughts on the discussion about the revision of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) scheme. *Acta Fisiatr.* 2019;26(4):230-33. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v26i4a169816>
89. Paiva-Alves C, Coppede AC, Hayashi MCPI, Martinez CMS. A produção científica da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para crianças e jovens – CIF-CJ. *Rev Educ Espec.* 2016;29(56):635-52. <https://doi.org/10.5902/1984686X17202>
90. Gomes CS, Buranello MC, Castro SS. Assessment instruments of functioning in Brazilian elderly and the ICF: a systematic review. *Fisioter Mov.* 2017;30(3):625-3. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.003.AR03>
91. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2021 Jan 25]. International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY; [about 351 screens]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
92. Cunningham BJ, Washington KN, Binns A, Rolfe K, Robertson B, Rosenbaum P. Current Methods of Evaluating Speech-Language Outcomes for Preschoolers With Communication Disorders: A Scoping Review Using the ICF-CY. *J Speech Lang Hear Res.* 2017 Feb;60(2):447-464. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0329.
93. Thieme Connect [Internet]. New York: Georg Thieme Verlag KG; 2007 [cited 2021 Jan 25]. Seminars in Speech and Language 2007;28(4); [about 2 screens]. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/10.1055/s-002-7089>
94. International Journal of Speech-Language Pathology [Internet]. London: Taylor & Francis Online; 2008 [cited 2021 Jan 25]. International Journal of Speech-Language Pathology, Volume 10, Issue 1-2 (2008); [about 7 screens]. Available from: <https://www.tandfonline.com/toc/iasl20/10/1-2?nav=tocList>
95. McCormack J, Worrall LE. The ICF Body Functions and Structures related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology.* 2008;10(1-2):9-17. <https://doi.org/10.1080/14417040701759742>
96. O'halloran R, Larkins B. The ICF Activities and Participation related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology.* 2008;10(1-2):18-26. <https://doi.org/10.1080/14417040701772620>
97. Howe TJ. The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology.* 2008;10(1-2):27-37. <https://doi.org/10.1080/14417040701774824>
98. Pommerehn J, Delboni MCC, Fedosse E. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. *CoDAS.* 2016;28(2):132-40. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/201620150102>

99. Ostroschi DT, Zanolli ML, Chun RYS. Percepção de familiares de crianças e adolescentes com alteração de linguagem utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-CJ). *CoDAS*. 2017;29(3):e20160096. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016096>
100. Bernardi SA, Pupo AC, Trenche MCB, Barzaghi L. O uso da CIF no acompanhamento do desenvolvimento auditivo e de linguagem de crianças no primeiro ano de vida. *Rev CEFAC*. 2017;19(2):159-70. <https://doi.org/10.1590/1982-021620171928016>
101. McNeilly LG. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health Framework to Achieve Interprofessional Functional Outcomes for Young Children: A Speech-Language Pathology Perspective. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(1):125-34. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.08.025>
102. American Speech-Language-Hearing Association [Internet]. Rockville: ASHA; 2016 [cited 2020 Dec 17]. Scope of Practice in Speech-Language Pathology; [about 18 screens]. Available from: <https://www.asha.org/siteassets/publications/sp2016-00343.pdf>
103. American Speech-Language-Hearing Association [Internet]. Rockville: ASHA; 2001 [cited 2021 Jan 27]. Functional Goal Writing Using ICF; [about 2 screens]. Available from: <https://www.asha.org/slp/icf/>
104. Pinto FCA, Schiefer AM, Perissinoto J. A Anamnese Fonoaudiológica segundo os preceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Distúrb Comum*. 2018;30(2):252-65. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i2p-252-265>
105. Antunes APA, Silva CSR, Ferreira LP, Palladino RRR. Uso da Classificação Internacional de Funcionalidade na Fonoaudiologia: revisão integrativa da literatura. *Rev CEFAC*. 2019;21(4):e18018. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921418018>
106. Zerbeto AB, Chun RYS, Zanolli ML. Contribuições da CIF para uma abordagem integral na atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes. *CoDAS*. 2020;32(3):e20180320. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018320>
107. Zerbeto AB, Soto G, Chun RYS, Zanolli ML, Rezende ACFA, Clarke M. Use and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health with Children and Youth within the context of Augmentative and Alternative Communication: an integrative literature review. *Rev CEFAC*. 2020;22(6):e8020. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20202268020>
108. Souza VC, Lemos SMA. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde em adultos e idosos usuários de um serviço de audiolgia. *Rev CEFAC*. 2021;23(4):e7820. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212347820>
109. Cirilo BM, Vieira AKB, Lara JB, Nogueira GDR, Britto DBO. Classificação Internacional de Funcionalidade e transtornos da linguagem: revisão integrativa

da literatura. *Distúrb Comum*. 2021;33(4):583-95.
<https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i4p583-595>

110. Ferreira JB, Vianna NG, Lima MCMP. Clinical application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in children and adolescents from a public hearing rehabilitation servisse. *Rev CEFAC*. 2022;24(2):e5621. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20222425621>
111. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Caracterização de aspectos fonoaudiológicos segundo as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ). *CoDAS*. 2018;30(4):e20170184. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017184>
112. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) e Fonoaudiologia: associação com fatores sociodemográficos e clínico-assistenciais. *CoDAS*. 2020;32(3):e20190058. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019058>
113. Momensohn-Santos TM. Como interpretar o exame audiológico. In: Filho OL, editor, Campioto AR, Levy CCAC, Redondo MC, Anelli W, organizadores. *Novo Tratado de Fonoaudiologia*. 3ª ed. Barueri: Manole; 2013. p. 197-212.
114. Bevilacqua MC, Morettin M, Cardoso MRA. Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para aspectos Biopsicossociais em crianças de até três anos de idade usuárias de Implante Coclear. In: Pró-Fono, organizadora. *Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs) – Volume 1*. Barueri: Pró-Fono; 2015. p. 387-402.
115. Chun RYS, Ostroschi DT. Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para intervenção com familiares de crianças com Paralisia Cerebral. In: Pró-Fono, organizadora. *Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs) – Volume 2*. 1ª Reimpressão da 1ª. ed. Barueri: Pró-Fono; 2018. p. 131-38.
116. Chun RYS, Dallaqua GB. Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) norteado pela CIF para afásicos utilizando Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. In: Pró-Fono, organizadora. *Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs) – Volume 2*. 1ª Reimpressão da 1ª. ed. Barueri: Pró-Fono; 2018. p. 167-76.
117. Chun RYS, Zerbero AB. Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para intervenção com crianças vistas como gagas norteado pela CIF-CJ. In: Pró-Fono, organizadora. *Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs) – Volume 2*. 1ª Reimpressão da 1ª. ed. Barueri: Pró-Fono; 2018. p. 265-70.
118. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458-65 apud Corrêa RA. Diretrizes: necessárias, mas aplicáveis? *J Bras Pneumol*. 2011;37(2):139-41. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000200001>
119. Speech Pathology Australia [Internet]. Melbourne Victoria: SPA; 2012 [cited 2020 Dec 18]. *Dysphagia Clinical Guidelines*; [about 5 screens]. Available from:

https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Clinical_Guidelines/spaweb/Members/Clinical_Guidelines/Clinical_Guidelines.aspx?hkey=f66634e4-825a-4f1a-910d-644553f59140

120. Keith WJ, Purdy SC, Baily MR, Kay FM [Internet]. Auckland: New Zealand Audiological Society; 2019 [cited 2020 Dec 18]. New Zealand Guidelines on Auditory Processing Disorder; [about 114 screens]. Available from: <https://www.audiology.org.nz/assets/Uploads/APD/NZ-APD-GUIDELINES-2019.pdf>
121. Speech Pathology Australia [Internet]. Melbourne Victoria: SPA; 2020 [cited 2020 Dec 23]. Augmentative and Alternative Communication: Clinical Guideline; [about 56 screens]. Available from: https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Clinical_Guidelines/spaweb/Members/Clinical_Guidelines/Clinical_Guidelines.aspx?hkey=f66634e4-825a-4f1a-910d-644553f59140
122. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>
123. Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*. 1997;(33):77-86 apud Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>
124. World Health Organization Quality of Life Assessment Group. What quality of life? *World Health Forum*. 1996;17(4):354-56.
125. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(2):693-702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
126. Abreu M, Marques I, Martins M, Fernandes TM, Gomes P. Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes – estudo bicêntrico e comparação com dados europeus. *Nascer e Crescer*. 2016;25(3):141-6. <http://dx.doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v25.i3.10076>
127. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84(2):169-84.
128. Sánchez J, Rosenthal DA, Tansey TN, Frain MP, Bezyak JL. Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Rehabil Psychol*. 2016;61(1):19-31. <https://doi.org/10.1037/rep0000059>
129. Peres PAT, Buchalla CM, Silva SM. Aspectos da sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados: uma análise baseada na

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Rev Bras Saúde Ocup. 2018;43:e12.

130. Faria CDCM, Silva SM, Corrêa JCF, Laurentino GEC, Teixeira-Salmela LF. Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(4):338-44.
131. Petersson C, Simeonsson RJ, Enskar K, Huus K. Comparing children's self-report instruments for health-related quality of life using the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Health Qual Life Outcomes. 2013;11:75. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-75>.
132. Cruice M. The contribution and impact of the International Classification of Functioning, Disability and Health on quality of life in communication disorders. International Journal of Speech-Language Pathology, 2008;10(1-2):38-49. <https://doi.org/10.1080/17549500701790520>
133. Agathão BT, Reichenheim ME, Moraes CL. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(2):659-68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>
134. Martini JA, Perosa GB, Padovani FHP. Qualidade de vida de escolares nascidos prematuros, o relato do cuidador e o auto-relato infantil. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(12):4699-706. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.18062017>
135. Araújo CAC, Paz-Lourido B, Gelabert SV. Tipos de apoyo a las familias con hijos con discapacidad y su influencia en la calidad de vida familiar. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(10):3121-30. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.18412016>
136. Moreira RM, Boery EM, Oliveira DC, Sales ZN, Boery RNSO, Teixeira JRB, Ribeiro IJS, Mussi FC. Representações Sociais de adolescentes sobre qualidade de vida: um estudo de base estrutural. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(1):49-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.20342013>
137. Assumpção Jr. FB, Kuczyński E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé) – Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. Arq Neuropsiquiatr. 2000;58(1):119-127. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2000000100018>
138. Guedes DP, Guedes JERP. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população brasileira. Rev Paul Pediatr 2011;29(3):364-71. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000300010>
139. Klatchoian DA, Len CA, Terreri MTRA, Silva M, Itamoto C, Ciconelli RM, Varni JW, Hilário MOE. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric

- Quality of Life InventoryTM versão 4.0. J Pediatr. 2008;84(4):308-15.
<https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000400005>
140. Nascimento GB, Schiling NO, Ubal SR, Biaggio EPV, Kessler TM. Classificação socioeconômica e qualidade de vida de familiares de crianças e adolescentes com deficiência auditiva. Rev CEFAC. 2016;18(3):657-66.
<https://doi.org/10.1590/1982-0216201618313215>
 141. Rezende BA, Lemos SMA, Medeiros AM. Qualidade de vida em crianças com mau desempenho escolar. Rev Paul Pediatr. 2017;35(4):415-21.
<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;4;00009>
 142. Nicola K, Watter P. The comparison of perceived health-related quality of life between Australian children with severe specific language impairment to age and gender-matched peers. BMC Pediatr. 2018;18(1):62.
<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1058-2>
 143. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB de, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. Cad Saúde Pública. 2005;21(Suppl 1):S54-S64. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700007>
 144. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(12):3353-62.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200020>
 145. Azevedo GPGC, Friche AAL, Lemos SMA. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(2):119-27. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000200004>
 146. Marques SRL, Escarce AG, Lemos SMA. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. CoDAS 2018;30(2):e20170127 <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>
 147. Canesqui AM. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(2):409-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.14732017>
 148. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(3):909-18. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>
 149. Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylhä M. Comparative vs global self-rated health: associations with age and functional ability. Aging Clin Exp Res. 2006;18(3):211-7. <https://doi.org/10.1007/BF03324651>
 150. Perenboom RJ, Wijnhuizen GJ, Garre FG, Heerkens YF, van Meeteren NL. An empirical exploration of the relations between the health components of the

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil.* 2012;34(18):1556-61. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.647233>

151. de Fretas Araújo É, Viana RT, da Cruz CF, Ferreira de Brito SA, Ferreira Dos Reis MT, de Moraes Faria CD. Self-rated health determinants in post-stroke individuals. *J Rehabil Med.* 2020;52(7):jrm00080. <https://doi.org/10.2340/16501977-2712>
152. Silva BRVS, Silva AO, Passos MHP, Soares FC, Valença PAM, Menezes VA, Colares V, Santos CFBF. Autopercepção negativa de saúde associada à violência escolar em adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(9):2909-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.12962018>
153. Lemos SMA, Rocha PC, Martínez-Hernaéz A. Autopercepção de saúde e determinantes sociais em adolescentes matriculados no ensino médio. *Rev CEFAC.* 2018;20(5):604-12. <https://doi.org/10.1590/1982-021620182050118>
154. Zullig KJ, Valois RF, Drane JW. Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:64. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-64>.

3 HIPÓTESES

- a) Existem associações entre as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas verificadas durante o processo avaliativo de crianças e adolescentes e os Fatores Ambientais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
- b) Crianças e adolescentes em processo de diagnóstico fonoaudiológico sofrem influência de aspectos clínicos, sociodemográficos e de autopercepção de saúde em sua funcionalidade, identificada por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
- c) A funcionalidade, identificada por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), exerce influência sobre a qualidade de vida de crianças e adolescentes quando esta é avaliada pelo próprio indivíduo e por seus pais ou responsáveis.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Investigar o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), seus componentes e a associação com a qualidade de vida, autopercepção de saúde, aspectos clínicos e sociodemográficos em processo de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico em crianças e adolescentes.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar a população estudada segundo dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade do participante e parental e classificação socioeconômica), dados clínicos (queixas, diagnóstico fonoaudiológico e condutas após avaliação), quanto à funcionalidade, utilizando a CIF, segundo os componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais, quanto à qualidade de vida, autorreferida e relatada por pais ou responsáveis, e quanto à autopercepção de saúde (Etapa 1);
- b) Verificar associação entre o diagnóstico fonoaudiológico e o componente Fatores Ambientais da CIF (Etapa 2);
- c) Analisar as propriedades psicométricas dos componentes da CIF e das categorias que se relacionam ao processo diagnóstico fonoaudiológico, a fim de identificar viabilidade de uso das que foram selecionadas para estruturar a “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes” (Etapa 3);
- d) Verificar a influência de aspectos clínicos, sociodemográficos e de autopercepção de saúde sobre a funcionalidade de crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica (Etapa 3);
- e) Verificar a influência da funcionalidade e incapacidade na qualidade de vida autorreferida e relatada por pais ou responsáveis de crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica (Etapa 4);
- f) Propor um *Checklist* da CIF, a partir da “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes” (Etapa 5).

5 MÉTODOS

5.1 Delineamento

Trata-se de estudo observacional analítico transversal, com amostra não probabilística que foi realizado com crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica no período de 2016 a 2019 em serviço ambulatorial de referência da rede SUS. Para sua execução, houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) sob o parecer de número 1.174.646 (Anexo A).

5.2 Cenário do estudo

Este estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital São Geraldo, integrante do complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

O HC-UFMG é um hospital da rede SUS, referência em alta complexidade para o estado de Minas Gerais, sendo público e geral e administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Todas as especialidades e subespecialidades que o serviço público de saúde oferece estão presentes em seu complexo, com exceção da radioterapia. Além de assistência ao usuário, nele são desenvolvidas, também, atividades de ensino, pesquisa e extensão, sendo campo de estágio para os cursos da UFMG de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Gestão em Saúde e Tecnologia em Radiologia, assim como para cursos de outras instituições, tendo sido certificado pelo Ministério da Educação (MEC) como hospital de ensino⁽¹⁾.

O Hospital São Geraldo, por sua vez, é um dos anexos do HC-UFMG, sendo que nele estão localizados os serviços especializados de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e o Ambulatório de Fonoaudiologia, todos também vinculados ao atendimento de pacientes do SUS⁽¹⁾. No caso da Fonoaudiologia, nele são realizadas as aulas práticas do curso de graduação da UFMG, abrangendo o atendimento em todas as áreas da profissão, bem como local para a realização dos exames de audição e da função vestibular.

Dentro deste contexto, é ministrada a disciplina de “Fonoaudiologia Clínica: Avaliação e Diagnóstico”, parte integrante do currículo dos alunos do 9º período. Como rotina, no ambulatório referente à esta disciplina, são recebidos usuários de um mês a 16 anos referenciados de outros ambulatórios também integrantes do HC-UFMG e que apresentam queixas ou indícios de demanda para acompanhamento fonoaudiológico. Estes são, então, avaliados por meio de protocolos padronizados na literatura, selecionados de acordo com a idade e a queixa. Ao final do processo é realizado o levantamento de hipóteses diagnósticas e o estabelecimento de condutas, que podem envolver desde o encaminhamento a outros serviços, assim como a definição de áreas nas quais há demanda para fonoterapia.

5.3 Casuística

Por se tratar de uma amostra não probabilística de conveniência, dentre o total de indivíduos que, no período entre março de 2016 a dezembro de 2019, foi encaminhado para realizar avaliação fonoaudiológica no cenário de estudo, todos os que preencheram os critérios de seleção foram convidados a participar.

Referências clássicas descrevem um número ideal mínimo de amostra de 100 participantes para cumprir com objetivos específicos tais como os propostos pelo presente estudo⁽²⁻⁵⁾. Porém, há relatos na literatura de que um “N” com, pelo menos, 50 participantes, também é aceitável⁽⁶⁾. Desta forma, o tamanho amostral foi, então, considerado representativo dos pacientes do referido ambulatório, que é integrante de um hospital de referência da Rede SUS da cidade de Belo Horizonte.

5.4 Critérios de Inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão do estudo:

- a) Crianças e adolescentes entre 5 e 16 anos, cujo processo de avaliação fonoaudiológica, de acordo com sua faixa etária, fosse finalizado durante o período estabelecido para a coleta e cujos relatórios de anamnese e avaliação estivessem completos e disponíveis para consulta;
- b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) assinado pelos pais ou responsáveis e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndices B e C) assinado pelo próprio participante, quando este fosse o caso.

5.5 Critérios de Exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão do estudo:

- a) Presença de suspeita ou dos diagnósticos de deficiência auditiva, deficiência intelectual e Transtornos do Espectro Autista, diante do fato de que os possíveis comprometimentos de compreensão e cognitivo gerados por tais condições de saúde poderiam interferir na aplicação padrão dos instrumentos empregados.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Durante a realização do estudo, foram utilizados como instrumentos para a coleta dos dados:

- a) *Pediatric Quality of Life Inventory 4.0™* – versão 4.0 (PedsQL)⁽⁷⁾ (Anexos B ao G): instrumento para avaliação da qualidade de vida, em sua versão genérica, validada para o português, cuja autorização para aplicação foi obtida por meio de cadastro na plataforma online *E-provide*⁽⁸⁾ (Anexo H). Esse instrumento foi selecionado devido a possibilidade de uso nas faixas etárias semelhantes às aquelas presentes no estudo, por permitir a análise separadamente do participante e o relato do responsável e por encontrar-se disponível de forma gratuita para utilização em pesquisas. O instrumento é composto por 23 questões distribuídas em quatro dimensões, a saber:

- físico – oito itens: avaliam o estado funcional nas atividades de vida diária,
- emocional – cinco itens: avaliam o sofrimento emocional,
- social – cinco itens: avaliam o funcionamento interpessoal nas relações entre pares⁽⁹⁾,
- escolar – cinco itens: avaliam o funcionamento escolar⁽¹⁰⁾.

As respostas coletadas devem ser baseadas sobre o quanto cada item representou um problema no último mês.

A aplicação foi realizada por meio de entrevista com as crianças e adolescentes em avaliação e com seus responsáveis, de acordo com as faixas etárias estabelecidas

pelo protocolo (cinco a sete anos, oito a 12 anos, 13 a 18 anos). Para as faixas etárias de cinco a sete anos, ficha com ilustração do próprio questionário poderia ser utilizada para exemplificar as respostas e facilitar a compreensão do participante.

A análise do instrumento consta do cálculo do resultado de cada dimensão, sendo obtido pela soma das pontuações dadas de acordo com a seguinte escala:

- Nunca = resposta 0 = 100 pontos na escala;
- Quase Nunca = resposta 1 = 75 pontos na escala;
- Algumas Vezes = resposta 2 = 50 pontos na escala;
- Muitas Vezes = resposta 3 = 25 pontos na escala;
- Quase sempre = resposta 4 = 0 pontos na escala.

Ainda quanto à análise, após realizada a somatória, o valor encontrado foi dividido pelo número de questões de cada dimensão, sendo então obtida a pontuação final. Para a faixa etária de cinco a sete anos, a escala utilizada foi de três pontos:

- Nunca = resposta 0 = 100 pontos na escala;
- Algumas Vezes = resposta 2 = 50 pontos na escala;
- Quase sempre = resposta 4 = 0 pontos na escala.

Além disso, a somatória dos pontos para cada questão foi também realizada, bem como, posteriormente estabelecida a divisão do valor total pelo número de questões, obtendo-se também a pontuação de cada dimensão para esta faixa etária.

O manual / tutorial de análise do instrumento descreve que é possível a análise do resultado para cada uma das dimensões descritas, sendo que a pontuação verificada para a saúde física (oito itens) é a mesma que a escala da dimensão física. A análise da dimensão psicossocial, por sua vez, se dá por meio da soma das pontuações das dimensões emocional, social e escolar, dividido pelo número de questões destes (15 itens). Além disso é possível fazer o cálculo total dos 23 itens. Como parâmetro considera-se que, quanto maior for o escore, melhor é a percepção da qualidade de vida pelo indivíduo ou seus responsáveis.

No presente estudo foram analisadas as pontuações em todos os domínios, além do escore da dimensão psicossocial, tanto para a coleta realizada com as

crianças e adolescentes em avaliação, quanto com seus pais ou responsáveis, sendo estas definidas como variáveis contínuas.

Durante o processo de tradução e validação, os resultados com significância estatística entre o PedsQL 4.0 e as medidas em escalas já traduzidas e reconhecidas na literatura, como a escala analógica visual e a escala faces para dor, o *Childhood Health Assessment Questionnaire* e o *Childhood Health Questionnaire*, apoiaram a validade do construto da versão no português brasileiro. A análise de confiabilidade interna do instrumento indica, para crianças/adolescentes e pais/responsáveis, respectivamente:

- para o escore total do questionário 0,88 e 0,88;
- para a dimensão psicossocial 0,79 e 0,80;
- para a dimensão física 0,85 e 0,87;
- para a dimensão emocional 0,62 e 0,65;
- para a dimensão social 0,66 e 0,70;
- para a dimensão escolar 0,60 e 0,62.

b) Avaliação da autopercepção de saúde (Apêndice D): instrumento delineado pela doutoranda e orientadoras para avaliação da sensação subjetiva de bem-estar das crianças e adolescentes que se encontravam em processo de avaliação fonoaudiológica. Este constou da realização do questionamento simples “*Você acha que sua saúde é:*” aos pacientes, sendo as respostas obtidas por meio de escala de faces, baseada no modelo de Escala Likert, com as imagens apresentadas em ordem ascendente, em folha única, com as opções *Muito ruim, Ruim, Regular/Normal, Boa e Muito boa*, associadas a cada uma delas. Sua aplicação foi realizada por meio de entrevista com as crianças e adolescentes em avaliação. Para a análise, o cálculo do resultado foi obtido de acordo com a pontuação:

- 5 = Muito boa,
- 4 = Boa,
- 3 = Regular/Normal,
- 2 = Ruim,

- 1 = Muito ruim.

A proposta do instrumento é considerar que, quanto maior for o escore, melhor é a sensação subjetiva de bem-estar pelo indivíduo e no presente estudo foi analisada a pontuação total do instrumento, sendo esta definida como uma variável contínua.

c) Critério de Classificação Econômica Brasil – (CCEB)⁽¹¹⁾ (Anexo I): instrumento breve, que permite a estratificação populacional em classes econômicas por meio de características domiciliares quanto à serviços públicos e presença de bens, além do grau de instrução do chefe da família. É composto por 12 questões referentes à itens de conforto presentes no domicílio, além de informações quanto ao nível de escolaridade da pessoa que contribuí com a maior parte da renda domiciliar e questões sobre acesso à serviços públicos, como água encanada e rua pavimentada. Sua aplicação foi realizada por meio de entrevista com os pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes em avaliação, aplicando o questionário da versão 2015. Para obtenção do resultado, a análise foi realizada conforme descrito na versão 2020, uma vez que os itens e as pontuações desta se mantiveram semelhantes a versão anterior utilizada na aplicação. A somatória da pontuação específica de cada item segundo o descrito no roteiro foi feita, sendo determinada a classificação correspondente à família entre as classes A a D-E:

- 0 a 16 – classe D-E;
- 17 a 22 – classe C2;
- 23 a 28 – classe C1;
- 29 a 37 – classe B2;
- 38 a 44 – classe B1;
- 45 a 100 – classe A.

No presente estudo foi analisada a pontuação total do instrumento, sendo esta definida como uma variável contínua.

d) Roteiro para caracterização das crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica ambulatorial (Apêndice E): elaborado pelas

pesquisadoras, contempla questões clínicas, como as queixas, hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas e condutas elencadas a cada caso, e itens sociodemográficos, tais como idade, sexo, escolaridade do paciente e parental, local de domicílio, entre outros. Foi utilizado para coleta dos dados secundários nos relatórios de anamnese e avaliação.

- e) “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes” (Apêndice F): foi elaborada na etapa do estudo realizada durante o Mestrado da doutoranda, por meio de consulta à CIF⁽¹²⁾, de acordo com as especificidades do ambulatório cenário do estudo, por se tratar de um serviço generalista, bem como conforme os dados que poderiam estar disponíveis nos relatórios de anamnese e de avaliação. O processo de construção da proposta e das categorias elencadas se encontram descritos em artigo da revista CoDAS, que também apresenta o quadro resumo a seguir (Quadro 1)⁽¹³⁾:

Quadro 1 – Categorias da CIF-CJ pré-selecionadas durante o projeto de Mestrado

Componentes	Capítulos	Categorias
Funções do Corpo	Funções mentais	Funções mentais específicas - b140-b189
	Funções sensoriais e dor	Funções auditivas e vestibulares - b230-b249
	Funções da voz e da fala	b310-b399
	Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório	Funções do sistema respiratório - b440-b449
	Funções dos sistemas digestório, metabólico e endócrino	Funções relacionadas ao sistema digestório - b510-b539
Atividades e Participação	Aprendizagem e aplicação de conhecimento	Experiências sensoriais intencionais - d110-d129
		Aprendizado básico - d130-d159
		Aplicação de conhecimentos - d160-d199
	Tarefas e demandas gerais	d210-d299
	Comunicação	Recepção - d310-d329
		Produção - d330 -d349
		Conversação e utilização dos dispositivos e técnicas de comunicação - d350-d399
	Cuidado pessoal	d510-d599
	Vida doméstica	Tarefas domésticas - d630-d649
	Relações e interações interpessoais	Interações interpessoais gerais - d710-d729
		Relações interpessoais particulares - d730-d799
	Áreas principais da vida	Educação - d810-d839
	Vida comunitária, social e cívica	d910-d999
Fatores Ambientais	Produtos e tecnologia	e110-e199
	Apoio e relacionamentos	e310-e399
	Atitudes	e410-e499
	Serviços, sistemas e políticas	e510-e599

Fonte: Borges; Medeiros; Lemos, 2018⁽¹³⁾

Esta lista foi revisada após publicação das versões da CIF de 2015⁽¹⁴⁾ e 2020⁽¹²⁾, em que houve a incorporação das categorias da CIF-CJ⁽¹⁵⁾, sendo que contempla os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais⁽¹²⁾.

Para sua aplicação, durante a leitura dos relatórios de anamnese e avaliação foi realizada identificação dos conteúdos presentes em ambos que se referiam às categorias pré-selecionadas da CIF⁽¹²⁾, determinando sua presença. Quando presentes, eram aplicados os qualificadores:

- “.0 – sem alteração”;
- “.8 – existe alteração, mas não foi especificada a intensidade”.

Por opção metodológica, o uso dos demais qualificadores .1, .2, .3 e .4 não foi realizado, uma vez que a maior parte dos dados coletados descrevem apenas a ocorrência ou não da alteração de cunho fonoaudiológico, sem a caracterização da intensidade desta, devido à forma de resultados dos protocolos disponíveis na literatura e utilizados no cenário do estudo. O qualificador “.9 – não aplicável” foi utilizado, conforme descrito na CIF, em situações em que seria inadequado aplicar um código específico, por exemplo, em d172 – Calcular, quando o paciente em questão ainda não havia passado pelo processo de alfabetização formal devido à sua idade. Para o componente Atividades e Participação, foram analisados o Desempenho e a Capacidade, sendo que houve códigos nos quais ambos estavam presentes e outros em que apenas um dos qualificadores foi contemplado, diante das informações disponíveis nos relatórios.

Para a análise, a presença das categorias e a existência ou não de alterações foram descritas de acordo com cada componente:

- Funções do Corpo: se é “descrita e há deficiência” ou se é “descrita e não há deficiência”;
- Atividades e Participação: se é “descrita e há dificuldade” ou se é “descrita e não há dificuldade”, sendo que “dificuldade” englobou aspectos de restrição e limitação;
- Fatores Ambientais: se é “descrito e é barreira”, se é “descrito e é facilitador” ou se “não se aplica”.
- Todos os componentes poderiam apresentar também o resultado “dado não descrito em relatório”, indicando que a exposição da informação que iria evidenciar o qualificador do referido código não estava presente para aquele paciente.

5.7 Recrutamento dos sujeitos e procedimentos de coleta

A coleta dos dados com as crianças e adolescentes e com seus responsáveis foi realizada pela doutoranda no primeiro semestre de 2016 e, nos demais, por uma bolsista de Iniciação Científica vinculada ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Esta foi instrumentalizada previamente e supervisionada, visando assegurar que a aplicação dos instrumentos fosse realizada de forma equivalente por ambas, garantido os valores de propriedade das medidas, tais como reportado na literatura.

Durante o período da avaliação fonoaudiológica, foi realizado o convite à participação do estudo, sendo feita a leitura do TCLE e do TALE (Apêndices A a C) específico à cada faixa etária de participantes. Nestes, além das descrições sobre a aplicação dos instrumentos propostos, também era relatada a demanda de consulta posterior aos prontuários individuais para coleta de dados secundários. Posteriormente à leitura, foram dadas explicações sobre os procedimentos e sanadas quaisquer dúvidas que se fizeram presentes.

Após o aceite à participação, foi realizada com as crianças e adolescentes a aplicação do PedsQL 4.0 de acordo com a faixa etária (Anexos B, D e F), e da avaliação de autopercepção de saúde (Apêndice D). Com os responsáveis foi feita a aplicação do CCEB (Anexo I) e a versão para pais do PedsQL 4.0 (Anexos C, E e G), também de acordo com a faixa etária do paciente em avaliação. Ambos os momentos de coleta se deram por meio de entrevista e foram realizados utilizando o espaço físico do Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital São Geraldo, com autorização da coordenação e, para tanto, foram observados todos os cuidados visando evitar implicações nas rotinas de funcionamento do serviço e sendo eliminados quaisquer ônus aos participantes.

Tanto as crianças e os adolescentes, quanto seus responsáveis, foram expostos a avaliações não invasivas, indolores e que apresentaram risco mínimo a sua integridade física, tendo sido reforçado durante as entrevistas que estava assegurado o direito de desistência a qualquer momento, sem que fossem geradas implicações no processo avaliativo.

Após o término da avaliação fonoaudiológica, dos relatórios de anamnese e avaliação anexados aos prontuários individuais, foram coletados os dados clínicos e sociodemográficos por meio do Roteiro para caracterização das crianças e

adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica ambulatorial (Apêndice E) e as informações pertinentes à caracterização da funcionalidade utilizando a “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes” (Apêndice F). Esta parte da coleta foi realizada pela bolsista de Iniciação Científica, após treinamento para tanto, e, posteriormente, o banco de dados foi revisado integralmente pela doutoranda, por meio de nova leitura de todos os relatórios dos participantes incluídos.

Todos os procedimentos éticos do estudo seguiram a determinação da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/12/2012 e todos os dados estão sendo mantidos e permanecerão em sigilo, sendo que apenas as pesquisadoras têm acesso a estes. Todos os custos gerados por essa pesquisa, de forma integral, foram financiados pela doutoranda.

5.8 Análise dos dados

Todos os dados foram digitados em banco no Excel estruturado pela doutoranda e conferidos.

- *Etapa 1:* Foi realizada análise descritiva que envolveu, de forma geral, a distribuição de frequência das variáveis categóricas e as medidas de tendência central e dispersão das variáveis contínuas.
- *Etapa 2:* Após a realização da análise descritiva, as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas foram definidas como as variáveis resposta do estudo e os códigos do componente Fatores Ambientais da CIF⁽¹²⁾ foram definidos como as variáveis explicativas. Foi realizada análise univariada para verificar a associação entre estas, por meio da utilização dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, adotando-se o nível de significância de 5%. Esta análise foi realizada utilizando o software estatístico SPSS versão 25.0. Seus resultados permitiram a estruturação do Artigo 1 da Tese, apresentado na Qualificação do Programa de Pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas da UFMG em agosto de 2021.
- *Etapa 3:* Após a realização da análise descritiva, as categorias da CIF que apresentaram mais de 25% de dados não reportados nos relatórios não foram

consideradas para seguir na análise. Os demais itens com perdas, tiveram os seus dados imputados, conforme descrição e particularidade, de acordo com as respostas mais frequentes para cada categoria.

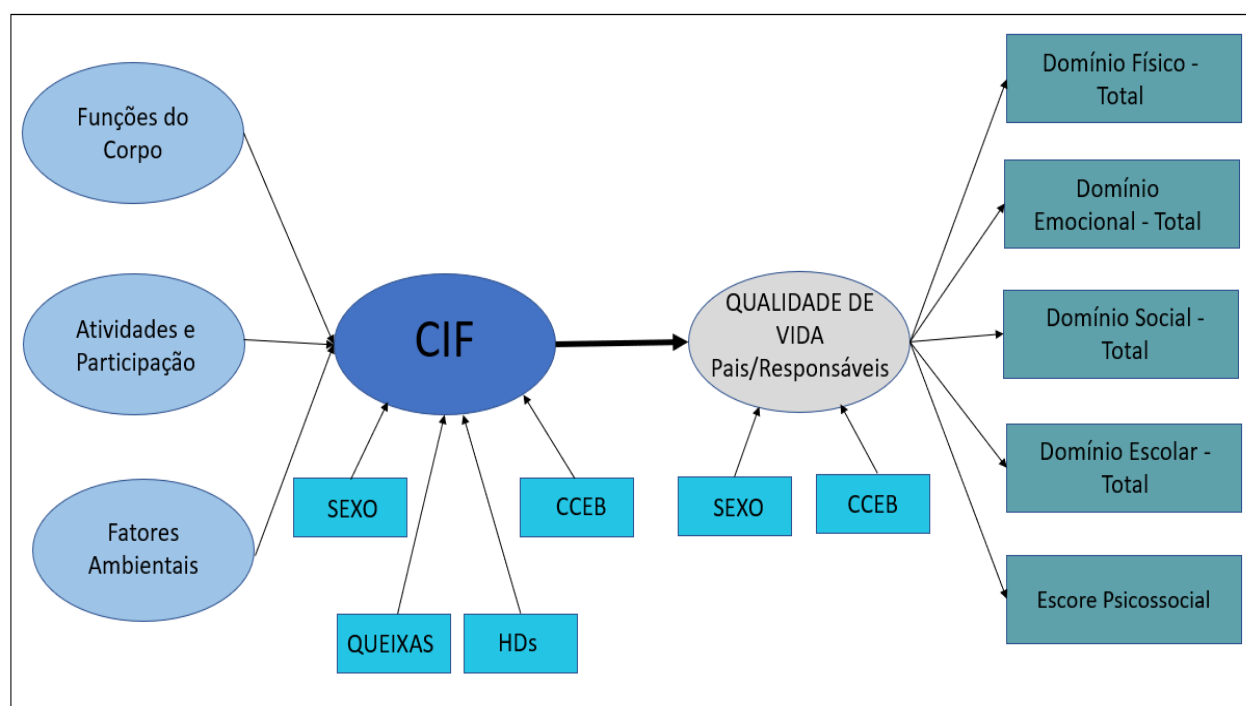
- Passo 1: a CIF foi definida como a variável resposta e optou-se pela criação de indicadores que representassem cada um dos constructos da classificação e de seus componentes, sendo realizada uma análise fatorial. Como a CIF era de segunda ordem, ou seja, formados por outros constructos, foi utilizada a abordagem Análise Fatorial de Segunda Ordem⁽¹⁶⁾, utilizando o método de extração das componentes principais e rotação promax⁽¹⁷⁾. A matriz de correlação foi construída utilizando estimadores de correlações diferentes, dependendo do tipo de item que era trabalhado. Portanto, para medir a correlação entre os itens binários foi utilizado o coeficiente de correlação tetracórica, e para medir a correlação entre as variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.
- Passo 2: a qualidade dos indicadores criados a partir da análise fatorial foi avaliada através da análise de validade convergente, confiabilidade, adequação da técnica e dimensionalidade de cada constructo. Na avaliação da validade convergente utilizou-se o critério da Variância Média Extraída (AVE)⁽¹⁸⁾, que representa o percentual médio de variância compartilhada entre o constructo latente e seus itens. Este critério garante a validade convergente para valores da AVE acima de 50%⁽¹⁹⁾ ou 40% no caso de pesquisas exploratórias⁽²⁰⁾. Para verificar a confiabilidade foi utilizado o indicador de Confiabilidade Composta (CC)⁽²¹⁾ que, de acordo com a literatura⁽²²⁾, deve apresentar valores acima de 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo, ou valores acima de 0,60 no caso de pesquisas exploratórias⁽²³⁾. Para avaliar se a utilização da análise fatorial era adequada aos dados da pesquisa foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que verifica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Os valores desta medida variam entre 0 e 1 e a utilização da análise fatorial é adequada aos dados quando o KMO for maior ou igual 0,50, sendo que, quanto mais próximo de 1, mais apropriada é a amostra à aplicação da análise fatorial. Para verificar a

dimensionalidade dos constructos foi utilizado o critério Acceleration Factor (AF)⁽²⁴⁾ que retorna a quantidade de dimensões do constructo.

- Passo 3: para verificar, dentre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade do participante e parental e classificação socioeconômica), clínicas (queixas, diagnóstico fonoaudiológico e número de condutas após avaliação) e de autopercepção de saúde quais exerciam influência direta sobre a funcionalidade, classificada por meio da CIF e seus componentes, foi realizada uma Regressão Linear com erros-padrões robustos⁽²⁵⁾ para a matriz de covariância dos coeficientes estimados. Esta escolha se deu pelo fato de que, em alguns modelos é comum encontrar problemas de heterocedasticidade dos dados, o que faz com que as suposições do modelo de Regressão Linear sejam violadas. Essa violação faz com que os erros-padrões não sejam estimados corretamente, o que gera estimativas inconsistentes no modelo. Quando isso ocorre, é necessário utilizar estimadores robustos para a matriz de covariância, para que as estimativas sejam consistentes. Para a seleção das variáveis foi utilizado o método Stepwise, sendo que, no método Forward para a entrada na análise univariada, foram utilizados o teste Mann-Whitney⁽²⁶⁾ e a correlação de Spearman. Após esta primeira análise foram selecionados os potenciais preditores para a CIF e seus componentes, sendo considerado um nível de significância igual a 15%. Em seguida, foi realizado o método Backward, retirando a variável de maior valor-p, repetindo o procedimento até que restassem no modelo somente variáveis significativas, ao adotar-se um nível de 5% de significância. Nesta análise foi utilizado o software estatístico R-STUDIO versão 4.1.0 e o pacote de dados plspm.
- *Etapa 4:* Para a realização desta análise, foram utilizados os constructos retidos na análise fatorial realizada com a CIF e seus componentes e, uma nova análise fatorial foi realizada com os resultados do PedsQL aplicados com as crianças e adolescentes e com os pais/responsáveis.
- Passo 1: na realização da análise do PedsQL, foram incluídas as dimensões física, emocional, social, escolar e psicossocial de ambas as versões do instrumento, sendo novamente aplicados os procedimentos metodológicos de estruturação e de avaliação dos constructos, por meio da obtenção da matriz de correlação e das análises dos indicadores, conforme supracitado.

- Passo 2: foram definidos dois modelos hipotéticos preliminares quanto ao impacto da funcionalidade sobre a qualidade de vida, bem como sobre quais as possíveis covariáveis presentes, para que pudessem servir de embasamento às análises (Figura 1 e Figura 2):

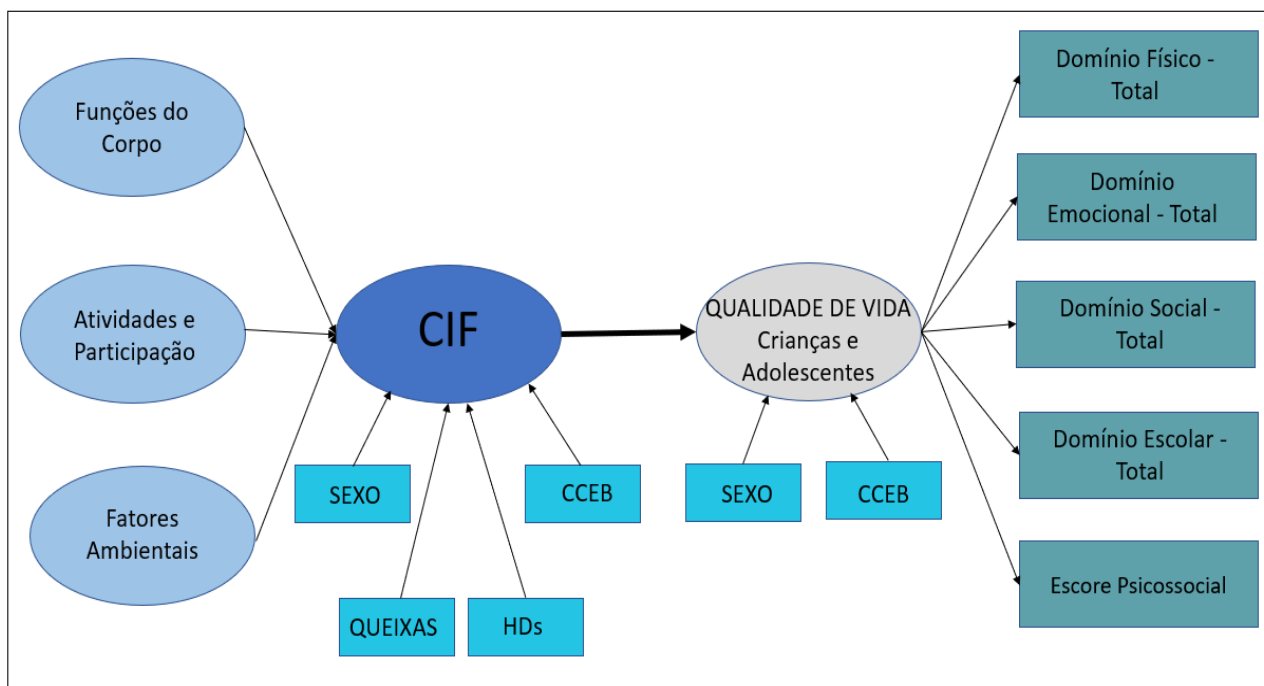
Figura 1 – Modelo Teórico elaborado para Modelagem de Equações Estruturais segundo variáveis CIF, Qualidade de Vida – Pais/Responsáveis e covariáveis do estudo



Legenda: CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil; HDs = Hipóteses diagnósticas

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 2 – Modelo Teórico elaborado para Modelagem de Equações Estruturais segundo variáveis CIF, Qualidade de Vida – Criança e Adolescente e covariáveis do estudo



Legenda: CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil; HDs = Hipóteses diagnósticas

Fonte: Elaborado pela autora.

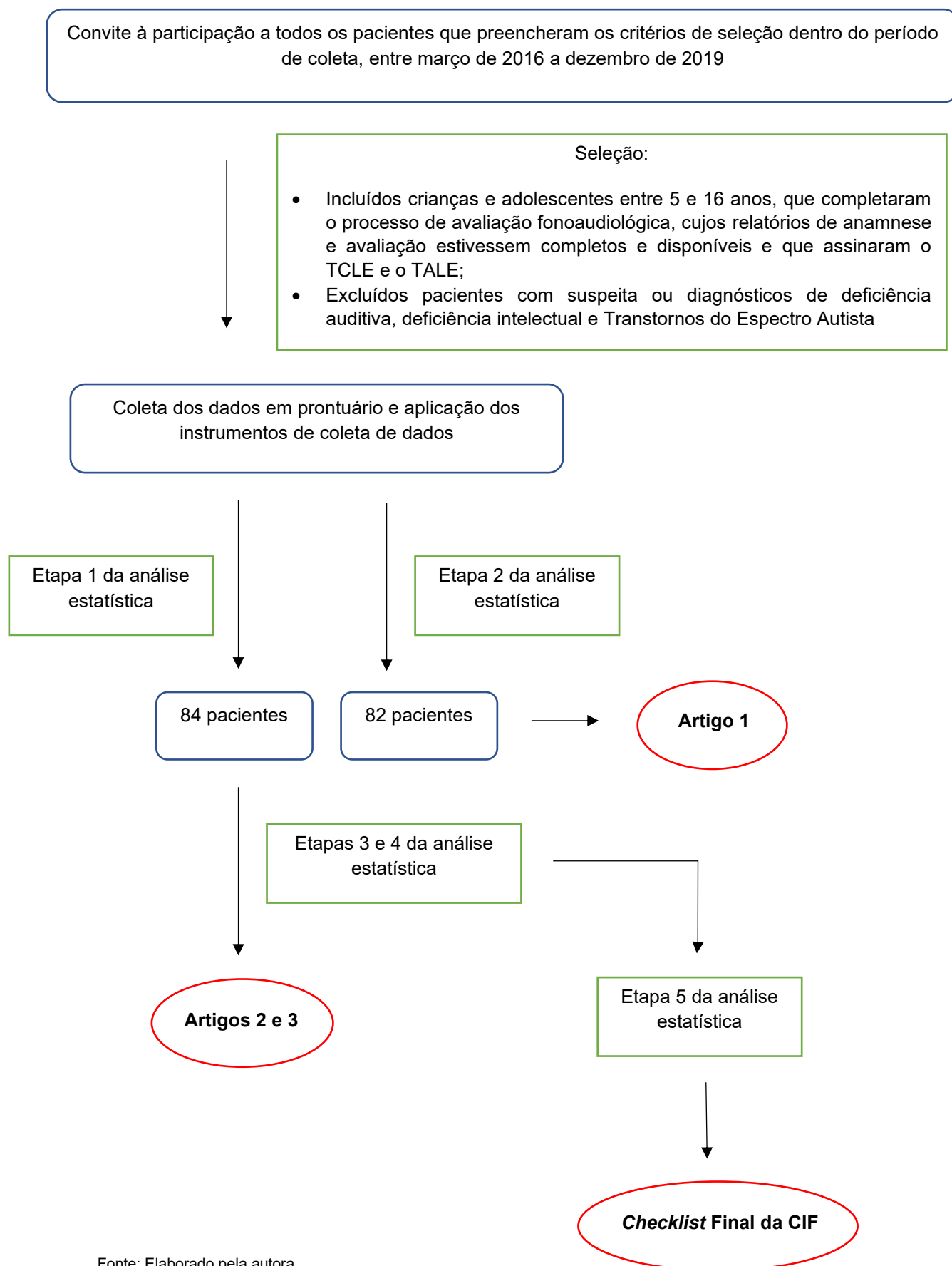
- Passo 3: foi definida a realização de uma Modelagem de Equações Estruturais (MEE), por meio da abordagem *Partial Least Square* (PLS), que oferece uma alternativa a abordagem tradicional baseada na estrutura de covariância ou *Covariance-based Structural Equation Modeling techniques* (CB-SEM). Tal escolha se deu devido ao fato de que o método PLS tem sido referido como uma técnica que oferece maior flexibilidade na modelagem dos dados, uma vez que não é necessário satisfazer algumas suposições mais duras, tais como normalidade multivariada dos dados, independência entre as observações e tamanho amostral elevado. A MEE é uma continuidade de algumas técnicas de análise multivariadas, principalmente da análise de regressão múltipla e análise fatorial. O que a difere das demais técnicas multivariadas é que ela permite examinar diversas relações de dependência ao mesmo tempo, enquanto as demais técnicas são capazes de verificar e examinar um único relacionamento entre as variáveis de cada vez⁽²³⁾.

- Passo 4: para selecionar as variáveis que entrariam na MEE foi novamente utilizado o método Stepwise⁽²⁷⁾, sendo que para o método Forward, foi feita a análise univariada com o teste Mann-Whitney⁽²⁶⁾ e a correlação de Spearman. Foram selecionados os potenciais preditores para a CIF e a qualidade de vida, sendo considerado um nível de significância igual a 15%. Posteriormente, a partir das variáveis selecionadas na análise univariada, foi ajustado o modelo de equações estruturais e neste foi aplicado o método Backward, adotando um valor-p ao nível de significância de 5%. Na avaliação da qualidade do ajuste do modelo foi utilizado o R^2 ⁽²⁸⁾ que representa, em uma escala de 0% a 100%, o quanto os constructos independentes explicam os dependentes, sendo que, no geral, valores menores que 25% representam capacidade explicativa fraca, valores entre 25% e 50% indicam capacidade explicativa moderada e valores acima de 50% evidenciam uma capacidade explicativa substancial⁽²⁹⁾. Nesta análise foi utilizado o software estatístico R-STUDIO versão 4.1.0 e o pacote de dados plspm.

Vale ressaltar que há diferença entre o número de sujeitos incluídos nas análises dos artigos, pois, após o exame de qualificação os dados foram novamente conferidos e o banco foi atualizado, com a inclusão de dois novos participantes, após a disponibilização de seus relatórios na íntegra.

- *Etapa 5:* Durante a realização da análise fatorial com a CIF, foram excluídas as categorias que impactavam de forma negativa ou inviabilizavam a validação dos constructos, sendo que, as que permaneceram no modelo final dentre os componentes de Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais contemplaram o *Checklist* Final da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes.

Figura 3 – Fluxograma do recrutamento, inclusão e exclusão dos dados e realização das análises para os três artigos



5.9 Referências

1. Brasil. Ministério da Educação [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2021 [cited 2021 Mar 15]. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Nossa História; [about 2 screens]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/aceso-a-informacao/institucional/nossa-historia>
2. de Vet, H. C. W., Ader, H. J., Terwee, C. B., & Pouwer, F. Are factor analytical techniques appropriately used in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analyses of the SF-36. *Quality of Life Research*. 2005;14:1203–1218.
3. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HCW. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research*. 2010;19:539-549.
4. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, Bouter LM, de Vet HCW. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. *BMC Medical Research Methodology* 2010;10:22.
5. Anderson JC, Gerbing DW. Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach. *Psychological Bulletin*. 1988;103(3):411-423.
6. Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, Ostelo RWJG, Bouter LM, de Vet HCW. Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Qual Life Res*. 2012;21(4):651-657.
7. Klatchoian DA, Len CA, Terreri MTRA, Silva M, Itamoto C, Ciconelli RM, Varni JW, Hilário MOE. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life InventoryTM versão 4.0. *J Pediatr*. 2008;84(4):308-15. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000400005>
8. E-provide [Internet]. Lyon: Mapi Research Trust; 2019 [cited 2019 Mar 25]. Online Support for Clinical Outcome Assenssments; [about 3 screens]. Available from: <https://eprovide.mapi-trust.org/>
9. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*. 1999;37(2):126-39. <https://doi.org/10.1097/00005650-199902000-00003>
10. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care*. 2001;39(8):800-12. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00006>

11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. São Paulo: ABEP; 2019 [cited 2021 Mar 28]. Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB 20; [about 1 screen]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
12. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2020.
13. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Caracterização de aspectos fonoaudiológicos segundo as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ). CoDAS. 2018;30(4):e20170184. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017184>
14. Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução de Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2015.
15. Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2011.
16. Kerlinger FN. Liberalism and conservatism: the nature and structure of social attitudes. Hillsdale: Erlbaum; 1984.
17. Mingoti SA. Análise de Dados Através de Métodos de Estatística Multivariada: Uma Abordagem Aplicada. Belo Horizonte: UFMG; 2007.
18. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. Journal of Marketing Research. 1981;18(1):39-50. <https://doi.org/10.2307/3151312>
19. Henseler J, Ringle CM, Sinkovics RR. The use of partial least squares path modeling in international marketing. Advances in International Marketing. 2009;20(1):277-319. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
20. Nunnally J, Bernstein IH. Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill; 1994.
21. Chin WW. The partial least squares approach to structural equation modeling. Modern methods for business research. 1998;295(2):295-336.
22. Tenenhaus M, Vinzi V, Chatelin Y, Lauro C. PLS path modeling. Computational Statistics & Data Analysis. 2005;48(1):159-205. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2004.03.005>
23. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson REE, Tatham RL. Análise Multivariada de Dados. Porto Alegre: Bookman. 2009.
24. Raïche G. Non-graphical solutions for Cattell's scree test. Methodology. 2013;9(1):23-9.

25. White H. A Heteroskedasticity-Consistent Covariance Matrix Estimator and a Direct Test for Heteroskedasticity. *Econometrica*. 1980;48(4):817-38.
<https://doi.org/10.2307/1912934>
26. Hollander M, Wolfe DA, Chicken E. *Nonparametric statistical methods*. New York: John Wiley & Sons Inc, 2013.
27. Efron MA. Multiple regression analysis. In: Ralston A, Wilf HS (eds). *Mathematical methods for digital computers*. New York: John Wiley & Sons Inc; 1960. p. 191-203.
28. Tenenhaus M, Amato S, Esposito Vinzi V. A global goodness-of-fit index for PLS structural equation modelling. *XLII SIS Scientific Meeting*. 2004;1:739-42.
29. Hair Jr JF, Hult GTM, Ringle C, Sarstedt M. *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. New York: Sage Publications, 2013.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de forma tradicional nesse capítulo, de acordo com os objetivos específicos que contemplam. Vale destacar que os artigos oriundos desta pesquisa foram retirados para a versão final, pois um já se encontrava publicado e os demais estavam em processo de submissão em revistas científicas da área.

Foram redigidos três manuscritos, a saber:

- a) Manuscrito 1: Artigo original de pesquisa intitulado “Fatores ambientais e suas associações com as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas de crianças e adolescentes” - publicado em 2021 na revista CEFAC;
- b) Manuscrito 2: Artigo original de pesquisa intitulado “Análise da influência de aspectos sociodemográficos, clínicos e de autopercepção de saúde sobre a funcionalidade de crianças e adolescentes”;
- c) Manuscrito 3: Artigo original de pesquisa intitulado “Funcionalidade e qualidade de vida no contexto da avaliação fonoaudiológica: análise sob a perspectiva da Modelagem de Equações Estruturais”.

6.1 Etapa 1: Análise descritiva dos dados

6.1.1 *Dados sociodemográficos*

A análise descritiva demonstrou que houve a prevalência de participantes pertencentes a classe C2 do CCEB (40,5%), entre oito e 12 anos (63,1%), do sexo masculino (71,4%) e que cursavam o Ensino Fundamental, entre o 1º e o 5º ano (70,5%). A escolaridade materna era o Ensino Médio completo em sua maioria (57,1%) e a paterna era Ensino Fundamental incompleto (38,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição dos dados sociodemográficos referentes às crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica (n=84)

Variáveis descritivas sociodemográficas		N (%)
CCEB classificação	Classe A (45 - 100 pontos)	1 (1,2%)
	Classe B1 (38 - 44 pontos)	3 (3,6%)
	Classe B2 (29 - 37 pontos)	15 (17,9%)
	Classe C1 (23 - 28 pontos)	25 (29,8%)
	Classe C2 (17 - 22 pontos)	34 (40,5%)
	Classe D-E (0 - 16 pontos)	6 (7,1%)
Faixa etária	5 a 7 anos e 11 meses	23 (27,4%)
	8 a 12 anos e 11 meses	53 (63,1%)
	13 a 16 anos e 11 meses	8 (9,5%)
Sexo	Feminino	24 (28,6%)
	Masculino	60 (71,4%)
Faixa escolar	Educação Infantil	7 (9,0%)
	Ensino Fundamental 1 - 1º ao 5º ano	55 (70,5%)
	Ensino Fundamental 2 - 6º ao 9 ano	15 (19,2%)
	Ensino Médio	1 (1,3%)
Escolaridade da mãe	Educação Infantil	0 (0,0%)
	Ensino Fundamental completo - 1 ao 9 ano	3 (3,9%)
	Ensino Fundamental incompleto	15 (19,5%)
	Ensino Médio completo - 1 ao 3 ano	44 (57,1%)
	Ensino Médio incompleto	6 (7,8%)
	Educação Superior ou Outros completo	8 (10,4%)
	Educação Superior ou Outros incompleto	1 (1,3%)
	Sem inserção na educação formal	0 (0,0%)
Escolaridade do pai	Educação Infantil	0 (0,0%)
	Ensino Fundamental completo - 1 ao 9 ano	5 (7,0%)
	Ensino Fundamental incompleto	27 (38,0%)
	Ensino Médio completo - 1 ao 3 ano	22 (31,0%)
	Ensino Médio incompleto	7 (9,9%)
	Educação Superior ou Outros completo	4 (5,6%)
	Educação Superior ou Outros incompleto	1 (1,4%)
	Sem inserção na educação formal	1 (1,4%)
	Não reportado nos relatórios	4 (5,6%)

Legenda: CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil. Fonte: Elaborado pela autora.

A média da idade dos participantes era de $9,01 \pm 2,62$ anos e a média da pontuação total no CCEB foi de $24,81 \pm 6,57$ pontos (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição dos dados sociodemográficos referentes à idade e classificação econômica de crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica (n=84)

Variáveis descritivas sociodemográficas	Média	IC inferior e superior - 95,0% para média	Desvio padrão
Idade	9,01	8,44 - 9,58	2,62
CCEB total	24,81	23,38 - 26,24	6,57

Legenda: CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil; IC = Intervalo de Confiança
Fonte: Elaborado pela autora.

6.1.2 Dados clínicos

Quanto às variáveis de caráter clínico-assistenciais, foi observado que as queixas que mais motivaram a procura pela avaliação fonoaudiológica foram às dificuldades escolares/referentes à leitura e escrita (61,9%), queixas de alterações de fala (57,8%), quanto às alterações de M.O. (9,6%), queixas referentes a alterações de audição (9,6%) e queixas quanto à dificuldade de interação social (9,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise descritiva das queixas fonoaudiológicas presentes na anamnese

Queixas Fonoaudiológicas		N (%) *
L. oral	Sim	5 (6,0%)
	Não	78 (94,0%)
Dif. escolares	Sim	52 (61,9%)
	Não	32 (22,1%)
Fala	Sim	48 (57,8%)
	Não	35 (42,2%)
Fluência	Sim	6 (7,2%)
	Não	77 (92,8%)
M.O.	Sim	8 (9,6%)
	Não	75 (90,4%)
Disfagia	Sim	3 (3,6%)
	Não	80 (96,4%)

Tabela 3 – Análise descritiva das queixas fonoaudiológicas presentes na anamnese (cont.)

Queixas Fonoaudiológicas		N (%) *
Voz	Sim	4 (4,8%)
	Não	79 (95,2%)
Audição	Sim	8 (9,6%)
	Não	75 (90,4%)
Proc. auditivo	Sim	0 (0,0%)
	Não	83 (100,0%)
Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	Sim	0 (0,0%)
	Não	83 (100,0%)
Int. Social	Sim	8 (9,6%)
	Não	75 (90,4%)

Legenda: L = Linguagem; DIF. = Dificuldades; M.O. = Motricidade Orofacial; PROC = Processamento; INT = Interação. * Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes. Fonte: Elaborado pela autora.

Após a conclusão do processo avaliativo foi verificado, nas hipóteses diagnósticas, a predominância das alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral (83,3%), alterações nas questões de linguagem escrita (75,0%), alterações de M.O. (63,1%), alterações de voz (39,3%) e alterações do processamento auditivo (26,2%) (Tabela 4). Foram definidas em sua maioria $2,17 \pm 0,85$ condutas por caso, sendo as mais frequentes a demanda pela terapia fonoaudiológica (97,6%), o encaminhamento para avaliação complementar por outros profissionais (53,6%) e o encaminhamento para realização da avaliação completa do Processamento Auditivo Central (52,4%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise descritiva das hipóteses diagnósticas e tipo de condutas após o término da avaliação fonoaudiológica das crianças e adolescentes

Hipóteses diagnósticas e condutas		N (%) *
L. oral	Sim	70 (83,3%)
	Não	14 (16,7%)
L. escrita	Sim	63 (75,0%)
	Não	21 (25,0%)
Asp. cognitivos	Sim	2 (2,4%)
	Não	82 (97,6%)
Fala	Sim	6 (7,1%)
	Não	78 (92,9%)
Fluência	Sim	0 (0,0%)
	Não	84 (100,0%)
M.O.	Sim	53 (63,1%)
	Não	31 (36,9%)
Disfagia	Sim	0 (0,0%)
	Não	84 (100,0%)
Voz	Sim	33 (39,3%)
	Não	51 (60,7%)
Audição	Sim	0 (0,0%)
	Não	84 (100,0%)
Proc. auditivo	Sim	22 (26,2%)
	Não	62 (73,8%)
Alterações nos processos perceptuais	Sim	0 (0,0%)
	Não	84 (100,0%)
CD. Terapia fonoaudiológica	Sim	82 (97,6%)
	Não	2 (2,4%)
CD. Reavaliação	Sim	0 (0,0%)
	Não	84 (100,0%)
CD. Orientação	Sim	9 (10,7%)
	Não	75 (89,3%)
CD. Avaliação do PAC	Sim	44 (52,4%)
	Não	40 (47,6%)

Tabela 4 – Análise descritiva das hipóteses diagnósticas e tipo de condutas após o término da avaliação fonoaudiológica das crianças e adolescentes (cont.)

Hipóteses diagnósticas e condutas		N (%) *
CD. Encaminhamento	Sim	45 (53,6%)
	Não	39 (46,4%)

Legenda: L = Linguagem; ASP = Aspectos; M.O. = Motricidade Orofacial; PROC = Processamento.; CD = Conduta; PAC = Processamento Auditivo Central;

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes. Fonte: Elaborado pela autora.

6.1.3 Dados relativos à CIF

Os itens que apresentaram mais de 25% de dados não reportados nos relatórios não foram considerados nas análises, sendo que, para as Funções do Corpo, foram excluídos da pré-seleção original as categorias b140 – Funções da atenção, b144 – Funções da memória, b172 – Funções de cálculo e b330 – Funções fluência e do ritmo da fala.

As maiores prevalência da classificação de deficiência ocorreram em b167 – Funções mentais da linguagem (96,4%), b320 – Funções da articulação (63,2%), b230 – Funções auditivas (58,3%), b156 – Funções da percepção (57,1%) e b310 – Funções da voz (51,8%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise descritiva das categorias selecionadas do componente Funções do Corpo da CIF

Categorias	Qualificação	N (%) *
b156 – Funções da percepção	Há deficiência	48 (57,1%)
	Não há deficiência	36 (42,9%)
b164 – Funções cognitivas de nível superior	Há deficiência	26 (31,0%)
	Não há deficiência	58 (69,0%)
b167 – Funções mentais da linguagem	Há deficiência	81 (96,4%)
	Não há deficiência	3 (3,6%)
b230 – Funções auditivas	Há deficiência	49 (58,3%)
	Não há deficiência	35 (41,7%)
b310 – Funções da voz	Há deficiência	43 (51,8%)
	Não há deficiência	40 (48,2%)
b320 – Funções da articulação	Há deficiência	43 (63,2%)
	Não há deficiência	25 (36,8%)
b440 – Funções respiratórias	Há deficiência	26 (32,1%)
	Não há deficiência	55 (67,9%)
b510 – Funções de ingestão	Há deficiência	21 (28,0%)
	Não há deficiência	54 (72,0%)

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para as Atividades e Participação, as categorias excluídas das análises devido à ausência de dados foram: d110D – Observar - Desempenho, d130D – Imitar - Desempenho e d130C – Imitar - Capacidade, d140D – Aprender a ler - Desempenho e d140C – Aprender a ler - Capacidade, d145D – Aprender a escrever - Desempenho e d145C – Aprender a escrever - Capacidade, d160C - Concentrar a atenção - Capacidade, d166D – Ler - Desempenho e d166C – Ler - Capacidade, d170D – Escrever - Desempenho e d170C – Escrever - Capacidade, d172D – Calcular - Desempenho e d172C – Calcular - Capacidade, d325D – Comunicação-recepção de mensagens escritas - Desempenho, d335C – Produção de mensagens não verbais - Capacidade, d345C – Escrever mensagens - Capacidade, d550D – Comer - Desempenho, d560D – Beber - Desempenho, d815D – Educação Infantil - Desempenho.

As principais dificuldades relacionadas às Atividades e Participações ocorreram em d325C – Comunicação-recepção de mensagens escritas - Capacidade (89,2%), d160D – Concentrar a atenção - Desempenho (79,7%), d820D – Educação escolar - Desempenho (74,0%) e d640D - Realização das tarefas domésticas - Desempenho (59,4%). De forma contrária, as dificuldades menos mencionadas pelos indivíduos foram: d720C – Interações interpessoais complexas - Capacidade (2,4%), d920D – Recreação e lazer - Desempenho (1,2%) e d930D – Religião e espiritualidade - Desempenho (0,0%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise descritiva das categorias selecionadas do componente Atividades e Participações da CIF

Categorias	Qualificação	N (%) *
d115D – Ouvir - Desempenho	Há dificuldade	17 (25,0%)
	Não há dificuldade	51 (75,0%)
d115C – Ouvir - Capacidade	Há dificuldade	8 (9,6%)
	Não há dificuldade	75 (90,4%)
d132D – Aquisição de linguagem - Desempenho	Há dificuldade	30 (40,5%)
	Não há dificuldade	44 (59,5%)
d137C – Aquisição de conceitos - Capacidade	Há dificuldade	25 (29,8%)
	Não há dificuldade	59 (70,2%)
d155D – Aquisição de habilidades - Desempenho	Há dificuldade	6 (7,3%)
	Não há dificuldade	76 (92,7%)
d155C – Aquisição de habilidades - Capacidade	Há dificuldade	19 (22,9%)
	Não há dificuldade	64 (77,1%)
d160D – Concentrar a atenção - Desempenho	Há dificuldade	55 (79,7%)
	Não há dificuldade	14 (20,3%)
d175D – Resolver problemas - Desempenho	Há dificuldade	36 (44,4%)
	Não há dificuldade	45 (55,6%)
d175C – Resolver problemas - Capacidade	Há dificuldade	8 (9,6%)
	Não há dificuldade	75 (90,4%)
d210D – Realizar uma única tarefa - Desempenho	Há dificuldade	7 (8,5%)
	Não há dificuldade	75 (91,5%)
d210C – Realizar uma única tarefa - Capacidade	Há dificuldade	6 (7,2%)
	Não há dificuldade	77 (92,8%)
d310D – Comunicação-recepção de mensagens orais - Desempenho	Há dificuldade	5 (6,0%)
	Não há dificuldade	78 (94,0%)
d310C – Comunicação-recepção de mensagens orais - Capacidade	Há dificuldade	5 (6,0%)
	Não há dificuldade	79 (94,0%)
d325C – Comunicação-recepção de mensagens escritas - Capacidade	Há dificuldade	58 (89,2%)
	Não há dificuldade	7 (10,8%)

Tabela 6 – Análise descritiva das categorias selecionadas do componente Atividades e Participações da CIF (cont.)

Categorias	Qualificação	N (%) *
d330D – Fala - Desempenho	Há dificuldade	40 (47,6%)
	Não há dificuldade	44 (52,4%)
d330C – Fala - Capacidade	Há dificuldade	22 (26,2%)
	Não há dificuldade	62 (73,8%)
d350D – Conversação - Desempenho	Há dificuldade	5 (6,0%)
	Não há dificuldade	79 (94,0%)
d350C – Conversação - Capacidade	Há dificuldade	3 (3,6%)
	Não há dificuldade	81 (96,4%)
d550C – Comer - Capacidade	Há dificuldade	14 (19,5%)
	Não há dificuldade	58 (80,5%)
d560C – Beber - Capacidade	Há dificuldade	2 (2,8%)
	Não há dificuldade	69 (97,2%)
d599D – Cuidados pessoais, não especificados - Desempenho	Há dificuldade	11 (13,7%)
	Não há dificuldade	69 (86,3%)
d640D – Realização das tarefas domésticas - Desempenho	Há dificuldade	41 (59,4%)
	Não há dificuldade	28 (40,6%)
d720D – Interações interpessoais complexas - Desempenho	Há dificuldade	23 (27,7%)
	Não há dificuldade	60 (72,3%)
d720C – Interações interpessoais complexas - Capacidade	Há dificuldade	2 (2,4%)
	Não há dificuldade	82 (97,6%)
d750D – Relações sociais informais - Desempenho	Há dificuldade	20 (24,1%)
	Não há dificuldade	63 (75,9%)
d760D – Relações familiares - Desempenho	Há dificuldade	9 (10,8%)
	Não há dificuldade	74 (89,2%)
d820D – Educação escolar - Desempenho	Há dificuldade	54 (74,0%)
	Não há dificuldade	19 (26,0%)
d920D – Recreação e lazer - Desempenho	Há dificuldade	1 (1,2%)
	Não há dificuldade	83 (98,8%)
d930D – Religião e espiritualidade - Desempenho	Há dificuldade	0 (0,0%)
	Não há dificuldade	77 (100,0%)

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes.
 Fonte: Elaborado pela autora.

Dos Fatores Ambientais foram removidos 10 itens devido à ausência de descrição do dados superior à 25%. Desta forma, as categorias e110 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal, e125 – Produtos e tecnologias para comunicação, e130 – Produtos e tecnologias para educação, e315 – Família ampliada, e360 – Outros profissionais, e410 – Atitudes individuais de membros da família nuclear, e415 – Atitudes individuais de membros da família ampliada, e420 – Atitudes individuais de amigos, e425 – Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, e570 – Serviços, sistemas e políticas da previdência social não contemplaram as análises.

As categorias mais relatadas pelos indivíduos como barreiras foram: e165 - Bens (28,9%), e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde (7,2%) e e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade (5,7%) (Tabela 7). A qualificação como facilitador ocorreu em 100% das descrições em e140 – Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas e e355 – Profissionais de saúde.

Tabela 7 – Análise descritiva das categorias selecionadas do componente Fatores Ambientais da CIF

Categorias	Qualificação	N (%) *
e140 – Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas	É barreira	0 (0,0%)
	É facilitador	84 (100,0%)
e165 – Bens	É barreira	24 (28,9%)
	É facilitador	59 (71,1%)
e310 – Família nuclear	É barreira	3 (3,6%)
	É facilitador	81 (96,4%)
e320 – Amigos	É barreira	3 (3,7%)
	É facilitador	78 (96,3%)
e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	É barreira	4 (5,7%)
	É facilitador	66 (94,3%)
e355 – Profissionais de saúde	É barreira	0 (0,0%)
	É facilitador	69 (100,0%)
e530 – Serviços, sistemas e políticas de utilidade pública	É barreira	3 (3,6%)
	É facilitador	81 (96,4%)
e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde	É barreira	6 (7,2%)
	É facilitador	77 (92,8%)

* Total = Número de informações difere entre as variáveis devido a dados faltantes. Fonte: autora

6.1.4 Dados sobre a qualidade de vida

Quanto à qualidade de vida avaliada por meio do PedsQL, foi possível verificar que, na versão pais/responsáveis, a maior média de pontuação foi observada nos domínios físico ($84,28 \pm 19,40$) e social ($76,60 \pm 25,47$), enquanto na versão crianças e adolescentes, as maiores pontuações estiveram nos domínios social ($81,33 \pm 21,94$) e físico ($80,66 \pm 17,18$). Quanto à pontuação total, melhor percepção da qualidade de vida foi observada para as crianças e adolescentes em processo avaliativo ($74,59 \pm 14,49$) do que para seus pais/responsáveis ($72,05 \pm 15,34$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Análise descritiva dos resultados do PedsQL aplicado com pais/responsáveis e com as crianças e adolescentes

	Média	IC inferior e superior - 95,0% para média	Desvio padrão
PedsQL pais/responsáveis			
Domínio Físico - Total	84,28	80,05 - 88,52	19,40
Domínio Emocional - Total	60,12	55,44 - 64,80	21,41
Domínio Social - Total	76,60	71,03 - 82,16	25,47
Domínio Escolar - Total	59,31	54,30 - 64,32	22,95
Escore Psicossocial	65,46	61,86 - 69,07	16,49
Escore Total	72,05	68,70 - 75,39	15,34
PedsQL crianças e adolescentes			
Domínio Físico - Total	80,66	76,91 - 84,41	17,18
Domínio Emocional - Total	67,52	62,71 - 72,32	22,01
Domínio Social - Total	81,33	76,54 - 86,11	21,94
Domínio Escolar - Total	65,54	60,88 - 70,21	21,37
Escore Psicossocial	71,49	67,79 - 75,18	16,90
Escore Total	74,59	71,43 - 77,76	14,49

Legenda: IC = Intervalo de Confiança. Fonte: Elaborado pela autora.

6.1.5 Dados autopercepção de saúde

Por meio da aplicação da escala de faces com as crianças e adolescentes em processo avaliativo, foi possível coletar os dados sobre a sensação de bem-estar subjetivo, sendo que, para a maior parte dos indivíduos, a autopercepção de saúde encontrava-se entre boa (24,4%) e muito boa (54,9%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise descritiva autopercepção de saúde de crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica

	N (%)
Muito ruim	1 (1,2%)
Ruim	2 (2,4%)
Regular/normal	14 (17,1%)
Boa	20 (24,4%)
Muito boa	45 (54,9%)

Fonte: Elaborado pela autora.

6.2 Etapa 2: Análise dos Fatores Ambientais

O Artigo 1 foi delineado e teve a sua análise e escrita realizados anteriormente à inclusão dos dois últimos participantes no banco de dados, após disponibilização dos relatórios destes nos prontuários. Portanto, para este considerou-se o “N” de 82 participantes.

Na análise para esta população, a média de idade encontrada foi de $9,09 \pm 2,60$ anos e a média da pontuação do CCEB foi de $24,59 \pm 6,16$ (Tabela 10).

Tabela 10 – Medidas descritivas das variáveis idade e pontuação do Critério de Classificação Econômica Brasil

Variáveis	N	Média	D.P.	Mediana	Mínimo	1° Q	3° Q	Máximo
Idade (anos)	82	9,09	2,69	9,00	5,00	7,00	11,00	16,00
Pontuação CCEB	82	24,59	6,16	23,00	13,00	20,00	28,00	40,00

Legenda: N= número de indivíduos; D.P.= desvio padrão; Q = quartil; CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil
Fonte: Elaborado pela autora.

A análise descritiva das hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas mostrou que a maioria dos participantes apresentava alterações de aquisição/desenvolvimento de linguagem oral (85,4%); de linguagem escrita (74,4%) e de M.O. (63,4%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Análise descritiva das hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas (n=82)

Variáveis	N (%)
Alterações de aquisição/desenvolvimento linguagem oral	
Sim	70 (85,4)
Não	12 (14,6)
Total	82 (100,0)
Alterações linguagem escrita	
Sim	61 (74,4)
Não	21 (25,6)
Total	82 (100,0)
Alterações de motricidade orofacial	
Sim	52 (63,4)
Não	30 (36,6)
Total	82 (100,0)
Alterações de voz	
Sim	35 (42,7)
Não	47 (57,3)
Total	82 (100,0)
Alterações do processamento auditivo	
Sim	30 (36,6)
Não	52 (63,4)
Total	82 (100,0)
Alterações de fala	
Sim	11 (13,40)
Não	71 (86,6)
Total	82 (100,0)
Alterações aspectos cognitivos da linguagem	
Sim	10 (12,2)
Não	72 (87,8)
Total	82 (100,0)

Legenda: N = número de indivíduos. Fonte: Elaborado pela autora.

Durante a realização da análise prevista para o Objetivo Específico b, não houve exclusão de itens com perdas na coleta dos dados. Diante disso, a análise descritiva realizada com os Fatores Ambientais indicou que os mais citados como facilitadores foram e530 – Serviços, sistemas e políticas de utilidade pública (100,0%), e310 – Família nuclear (98,8%), e320 – Amigos (93,9%), e140 – Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas (92,7%). Já a descrição de barreiras apresentou menor frequência entre os dados, sendo mais citada para os códigos e425 – Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da

comunidade (17,1%), e420 – Atitudes individuais de amigos (9,7%), e165 – Bens (8,5%) e e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde (8,5%) (Tabela 12).

Tabela 12 – Análise descritiva dos códigos do componente Fatores Ambientais

Componente Fatores Ambientais	Categoria descrita			
	Não reportado N (%)	É barreira N (%)	É facilitador N (%)	Total N (%)
e110 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal	35 (42,7)	1 (1,2)	46 (56,1)	82 (100,0)
e125 – Produtos e tecnologias para a comunicação	73 (89,0)	1 (1,2)	8 (9,8)	82 (100,0)
e130 – Produtos e tecnologias para a educação	27 (32,9)	0 (0,0)	55 (67,1)	82 (100,0)
e140 – Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas	6 (7,3)	0 (0,0)	76 (92,7)	82 (100,0)
e165 - Bens	0 (0,0)	7 (8,5)	75 (91,5)	82 (100,0)
e310 – Família próxima/imediata	0 (0,0)	1 (1,2)	81 (98,8)	82 (100,0)
e315 – Família alargada/ampliada	33 (40,2)	0 (0,0)	49 (59,8)	82 (100,0)
e320 – Amigos	4 (4,9)	1 (1,2)	77 (93,9)	82 (100,0)
e325 – Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	16 (19,5)	1 (1,2)	65 (79,3)	82 (100,0)
e355 – Profissionais de saúde	7 (8,5)	1 (1,2)	74 (90,3)	82 (100,0)
e360 – Outros profissionais	72 (87,8)	1 (1,2)	9 (11,0)	82 (100,0)
e410 – Atitudes individuais de membros da família próxima/imediata	61 (74,4)	5 (6,1)	16 (19,5)	82 (100,0)
e415 – Atitudes individuais de membros da família alargada/ampliada	73 (89,0)	2 (2,4)	7 (8,6)	82 (100,0)
e420 – Atitudes individuais de amigos	70 (85,4)	8 (9,7)	4 (4,9)	82 (100,0)
e425 – Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	68 (82,9)	14 (17,1)	0 (0,0)	82 (100,0)
e530 – Serviços, sistemas e políticas relacionados com os serviços de utilidade pública	0 (0,0)	0 (0,0)	82 (100,0)	82 (100,0)
e570 – Serviços, sistemas e políticas relacionados com segurança social	74 (90,2)	0 (0,0)	8 (9,8)	82 (100,0)
e580 – Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	3 (3,7)	7 (8,5)	72 (87,8)	82 (100,0)

Legenda: N = número de indivíduos. Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados da análise de associação entre as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas com os códigos dos Fatores Ambientais da CIF indicaram a presença de associações com significância estatística entre: a hipótese diagnóstica alteração dos aspectos cognitivos da linguagem e os Fatores Ambientais e355 – Profissionais da saúde ($p=0,033$) e e360 – Outros profissionais ($p=0,015$) e entre a hipótese diagnóstica alteração de fala e o código e360 – Outros profissionais ($p=0,020$) (Tabela 14).

Houve, ainda, associação entre a hipótese alteração de voz e o código e315 – Família ampliada ($p=0,001$), sendo verificada uma tendência dos participantes que apresentavam esta alteração em identificar este Fator Ambiental como um facilitador. Por último, foram também observadas associações com significância estatística entre a hipóteses diagnóstica de alteração de voz e os Fatores Ambientais e410 – Atitudes individuais de membros da família nuclear ($p=0,034$) e e415 – Atitudes individuais de membros da família ampliada ($p=0,003$) (Tabela 15).

Tabela 13 – Associação entre as hipóteses diagnósticas alteração de aquisição/desenvolvimento de linguagem oral e alteração de linguagem escrita e o componente Fatores Ambientais

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica					
		Aquisição/desenvolvimento lgg oral			Linguagem escrita		
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%)	valor-p
e110 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal	Não descrito	31 (44,3)	4 (33,3)	0,691 ¹	22 (36,1)	13 (61,9)	0,110 ¹
	É barreira	1 (1,4)	0 (0,0)		1 (1,6)	0 (0,0)	
	É facilitador	38 (54,3)	8 (66,7)		38 (62,3)	13 (61,9)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e125 – Produtos e tecnologia para comunicação	Não descrito	62 (88,6)	11 (91,7)	0,900 ¹	53 (86,9)	20 (95,2)	0,552 ¹
	É barreira	1 (1,4)	0 (0,0)		1 (1,6)	0 (0,0)	
	É facilitador	7 (10,0)	1 (8,3)		7 (11,5)	1 (4,8)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e130 – Produtos e tecnologia para educação	Não descrito	22 (31,4)	5 (41,7)	0,518 ¹	17 (27,9)	10 (47,6)	0,113 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	48 (68,6)	7 (58,3)		44 (72,1)	11 (52,4)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e140 – Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	Não descrito	5 (7,1)	1 (8,3)	1,000 ²	6 (9,8)	0 (0,0)	0,330 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	65 (92,9)	11 (91,7)		55 (90,2)	21 (100,0)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e165 – Bens	Não descrito	0 (0,0)	0 (0,0)	0,271 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	0,067 ²
	É barreira	5 (7,1)	2 (16,7)		3 (4,9)	4 (19,0)	
	É facilitador	65 (92,9)	10 (83,3)		58 (95,1)	17 (81,0)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e310 – Família nuclear	Não descrito	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000 ²
	É barreira	1 (1,4)	0 (0,0)		1 (1,6)	0 (0,0)	
	É facilitador	69 (98,6)	12 (100,0)		60 (98,4)	21 (100,0)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e315 – Família ampliada	Não descrito	26 (37,1)	7 (58,3)	0,167 ¹	21 (34,4)	12 (57,1)	0,067 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	44 (62,9)	5 (41,7)		40 (65,6)	9 (42,9)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e320 – Amigos	Não descrito	2 (2,9)	2 (16,7)	0,114 ¹	4 (6,6)	0 (0,0)	0,400 ¹
	É barreira	1 (1,4)	0 (0,0)		1 (1,6)	0 (0,0)	
	É facilitador	67 (95,7)	10 (83,3)		56 (91,8)	21 (100,0)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	

Tabela 13 – Associação entre as hipóteses diagnósticas alteração de aquisição/desenvolvimento de linguagem oral e alteração de linguagem escrita e o componente Fatores Ambientais (cont.)

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica					
		Aquisição/desenvolvimento lgg oral			Linguagem escrita		
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%)	valor-p
e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	Não descrito	12 (17,1)	4 (33,3)	0,401 ¹	9 (14,8)	7 (33,3)	0,159 ¹
	É barreira	1 (1,4)	0 (0,0)		1 (1,6)	0 (0,0)	
	É facilitador	57 (81,4)	8 (66,7)		51 (83,6)	14 (66,7)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e355 – Profissionais da saúde	Não descrito	5 (7,1)	2 (16,7)	0,513 ¹	4 (6,6)	3 (14,3)	0,472 ¹
	É barreira	1 (1,4)	0 (0,0)		1 (1,6)	0 (0,0)	
	É facilitador	64 (91,4)	10 (83,3)		56 (91,8)	18 (85,7)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e360 – Outros profissionais	Não descrito	61 (87,1)	11 (91,7)	0,867 ¹	51 (83,6)	21 (100,0)	0,141 ¹
	É barreira	1 (1,4)	0 (0,0)		1 (1,6)	0 (0,0)	
	É facilitador	8 (11,4)	1 (8,3)		9 (14,8)	0 (0,0)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e410 – Atitudes individuais de membros da família nuclear	Não descrito	52 (74,3)	9 (75,0)	0,584 ¹	47 (77,0)	14 (66,7)	0,473 ¹
	É barreira	5 (7,1)	0 (0,0)		4 (6,6)	1 (4,8)	
	É facilitador	13 (18,6)	3 (25,0)		10 (16,4)	6 (28,5)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e415 – Atitudes individuais de membros da família ampliada	Não descrito	63 (90,0)	10 (83,3)	0,477 ¹	54 (88,6)	19 (90,6)	0,576 ¹
	É barreira	2 (2,9)	0 (0,0)		1 (1,6)	1 (4,8)	
	É facilitador	5 (7,1)	2 (16,7)		6 (9,8)	1 (4,8)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e420 – Atitudes individuais de amigos	Não descrito	59 (84,3)	11 (91,7)	0,410 ¹	52 (85,2)	18 (85,7)	0,999 ¹
	É barreira	8 (11,4)	0 (0,0)		6 (9,8)	2 (9,5)	
	É facilitador	4 (4,3)	8 (8,3)		3 (4,9)	1 (4,8)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e425 – Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	Não descrito	57 (81,4)	11 (91,7)	0,384 ¹	49 (80,3)	19 (90,5)	0,286 ¹
	É barreira	13 (18,6)	1 (8,3)		12 (19,7)	2 (9,5)	
	É facilitador	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	
e570 – Serviços, sistemas e políticas da previdência social	Não descrito	64 (91,4)	10 (83,3)	0,383 ¹	54 (88,5)	20 (95,2)	0,371 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	6 (8,6)	2 (16,7)		7 (11,5)	1 (4,8)	
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)	

Tabela 13 – Associação entre as hipóteses diagnósticas alteração de aquisição/desenvolvimento de linguagem oral e alteração de linguagem escrita e o componente Fatores Ambientais (cont.)

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica				
		Aquisição/desenvolvimento lgg oral			Linguagem escrita	
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%) valor-p
e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde	Não descrito	3 (4,2)	0 (0,0)	0,764 ¹	3 (4,9)	0 (0,0)
	É barreira	6 (8,6)	1 (8,3)		6 (9,8)	1 (4,8)
	É facilitador	61 (87,1)	11 (91,7)		52 (85,3)	20 (95,2)
	Total	70 (100,0)	12 (100,0)		61 (100,0)	21 (100,0)

¹Teste Qui-quadrado de Pearson; ²Teste Exato de Fisher

Legenda: N= número de indivíduos; lgg = linguagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 14 – Associação entre as hipóteses diagnósticas aspectos cognitivos da linguagem e alteração de fala e o componente Fatores Ambientais

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica					
		Aspectos cognitivos da linguagem			Alteração de fala		
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%)	valor-p
e110 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal	Não descrito	5 (50,0)	30 (41,7)	0,836 ¹	5 (45,5)	30 (42,3)	0,912 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,4)		0 (0,0)	1 (1,4)	
	É facilitador	5 (50,0)	41 (56,9)		6 (54,5)	50 (56,3)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e125 – Produtos e tecnologia para comunicação	Não descrito	10 (100,0)	63 (87,5)	0,496 ¹	10 (90,9)	63 (88,7)	0,920 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,4)		0 (0,0)	1 (1,4)	
	É facilitador	0 (0,0)	8 (11,1)		1 (9,1)	7 (9,9)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e130 – Produtos e Tecnologia para Educação	Não descrito	2 (20,0)	25 (34,7)	0,485 ¹	3 (27,3)	24 (33,8)	0,668 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	8 (80,0)	47 (65,3)		8 (72,7)	47 (66,2)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e140 – Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	Não descrito	1 (10,0)	5 (6,9)	0,554 ²	1 (9,1)	5 (7,0)	0,808 ²
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	9 (90,0)	67 (93,1)		10 (90,9)	66 (93,0)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e165 – Bens	Não descrito	0 (0,0)	0 (0,0)	0,303 ¹	11 (100,0)	64 (90,1)	0,276 ¹
	É barreira	0 (0,0)	7 (9,7)		0 (0,0)	7 (9,9)	
	É facilitador	10 (100,0)	65 (90,3)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e310 – Família nuclear	Não descrito	0 (0,0)	0 (0,0)	0,122 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000 ²
	É barreira	1 (10,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (1,4)	
	É facilitador	9 (90,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	70 (98,6)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e315 – Família ampliada	Não descrito	2 (20,0)	31 (43,1)	0,164 ¹	5 (45,5)	28 (39,4)	0,705 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	8 (80,0)	41 (56,9)		6 (54,5)	43 (60,6)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e320 – Amigos	Não descrito	0 (0,0)	4 (5,6)	0,691 ¹	0 (0,0)	4 (5,6)	0,662 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,3)		0 (0,0)	1 (1,4)	
	É facilitador	10 (100,0)	67 (93,1)		11 (100,0)	66 (93,0)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	

Tabela 14 – Associação entre as hipóteses diagnósticas aspectos cognitivos da linguagem e alteração de fala e o componente Fatores Ambientais (cont.)

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica					
		Aspectos cognitivos da linguagem			Alteração de fala		
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%)	valor-p
e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	Não descrito	0 (0,0)	16 (22,2)	0,226 ¹	1 (9,1)	15 (21,1)	0,583 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,4)		0 (0,0)	1 (1,4)	
	É facilitador	10 (100,0)	55 (76,4)		10 (90,9)	55 (77,5)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e355 – Profissionais da saúde	Não descrito	3 (30,0)	4 (5,6)	0,033* ¹	2 (18,2)	5 (7,0)	0,441 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,4)		0 (0,0)	1 (1,5)	
	É facilitador	7 (70,0)	67 (93,0)		9 (81,8)	65 (91,5)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e360 – Outros profissionais	Não descrito	9 (90,0)	63 (87,5)	0,015* ¹	10 (90,9)	62 (87,3)	0,020* ¹
	É barreira	1 (10,0)	0 (0,0)		1 (9,1)	0 (0,0)	
	É facilitador	0 (0,0)	9 (12,5)		0 (0,0)	9 (12,7)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e410 – Atitudes individuais de membros da família nuclear	Não descrito	8 (80,0)	53 (73,6)	0,650 ¹	10 (90,9)	51 (71,8)	0,209 ¹
	É barreira	1 (10,0)	4 (5,6)		1 (9,1)	4 (5,6)	
	É facilitador	1 (10,0)	15 (20,8)		0 (0,0)	16 (22,6)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e415 – Atitudes individuais de membros da família ampliada	Não descrito	9 (90,0)	64 (88,9)	0,162 ¹	11 (100,0)	62 (87,3)	0,457 ¹
	É barreira	1 (10,0)	1 (1,4)		0 (0,0)	2 (2,8)	
	É facilitador	9 (90,0)	7 (9,7)		0 (0,0)	7 (9,9)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e420 – Atitudes individuais de amigos	Não descrito	8 (80,0)	62 (86,1)	0,722 ¹	10 (90,9)	60 (84,5)	0,715 ¹
	É barreira	1 (10,0)	7 (9,7)		1 (9,1)	7 (9,9)	
	É facilitador	1 (10,0)	3 (4,2)		0 (0,0)	4 (5,6)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e425 – Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	Não descrito	9 (90,0)	59 (81,9)	0,526 ¹	10 (90,9)	58 (81,7)	0,450 ¹
	É barreira	1 (10,0)	13 (18,1)		1 (9,1)	13 (18,3)	
	É facilitador	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	
e570 – Serviços, sistemas e políticas da previdência social	Não descrito	9 (90,0)	65 (90,3)	0,978 ¹	10 (90,9)	64 (90,1)	0,936 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	1 (10,0)	7 (9,7)		1 (9,1)	7 (9,9)	
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)	

Tabela 14 – Associação entre as hipóteses diagnósticas aspectos cognitivos da linguagem e alteração de fala e o componente Fatores Ambientais (cont.)

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica				
		Aspectos cognitivos da linguagem			Alteração de fala	
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%) valor-p
e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde	Não descrito	1 (10,0)	2 (2,8)	0,507 ¹	1 (9,1)	2 (2,8)
	É barreira	1 (10,0)	6 (8,3)		2 (18,2)	5 (7,0)
	É facilitador	8 (80,0)	64 (88,9)		8 (72,7)	64 (90,1)
	Total	10 (100,0)	72 (100,0)		11 (100,0)	71 (100,0)

¹Teste Qui-quadrado de Pearson; ²Teste Exato de FisherLegenda: N= número de indivíduos; *= valor de $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 15 – Associação entre as hipóteses diagnósticas alteração de motricidade orofacial e alteração de voz e o componente Fatores Ambientais

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica					
		Alteração de motricidade orofacial			Alteração de voz		
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%)	valor-p
e110 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal	Não descrito	22 (42,3)	13 (43,3)	0,747 ¹	17 (48,6)	18 (38,3)	0,478 ¹
	É barreira	1 (1,9)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (2,1)	
	É facilitador	29 (55,8)	17 (56,7)		18 (51,4)	28 (59,6)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e125 – Produtos e tecnologia para comunicação	Não descrito	48 (92,3)	25 (83,3)	0,283 ¹	31 (88,6)	42 (89,4)	0,489 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (3,3)		1 (2,9)	0 (0,0)	
	É facilitador	4 (7,7)	4 (13,4)		3 (8,6)	5 (10,6)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e130 – Produtos e tecnologia para educação	Não descrito	16 (30,8)	11 (36,7)	0,584 ¹	11 (31,4)	16 (34,0)	0,803 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	36 (69,2)	19 (63,3)		24 (68,6)	31 (66,0)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e140 – Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	Não descrito	4 (7,7)	2 (6,7)	1,000 ²	1 (2,9)	5 (10,6)	0,232 ²
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	48 (92,3)	28 (93,3)		34 (97,1)	42 (89,4)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e165 – Bens	Não descrito	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	0,276 ²
	É barreira	5 (9,6)	2 (6,7)		2 (5,7)	5 (10,6)	
	É facilitador	47 (90,4)	28 (93,3)		33 (94,3)	42 (89,4)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e310 – Família nuclear	Não descrito	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000 ²	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000 ²
	É barreira	1 (1,9)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (2,1)	
	É facilitador	51 (98,1)	30 (100,0)		35 (100,0)	46 (97,6)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e315 – Família ampliada	Não descrito	18 (34,6)	15 (50,0)	0,171 ¹	6 (17,1)	27 (57,4)	0,001* ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	34 (65,4)	15 (50,0)		29 (82,9)	20 (42,6)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e320 – Amigos	Não descrito	2 (3,8)	2 (6,7)	0,346 ¹	2 (5,7)	2 (4,3)	0,659 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (3,3)		0 (0,0)	1 (2,1)	
	É facilitador	50 (96,2)	27 (90,0)		33 (94,3)	44 (93,6)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	

Tabela 15 – Associação entre as hipóteses diagnósticas alteração de motricidade orofacial e alteração de voz e o componente Fatores Ambientais (cont.)

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica					
		Alteração de motricidade orofacial			Alteração de voz		
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%)	valor-p
e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade							
	Não descrito	9 (17,3)	7 (23,3)	0,317 ¹	6 (17,1)	10 (21,3)	0,467 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (3,3)		1 (2,9)	0 (0,0)	
	É facilitador	43 (82,7)	22 (73,4)		28 (80,0)	37 (78,7)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e355 – Profissionais da saúde							
	Não descrito	6 (11,5)	1 (3,3)	0,318 ¹	4 (11,4)	3 (6,4)	0,506 ¹
	É barreira	1 (1,9)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (2,1)	
	É facilitador	45 (86,6)	29 (96,7)		31 (88,6)	43 (91,5)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e360 – Outros profissionais							
	Não descrito	46 (88,5)	26 (86,7)	0,662 ¹	32 (91,4)	40 (85,1)	0,561 ¹
	É barreira	1 (1,9)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (2,1)	
	É facilitador	5 (9,6)	4 (13,3)		3 (8,6)	6 (12,8)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e410 – Atitudes individuais de membros da família nuclear							
	Não descrito	37 (71,2)	24 (80,0)	0,610 ¹	21 (60,0)	40 (85,1)	0,034 ^{*1}
	É barreira	4 (7,7)	1 (3,3)		3 (8,6)	2 (4,3)	
	É facilitador	11 (22,1)	5 (16,7)		11 (31,4)	5 (10,6)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e415 – Atitudes individuais de membros da família ampliada							
	Não descrito	45 (86,5)	28 (93,4)	0,416 ¹	28 (80,0)	45 (95,7)	0,003 ^{*1}
	É barreira	1 (1,9)	1 (3,3)		0 (0,0)	2 (4,3)	
	É facilitador	6 (11,6)	1 (3,3)		7 (20,0)	0 (0,0)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e420 – Atitudes individuais de amigos							
	Não descrito	43 (82,7)	27 (90,0)	0,297 ¹	29 (82,8)	41 (87,3)	0,398 ¹
	É barreira	5 (9,6)	3 (10,0)		3 (8,6)	5 (10,6)	
	É facilitador	4 (7,7)	0 (0,0)		3 (8,6)	1 (2,1)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e425 – Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade							
	Não descrito	43 (82,7)	25 (83,3)	0,941 ¹	28 (80,0)	40 (85,1)	0,543 ¹
	É barreira	9 (17,3)	5 (16,7)		7 (20,0)	7 (14,9)	
	É facilitador	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	
e570 – Serviços, sistemas e políticas da previdência social							
	Não descrito	46 (88,5)	28 (93,3)	0,474 ¹	31 (88,6)	43 (91,5)	0,718 ²
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	6 (11,5)	2 (6,7)		4 (11,4)	4 (8,5)	
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)	

Tabela 15 – Associação entre as hipóteses diagnósticas alteração de motricidade orofacial e alteração de voz e o componente Fatores Ambientais (cont.)

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica				
		Alteração de motricidade orofacial			Alteração de voz	
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p	Sim N (%)	Não N (%) valor-p
e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde	Não descrito	3 (5,8)	0 (0,0)	0,392 ¹	2 (5,7)	1 (2,1)
	É barreira	4 (7,7)	3 (10,0)		3 (8,6)	4 (8,5)
	É facilitador	45 (86,5)	27 (90,0)		30 (85,7)	42 (89,4)
	Total	52 (100,0)	30 (100,0)		35 (100,0)	47 (100,0)

¹Teste Qui-quadrado de Pearson; ²Teste Exato de FisherLegenda: N= número de indivíduos; *= valor de $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 16 – Associação entre a hipótese diagnóstica alteração processamento auditivo e o componente Fatores Ambientais

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica		
		Alteração processamento auditivo		
		Sim N (%)	Não N (%)	valor-p
e110 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal				
	Não descrito	11 (36,7)	24 (46,2)	0,492 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,9)	
	É facilitador	19 (63,3)	27 (51,9)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e125 – Produtos e tecnologia para comunicação				
	Não descrito	26 (86,7)	47 (90,4)	0,414 ¹
	É barreira	1 (3,3)	0 (0,0)	
	É facilitador	3 (10,0)	5 (9,6)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e130 – Produtos e tecnologia para educação				
	Não descrito	9 (30,0)	18 (34,6)	0,668 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	21 (70,0)	34 (65,4)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e140 – Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas				
	Não descrito	2 (6,7)	4 (7,7)	1,000 ²
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	28 (93,3)	48 (92,3)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e165 – Bens				
	Não descrito	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000 ²
	É barreira	2 (6,7)	5 (9,6)	
	É facilitador	28 (93,3)	47 (90,4)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e310 – Família nuclear				
	Não descrito	0 (0,0)	0 (0,0)	0,366 ²
	É barreira	1 (3,3)	0 (0,0)	
	É facilitador	29 (96,7)	52 (100,0)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e315 – Família ampliada				
	Não descrito	10 (33,3)	23 (44,2)	0,360 ¹
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	20 (66,7)	29 (55,8)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e320 – Amigos				
	Não descrito	0 (0,0)	4 (7,7)	0,215 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,9)	
	É facilitador	30 (100,0)	47 (90,4)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	

Tabela 16 – Associação entre a hipótese diagnóstica alteração processamento auditivo e o componente Fatores Ambientais (cont.)

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica		
		Alteração processamento auditivo		valor-p
		Sim N (%)	Não N (%)	
e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	Não descrito	3 (10,0)	13 (25,0)	0,177 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,9)	
	É facilitador	27 (90,0)	38 (73,1)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e355 – Profissionais da saúde	Não descrito	3 (10,0)	4 (7,7)	0,706 ¹
	É barreira	0 (0,0)	1 (1,9)	
	É facilitador	27 (90,0)	47 (90,4)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e360 – Outros profissionais	Não descrito	25 (83,3)	47 (90,4)	0,353 ¹
	É barreira	1 (3,3)	0 (0,0)	
	É facilitador	4 (13,4)	5 (9,6)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e410 – Atitudes individuais de membros da família nuclear	Não descrito	24 (80,0)	37 (71,2)	0,610 ¹
	É barreira	1 (3,3)	4 (7,7)	
	É facilitador	5 (16,7)	11 (22,1)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e415 – Atitudes individuais de membros da família ampliada	Não descrito	27 (90,0)	46 (88,5)	0,838 ¹
	É barreira	1 (3,3)	1 (1,9)	
	É facilitador	2 (6,7)	5 (9,6)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e420 – Atitudes individuais de amigos	Não descrito	25 (83,3)	45 (86,5)	0,845 ¹
	É barreira	3 (10,0)	5 (9,7)	
	É facilitador	2 (6,7)	2 (3,8)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e425 – Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	Não descrito	24 (80,0)	44 (84,6)	0,762 ¹
	É barreira	6 (20,0)	8 (15,4)	
	É facilitador	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	
e570 – Serviços, sistemas e políticas da previdência social	Não descrito	26 (86,7)	48 (92,3)	0,455 ²
	É barreira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	É facilitador	4 (13,3)	4 (7,7)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	

Tabela 16 – Associação entre a hipótese diagnóstica alteração processamento auditivo e o componente Fatores Ambientais (cont.)

Categorias e qualificadores dos Fatores Ambientais		Hipótese diagnóstica fonoaudiológica		
		Alteração processamento auditivo		valor-p
		Sim N (%)	Não N (%)	
e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde				
	Não descrito	0 (0,0)	3 (5,8)	0,392 ¹
	É barreira	3 (10,0)	4 (7,7)	
	É facilitador	27 (90,0)	45 (86,5)	
	Total	30 (100,0)	52 (100,0)	

¹Teste Qui-quadrado de Pearson; ²Teste Exato de Fisher

Legenda: N = número de indivíduos.

Fonte: Elaborado pela autora.

6.3 Etapas 3 e 4: Uso da análise fatorial e da Modelagem de Equações Estruturais com a CIF, autopercepção de saúde, qualidade de vida e covariáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais

6.3.1 Etapa 3

Para cumprir com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas dos componentes da CIF e das categorias que se relacionam ao processo diagnóstico fonoaudiológico, bem como verificar a associação da funcionalidade e incapacidade com a autopercepção de saúde, aspectos clínicos e sociodemográficos, optou-se pela realização inicialmente da análise fatorial. Tal escolha se deu devido ao grande número de variáveis a serem incluídas da CIF, 43 no total. Esta foi considerada como uma única variável, a CIF global, ou funcionalidade global, e como uma variável de segunda ordem, formada pelos componentes de Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Para este último caso, foi realizada a abordagem de Análise Fatorial de Segunda Ordem, utilizando o método de extração das componentes principais e rotação promax. A matriz de correlação foi construída utilizando estimadores de correlações diferentes dependendo do tipo de item que era trabalhado. Ou seja, para medir a correlação entre os itens binários foi utilizado o coeficiente de correlação tetracórica, e para medir a correlação entre as variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Quanto as demais variáveis, foram consideradas duas de caracterização (sexo e classe econômica descrita pelo CCEB), nove relativas às queixas e sete referentes às hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas.

Na análise fatorial da CIF foi possível verificar (Tabela 17):

- Funções do Corpo:
 - Os itens que apresentaram dados não reportados tiveram seus valores imputados, conforme descrição e particularidade, de acordo com as respostas mais frequentes para cada categoria;
 - Todos os itens apresentaram cargas fatoriais satisfatórias, ou seja, ou apresentaram valores elevados de cargas fatoriais ou sua presença garantiu a

possibilidade de atingir os critérios de validação ao final das avaliações estatísticas.

- Atividades e Participação - Capacidade:
 - Os itens que apresentaram dados não reportados tiveram seus valores imputados, conforme descrição e particularidade, de acordo com as respostas mais frequentes para cada categoria;
 - Os itens d325C – Comunicação-recepção de mensagens escritas - Capacidade e d345C – Escrever mensagens - Capacidade precisaram ser removidos, pois apresentaram cargas fatoriais baixas, o que estava prejudicando a validação do constructo.
- Atividades e Participação - Desempenho:
 - Os itens que apresentaram dados não reportados tiveram seus valores imputados, conforme descrição e particularidade, de acordo com as respostas mais frequentes para cada categoria;
 - O item d930D – Religião e espiritualidade - Desempenho não pôde ser utilizado devido ao fato de não ter variabilidade;
 - Os itens d640D - Realização das tarefas domésticas - Desempenho, d820D – Educação escolar - Desempenho, d160D - Concentrar a atenção - Desempenho, d760D – Relações familiares - Desempenho, d350D – Conversação - Desempenho e d330D – Fala - Desempenho tiveram que ser removidos, pois apresentaram cargas fatoriais baixas, o que estava prejudicando a validação do constructo.
- Atividades e Participação como um único fator:
 - Todos os itens apresentaram cargas fatoriais satisfatórias, ou seja, ou apresentaram valores elevados de cargas fatoriais ou sua presença garantiu a possibilidade de atingir os critérios de validação ao final das avaliações estatísticas.
- Fatores Ambientais:

- Os itens que apresentaram dados não reportados tiveram seus valores imputados, conforme descrição e particularidade, de acordo com as respostas mais frequentes para cada categoria;
 - Os itens e140 – Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas e e355 – Profissionais de saúde não puderam ser utilizados devido ao fato de não terem variabilidade;
 - O item e165 - Bens teve que ser removido, pois apresentou uma carga fatorial baixa, o que estava prejudicando a validação do constructo.
- CIF considerada como uma variável latente – CIF global:
 - Todos os itens apresentaram cargas fatoriais satisfatórias, ou seja, ou apresentaram valores elevados de cargas fatoriais ou sua presença garantiu a possibilidade de atingir os critérios de validação ao final das avaliações estatísticas.

Tabela 17 – Análise fatorial da CIF e seus componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais

Constructos	Itens	Inicial			Final		
		C.F.	Com.	Peso	C.F.	Com.	Peso
Funções do Corpo	b156	0,818	0,669	0,243	0,818	0,669	0,243
	b164	0,753	0,567	0,224	0,753	0,567	0,224
	b167	0,276	0,076	0,082	0,276	0,076	0,082
	b230	0,691	0,478	0,205	0,691	0,478	0,205
	b310	0,336	0,113	0,100	0,336	0,113	0,100
	b320	0,787	0,619	0,234	0,787	0,619	0,234
	b440	0,722	0,522	0,215	0,722	0,522	0,215
	b510	0,567	0,322	0,168	0,567	0,322	0,168
Atividades e Participação - Capacidade	d115C	0,489	0,239	0,099	0,447	0,200	0,090
	d137C	0,792	0,627	0,160	0,828	0,685	0,167
	d155C	0,519	0,269	0,105	0,526	0,277	0,106
	d175C	0,660	0,436	0,134	0,666	0,444	0,135
	d210C	0,666	0,444	0,135	0,676	0,458	0,137
	d310C	0,829	0,688	0,168	0,838	0,702	0,169
	d325C	-0,011	0,000	-0,002			
	d330C	0,714	0,509	0,145	0,761	0,579	0,154
	d345C	-0,249	0,062	-0,050			
	d350C	0,822	0,676	0,167	0,811	0,658	0,164
	d550C	0,610	0,372	0,124	0,610	0,373	0,123
	d560C	0,577	0,333	0,117	0,558	0,312	0,113
	d720C	0,528	0,279	0,107	0,515	0,265	0,104
Atividades e Participação - Desempenho	d115D	0,503	0,253	0,117	0,466	0,217	0,111
	d132D	0,559	0,313	0,130	0,577	0,333	0,137
	d155D	0,629	0,395	0,146	0,691	0,478	0,164
	d160D	0,179	0,032	0,042			
	d175D	0,643	0,413	0,149	0,639	0,408	0,152
	d210D	0,768	0,589	0,178	0,816	0,666	0,194
	d310D	0,690	0,477	0,160	0,711	0,505	0,169
	d330D	0,305	0,093	0,071			
	d350D	0,304	0,093	0,071			
	d599D	0,758	0,574	0,176	0,750	0,562	0,178
	d640D	0,028	0,001	0,007			
	d720D	0,539	0,291	0,125	0,579	0,335	0,138
	d750D	0,626	0,392	0,145	0,649	0,421	0,154
	d760D	0,296	0,088	0,069			
	d820D	0,120	0,014	0,028			
	d920D	0,541	0,293	0,126	0,531	0,282	0,126
Atividades e Participação	Capacidade	0,855	0,730	0,585	0,855	0,730	0,585
	Desempenho	0,855	0,730	0,585	0,855	0,730	0,585

Tabela 17 – Análise fatorial da CIF e seus componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais (cont.)

Constructos	Itens	Inicial			Final		
		C.F.	Com.	Peso	C.F.	Com.	Peso
Fatores Ambientais	e165	0,220	0,048	0,101			
	e310	0,585	0,342	0,269	0,638	0,407	0,296
	e320	0,853	0,728	0,393	0,804	0,647	0,373
	e325	0,779	0,607	0,358	0,744	0,553	0,345
	e530	0,585	0,342	0,269	0,638	0,407	0,296
	e580	0,326	0,106	0,150	0,375	0,141	0,174
CIF	Funções do Corpo	0,870	0,756	0,560	0,870	0,756	0,560
	Atividades e Participação	0,880	0,775	0,567	0,880	0,775	0,567
	Fatores Ambientais	0,149	0,022	0,096	0,149	0,022	0,096

Legenda: C.F. = Cargas fatoriais; Com. = Comunalidade
 Fonte: Elaborado pela autora.

Embora a carga fatorial e o valor de comunalidade dos Fatores Ambientais tenha sido mais baixo, foi verificado que a permanência desse item no modelo não era prejudicial às análises estatísticas posteriores. Desta forma, após a validação da análise fatorial realizada com a CIF, foi possível verificar que os valores das AVEs foram superiores a 0,40 em todos os constructos, evidenciando assim a validação convergente destes. Além disso, todos os constructos atingiram os níveis exigidos de confiabilidade, dado que os índices de CC foram superiores à 0,60. Em todos os constructos o ajuste da análise fatorial foi adequado, uma vez que todos os KMO foram maiores ou iguais a 0,50 e, pelo critério Acceleration Factor, todos os constructos foram unidimensionais (Tabela 18).

Tabela 18 – Validação dos constructos referentes à análise Fatorial da CIF e seus componentes

Constructos	Itens	AVE	CC	KMO	Dim.
Funções do Corpo	8	0,421	0,797	0,638	1
Atividades e Participação	2	0,730	0,758	0,500	1
Fatores Ambientais	5	0,431	0,723	0,513	1
CIF	3	0,518	0,664	0,495	1

Legenda: CIF = Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; AVE = Variância Média Extraída; CC = Confiabilidade Composta; KMO = Kaiser-Meyer-Olkin; Dim. = Dimensões. Fonte: Elaborado pela autora.

Após definição dos fatores representativos para as variáveis da CIF como um único constructo, a CIF global, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores

Ambientais, foi realizada análise de associação univariada visando identificar, dentre as variáveis explicativas, quais apresentariam p-valor menor que 0,150 e que entrariam no modelo de análise multivariada.

A Tabela 19 apresenta a análise univariada dos fatores que exerceram influência sobre a CIF global. Assim, destacou-se que:

- As variáveis sexo, queixas de alterações de fala, de fluência, de alterações de audição, hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, de alterações nas questões de linguagem escrita, de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, de alterações de M.O., de alterações de voz e de alterações do processamento auditivo foram selecionadas (Valor-p < 0,150) para a análise multivariada;
- Houve diferença significativa (Valor-p < 0,050) da CIF global com as variáveis queixas de alterações de fala, queixas de alterações de audição, hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita, hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, hipótese diagnóstica de alterações de M.O., hipótese diagnóstica de alterações de voz e hipótese diagnóstica de alterações do processamento auditivo.

Tabela 19 – Análise univariada da CIF global e as variáveis explicativas do estudo

CIF global	Categoria	N	Média	Mediana	D.P.	Min.	Máx.	Valor-p ¹
Sexo	Feminino	24	1,73	1,81	0,19	1,35	1,96	0,129
	Masculino	60	1,67	1,71	0,18	1,21	1,95	
Queixas								
L. oral	Não	79	1,69	1,72	0,19	1,21	1,96	0,354
	Sim	5	1,62	1,59	0,16	1,43	1,86	
Dif. escolares	Não	31	1,67	1,70	0,20	1,21	1,96	0,656
	Sim	53	1,69	1,72	0,18	1,23	1,95	
Fala	Não	35	1,80	1,84	0,12	1,49	1,95	0,000
	Sim	49	1,60	1,59	0,18	1,21	1,96	
Fluência	Não	78	1,68	1,72	0,18	1,21	1,96	0,133
	Sim	6	1,76	1,88	0,23	1,35	1,93	
M.O.	Não	76	1,69	1,72	0,17	1,21	1,95	0,269
	Sim	8	1,59	1,56	0,27	1,23	1,96	
Disfagia	Não	81	1,69	1,72	0,18	1,21	1,96	0,426
	Sim	3	1,55	1,49	0,33	1,26	1,91	
Voz	Não	80	1,68	1,72	0,19	1,21	1,96	0,482
	Sim	4	1,75	1,78	0,17	1,52	1,91	
Audição	Não	76	1,70	1,73	0,18	1,21	1,96	0,013
	Sim	8	1,52	1,52	0,17	1,26	1,84	
Int. social	Não	76	1,69	1,72	0,18	1,21	1,96	0,709
	Sim	8	1,65	1,65	0,23	1,23	1,90	
Hipóteses diagnósticas								
L. oral	Não	14	1,80	1,86	0,17	1,40	1,96	0,006
	Sim	70	1,66	1,68	0,18	1,21	1,95	
L. escrita	Não	21	1,60	1,62	0,21	1,21	1,87	0,032
	Sim	63	1,71	1,73	0,17	1,35	1,96	
Asp. cognitivos	Não	82	1,69	1,72	0,18	1,21	1,96	0,041
	Sim	2	1,40	1,40	0,07	1,35	1,45	
Fala	Não	78	1,69	1,72	0,18	1,21	1,96	0,270
	Sim	6	1,61	1,56	0,21	1,35	1,86	
M.O.	Não	31	1,76	1,79	0,14	1,40	1,96	0,005
	Sim	53	1,64	1,63	0,20	1,21	1,95	
Voz	Não	51	1,73	1,78	0,17	1,21	1,96	0,006
	Sim	33	1,61	1,59	0,19	1,23	1,93	
Proc. auditivo	Não	62	1,71	1,75	0,19	1,21	1,96	0,020
	Sim	22	1,61	1,62	0,17	1,26	1,88	

¹ Teste de Mann-Whitney; Critério de Classificação Econômica Brasil x CIF: $r = -0,05$; Valor-p = 0,641.

* Variáveis com diferenças significativas marcadas em negrito;

* Variáveis selecionadas marcadas em itálico. Legenda: N = Número;

D.P. = Desvio Padrão; Min. = Mínimo; Máx. = Máximo; L = Linguagem;

DIF. = Dificuldades; M.O. = Motricidade Orofacial; INT = interação;

ASP = Aspectos; PROC = Processamento. Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os fatores que exerceram influência sobre o constructo formado pelas Funções do Corpo houve destaque para (Tabela 20):

- As variáveis queixas de alterações de fala, de alterações de fluência, de alterações de audição, hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, de alterações nas questões de linguagem escrita, de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, de alterações de M.O., de alterações de voz e de alterações no processamento auditivo foram selecionadas (Valor-p < 0,150) para a análise multivariada;
- Houve diferença significativa (Valor-p < 0,050) das Funções do Corpo com as variáveis queixa de alterações de fala, queixa de alterações de audição, hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita, hipótese diagnóstica de alterações de M.O., hipótese diagnóstica de alterações de voz e hipótese diagnóstica de alterações no processamento auditivo.

Tabela 20 – Análise univariada do constructo formado pelas Funções do Corpo e as variáveis explicativas do estudo

Funções do Corpo	Categoria	N	Média	Mediana	D.P.	Mín.	Máx.	Valor-p ¹
Sexo	Feminino	24	1,56	1,64	0,30	1,00	1,94	0,217
	Masculino	60	1,48	1,48	0,26	1,00	1,94	
Queixas								
L. oral	Não	79	1,51	1,50	0,27	1,00	1,94	0,226
	Sim	5	1,36	1,26	0,29	1,07	1,83	
Dif. escolares	Não	31	1,49	1,48	0,29	1,00	1,94	0,904
	Sim	53	1,51	1,48	0,26	1,00	1,94	
Fala	Não	35	1,66	1,71	0,20	1,11	1,94	0,000
	Sim	49	1,39	1,33	0,26	1,00	1,94	
Fluência	Não	78	1,49	1,48	0,27	1,00	1,94	0,128
	Sim	6	1,66	1,80	0,31	1,11	1,88	
M.O.	Não	76	1,51	1,48	0,26	1,00	1,94	0,542
	Sim	8	1,43	1,34	0,37	1,00	1,94	
Disfagia	Não	81	1,51	1,48	0,26	1,00	1,94	0,272
	Sim	3	1,29	1,00	0,51	1,00	1,88	
Voz	Não	80	1,50	1,48	0,27	1,00	1,94	0,737
	Sim	4	1,55	1,58	0,32	1,15	1,88	
Audição	Não	76	1,52	1,53	0,27	1,00	1,94	0,043
	Sim	8	1,31	1,26	0,24	1,00	1,74	
Int. social	Não	76	1,50	1,49	0,27	1,00	1,94	0,867
	Sim	8	1,51	1,45	0,28	1,15	1,88	
Hipóteses diagnósticas								
L. oral	Não	14	1,71	1,76	0,25	1,18	1,94	0,002
	Sim	70	1,46	1,47	0,26	1,00	1,94	
L. escrita	Não	21	1,38	1,26	0,27	1,00	1,79	0,021
	Sim	63	1,54	1,56	0,26	1,00	1,94	
Asp. cognitivos	Não	82	1,51	1,49	0,27	1,00	1,94	0,073
	Sim	2	1,15	1,15	0,05	1,11	1,18	
Fala	Não	78	1,51	1,49	0,27	1,00	1,94	0,455
	Sim	6	1,42	1,37	0,28	1,11	1,78	
M.O.	Não	31	1,62	1,63	0,22	1,26	1,94	0,004
	Sim	53	1,43	1,46	0,28	1,00	1,88	
Voz	Não	51	1,58	1,64	0,24	1,07	1,94	0,001
	Sim	33	1,38	1,30	0,28	1,00	1,88	
Proc. auditivo	Não	62	1,55	1,57	0,27	1,07	1,94	0,004
	Sim	22	1,36	1,41	0,25	1,00	1,74	

¹ Teste de Mann-Whitney; Critério de Classificação Econômica Brasil x CIF Funções do Corpo: $r = -0,03$; Valor-p = 0,789.

* Variáveis com diferenças significativas marcadas em negrito; * Variáveis selecionadas marcadas em itálico. Legenda: N = Número; D.P. = Desvio Padrão; Min. = Mínimo; Máx. = Máximo; L = Linguagem; DIF. = Dificuldades; M.O. = Motricidade Orofacial; INT = interação; ASP = Aspectos; PROC = Processamento. Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à análise univariada dos fatores que exerceram influência sobre o constructo formado pelas Atividades e Participação, destacou-se que (Tabela 21):

- As variáveis sexo, queixas de alterações de fala, de alterações de M.O., de alterações de audição, quanto à dificuldade de interação social, hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, de alterações de fala e de alterações de M.O. foram selecionadas (Valor-p < 0,150) para a análise multivariada.
- Houve diferença significativa (Valor-p < 0,050) das Atividades e Participação com as variáveis queixa de alterações de fala, queixa de alterações de audição e hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem.

Tabela 21 – Análise univariada do constructo formado pelas Atividades e Participação e as variáveis explicativas do estudo

Atividades e Participação	Categoria	N	Média	Mediana	D.P.	Min.	Máx.	Valor-p¹
Sexo	Feminino	24	1,90	1,94	0,12	1,58	2,02	0,088
	Masculino	60	1,84	1,88	0,16	1,29	2,02	
Queixas								
L. oral	Não	79	1,86	1,92	0,15	1,29	2,02	0,798
	Sim	5	1,87	1,89	0,11	1,73	2,02	
Dif. escolares	Não	31	1,84	1,91	0,16	1,34	2,02	0,395
	Sim	53	1,87	1,92	0,14	1,29	2,02	
Fala	Não	35	1,93	1,94	0,10	1,61	2,02	0,000
	Sim	49	1,81	1,84	0,16	1,29	2,02	
Fluência	Não	78	1,86	1,91	0,15	1,29	2,02	0,754
	Sim	6	1,87	1,94	0,16	1,58	2,02	
M.O.	Não	76	1,87	1,92	0,14	1,34	2,02	0,093
	Sim	8	1,75	1,82	0,23	1,29	1,97	
Disfagia	Não	81	1,86	1,91	0,15	1,29	2,02	0,904
	Sim	3	1,81	1,95	0,26	1,51	1,96	
Voz	Não	80	1,86	1,91	0,15	1,29	2,02	0,214
	Sim	4	1,95	1,94	0,06	1,88	2,02	
Audição	Não	76	1,88	1,92	0,14	1,29	2,02	0,005
	Sim	8	1,72	1,71	0,14	1,51	1,94	
Int. social	Não	76	1,87	1,91	0,14	1,34	2,02	0,144
	Sim	8	1,77	1,85	0,22	1,29	1,94	
Hipóteses diagnósticas								
L. oral	Não	14	1,89	1,93	0,14	1,52	2,02	0,413
	Sim	70	1,86	1,90	0,15	1,29	2,02	
L. escrita	Não	21	1,82	1,91	0,21	1,29	2,02	0,413
	Sim	63	1,88	1,92	0,12	1,52	2,02	
Asp. cognitivos	Não	82	1,87	1,92	0,15	1,29	2,02	0,044
	Sim	2	1,65	1,65	0,09	1,58	1,72	
Fala	Não	78	1,87	1,92	0,15	1,29	2,02	0,129
	Sim	6	1,79	1,74	0,16	1,58	2,02	
M.O.	Não	31	1,90	1,92	0,12	1,52	2,02	0,084
	Sim	53	1,84	1,88	0,16	1,29	2,02	
Voz	Não	51	1,87	1,91	0,14	1,34	2,02	0,633
	Sim	33	1,84	1,92	0,17	1,29	2,02	
Proc. auditivo	Não	62	1,86	1,92	0,15	1,29	2,02	0,540
	Sim	22	1,85	1,87	0,14	1,51	2,02	

¹ Teste de Mann-Whitney; Critério de Classificação Econômica Brasil x CIF Atividades e Participação: $r = -0,03$; Valor-p = 0,502.

* Variáveis com diferenças significativas marcadas em negrito; * Variáveis selecionadas marcadas em itálico. Legenda: N = Número; D.P. = Desvio Padrão; Mín. = Mínimo; Máx. = Máximo; L = Linguagem; DIF. = Dificuldades; M.O. = Motricidade Orofacial; INT = interação; ASP = Aspectos; PROC = Processamento. Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao constructo formado pelos Fatores Ambientais, houve influência das (Tabela 22):

- Variáveis queixas de dificuldade escolar/alterações de linguagem escrita, de alterações de fala, de alterações de audição, hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita, de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem e de alterações de fala, sendo estas selecionadas (Valor-p < 0,150) para a análise multivariada.
- Houve diferença significativa (Valor-p < 0,050) dos Fatores Ambientais com as variáveis queixa de dificuldade escolar/alterações de linguagem escrita, hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita e hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem.

Tabela 22 – Análise univariada do constructo formado pelos Fatores Ambientais e as variáveis explicativas do estudo

Fatores Ambientais	Categoria	N	Média	Mediana	D.P.	Mín.	Máx.	Valor-p ¹
Sexo	Feminino	24	1,97	2,00	0,07	1,75	2,00	0,868
	Masculino	60	1,95	2,00	0,10	1,52	2,00	
Queixas								
L. oral	Não	79	1,96	2,00	0,09	1,52	2,00	0,241
	Sim	5	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00	
Dif. escolares	Não	31	1,99	2,00	0,05	1,77	2,00	0,039
	Sim	53	1,94	2,00	0,11	1,52	2,00	
Fala	Não	35	1,94	2,00	0,09	1,75	2,00	0,070
	Sim	49	1,97	2,00	0,09	1,52	2,00	
Fluência	Não	78	1,96	2,00	0,09	1,52	2,00	0,913
	Sim	6	1,96	2,00	0,10	1,75	2,00	
M.O.	Não	76	1,96	2,00	0,09	1,52	2,00	0,633
	Sim	8	1,97	2,00	0,09	1,75	2,00	
Disfagia	Não	81	1,96	2,00	0,09	1,52	2,00	0,373
	Sim	3	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00	
Voz	Não	80	1,96	2,00	0,09	1,52	2,00	0,907
	Sim	4	1,95	2,00	0,10	1,80	2,00	
Audição	Não	76	1,97	2,00	0,07	1,75	2,00	0,118
	Sim	8	1,88	2,00	0,18	1,52	2,00	
Int. social	Não	76	1,96	2,00	0,09	1,52	2,00	0,663
	Sim	8	1,94	2,00	0,11	1,77	2,00	
Hipóteses diagnósticas								
L. oral	Não	14	1,99	2,00	0,05	1,80	2,00	0,170
	Sim	70	1,95	2,00	0,10	1,52	2,00	
L. escrita	Não	21	1,99	2,00	0,03	1,88	2,00	0,028
	Sim	63	1,95	2,00	0,10	1,52	2,00	
Asp. cognitivos	Não	82	1,96	2,00	0,09	1,52	2,00	0,007
	Sim	2	1,82	1,82	0,10	1,75	1,88	
Fala	Não	78	1,96	2,00	0,09	1,52	2,00	0,062
	Sim	6	1,90	1,94	0,12	1,75	2,00	
M.O.	Não	31	1,95	2,00	0,11	1,52	2,00	0,872
	Sim	53	1,96	2,00	0,08	1,75	2,00	
Voz	Não	51	1,96	2,00	0,08	1,75	2,00	0,924
	Sim	33	1,95	2,00	0,11	1,52	2,00	
Proc. auditivo	Não	62	1,95	2,00	0,10	1,52	2,00	0,228
	Sim	22	1,98	2,00	0,05	1,80	2,00	

¹ Teste de Mann-Whitney; Critério de Classificação Econômica Brasil x CIF Fatores Ambientais: $r = -0,09$; Valor-p = 0,409.

* Variáveis com diferenças significativas marcadas em negrito; * Variáveis selecionadas marcadas em itálico. Legenda: N = Número; D.P. = Desvio Padrão; Min. = Mínimo; Máx. = Máximo; L = Linguagem; DIF. = Dificuldades; M.O. = Motricidade Orofacial; INT = interação; ASP = Aspectos; PROC = Processamento.

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi realizada, também, análise univariada com as variáveis explicativas contínuas faixa escolar do participante, escolaridade parental (materna e paterna), número de condutas por caso e média dos valores da autopercepção de saúde. Foi verificado Valor-p < 0,150 para as variáveis número de condutas por caso em relação aos constructos da CIF global, das Funções do Corpo, das Atividades e Participação e dos Fatores Ambientais. Além desta, as variáveis escolaridade materna e escolaridade paterna referente aos Fatores Ambientais também foram selecionadas para integrar a análise multivariada (Tabela 23).

Tabela 23 – Análise univariada complementar dos constructos da CIF e seus componentes e variáveis explicativas

Variáveis	CIF		Funções do Corpo		Atividades e Participação		Fatores Ambientais	
	r	Valor-p	r	Valor-p	r	Valor-p	r	Valor-p
Faixa escolar	0,15	0,178	0,13	0,272	0,15	0,189	-0,02	0,888
Escolaridade mãe	0,06	0,575	0,04	0,733	0,08	0,463	0,26	0,022
Escolaridade pai	-0,03	0,838	0,01	0,931	-0,06	0,611	0,43	0,000
Nº condutas do caso	-0,44	0,000	-0,39	0,000	-0,39	0,000	-0,22	0,045
Autopercepção de saúde	-0,03	0,786	-0,03	0,784	0,01	0,935	0,10	0,351

* Correlação de Spearman;

* Variáveis com diferenças significativas marcadas em negrito;

* Variáveis selecionadas marcadas em itálico.

Legenda: Nº = número

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 24 apresenta os resultados do primeiro modelo multivariado realizado com o constructo da CIF global. Dessa forma, pode-se concluir que:

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,006; β = -0,083) do sexo sobre a CIF global, sendo que quando este é masculino, a funcionalidade tende a ser menor;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,153) da queixa de alterações de fala sobre a CIF global, sendo assim quando essa existe, a funcionalidade tende a ser menor;
- Houve tendência positiva (Valor-p = 0,006; β = 0,106) da queixa de alterações de fluência sobre a CIF, sendo observada uma maior funcionalidade global nos participantes que apresentavam essa queixa;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,332) da hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem sobre a CIF, sendo que quando existe esse diagnóstico, a funcionalidade tende a ser menor;

- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,102) da hipótese diagnóstica de alterações de voz sobre a CIF, sendo que na presença desse diagnóstico, a funcionalidade tende a ser menor;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,074) do número de condutas por caso sobre a CIF, indicando que quanto maior esse número, menor tende a ser a funcionalidade;
- As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 51,32% da variabilidade da CIF, sendo esta uma capacidade explicativa substancial.

Tabela 24 – Primeiro modelo multivariado com análise entre o fator CIF global e as variáveis explicativas

Fonte	Modelo Inicial			Modelo Final		
	β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
Sexo = Feminino						
Sexo = Masculino	-0,086	0,033	0,012	-0,083	0,030	0,006
Queixas						
Fala = Não						
Fala = Sim	-0,127	0,030	<0,001	-0,153	0,028	<0,001
Fluência = Não						
Fluência = Sim	0,087	0,030	0,005	0,106	0,038	0,006
Audição = Não						
Audição = Sim	-0,030	0,032	0,347			
Hipóteses diagnósticas						
L. oral = Não						
L. oral = Sim	-0,052	0,042	0,220			
L. escrita = Não						
L. escrita = Sim	0,060	0,041	0,147			
Asp. cognitivos = Não						
Asp. cognitivos = Sim	-0,286	0,037	<0,001	-0,332	0,032	<0,001
M.O. = Não						
M.O. = Sim	-0,003	0,027	0,919			
Voz = Não						
Voz = Sim	-0,101	0,027	<0,001	-0,102	0,028	<0,001
Proc. auditivo = Não						
Proc. auditivo = Sim	-0,047	0,033	0,150			
Número de condutas por caso	-0,063	0,017	<0,001	-0,074	0,015	<0,001

R² = 51,32%

Legenda: E.P. = Erro Padrão; L = Linguagem; ASP = Aspectos; M.O. = Motricidade Orofacial; PROC = Processamento. Fonte: Elaborado pela autora.

Já a Tabela 25 apresenta os resultados do segundo modelo multivariado realizado com o constructo formado pelas Funções do Corpo. Foi verificado que:

- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; $\beta = -0,197$) da queixa de alterações de fala, sendo que quando existe essa queixa, os resultados das Funções do Corpo tendem a serem piores;
- Houve tendência positiva (Valor-p = 0,014; $\beta = 0,172$) da queixa de alterações de fluência, sendo observados melhores resultados quanto às Funções do Corpo nos participantes que apresentavam essa queixa;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,011; $\beta = -0,150$) da hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, o que indica que na presença deste diagnóstico, a tendência é que a caracterização de deficiência seja maior;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; $\beta = -0,296$) da hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, sendo assim quando existe esse diagnóstico fonoaudiológico, as Funções do Corpo tendem a apresentar piores resultados;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; $\beta = -0,185$) da hipótese diagnóstica de alterações de voz, o que indica uma pior descrição deste componente quando este diagnóstico é presente;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,020; $\beta = -0,107$) da hipótese diagnóstica de alterações no processamento auditivo, sendo assim quando essa é presente, as Funções do Corpo tendem a apresentar piores resultados;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,001; $\beta = -0,085$) do número de condutas por caso, o que indica que quando maior é este número, as Funções do Corpo tendem a sofrer maior impacto;
- As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 55,02% da variabilidade das Funções do Corpo, sendo esta uma capacidade explicativa substancial.

Tabela 25 – Segundo modelo multivariado com análise entre o componente Funções do Corpo e as variáveis explicativas

Fonte	Modelo Inicial			Modelo Final		
	β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
Queixas						
Fala = Não						
Fala = Sim	-0,157	0,046	0,001	-0,197	0,041	<0,001
Fluência = Não						
Fluência = Sim	0,180	0,065	0,008	0,172	0,068	0,014
Audição = Não						
Audição = Sim	-0,031	0,047	0,517			
Hipóteses diagnósticas						
L. oral = Não						
L. oral = Sim	-0,152	0,060	0,013	-0,150	0,057	0,011
L. escrita = Não						
L. escrita = Sim	0,075	0,049	0,128			
Asp. cognitivos = Não						
Asp. cognitivos = Sim	-0,266	0,054	<0,001	-0,296	0,045	<0,001
M.O. = Não						
M.O. = Sim	-0,042	0,042	0,315			
Voz = Não						
Voz = Sim	-0,189	0,041	<0,001	-0,185	0,041	<0,001
Proc. auditivo = Não						
Proc. auditivo = Sim	-0,107	0,044	0,016	-0,107	0,045	0,020
Número de condutas por caso	-0,074	0,026	0,005	-0,085	0,023	0,001

R² = 55,02%

Legenda: E.P. = Erro Padrão; L = Linguagem; ASP = Aspectos; M.O. = Motricidade Orofacial; PROC = Processamento.

Os resultados do terceiro modelo multivariado, realizado com o constructo formado pelas Atividades e Participação encontra-se na Tabela 26. Dessa forma, pode-se concluir que:

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,003; β = -0,075) do sexo, sendo que quando este é masculino, as Atividades e Participação tendem a ter piores resultados;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,098) da queixa de alterações de fala, indicando que quando existe essa queixa, há tendência da presença de maiores dificuldades;
- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,239) da hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, sendo assim quando existe esse diagnóstico, as Atividades e Participação tendem a ter piores resultados;

- Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,053) do número de condutas por caso, indicando que, quanto maior este número, piores tendem a ser os resultados das Atividades e Participação.
- As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 28,57% da variabilidade das Atividades e Participação, sendo esta uma capacidade explicativa moderada.

Tabela 26 – Terceiro modelo multivariado com análise entre o componente Atividades e Participação e as variáveis explicativas

Fonte	Modelo Inicial			Modelo Final		
	β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
Sexo = Feminino						
Sexo = Masculino	-0,077	0,028	0,007	-0,075	0,024	0,003
Queixas						
Fala = Não						
Fala = Sim	-0,103	0,026	<0,001	-0,098	0,026	<0,001
M.O. = Não						
M.O. = Sim	-0,056	0,064	0,380			
Audição = Não						
Audição = Sim	-0,026	0,059	0,660			
Int. social = Não						
Int. social = Sim	-0,083	0,057	0,152			
Hipóteses diagnósticas						
Asp. cognitivos = Não						
Asp. cognitivos = Sim	-0,219	0,069	0,002	-0,239	0,023	<0,001
Fala = Não						
Fala = Sim	-0,003	0,066	0,965			
M.O. = Não						
M.O. = Sim	0,028	0,027	0,299			
Número de condutas por caso	-0,047	0,014	0,001	-0,053	0,014	<0,001

R² = 28,57%

Legenda: E.P. = Erro Padrão; M.O. = Motricidade Orofacial; INT = interação; ASP = Aspectos.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 27, por sua vez, apresenta os resultados do quarto modelo multivariado, referente à análise do constructo formado pelos Fatores Ambientais. Dessa forma, pode-se concluir que:

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,017; β = -0,043) da queixa de dificuldade escolar/alterações de linguagem escrita, sendo assim quando existe essa queixa, os Fatores Ambientais tendem a apresentar piores resultados;

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,009; β = -0,083) da hipótese diagnóstica de alterações de fala, indicando que, quando existe esse diagnóstico, a caracterização dos Fatores Ambientais tende a ser pior;
- Houve tendência positiva (Valor-p = 0,001; β = 0,015) da escolaridade paterna, sendo assim, melhores resultados nos Fatores Ambientais foram verificados em participantes com maior a escolaridade paterna;
- As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 21,13% da variabilidade dos Fatores Ambientais, representando uma capacidade explicativa fraca.

Tabela 27 – Quarto modelo multivariado com análise entre o componente Fatores Ambientais e as variáveis explicativas

Fonte	Modelo Inicial			Modelo Final		
	β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
Queixas						
Dif. escolares = Não						
Dif. escolares = Sim	-0,037	0,022	0,093	-0,043	0,017	0,017
Fala = Não						
Fala = Sim	0,013	0,022	0,563			
Audição = Não						
Audição = Sim	-0,074	0,055	0,186			
Hipóteses diagnósticas						
L. escrita = Não						
L. escrita = Sim	-0,009	0,017	0,590			
Asp. cognitivos = Não						
Asp. cognitivos = Sim	-0,043	0,054	0,428			
Fala = Não						
Fala = Sim	-0,051	0,036	0,160	-0,083	0,031	0,009
Escolaridade da mãe = Não						
Escolaridade da mãe = Sim	0,005	0,007	0,489			
Escolaridade do pai = Não						
Escolaridade do pai = Sim	0,013	0,004	0,001	0,015	0,004	0,001
Número de condutas por caso	-0,024	0,010	0,025			

$R^2 = 21,13\%$

Legenda: E.P. = Erro Padrão; DIF. = Dificuldades; L = Linguagem; ASP = Aspectos. Fonte: Elaborado pela autora.

6.3.2 Etapa 4

Para cumprir com os objetivos da realização da análise entre a funcionalidade e qualidade de vida, optou-se, além da utilização da análise fatorial realizada com a CIF e seus componentes na **Etapa 3**, pela realização de uma análise fatorial também com os dados oriundos do PedsQL (Tabela 28). Assim, pode-se destacar que:

- Houve uma linha sem resposta no banco de dados para o PedsQL, sendo então imputado os valores médios para esta, por se tratar de uma variável contínua;
- No PedsQL aplicado com os pais/responsáveis, apesar do Domínio Escolar - Total ter apresentado uma carga fatorial satisfatória, ele estava prejudicando a validação do constructo e por esse motivo teve que ser retirado das análises;
- No PedsQL aplicado com crianças e adolescentes, apesar do item Domínio Escolar - Total ter apresentado uma carga fatorial satisfatória, ele estava prejudicando a validação do constructo e por esse motivo teve que ser retirado das análises.

Tabela 28 – Análise Fatorial do PedsQL aplicado com pais/responsáveis e com as crianças e adolescentes

Constructos	Itens	Inicial			Final		
		C.F.	Com.	Peso	C.F.	Com.	Peso
PedsQL pais/responsáveis	Domínio Físico - Total	0,674	0,454	0,237	0,701	0,491	0,274
	Domínio Emocional - Total	0,644	0,415	0,227	0,712	0,507	0,278
	Domínio Social - Total	0,793	0,628	0,279	0,822	0,676	0,322
	Domínio Escolar - Total	0,619	0,383	0,218			
	Escore Psicossocial Total	0,979	0,958	0,345	0,940	0,883	0,368
PedsQL crianças e adolescentes	Domínio Físico - Total	0,557	0,311	0,183	0,617	0,380	0,245
	Domínio Emocional - Total	0,690	0,476	0,226	0,744	0,553	0,296
	Domínio Social - Total	0,809	0,654	0,265	0,819	0,671	0,326
	Domínio Escolar - Total	0,798	0,636	0,262			
	Escore Psicossocial Total	0,985	0,971	0,323	0,953	0,909	0,379

Legenda: C.F. = Cargas fatoriais; Com. = Comunalidade
 Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 29 apresenta a validação dos constructos do PedsQL. Assim, foi possível destacar que:

- Os valores das AVEs foram superiores a 0,50 em todos os constructos, evidenciando assim a validação convergente destes;
- Todos os constructos atingiram os níveis exigidos de confiabilidade, dado que os índices de confiabilidade CC foram superiores à 0,70;
- Em todos os constructos o ajuste da análise fatorial foi adequado, uma vez que todos os KMO foram maiores que 0,50;
- Pelo critério Acceleration Factor, todos os constructos foram unidimensionais.

Tabela 29 – Validação dos constructos do PedsQL

Constructos	Itens	AVE	CC	KMO	Dim.
PedsQL pais/responsáveis	4	0,639	0,817	0,585	1
PedsQL crianças e adolescentes	4	0,628	0,812	0,500	1

Legenda: AVE = Variância Média Extraída; CC = Confiabilidade Composta; KMO = Kaiser-Meyer-Olkin; Dim. = Dimensões
Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 30 apresenta a análise univariada dos fatores que apresentaram associação com o PedsQL aplicado com pais/responsáveis. Assim, pode-se destacar que:

- As variáveis queixas de alterações de M.O., de alterações de audição e hipótese diagnóstica de alterações de M.O. foram selecionadas (Valor-p < 0,150) para a análise multivariada.

Tabela 30 – Análise univariada do PedsQL aplicado com pais/responsáveis

Tabela 36 – Análise univariada do PedsQL aplicado com pais/responsáveis								
PedsQL pais/responsáveis	Categoria	N	Média	Mediana	D.P.	Mín.	Máx.	Valor-p ¹
Sexo	Feminino	24	67,59	70,98	18,03	27,11	90,97	0,183
	Masculino	60	72,78	77,11	15,54	25,60	97,04	
Queixas								
L. oral	Não	79	71,29	76,66	16,32	25,60	97,04	0,895
	Sim	5	71,48	76,63	18,83	44,92	91,31	
Dif. escolares	Não	31	72,12	76,66	15,24	35,94	91,31	0,725
	Sim	53	70,82	76,63	17,09	25,60	97,04	
Fala	Não	35	72,62	80,26	18,57	25,60	97,04	0,204
	Sim	49	70,36	75,76	14,70	35,50	90,97	
Fluência	Não	78	71,65	76,73	16,25	25,60	97,04	0,493
	Sim	6	66,76	71,88	18,63	35,61	84,91	
M.O.	Não	76	72,58	76,89	15,50	25,60	97,04	0,071
	Sim	8	59,13	61,31	20,24	35,50	84,62	
Disfagia	Não	81	71,09	75,76	16,62	25,60	97,04	0,810
	Sim	3	77,06	77,24	0,35	76,66	77,27	
Voz	Não	80	70,89	76,73	16,49	25,60	97,04	0,564
	Sim	4	79,62	75,24	11,74	71,12	96,90	
Audição	Não	76	72,18	76,89	16,00	25,60	97,04	0,108
	Sim	8	62,91	72,30	18,43	35,50	80,89	
Int. social	Não	76	72,04	76,89	16,03	25,60	97,04	0,203
	Sim	8	64,32	69,85	18,87	27,11	84,91	
Hipóteses diagnósticas								
L. oral	Não	14	75,61	78,85	11,64	42,35	88,89	0,352
	Sim	70	70,44	75,33	17,08	25,60	97,04	
L. escrita	Não	21	72,18	77,24	14,13	35,94	90,97	0,820
	Sim	63	71,01	76,63	17,12	25,60	97,04	
Asp. cognitivos	Não	82	71,76	76,74	16,06	25,60	97,04	0,155
	Sim	2	52,41	52,41	23,76	35,61	69,21	
Fala	Não	78	71,53	76,64	16,23	25,60	97,04	0,910
	Sim	6	68,37	75,17	19,31	35,61	85,28	
M.O.	Não	31	72,38	80,89	20,38	25,60	97,04	0,143
	Sim	53	70,67	73,82	13,64	35,50	91,84	
Voz	Não	51	69,66	73,82	16,66	25,60	91,31	0,292
	Sim	33	73,84	77,27	15,78	27,11	97,04	
Proc. auditivo	Não	62	72,23	76,89	16,49	25,60	97,04	0,198
	Sim	22	68,69	70,96	16,05	29,74	96,90	

¹ Teste de Mann-Whitney; Critério de Classificação Econômica Brasil x PedsQL pais: $r = -0,11$; Valor-p = 0,327.

* Variáveis com diferenças significativas marcadas em negrito; * Variáveis selecionadas marcadas em itálico.

Legenda: N = Número; D.P. = Desvio Padrão; Mín. = Mínimo; Máx. = Máximo; L = Linguagem; DIF. = Dificuldades; M.O. = Motricidade Orofacial; INT = interação; ASP = Aspectos; PROC = Processamento.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 31 apresenta a análise univariada das variáveis que apresentaram associação com o PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes. Assim, pode-se destacar que:

- As variáveis queixas de alterações referentes à disfagia, de alterações de voz e hipótese diagnóstica de alterações de fala foram selecionadas (Valor-p < 0,150) para a análise multivariada.

Tabela 31 – Análise univariada do PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes

Tabela 31 – Análise univariada do PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes								
PedsQL crianças e adolescentes	Categoria	N	Média	Mediana	D.P.	Mín.	Máx.	Valor-p ¹
Sexo	Feminino	24	70,77	75,92	17,91	30,51	94,15	0,190
	Masculino	60	76,58	80,29	14,23	26,92	100,00	
Queixas								
L. oral	Não	79	75,33	77,79	15,00	26,92	100,00	0,597
	Sim	5	68,39	74,21	23,01	42,59	93,14	
Dif. escolares	Não	31	74,17	77,66	16,62	26,92	94,15	0,897
	Sim	53	75,36	77,79	14,93	35,06	100,00	
Fala	Não	35	75,16	80,10	14,70	35,06	97,25	0,971
	Sim	49	74,75	77,66	16,17	26,92	100,00	
Fluência	Não	78	74,99	78,49	15,94	26,92	100,00	0,482
	Sim	6	73,98	76,86	8,04	60,10	80,65	
M.O.	Não	76	75,45	78,49	15,28	26,92	100,00	0,451
	Sim	8	69,88	73,40	17,62	44,16	89,33	
Disfagia	Não	81	74,51	77,55	15,59	26,92	100,00	0,150
	Sim	3	86,04	84,11	6,57	80,65	93,35	
Voz	Não	80	74,37	77,51	15,63	26,92	100,00	0,108
	Sim	4	85,91	85,20	5,98	80,65	92,59	
Audição	Não	76	75,48	78,49	14,64	30,51	100,00	0,664
	Sim	8	69,59	77,63	22,63	26,92	92,59	
Int. social	Não	76	75,09	78,56	15,41	26,92	100,00	0,743
	Sim	8	73,31	76,70	17,16	35,06	92,59	
Hipóteses diagnósticas								
L. oral	Não	14	76,12	79,94	13,29	44,16	92,59	0,890
	Sim	70	74,68	77,61	15,96	26,92	100,00	
L. escrita	Não	21	77,73	79,40	14,43	26,92	94,15	0,337
	Sim	63	73,98	77,55	15,82	30,51	100,00	
Asp. cognitivos	Não	82	74,65	77,61	15,52	26,92	100,00	0,271
	Sim	2	85,97	85,97	11,57	77,79	94,15	
Fala	Não	78	74,05	77,17	15,65	26,92	100,00	0,040
	Sim	6	86,18	86,59	6,76	77,79	94,15	
M.O.	Não	31	72,00	75,93	17,55	30,51	100,00	0,312
	Sim	53	76,62	79,33	14,04	26,92	94,92	
Voz	Não	51	74,73	79,40	15,70	26,92	94,92	0,949
	Sim	33	75,21	77,55	15,39	35,06	100,00	
Proc. auditivo	Não	62	74,53	78,56	15,70	26,92	100,00	0,749
	Sim	22	76,02	76,33	15,17	42,59	94,58	

¹ Teste de Mann-Whitney; Critério de Classificação Econômica Brasil x PedsQL crianças e adolescentes: $r = -0,17$; Valor-p = 0,125.

* Variáveis com diferenças significativas marcadas em negrito; * Variáveis selecionadas marcadas em itálico.

Legenda: N = Número; D.P. = Desvio Padrão; Mín. = Mínimo; Máx. = Máximo; L = Linguagem; DIF. = Dificuldades; M.O. = Motricidade Orofacial; INT = interação; ASP = Aspectos; PROC = Processamento.

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise univariada referente à CIF como um único fator e aos constructos formados pelas Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais já

havia sido realizada dentro do que foi proposto para a ***Etapa 3***. Desta forma ela foi descrita nas Tabelas 19, 20, 21 e 22.

Ao término das análises univariadas, foram realizadas as análises de modelagem de equações estruturais, sendo estruturados quatro modelos:

1. Primeiro modelo:

A Tabela 32 apresenta os resultados do primeiro modelo estrutural realizado com a CIF global, as covariáveis que foram incluídas após a análise univariada e a qualidade de vida aferida por meio do PedsQL realizado com os pais/responsáveis. A Figura 1 ilustra o modelo. Dessa forma, pode-se concluir que:

- Em relação à CIF global:
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,013; β = -0,221) do sexo sobre a CIF global, sendo que quando esse é masculino, a funcionalidade tende a ser menor;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,458) da queixa de alterações de fala, sendo assim quando existe essa queixa, a funcionalidade tende a ser menor;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,044; β = -0,175) da hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, indicando que na presença desse diagnóstico, a funcionalidade tende a ser menor;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,019; β = -0,209) da hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, sendo que quando essa hipótese diagnóstica é presente, a funcionalidade tende a ser menor;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,001; β = -0,296) da hipótese diagnóstica de alterações de voz, sendo assim quando esse diagnóstico é presente, a funcionalidade tende a ser menor.
 - As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 45,79% da variabilidade da CIF.
- Em relação à qualidade de vida relatada por meio do PedsQL aplicado com pais/responsáveis:

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,041; β = -0,226) da queixa de alterações de M.O., sendo que quando essa queixa é presente, a qualidade de vida de crianças e adolescentes avaliada pelos pais ou responsáveis tende a ser menor;
- Não houve influência (Valor-p = 0,336) da CIF global, ou como um único fator, sobre a qualidade de vida avaliada pelos pais/responsáveis;
- As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 6,97% da variabilidade da qualidade de vida.

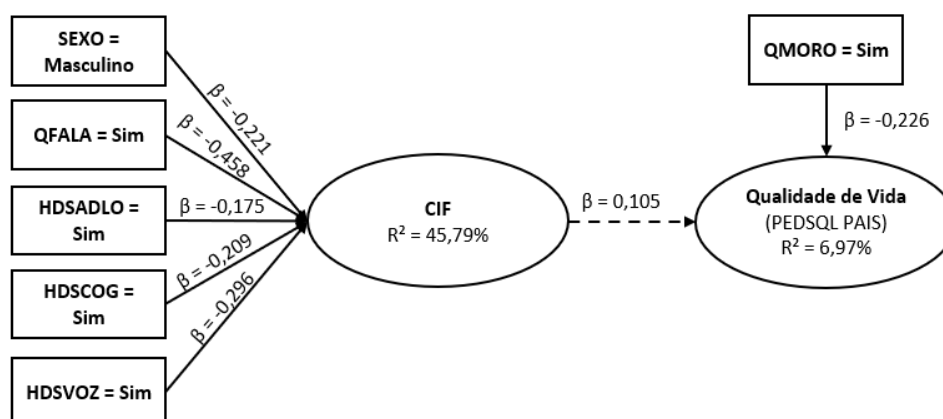
Tabela 32 – Primeiro modelo estrutural de análise entre a CIF global e o PedsQL aplicado com os pais/responsáveis

Endógenas	Exógenas	Modelo Inicial			Modelo Final		
		β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
CIF	Sexo = Feminino						
	Sexo = Masculino	-0,213	0,091	0,022	-0,221	0,087	0,013
	Queixas						
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,333	0,096	0,001	-0,458	0,085	<0,001
	Fluência = Não						
	Fluência = Sim	0,091	0,091	0,322			
	Audição = Não						
	Audição = Sim	-0,105	0,087	0,233			
	Hipóteses diagnósticas						
	L. oral = Não						
	L. oral = Sim	-0,160	0,084	0,061	-0,175	0,086	0,044
	L. escrita = Não						
	L. escrita = Sim	0,178	0,092	0,056			
	Asp. cognitivos = Não						
	Asp. cognitivos = Sim	-0,192	0,091	0,039	-0,209	0,087	0,019
	M.O. = Não						
	M.O. = Sim	-0,060	0,089	0,500			
	Voz = Não						
	Voz = Sim	-0,291	0,085	0,001	-0,296	0,084	0,001
Qualidade de vida - PedsQL pais/responsáveis	Proc. auditivo = Não						
	Proc. auditivo = Sim	-0,127	0,084	0,138			
	Queixa de audição = Não						
	Queixa de audição = Sim	-0,081	0,118	0,494			
	Hipótese diagnóstica de M.O. = Não						
	Hipótese diagnóstica de M.O. = Sim	0,026	0,115	0,821			
	Queixa de M.O. = Não						
	Queixa de M.O. = Sim	-0,207	0,115	0,075	-0,226	0,109	0,041
	CIF	0,093	0,118	0,433	0,105	0,109	0,336

R² CIF = 45,79%; R² QV = 6,97%.

Legenda: E.P. = Erro Padrão; L = Linguagem; ASP = Aspectos; M.O. = Motricidade Orofacial; PROC = Processamento; CIF = Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 1 – Primeiro modelo estrutural entre a CIF e a qualidade de vida avaliada pelos pais/responsáveis



Legenda: QFALA = Queixa de alterações de fala; QMORO = Queixa de alterações de Motricidade Orofacial; HDSADLO = Hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral; HDSCOG = Hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem; HDSVOZ = Hipótese diagnóstica de alterações de voz; CIF = Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fonte: Elaborado pela autora.

2. Segundo modelo estrutural:

A Tabela 33 apresenta os resultados do segundo modelo estrutural realizado com a CIF global, ou como um único constructo, as covariáveis que foram incluídas após a análise univariada e a qualidade de vida autorreferida por meio da aplicação do PedsQL com as crianças e adolescentes participantes do estudo. A Figura 2 ilustra o modelo. Dessa forma, pode-se concluir que:

- Em relação à CIF global:
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,013; $\beta = -0,221$) do sexo sobre a CIF, sendo que quando este é masculino, a funcionalidade tende a ser menor;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; $\beta = -0,458$) da queixa de alterações de fala, sendo assim quando existe essa queixa, a funcionalidade tende a ser menor;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,044; $\beta = -0,175$) da hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, indicando que na presença desse diagnóstico, a funcionalidade tende a ser menor;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,019; $\beta = -0,209$) da hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, sendo que quando essa hipótese diagnóstica é presente, a funcionalidade tende a ser menor;

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,001; β = -0,296) da hipótese diagnóstica de alterações de voz, sendo assim quando esse diagnóstico é presente, a funcionalidade tende a ser menor.
- As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 45,79% da variabilidade da CIF.
- Em relação à qualidade de vida relatada por meio do PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes:
 - Não houve influência (Valor-p = 0,897) da CIF global sobre a qualidade de vida autorreferida por crianças e adolescentes;
 - A variável descrita acima foi capaz de explicar 0,00% da variabilidade da qualidade de vida.

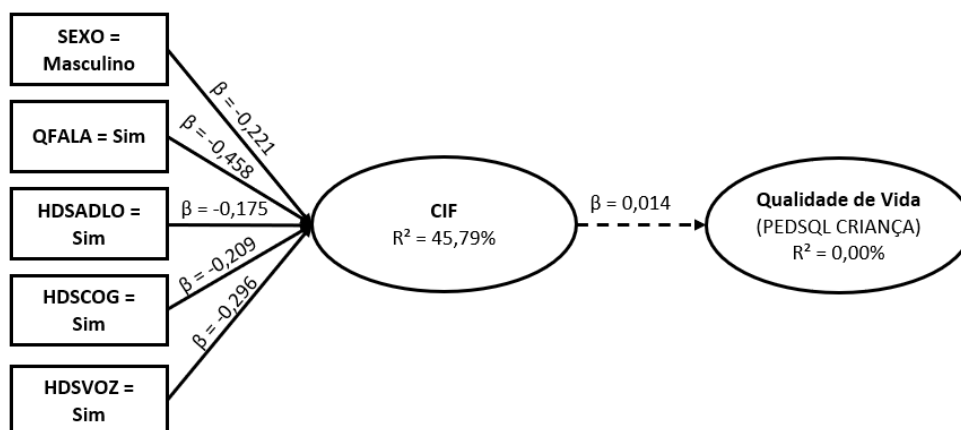
Tabela 33 – Segundo modelo estrutural de análise entre a CIF global e o PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes

Endógenas	Exógenas	Modelo Inicial			Modelo Final		
		β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
CIF	Sexo = Feminino						
	Sexo = Masculino	-0,213	0,091	0,022	-0,221	0,087	0,013
	Queixas						
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,333	0,096	0,001	-0,458	0,085	<0,001
	Fluência = Não						
	Fluência = Sim	0,091	0,091	0,322			
	Audição = Não						
	Audição = Sim	-0,105	0,087	0,233			
	Hipóteses diagnósticas						
	L. oral = Não						
	L. oral = Sim	-0,160	0,084	0,061	-0,175	0,086	0,044
	L. escrita = Não						
	L. escrita = Sim	0,178	0,092	0,056			
	Asp. cognitivos = Não						
	Asp. cognitivos = Sim	-0,192	0,091	0,039	-0,209	0,087	0,019
	M.O. = Não						
	M.O. = Sim	-0,060	0,089	0,500			
	Voz = Não						
	Voz = Sim	-0,291	0,085	0,001	-0,296	0,084	0,001
Qualidade de vida - PedsQL crianças e adolescentes	Proc. auditivo = Não						
	Proc. auditivo = Sim	-0,127	0,084	0,138			
	Classificação CCEB	-0,168	0,108	0,123			
	Queixa de voz = Não						
	Queixa de voz = Sim	0,116	0,112	0,306			
	Hipótese diagnóstica de fala = Não						
	Hipótese diagnóstica de fala = Sim	0,226	0,108	0,039			
	Queixa de disfagia = Não						
	Queixa de disfagia = Sim	0,140	0,113	0,218			
	CIF	0,043	0,109	0,698	0,014	0,110	0,897

R² CIF = 45,79%; R² QV = 0,00%.

Legenda: E.P. = Erro Padrão; L = Linguagem; ASP = Aspectos; M.O. = Motricidade Orofacial; PROC = Processamento; CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil; CIF = Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 2 – Segundo modelo estrutural entre a CIF e a qualidade de vida autorreferida por crianças e adolescentes



Legenda: QFALA = Queixa de alterações de fala; HDSADLO = Hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral; HDSCOG = Hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem; HDSVOZ = Hipótese diagnóstica de alterações de voz.
Fonte: Elaborado pela autora.

3. Terceiro modelo estrutural:

A Tabela 34 apresenta os resultados do terceiro modelo estrutural realizado com os constructos formados pelas Funções do Corpo, Atividades e Participação, Fatores Ambientais, as covariáveis selecionadas após a realização da análise univariada e a qualidade de vida aferida por meio do PedsQL realizado com os pais/responsáveis. A Figura 3 ilustra o modelo. Dessa forma, pode-se concluir que:

- Em relação às Funções do Corpo:
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; $\beta = -0,427$) da queixa de alterações de fala, sendo assim quando existe essa queixa, as Funções do Corpo tendem a apresentar piores resultados;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,001; $\beta = -0,280$) da hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, indicando que, quando existe essa hipótese diagnóstica, as Funções do Corpo tendem a apresentar maior caracterização de deficiências;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; $\beta = -0,342$) da hipótese diagnóstica de alterações de voz o que indica que, se esse diagnóstico está presente, os resultados verificados para as Funções do Corpo tendem a ser piores;

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,009; β = -0,216) da hipótese diagnóstica de alterações no processamento auditivo, sendo assim quando existe essa hipótese diagnóstica, piores tendem a ser os resultados para as Funções do Corpo;
- As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 50,00% da variabilidade das Funções do Corpo.
- Em relação às Atividades e Participação:
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,016; β = -0,243) do sexo, sendo que quando este é masculino, as Atividades e Participação tendem a ter piores resultados;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,377) da queixa de alterações de fala, sendo que quando existe essa queixa, maiores dificuldades tendem a aparecer nas Atividades e Participação;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,026; β = -0,218) da queixa quanto à dificuldade de interação social, sendo pior a caracterização das Atividades e Participação na presença dessa queixa;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,017; β = -0,242) da hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, sendo que quando existe essa hipótese diagnóstica, as Atividades e Participação tendem a apresentar piores resultados;
 - As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 28,00% da variabilidade das Atividades e Participação.
- Em relação aos Fatores Ambientais:
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,011; β = -0,264) da queixa de alterações de audição, sendo que quando existe essa queixa, os Fatores Ambientais tendem a ter piores resultados;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,005; β = -0,300) da hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita, o que indica que quando existe esse diagnóstico fonoaudiológico os resultados dos Fatores Ambientais tendem a serem piores;

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,026; β = -0,238) da hipótese diagnóstica de alterações de fala, sendo que na vigência dessa hipótese diagnóstica, os Fatores Ambientais tendem a ser caracterizados de pior forma;
 - As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 18,70% da variabilidade dos Fatores Ambientais.
-
- Em relação à qualidade de vida relatada por meio do PedsQL aplicado com os pais/responsáveis:
 - Não houve influência (Valor-p = 0,153) das Funções do Corpo sobre a qualidade de vida;
 - Houve influência direta e positiva (Valor-p = 0,003; β = 0,387) das Atividades e Participação sobre a qualidade de vida, sendo assim, as crianças e adolescentes participantes com melhor caracterização das Atividades e Participação, tiveram tendência a melhor qualidade de vida referida por seus pais ou responsáveis;
 - Não houve influência (Valor-p = 0,353) dos Fatores Ambientais sobre a qualidade de vida;
 - As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 12,20% da variabilidade da qualidade de vida.

Tabela 34 – Terceiro modelo estrutural de análise entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e o PedsQL aplicado com os pais/responsáveis

Endógenas	Exógenas	Modelo Inicial			Modelo Final		
		β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
Funções do Corpo	Queixas						
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,283	0,091	0,003	-0,427	0,081	<0,001
	Fluência = Não						
	Fluência = Sim	0,147	0,086	0,091			
	Audição = Não						
	Audição = Sim	-0,080	0,082	0,331			
	Hipóteses diagnósticas						
	L. oral = Não						
	L. oral = Sim	-0,253	0,079	0,002	-0,280	0,081	0,001
	L. escrita = Não						
	L. escrita = Sim	0,149	0,085	0,082			
	Asp. cognitivos = Não						
	Asp. cognitivos = Sim	-0,114	0,084	0,177			
	M.O. = Não						
	M.O. = Sim	-0,119	0,084	0,159			
	Voz = Não						
	Voz = Sim	-0,361	0,081	<0,001	-0,342	0,080	<0,001
Atividades e Participação	Proc. auditivo = Não						
	Proc. auditivo = Sim	-0,186	0,080	0,023	-0,216	0,081	0,009
	Sexo = Feminino						
	Sexo = Masculino	-0,236	0,103	0,025	-0,243	0,099	0,016
	Queixas						
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,353	0,106	0,001	-0,377	0,096	<0,001
	M.O. = Não						
	M.O. = Sim	-0,126	0,104	0,229			
	Audição = Não						
	Audição = Sim	-0,096	0,107	0,372			
	Int. social = Não						
	Int. social = Sim	-0,195	0,100	0,053	-0,218	0,096	0,026
	Hipóteses diagnósticas						
	Asp. cognitivos = Não						
	Asp. cognitivos = Sim	-0,187	0,124	0,134	-0,242	0,099	0,017
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,022	0,121	0,855			
	M.O. = Não						
	M.O. = Sim	0,046	0,107	0,673			

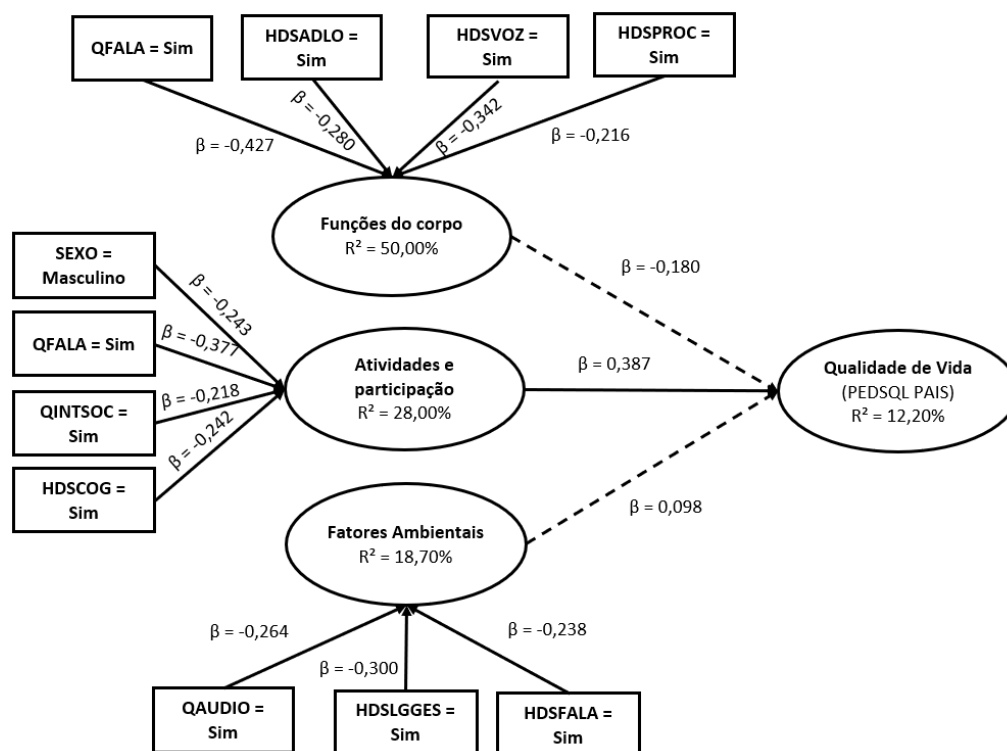
Tabela 34 – Terceiro modelo estrutural de análise entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e o PedsQL aplicado com os pais/responsáveis (cont.)

Endógenas	Exógenas	Modelo Inicial			Modelo Final		
		β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
Fatores Ambientais	Queixas						
	Dif. escolares = Não						
	Dif. escolares = Sim	-0,112	0,127	0,383			
	Fala = Não						
	Fala = Sim	0,133	0,114	0,247			
	Audição = Não						
	Audição = Sim	-0,267	0,105	0,013	-0,264	0,101	0,011
	Hipóteses diagnósticas						
	L. escrita = Não						
	L. escrita = Sim	-0,178	0,129	0,172	-0,300	0,105	0,005
	Asp. cognitivos = Não						
	Asp. cognitivos = Sim	-0,129	0,125	0,307			
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,171	0,126	0,180	-0,238	0,105	0,026
Qualidade de vida - PedsQL pais/responsáveis	Queixa de M.O. = Não						
	Queixa de M.O. = Sim	-0,172	0,113	0,132			
	Queixa de audição = Não						
	Queixa de audição = Sim	-0,027	0,119	0,824			
	Funções do Corpo	-0,171	0,126	0,177	-0,180	0,125	0,153
	Atividades e Participação	0,331	0,130	0,013	0,387	0,126	0,003
	Fatores Ambientais	0,103	0,110	0,354	0,098	0,105	0,353

R² FC = 50,00%; R² AP = 28,00%; R² FA = 18,70%; R² QV = 12,20%.

Legenda: E.P. = Erro Padrão; L = Linguagem; ASP = Aspectos; M.O. = Motricidade Orofacial; PROC = Processamento; INT = interação; DIF. = Dificuldades. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 3 – Terceiro modelo estrutural entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e a qualidade de vida avaliada pelos pais/responsáveis



Legenda: QFALA = Queixa de alterações de fala; QAUDIO = Queixa de alterações de audição; QINTSOC = Queixas quanto à dificuldade de interação social; HDSADLO = Hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral; HDSLGGES = Hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita; HDSCOG = Hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem; HDSFALA = Hipótese diagnóstica de alterações de fala; HDSVOZ = Hipótese diagnóstica de alterações de voz; HDSPROC = Hipótese diagnóstica de alterações no processamento auditivo.

Fonte: Elaborado pela autora.

4. Quarto modelo estrutural:

A Tabela 35 apresenta os resultados do quarto modelo estrutural realizado com os constructos formados pelas Funções do Corpo, Atividades e Participação, Fatores Ambientais, as covariáveis selecionadas após a realização da análise univariada e a qualidade de vida autorreferida por meio do PedsQL realizado com as crianças e adolescentes participantes do estudo. A Figura 4 ilustra o modelo. Dessa forma, pode-se concluir que:

- Em relação às Funções do Corpo:
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; $\beta = -0,427$) da queixa de alterações de fala, sendo assim quando existe essa queixa, as Funções do Corpo tendem apresentar piores resultados;

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,001; β = -0,280) da hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, indicando que, quando existe essa hipótese diagnóstica, as Funções do Corpo tendem a apresentar maior caracterização de deficiências;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,342) da hipótese diagnóstica de alterações de voz o que indica que, se esse diagnóstico está presente, os resultados verificados para as Funções do Corpo tendem a ser piores;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,009; β = -0,216) da hipótese diagnóstica de alterações no processamento auditivo, sendo assim quando existe essa hipótese diagnóstica, piores tende a ser os resultados para as Funções do Corpo;
 - As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 50,00% da variabilidade das Funções do Corpo.
- Em relação às Atividades e Participação:
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,016; β = -0,243) do sexo, sendo que quando este é masculino, as Atividades e Participação tendem a ter piores resultados;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p <0,001; β = -0,377) da queixa de alterações de fala, sendo que quando existe essa queixa, maiores dificuldades tendem a aparecer nas Atividades e Participação;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,026; β = -0,218) da queixa quanto à dificuldade de interação social, sendo pior a caracterização das Atividades e Participação na presença dessa queixa;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,017; β = -0,242) da hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, sendo que quando existe essa hipótese diagnóstica, as Atividades e Participação tendem a apresentar piores resultados;
 - As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 28,00% da variabilidade das Atividades e Participação.
 - Em relação aos Fatores Ambientais:

- Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,011; β = -0,264) da queixa de alterações de audição, sendo que quando existe essa queixa, os Fatores Ambientais tendem a ter piores resultados;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,005; β = -0,300) da hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita, o que indica que quando existe esse diagnóstico fonoaudiológico os resultados dos Fatores Ambientais tendem a serem piores;
 - Houve influência direta e negativa (Valor-p = 0,026; β = -0,238) da hipótese diagnóstica de alterações de fala, sendo que na vigência dessa hipótese diagnóstica, os Fatores Ambientais tendem a ser caracterizados de pior forma;
 - As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 18,70% da variabilidade dos Fatores Ambientais.
-
- Em relação à qualidade de vida relatada por meio do PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes:
 - Houve tendência positiva (Valor-p = 0,034; β = 0,236) do resultado da hipótese diagnóstica de alterações de fala, sendo que a qualidade de vida autorreferida por crianças e adolescentes foi maior nos participantes que apresentaram essa hipótese diagnóstica;
 - Não houve influência (Valor-p = 0,129) das Funções do Corpo sobre a qualidade de vida;
 - Houve influência direta e positiva (Valor-p = 0,031; β = 0,282) das Atividades e Participação sobre a qualidade de vida, sendo que participantes com melhores resultados nesse componente, também referiram ser melhor sua qualidade de vida;
 - Não houve influência (Valor-p = 0,617) dos Fatores Ambientais sobre a qualidade de vida;
 - As variáveis descritas acima foram capazes de explicar 10,30% da variabilidade da qualidade de vida.

Tabela 35 – Quarto modelo estrutural de análise entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e o PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes

Endógenas	Exógenas	Modelo Inicial			Modelo Final		
		β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
Funções do Corpo	Queixas						
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,283	0,091	0,003	-0,427	0,081	<0,001
	Fluência = Não						
	Fluência = Sim	0,147	0,086	0,091			
	Audição = Não						
	Audição = Sim	-0,080	0,082	0,331			
	Hipóteses diagnósticas						
	L. oral = Não						
	L. oral = Sim	-0,253	0,079	0,002	-0,280	0,081	0,001
	L. escrita = Não						
	L. escrita = Sim	0,149	0,085	0,082			
	Asp. cognitivos = Não						
	Asp. cognitivos = Sim	-0,114	0,084	0,177			
	M.O. = Não						
	M.O. = Sim	-0,119	0,083	0,159			
Atividades e Participação	Voz = Não						
	Voz = Sim	-0,361	0,081	<0,001	-0,342	0,080	<0,001
	Proc. auditivo = Não						
	Proc. auditivo = Sim	-0,186	0,080	0,023	-0,216	0,080	0,009
	Sexo = Feminino						
	Sexo = Masculino	-0,236	0,103	0,025	-0,243	0,099	0,016
	Queixas						
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,353	0,106	0,001	-0,377	0,096	<0,001
	M.O. = Não						
	M.O. = Sim	-0,126	0,104	0,229			
	Audição = Não						
	Audição = Sim	-0,096	0,107	0,372			
	Int. social = Não						
	Int. social = Sim	-0,195	0,099	0,053	-0,218	0,096	0,026
	Hipóteses diagnósticas						
	Asp. cognitivos = Não						
	Asp. cognitivos = Sim	-0,187	0,124	0,134	-0,242	0,099	0,017
	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,022	0,121	0,855			
	M.O. = Não						
	M.O. = Sim	0,046	0,107	0,673			

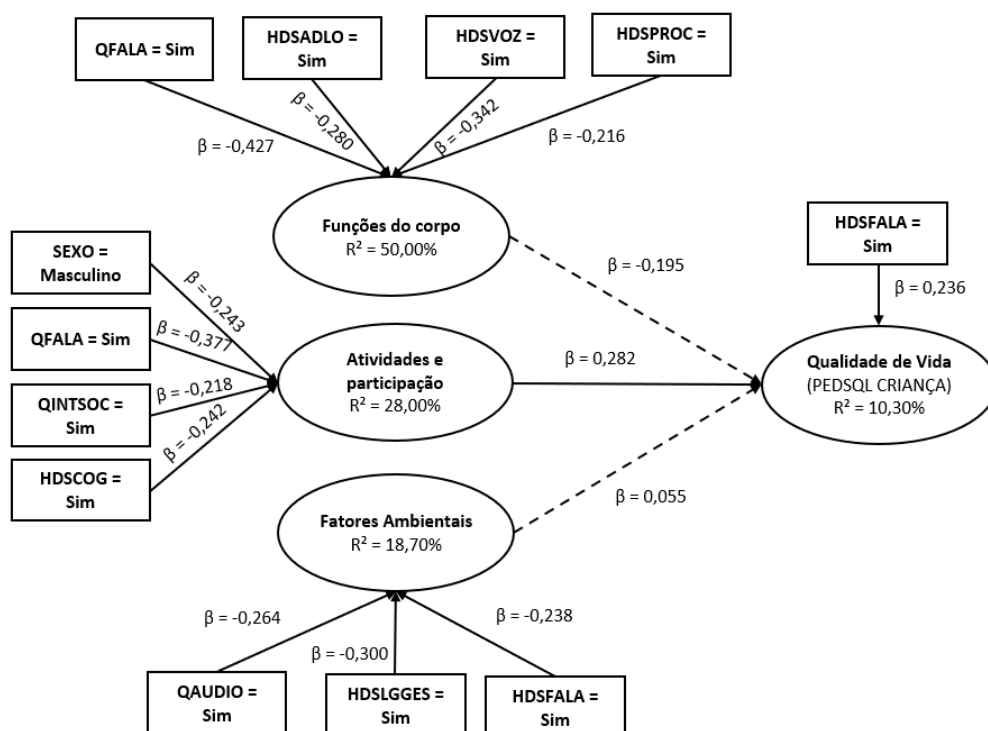
Tabela 35 – Quarto modelo estrutural de análise entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e o PedsQL aplicado com as crianças e adolescentes (cont.)

Endógenas	Exógenas	Modelo Inicial			Modelo Final		
		β	E.P. (β)	Valor-p	β	E.P. (β)	Valor-p
Fatores Ambientais	Queixas						
	Dif. escolares = Não						
	Dif. escolares = Sim	-0,112	0,127	0,383			
	Fala = Não						
	Fala = Sim	0,133	0,114	0,247			
	Audição = Não						
	Audição = Sim	-0,267	0,105	0,013	-0,264	0,101	0,011
	Hipóteses diagnósticas						
	L. escrita = Não						
	L. escrita = Sim	-0,178	0,129	0,172	-0,300	0,105	0,005
	Asp. cognitivos = Não						
	Asp. cognitivos = Sim	-0,129	0,125	0,307			
Qualidade de vida - PedsQL crianças e adolescentes	Fala = Não						
	Fala = Sim	-0,171	0,126	0,180	-0,238	0,105	0,026
	Classificação CCEB	-0,155	0,107	0,153			
	Queixa de voz = Não						
	Queixa de voz = Sim	0,099	0,111	0,375			
	Hipótese diagnóstica de fala = Não						
	Hipótese diagnóstica de fala = Sim	0,247	0,108	0,025	0,236	0,109	0,034
	Queixa de disfagia = Não						
	Queixa de disfagia = Sim	0,128	0,112	0,258			
	Funções do corpo	-0,169	0,127	0,186	-0,195	0,127	0,129
	Atividades e participação	0,255	0,128	0,049	0,282	0,128	0,031
	Fatores Ambientais	0,035	0,108	0,750	0,055	0,109	0,617

R² FC = 50,00%; R² AP = 28,00%; R² FA = 18,70%; R² QV = 10,30%.

Legenda: Legenda: E.P. = Erro Padrão; L = Linguagem; ASP = Aspectos; M.O. = Motricidade Orofacial; PROC = Processamento; INT = interação; DIF. = Dificuldades; CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4 – Quarto modelo estrutural entre os componentes da CIF, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais e a qualidade de vida autorreferida por crianças e adolescentes



Legenda: QFALA = Queixa de alterações de fala; QAUDIO = Queixa de alterações de audição; QINTSOC = Queixas quanto à dificuldade de interação social; HDSADLO = Hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral; HDSLGGES = Hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita; HDSCOG = Hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem; HDSFALA = Hipótese diagnóstica de alterações de fala; HDSVOZ = Hipótese diagnóstica de alterações de voz; HDSPROC = Hipótese diagnóstica de alterações no processamento auditivo.

Fonte: Elaborado pela autora.

6.4 Etapa 5: Proposta do *Checklist* da CIF a partir da “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes”

O último objetivo específico contemplado nesse volume de Tese é referente à proposta de um *Checklist* com as categorias da CIF que foram pré-selecionadas durante a realização da Dissertação de Mestrado e que, após a realização das análises fatorial, ainda foram mantidas como integrantes dos constructos formados pelos componentes de Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais.

Deste modo, a proposta de *Checklist* final contempla oito categorias das Funções do Corpo, 21 categorias das Atividades e Participação, que incluem descrições dos qualificadores de Desempenho e Capacidade, e cinco categorias dos Fatores Ambientais (Quadro 1).

Quadro 1 – Checklist Final da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes

Componentes	Categorias	
Funções do Corpo	b156	Funções da percepção
	b164	Funções cognitivas de nível superior
	b167	Funções mentais da linguagem
	b230	Funções auditivas
	b310	Funções da voz
	b320	Funções da articulação
	b440	Funções respiratórias
	b510	Funções de ingestão
Atividades e Participação	d115D	Ouvir - Desempenho
	d115C	Ouvir - Capacidade
	d132D	Aquisição de linguagem - Desempenho
	d137C	Aquisição de conceitos - Capacidade
	d155D	Aquisição de habilidades - Desempenho
	d155C	Aquisição de habilidades - Capacidade
	d175D	Resolver problemas - Desempenho
	d175C	Resolver problemas - Capacidade
	d210D	Realizar uma única tarefa - Desempenho
	d210C	Realizar uma única tarefa - Capacidade
	d310D	Comunicação-recepção de mensagens orais - Desempenho
	d310C	Comunicação-recepção de mensagens orais - Capacidade
	d330C	Fala - Capacidade
	d350C	Conversação - Capacidade
	d550C	Comer - Capacidade
	d560C	Beber - Capacidade
	d599D	Cuidados pessoais, não especificados - Desempenho
	d720D	Interações interpessoais complexas - Desempenho
	d720C	Interações interpessoais complexas - Capacidade
	d750D	Relações sociais informais - Desempenho
	d920D	Recreação e lazer - Desempenho
Fatores Ambientais	e310	Família nuclear
	e320	Amigos
	e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade
	e530	Serviços, sistemas e políticas de utilidade pública
	e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

7 DISCUSSÃO

7.1 Etapa 1: Análise descritiva dos dados

A prevalência de pacientes do sexo masculino em serviços fonoaudiológicos no Brasil já foi indicada em diferentes contextos e locais⁽¹⁻⁴⁾ e, em estudo realizado com prontuários de pacientes atendidos entre 2010 e 2014 no mesmo cenário de pesquisa foi verificado que 67,4% eram do sexo masculino⁽⁵⁾, mostrando que esse perfil se manteve ao longo dos anos. A faixa etária e a faixa escolar predominantes também são semelhantes às de outros serviços^(1,2) e coincidem com o período de entrada na escolarização formal, em que as demandas quanto à linguagem escrita são maiores. A classe C do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) é frequente quando se analisa o perfil de pacientes atendidos em serviços públicos⁽⁶⁾ no Brasil, sendo que tanto a classificação socioeconômica, quanto a escolaridade dos pais são indicados como fatores que podem determinar a quantidade e qualidade do estímulo fornecido durante o processo de desenvolvimento da linguagem nas crianças⁽⁷⁾.

Quanto às queixas que geraram a demanda da avaliação fonoaudiológica formal, a alta prevalência das referentes às alterações de fala e M.O. também coexistiu em outro serviço fonoaudiológico⁽¹⁾, sendo que, muitas vezes, questões relativas à atrasos no desenvolvimento da linguagem oral podem ser classificados como questões de fala pelos familiares na apresentação dos relatos em anamnese. Contudo a maior frequência das queixas referentes às dificuldades escolares/leitura e escrita na população de estudo pode ser justificada pela predominância da faixa etária de oito a 12 anos, já em idade de maiores exigências escolares.

As hipóteses diagnósticas de alterações de linguagem e M.O.^(2,4), além da de alterações de voz⁽²⁾ também foram frequentes na caracterização de clínicas escolas brasileiras. Quanto ao alto número de diagnósticos de transtornos de linguagem escrita, esse também pode ser devido à concomitância da faixa etária prevalente à entrada na escolarização formal, em que, possíveis questões de linguagem oral podem ter passado a abranger, também, dificuldades na escrita.

Quanto a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁽⁸⁾, observou-se grande variabilidade dos resultados, o que é compatível com um serviço público do componente ambulatorial de natureza generalista e referência para

todos os demais ambulatórios infantojuvenis do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/Ebserh). Dentre as categorias das Funções do Corpo em que houve a classificação em maior frequência de deficiência, estas foram divergentes a de estudo realizado no setor de linguagem e fala em serviço ambulatorial de clínica escola em São Paulo⁽⁹⁾. Porém semelhantes, em sua maioria, a de estudo comparativo realizado com crianças e adolescentes com alterações de fala, em acompanhamento em clínica escola no interior também do estado de São Paulo, e controles com desenvolvimento típico de fala⁽¹⁰⁾.

Em relação às principais dificuldades nas Atividades e Participação, verifica-se que estas ocorreram em categorias que descrevem demandas referentes às questões escolares e linguagem escrita, tais como d325C – Comunicação-recepção de mensagens escritas - Capacidade, d160D – Concentrar a atenção - Desempenho, d820D – Educação escolar - Desempenho. Este resultado é congruente às queixas e hipóteses diagnósticas prevalentes e associadas à esta temática, bem como à faixa etária e escolaridade das crianças e adolescentes estudados. Trabalhos anteriores apresentaram diferenças quanto às análises de prevalência da descrição das categorias de Atividades e Participação⁽⁹⁻¹¹⁾, o que pode ser justificado pelo perfil de pacientes, em que as dificuldades se concentravam em questões de comunicação oral.

Os Fatores Ambientais mais referidos como barreiras na amostra originaram demandas como o déficit de bens, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a quantidade de apoio recebido por conhecidos e outros membros da comunidade. A categoria e580 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde também esteve presente em estudo anterior⁽¹⁰⁾, porém maiores destaques em outras publicações ocorreram para o capítulo 4 – Atitudes⁽⁹⁻¹¹⁾, fato que não se assemelhou no presente trabalho, em que as categorias de e410 a e425 foram excluídas da análise nas Etapas 3 e 4 devido a não descrição de dados a elas referentes. Tal resultado demonstra a necessidade de que a coleta das informações quanto às atitudes de outros para com as crianças e adolescentes em processo avaliativo fonoaudiológico seja mais bem padronizada, evitando a ausência de dados relevantes. Além disso, é necessário o conhecimento sobre quais são os Fatores Ambientais descritos na CIF para que os relatos realizados em anamnese possam ser interpretados como informações relevantes na realização da classificação deste componente.

Nos resultados referentes à qualidade de vida, maiores médias nos domínios físico e social do PedsQL também foram verificados, tanto na versão para pais/responsáveis, quando na versão das crianças e adolescentes, quando realizados com estudantes de 11 a 14 anos matriculados em escola de financiamento privado da cidade de Belo Horizonte⁽¹²⁾. Discrepância, porém, foi verificada quanto ao total do PedsQL, em que a população do presente estudo apresentou valores médios menores em ambas as versões, o que pode ser devido ao fato de se tratar de uma amostra oriunda de um ambulatório de serviço de saúde, em detrimento de participantes da comunidade⁽¹²⁾.

Já a autopercepção de saúde foi considerada boa e muito boa para a maioria dos participantes. Este resultado foi divergente ao de estudo realizado com crianças de sete a 12 anos apresentando baixo desempenho escolar, cujas classificações foram predominantemente de regular e ruim/muito ruim⁽⁶⁾, porém semelhante ao relato de crianças e adolescentes da comunidade que classificaram, em sua maioria, a saúde como muito boa⁽¹²⁾. Infere-se que o melhor resultado de autopercepção de saúde possa ter ocorrido na população do presente estudo, semelhante ao de amostra da comunidade, pelo fato de que eles foram questionados quando se encontravam em processo avaliativo, em que, talvez, ainda não houvesse uma elaboração quanto ao impacto das questões fonoaudiológicas na vida e na saúde, por não haver um diagnóstico definido.

7.2 Etapa 2: Análise dos Fatores Ambientais

Na conjuntura do processo de avaliação fonoaudiológica, a análise dos Fatores Ambientais é pertinente, não apenas para se conhecer possíveis barreiras e facilitadores aos pacientes, mas, também, quando se trabalha com o qualificador de Desempenho nas Atividades e Participação, uma vez que se trata do que o indivíduo realiza em seu ambiente habitual, sendo este dependente da descrição dos Fatores Ambientais⁽⁸⁾. Ou seja, não é suficiente a análise apenas da matriz de informação se esta não for complementada por dados referentes ao ambiente físico, social e de atitudes em que o paciente vive⁽⁸⁾. Portanto, a busca por verificar a existência de associações entre hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas de crianças e adolescentes e Fatores Ambientais da CIF se fez relevante.

O Artigo 1 já se encontra publicado na Revista CEFAC⁽¹³⁾ desde 2021. Esse trouxe em sua introdução um histórico de como a demanda pela inclusão dos Fatores Ambientais se fez ao longo do processo de revisão da “*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*” (ICIDH), bem como reforçou a importância destes diante do fato de que a funcionalidade e a incapacidade somente ocorrem por meio da interação dinâmica entre as condições de saúde e os Fatores Contextuais⁽⁸⁾.

De seus resultados, quanto à análise descritiva, houve predominância de categorias classificadas como facilitadores, o que refletiu o acesso aos serviços de saneamento básico no domicílio, o apoio de pessoas próximas e a disponibilidade de equipamentos recreativos e esportivos⁽⁸⁾ no dia a dia das crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica. Nesse estudo, não houve a exclusão devido à perda de dados, ainda que muitas das respostas tenham sido classificadas como “não descritas”. Isso se deu para que as categorias pré-selecionadas do componente fossem apreciadas em sua completude no primeiro trabalho desta pesquisa, que abordou uma análise de associação com os Fatores Ambientais. Com isso, a prevalência das barreiras, ainda que reduzida, incluiu categorias referentes ao Capítulo 4 – Atitudes, dentre eles e425 – Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade e e420 – Atitudes individuais de amigos, resultados semelhantes aos de literatura prévia^(9,10). Infere-se que este menor número de barreiras reportadas pode ser devido à criação e uso de estratégias compensatórias pelos próprios pacientes, ou seus pais/responsáveis, de formas que o impacto da ocorrência desse qualificador seja minimizado ou não ocorra.

Quanto às associações verificadas, a predominância destas se deu com itens dos capítulos 3 – Apoio e relacionamentos e 4 – Atitudes e as hipóteses diagnósticas de alterações de voz, com três categorias, e de alterações nos aspectos cognitivos da linguagem, com duas categorias. Não são comuns na literatura artigos que tenham verificado associações semelhantes com a hipótese diagnóstica de alterações de voz, sendo mais frequentes os trabalhos que envolvem a CIF e pacientes com questões de linguagem oral e fala⁽⁹⁻¹¹⁾. Na literatura internacional, um estudo realizado com pacientes entre sete e 14 anos com queixa de rouquidão devido a diagnósticos variados analisou as informações sobre hábitos vocais pré e pós-intervenção no âmbito da CIF, por meio de questionário aplicado com pais e responsáveis. Dentre os Fatores Ambientais, porém, foram selecionadas categorias referentes apenas ao Capítulo 2 – Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano, a saber:

e250 – Som, e2500 – Intensidade do som e e2501 – Qualidade do som, sendo que a frequência de citação destas não apresentou diferença nos dois momentos, estimadas em 57 vezes antes e em 57 após a terapia de voz⁽¹⁴⁾. Tais resultados são distintos dos verificados no Artigo 1 e demonstram que, de fato, o conhecimento dos Fatores Ambientais pelo fonoaudiólogo nos momentos de avaliação e pós-intervenção precisa ser ampliado e mais bem estruturado para que o profissional saiba quais informações coletar e quais dados extrair destas para classificar os Fatores Contextuais.

Quanto às associações dos Fatores Ambientais com alterações nos aspectos cognitivos da linguagem, também não foi verificada literatura com análises semelhantes. A avaliação dos aspectos cognitivos da linguagem pela qual os participantes do estudo foram submetidos envolveu questões referentes às noções de corpo, espaço e tempo, sequencialização, caracterização e uso de objetos, posições espaciais e aspectos perceptuais⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, sendo estes passíveis de classificação em categorias do Capítulo 1 – Funções mentais, das Funções do Corpo⁽⁸⁾. Desta forma, demonstrou-se a associação entre componentes da CIF reforçando a multidirecionalidade do modelo biopsicossocial nela presente⁽⁸⁾.

Como conclusão, foi salientada a necessidade de uma abordagem de caráter integral aos pacientes com questões fonoaudiológicas, cuja visão perpassasse para além do que é orgânico e abranja aspectos do ambiente, conhecendo-os e incluindo-os nas definições de metas de intervenção após o término do processo avaliativo.

7.3 Etapas 3 e 4: Uso da análise fatorial e da Modelagem de Equações Estruturais com a CIF, autopercepção de saúde, qualidade de vida e covariáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais

Para dar seguimento aos objetivos da presente pesquisa, foi definido como foco do trabalho a exploração da influência dos aspectos clínicos, sociodemográficos e de autopercepção de saúde sobre a funcionalidade, bem como dessas covariáveis e da própria funcionalidade, na qualidade de vida de crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica. Desta forma, a pré-seleção de categorias da CIF publicada em artigo produto da Dissertação de Mestrado⁽¹⁸⁾ foi revisada, porém visava-se também que fosse realizada uma análise de associação mais robusta do que a explorada anteriormente⁽¹⁹⁾.

Foi mantida a escolha pela análise fatorial na determinação dos constructos representativos da CIF e das Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. A análise fatorial é uma técnica utilizada para verificar a existência de relações latentes entre um maior número de variáveis e determinar se é possível sintetizar a informação em um conjunto menor de fatores representativos, mantendo as características das variáveis originais. Ou seja, o resumo e a redução dos dados que são propiciados por esse tipo de análise, podem ser úteis quando o número de variáveis utilizadas nas técnicas multivariadas é maior^(20,21). Na experiência realizada com os dados secundários descritos na Dissertação de Mestrado, esse perfil de análise ajudou a estabelecer constructos para as Funções do Corpo e Atividades e Participação, viabilizando a análise de associação entre categorias da CIF com questões de cunho sociodemográfico e clínico-assistencial⁽¹⁹⁾.

Após a conclusão da análise fatorial e do processo de validação dos constructos obtidos, foi definida a necessidade da realização de uma análise multivariada. Optou-se pelo uso da regressão linear, visando verificar quais seriam as variáveis explicativas que exerceriam impacto sobre a funcionalidade e seus componentes, definidos como as variáveis resposta do estudo. Após a realização da análise univariada, como parte do processo do método stepwise, não foi verificado, porém, valor-p que determinasse a inclusão da classificação econômica, fornecida pelo CCEB, ou da autopercepção de saúde nas etapas seguintes. Tal fato, principalmente em relação à autopercepção de saúde, não era esperado, pois uma das hipóteses aventadas era de que essa impactava diretamente na funcionalidade, em especial nas Funções do Corpo e Atividades e Participação, como verificado em estudo anterior⁽²²⁾. Contudo, acredita-se que este resultado pode ser devido à predominância das avaliações da própria saúde como boa e muito boa pelos participantes, pela forma como foi pesquisada a autopercepção de saúde, em sua característica geral, e por como foi operacionalizada a variável, de forma contínua.

Após as análises multivariadas na regressão linear, foi verificado que, quanto às variáveis sociodemográficas, o sexo masculino exerceu influência direta e negativa no modelo 1, referente à CIF global, ou como um único constructo, e no modelo 3, construído com o fator retido para as Atividades e Participação. Foi considerada uma justificativa para esses achados, a predominância das alterações fonoaudiológicas em meninos⁽¹⁻⁴⁾, bem como a possibilidade de maior severidade destas, gerando maior impacto na funcionalidade. A outra variável sociodemográfica de destaque foi a

escolaridade paterna que impactou positivamente no modelo 4, dos Fatores Ambientais. Como já citado, a escolaridade dos pais é fator importante na escolha e no volume dos estímulos fornecidos às crianças durante o processo de desenvolvimento⁽⁷⁾, tendo também relação com a classificação de renda da família⁽²³⁾, além de propiciar uma melhor educação em saúde, o que pode produzir mudanças nos Fatores Ambientais, reduzindo barreiras e ampliando facilitadores.

Das variáveis clínico-assistenciais, a queixa de alterações de fala, as hipóteses diagnósticas de alterações nos aspectos cognitivos da linguagem e o número de condutas por caso foram as que exerceram influência direta e negativa no maior número de variáveis respostas, estando todas essas presentes nos modelos 1, 2 e 3, da CIF global, das Funções do Corpo e das Atividades e Participação, respectivamente. Destaque na associação entre as descrições na anamnese e os aspectos da CIF já haviam sido relatados na literatura, em que agrupamentos de queixas envolvendo diretamente questões variadas de fala estiveram presentes quando analisadas categorias de cada componente da CIF, em especial nas Funções do Corpo e Atividades e Participação⁽⁹⁾. Quanto à hipótese diagnóstica de alterações nos aspectos cognitivos da linguagem, conforme supracitado, os itens avaliados para a definição deste diagnóstico podem ser descritos dentro de categorias das Funções do Corpo, o que explica a influência direta, tanto neste componente isoladamente, quanto no constructo formado pela CIF global. Quanto a influência direta no modelo 3, das Atividades e Participação, sabe-se que este componente é integrante da Parte 1 da CIF, assim como as Funções do Corpo, definindo os aspectos de funcionalidade e incapacidade⁽⁸⁾, o que justifica tal achado, assim como reforça a existência da bidirecionalidade das relações entre os componentes da classificação. Um maior número de condutas indicou uma maior demanda nos casos, em que, apenas determinar a terapia fonoaudiológica após o diagnóstico não seria suficiente. Infere-se, portanto que o impacto desse maior número seja refletido em uma pior funcionalidade, caracterizada pela prevalência de deficiências e dificuldades a serem trabalhadas nas condutas propostas.

A hipótese diagnóstica de alterações de voz apresentou influência direta e negativa nos modelos 1 e 2, referentes à funcionalidade geral e Funções do Corpo, sendo que, tal como descrito para o Artigo 1, ainda são escassos na literatura estudos que avaliem as associações entre os distúrbios de voz e a CIF. O artigo já citado que analisou questionários pré e pós-intervenção para disfonia em crianças e

adolescentes constatou que, para o conjunto das Funções e Estruturas do Corpo, diferentemente do verificado para os Fatores Ambientais, havia um maior número de categorias e que, na reavaliação após o processo terapêutico, a citação destas caiu de 163 para 98 referências⁽¹⁴⁾. Exercendo influência direta também nos modelos 1 e 2, contudo de caráter positivo, a queixa de alterações na fluência foi destaque nos resultados. Embora a presença desta queixa uma queixa em concomitância com melhor classificação na funcionalidade e melhores resultados nas Funções do Corpo não fosse esperada, infere-se que este achado tenha sido em virtude do perfil de pacientes avaliados no ambulatório cenário do estudo. Este, por ser generalista e integrante de uma instituição com os componentes especializado e hospitalar da Rede SUS, recebe casos de demandas mais profundas e diferenciadas, sendo que, quando o paciente apresenta apenas a alteração de fluência, sua funcionalidade, e o resultado de componentes específicos, podem ser melhores.

As hipóteses diagnósticas de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral e das alterações no processamento auditivo apresentaram influência direta e negativa no modelo 2, das Funções do Corpo, assim como a queixa de dificuldades escolares e a hipótese diagnóstica de alterações de fala também exerceram influência direta e negativa no modelo 4, referentes aos Fatores Ambientais. No estudo realizado anteriormente no mesmo cenário de pesquisa, com dados secundários de pacientes atendidos entre 2010 e 2014 e utilizando para as associações somente análise univariada, foi verificado que, dentre os fatores retidos para as Funções do Corpo, o Fator 1 Linguagem/fala/audição, apresentou diferença com significância estatística com hipóteses diagnósticas de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral e do processamento auditivo, entre outras⁽¹⁹⁾. Os resultados indicam que, mesmo com o passar dos anos, o perfil dos pacientes se mantém semelhante e que as associações verificadas são genuínas para essa população de estudo. A presença de dados referentes aos Fatores Ambientais em agrupamento de queixas que descreviam problemas relativos à aprendizagem também foi assinalada em estudo que destacou conteúdos referentes à CIF na descrição da anamnese fonoaudiológica⁽⁹⁾. Já a influência direta e negativa da hipótese diagnóstica de alterações da fala nos Fatores Ambientais pode ser traduzido na presença da questão de comunicação que reduz o apoio, por exemplo, da família imediata, amigos, conhecidos, colegas etc., diminuindo seu papel como facilitador e, até mesmo, transformando-o em uma barreira. Embora não seja o caso do presente

estudo, em que categorias do Capítulo 4 foram excluídas, a literatura descreve que atitudes visando minimizar questões comunicativas de crianças e adolescentes, quando oriundas inclusive da família, podem, de fato, ser definidas como barreiras⁽¹¹⁾.

Quanto à capacidade explicativa dos constructos independentes sobre os dependentes, conforme análise do R^2 ⁽²⁴⁾, foi verificada uma variância consideravelmente menor para as Atividades e Participação e para os Fatores Ambientais, quando comparados com os valores da CIF global e Funções do Corpo, ambos considerados como tendo uma capacidade explicativa substancial⁽²⁴⁾. Tais resultados podem ser devido ao fato de que existe uma tendência à valorização das informações que remetem à dimensão orgânica, visão oriunda do modelo biomédico, cujo foco é maior em Funções e Estruturas do Corpo⁽¹¹⁾. Outra possibilidade é devido ao maior número de exclusão de categorias das Atividades e Participação e dos Fatores Ambientais devido aos dados não reportados. Reforça-se, novamente, a importância da anamnese baseada na CIF, além do conhecimento de quem a realiza sobre as informações que cada componente abrange. Um complemento à análise dos Fatores Ambientais poderia ser, também, a inclusão de Fatores Pessoais, trabalhando-se, de forma mais ampliada com os Fatores do Contexto⁽²⁵⁾ e seu papel dentro dos processos de funcionalidade e incapacidade de crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica.

Além da análise multifatorial com a regressão linear, para verificar o efeito dos constructos definidos quanto à funcionalidade, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais, na qualidade de vida, autorreferida e avaliada pelos pais/responsáveis, optou-se pelo emprego da Modelagem de Equações Estruturais (MEE). Esta é considerada um tipo especial de análise fatorial confirmatória⁽²⁰⁾, além de ser uma técnica estatística robusta, que busca explicar, simultaneamente, relações entre múltiplas variáveis dependentes e independentes⁽²¹⁾. Esse perfil de análise foi considerado como útil ao se trabalhar com a CIF, sendo utilizado para verificar a presença de associações entre seus componentes em análise empírica da estrutura do modelo biopsicossocial⁽²⁶⁾. Para a realização da MEE entre a CIF, seus componentes, e a qualidade de vida, foi antes necessária a construção dos modelos a serem avaliados, conforme descrito nos métodos, baseados no amplo referencial teórico levantado e em pesquisas anteriores⁽²⁰⁾.

Foram utilizados os mesmos fatores elencados para a CIF e seus componentes e realizada também a análise fatorial com os resultados dos questionários para

crianças e adolescentes e para pais/responsáveis do PedsQL, referentes aos domínios propostos, justamente para obter constructos representativos destes, viabilizando a realização da MEE. Esta foi realizada, sendo definidos quatro modelos, nos quais, os dois primeiros expressavam o impacto da CIF global, nos dois instrumentos do PedsQL, aplicados com as crianças e adolescentes e com os pais/responsáveis, além de avaliar o impacto das covariáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais na funcionalidade e qualidade de vida.

Quanto à CIF nos modelos 1 e 2, similarmente aos resultados evidenciados na regressão linear na Etapa 3, foi verificada influência direta e negativa do sexo masculino, da queixa de alterações de fala e das hipóteses diagnósticas de alterações nos aspectos cognitivos da linguagem e de voz. Tais achados já foram anteriormente comentados, sendo que, como diferença nas associações no modelo, foi verificado a influência direta e negativa da hipótese diagnóstica de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral sobre a funcionalidade e da queixa de M.O. na qualidade de vida indicada por meio do PedsQL aplicado com os pais/responsáveis. Esses resultados corroboram as descrições anteriores da literatura sobre o impacto das alterações de fala e linguagem na funcionalidade de crianças e adolescentes^(11,19), e as associações verificadas previamente entre a qualidade de vida autorreferida de pacientes com deformidades dentofaciais⁽²⁷⁾ e com Síndrome do Respirador Oral⁽²⁸⁾.

Nos modelos 3 e 4, em que a análise dos componentes da CIF foi realizada separadamente, novamente resultados similares e já comentados na análise de regressão da Etapa 3 foram encontrados entre as variáveis explicativas com as Funções do Corpo (queixas de alterações de fala e hipóteses diagnósticas de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, de alterações de voz e de alterações do processamento auditivo), as Atividades e Participação (sexo masculino, queixas de alterações de fala e hipóteses diagnósticas de alterações nos aspectos cognitivos da linguagem) e com os Fatores Ambientais (hipótese diagnóstica de alterações de fala). Por meio da MEE, porém, influências diretas e negativas da queixa de dificuldade de interação social sobre as Atividades e Participação, da queixa de alterações de audição e da hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita sobre os Fatores Ambientais foram reveladas. Esses achados reforçam que crianças com alterações na comunicação podem apresentar dificuldades quanto aos papéis que ocupam e a forma como se portam nas

relações⁽²⁹⁾, dificultando sua interação social, o que impacta diretamente na efetiva participação nas situações de vida⁽²⁹⁾. Além disso, que àquelas que apresentam problemas referentes à audição ou a aprendizagem/linguagem escrita, podem sofrer efeitos para além da incapacidade nas Funções do Corpo e Atividades e Participação, abrangendo questões ligadas aos Fatores Ambientais⁽⁹⁾. Vê-se, portanto, que o paciente com questões comunicativas somente tem a ganhar quando, desde o momento da avaliação, a análise de sua demanda vai além do foco nas questões orgânicas, passando por seu desempenho na execução das tarefas e no envolvimento nas situações diárias, dentro do contexto, ambiental, social e atitudinal, em que vive.

Quanto à qualidade de vida, nos modelos 3 e 4, dentre as variáveis explicativas, embora diferentes queixas e variadas hipóteses diagnósticas estivessem presentes na amostra, estas não impactaram negativamente no constructo, nem na visão das próprias crianças e adolescentes e nem na dos pais/responsáveis. De forma contrária, influência positiva foi exercida pela hipótese diagnóstica de alterações de fala no resultado do PedsQL realizado com as crianças e adolescentes no modelo 4. Isso indica que a qualidade de vida autorreferida foi melhor nos participantes que apresentavam este diagnóstico. Tal fato não era esperado e não foi encontrada literatura que pudesse justificar este achado, o que indica que as relações entre a qualidade de vida e as questões fonoaudiológicas precisam continuar sendo foco de estudos futuros.

Tanto no modelo 3, quanto no modelo 4, não foi verificada influência direta das Funções do Corpo e dos Fatores Ambientais sobre a qualidade de vida autorreferida ou descrita por pais/responsáveis. Tal fato diverge de publicações anteriores^(30,31). As Atividades e Participação, por sua vez, apresentaram influência direta e positiva sobre a qualidade de vida em ambos os modelos, indicando que quanto melhores são os resultados na análise deste componente, melhor é encarada a qualidade de vida. Ou seja, a possibilidade de executar uma tarefa e de participar em situações de vida impactam positivamente na percepção que as crianças e adolescentes e seus responsáveis têm de sua qualidade de vida. Esse achado corrobora o de uma análise de conteúdo realizada com instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida e a qualidade de vida relacionada à saúde e a CIF-CJ, cujo resultado indicou que o PedsQL abrangia itens representativos de uma ampla definição biopsicossocial, tendo predominantemente questões referentes à itens de Atividades e Participação⁽³²⁾.

Medir a qualidade de vida pode ser desafiador, pois trata-se de uma construção social, ou um conceito fundamentado em ideias, baseada principalmente em informações subjetivas e inferidas por meio de indicadores da própria construção de vida dos indivíduos⁽³³⁾. Ela também representa, tal como o modelo biopsicossocial presente na CIF, um conceito multidimensional⁽³³⁾, sendo que a base para a compreensão da relação entre a funcionalidade e o conceito de qualidade de vida é o reconhecimento da variada compreensão da saúde, a distinção entre uma perspectiva objetiva *versus* uma perspectiva explicitamente subjetiva, e a distinção dos domínios da saúde, relacionados com a saúde e não relacionados à saúde⁽³⁴⁾. Desta forma, abranger aspectos de funcionalidade e qualidade de vida no contexto das questões comunicativas em crianças e adolescentes, é tornar o processo avaliativo mais complexo e completo, propiciando uma atuação integral e focada no indivíduo.

Concluiu-se, portanto, que a análise fatorial se fez valorosa, viabilizando o estudo da CIF e seus componentes de forma mais efetiva e que a análise multivariada propiciou elucidar e confirmar impactos sofridos na funcionalidade global, Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais por variáveis sociodemográficas, porém, principalmente, por variáveis referentes a aspectos clínicos descritos no processo da avaliação fonoaudiológica, como as queixas e as hipóteses diagnósticas. Além disso, a MEE viabilizou uma análise mais robusta quanto às possíveis influências da funcionalidade e dos componentes da CIF analisados separadamente, na qualidade de vida de crianças e adolescentes. Tais resultados propiciaram um olhar holístico ao paciente com alterações comunicativas e reforçam a importância que a CIF tem na prática fonoaudiológica.

7.4 Etapa 5: Proposta do *Checklist* da CIF a partir da “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes”

É descrito na literatura que uma classificação precisa ser extensa por si só e que, no caso da CIF, esse aspecto se reflete na cobertura do amplo espectro da saúde e dos domínios a ela relacionados, incluindo a experiência humana de funcionalidade e incapacidade, e o fatores contextuais que a influenciam⁽³⁴⁾. Essa complexidade da CIF, que precisa ser vista como sua maior qualidade⁽³⁵⁾, contudo, acaba reverberando no mito quanto à dificuldade de sua aplicabilidade e na resistência dos profissionais em inseri-la em sua atuação. Diante disso, o último objetivo desta Tese foi propor um

Checklist a partir da pré-seleção de categorias da CIF publicada em 2018⁽¹⁸⁾, para ser um instrumento no qual os fonoaudiólogos que atuam em cenários similares ao do presente estudo possam se pautar no momento da avaliação de pacientes, crianças e adolescentes, incluindo, neste processo, aspectos referentes à funcionalidade.

A recomendação dessa seleção básica de categorias é útil visando uma aproximação da CIF à prática fonoaudiológica, desmistificando a dificuldade arraigada pelo volume de itens em uma classificação aberta e facilitando sua aplicação. Uma vez que existem críticas a realização dos *Core sets* por condições de saúde, pelo retrocesso ao raciocínio neles utilizado, remetendo ao modelo biomédico e que se contrapõe à multidirecionalidade do modelo biopsicossocial⁽³⁶⁾, a seleção com enfoque na área profissional é relevante ao dia a dia do fonoaudiólogo. O *Checklist* proposto torna a coleta dos dados mais rápida e a descrição da classificação de funcionalidade mais ágil para quem trabalha com uma demanda similar ao ambulatório em que os dados foram coletados. Porém, este também pode ser adaptado às necessidades de outros serviços, atuando como um passo inicial em uma seleção própria de categorias da CIF que sejam pertinentes à prática fonoaudiológica. Desta forma, seu uso pode ser visto como uma forma de avançar na implementação real da CIF em cenários clínicos.

Experiências com esse tipo de construção e do relato de sua utilização já foram publicadas, sendo reforçado sobre sua importância para o conhecimento dos profissionais quanto às possibilidades de uso da CIF^(37,38), inclusive no momento da avaliação e como forma de acompanhamento do trabalho realizado com as queixas e hipóteses diagnósticas em terapia e seu efeito na funcionalidade dos pacientes acompanhados.

Conforme já descrito, o desenvolvimento desse *Checklist* se iniciou por meio do processo de revisão da lista definida anteriormente, após a reimpressão em 2015 de uma nova versão da CIF⁽³⁹⁾ que já contemplava parte das categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ)⁽⁴⁰⁾, de acordo com o que foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2012⁽⁴¹⁾. Essa revisão foi finalizada em 2022, após a leitura e comparação das categorias com as apresentadas na 3ª reimpressão da CIF de 2020⁽⁸⁾.

Após o processo de revisão da lista inicial e das análises realizadas, em especial após a análise fatorial, em que, além da retirada dos itens com grande volume

de dados não descritos, àqueles que poderiam comprometer os resultados também foram excluídos, o *Checklist* proposto para uso em serviços ambulatoriais de avaliação de crianças e adolescentes com questões fonoaudiológicas está finalizado com oito categorias das Funções do Corpo, 21 categorias das Atividades e Participação, que incluem descrições dos qualificadores de Desempenho e Capacidade, e cinco categorias dos Fatores Ambientais. Este é abrangente e inclui itens que permitem uma caracterização ampla em um público com demandas generalistas. Além disso, de forma semelhante a outras seleções de categorias publicadas⁽⁴²⁻⁴⁴⁾, um maior número definido é destaque para as Atividades e Participação. Isso mostra a possibilidade de se associar os resultados entre a avaliação realizada no ambiente padrão, preparado para tal, e o que o sujeito é e faz na vida “real”, ou seja, em seu ambiente habitual, possibilitando que o fonoaudiólogo compreenda esses diferentes contextos. Ressalta-se que a exclusão de categorias e a demanda por imputação de dados devido à incompletude da presença destes nos materiais utilizados como base para sua seleção pode ser um viés a ser investigado durante a análise de aplicabilidade do instrumento, indicando, inclusive sobre a demanda de futuras revisões.

Ao utilizar este *Checklist*, porém, o fonoaudiólogo pode obter resultados que possibilitam o traçar de metas funcionais, em lugar de objetivos terapêuticos focados apenas nos resultados de testes ou protocolos específicos e que terão, muitas vezes, um olhar restrito aos aspectos orgânicos. Além disso, é possível reaplicá-lo em diferentes momentos do processo terapêutico com o objetivo no gerenciamento da evolução de cada paciente. Faz-se, agora, como proposta futura, a realização de outros estudos de uso e aplicabilidade, visando testar e validar esse instrumento.

7.5 Referências

1. César AM, Maksud SS. Characterizing the demand of speech-language pathology in the Municipal Public Service of Ribeirão das Neves – MG. *Rev CEFAC*. 2007;9(1):133-8. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462007000100017>
2. Costa RG, Souza LBR. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. *R Ci Méd Biol*. 2009;8(1):53-9. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v8i1.4376>
3. Sideri KP, Botega MBS, Chun RYS. Population profile of the Evaluation and Prevention Group of Language Disorders (EPGLD). *Audiol Commun Res*. 2015;20(3):269-73. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-ACR-2015-1548>
4. Longo IA, Tupinelli GG, Hermógenes C, Ferreira LV, Molini-Avejonas DR. Prevalence of speech and language disorders in children in the western region of São Paulo. *Codas*. 2017;29(6):e20160036. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016036>
5. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Complaints and diagnostic hypotheses of patients evaluated in outpatient speech, language pathology and audiology services. *Distúrb Comun*. 2018;30(1):103-16. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p103-116>
6. Rezende BA, Lemos SMA, Medeiros AM. Qualidade de vida em crianças com mau desempenho escolar. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(4):415-21. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;4;00009>
7. Scopel RR, Souza VC, Lemos SMA. Family and school environment influences on language acquisition and development: literature review *Rev CEFAC*. 2012;14(4):732-41. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000139>
8. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2020.
9. Pinto FCA, Schiefer AM, Perissinoto J. The speech-language pathology anamnesis according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Distúrb Comun*. 2018 Jun;30(2):252-65. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i2p-252-265>
10. Zerbeto AB, Chun RYS, Zanolli ML. Contribuições da CIF para uma abordagem integral na atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes. *CoDAS*. 2020;32(3):e20180320. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018320>
11. Ostroschi DT, Zanolli ML, Chun RYS. Families' perception of children / adolescents with language impairment through the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF-CY). *Codas*. 2017;29(3):e20160096. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016096>

12. Fernandes GNA, Lemos SMA. Quality of life and self-perceived health of adolescents in Middle School. *Codas*. 2022;34(6):e20210046. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212021046>
13. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Environmental factors and their associations with speech-language-hearing diagnostic hypotheses in children and adolescents. *Rev CEFAC*. 2021;23(5):e6421. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212356421>
14. Akin Şenkal Ö, Özer C. Hoarseness in School-Aged Children and Effectiveness of Voice Therapy in International Classification of Functioning Framework. *J Voice*. 2015;29(5):618-23. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.10.018>
15. Chiari BM, Basilio CS, Nakagawa EA, Cormedi MA, Silva NSM, Cardoso RM, et al. Proposta de sistematização de dados da avaliação fonoaudiológica através da observação de comportamentos de criança de 0 a 6 anos. *Pró-fono*. 1991;3(2):29-36.
16. Zorzi JL, Hage SRV. PROC – Protocolo de observação comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2004.
17. Menezes, MLN. ADL: Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem. São Paulo: Pró-Fono; 2004.
18. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. Characterization of communication disorders according to the categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth (ICF-CY). *Codas*. 2018;30(4):e20170184. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017184>
19. Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA. The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) and Speech-language Pathology: associations with sociodemographic and health care variables. *Codas*. 2020;32(3):e20190058. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019058>
20. Matos DAS, Rodrigues EC. Análise fatorial. Brasília: Enap; 2019.
21. Hair JR, Joseph F. Análise multivariada de dados. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
22. Perenboom RJ, Wijnhuizen GJ, Garre FG, Heerkens YF, van Meeteren NL. An empirical exploration of the relations between the health components of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2012;34(18):1556-61. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.647233>
23. Araujo LB, Novakoski KRM, Bastos MSC, Mélo TR, Israel VL. Characterization of the neuropsychomotor development of children up to three years old: the ICF model in the context of the Family Health Support Center. *Cad Bras Ter Ocup*. 2018;26(3):538-57. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1183>

24. Hair Jr JF, Hult GTM, Ringle C, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). New York: Sage Publications, 2013.
25. Schwab SM, Spencer C, Carver NS, Andrade V, Dugan S, Greve K, Silva PL. Personal factors understood through the Ecological-Enactive Model of Disability and implications for rehabilitation research. *Front. Rehabil. Sci.* 2022. 3:954061. doi: 10.3389/fresc.2022.954061
26. Dutra FCMS, Mancini MC, Neves JA, Kirkwood RN, Sampaio RF. Empirical analysis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) using structural equation modeling. *Braz J Phys Ther.* 2016;20(5):384-94. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0168>
27. Migliorucci RR, Sovinski SRP, Passos DCBOF, Bucci AC, Salgado MH, Nary Filho H, et al. Orofacial functions and quality of life in oral health in subjects with dentofacial deformity. *CoDAS* 2015;27(3):255-9. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20152014162>
28. Popoaski C, Marcelino TF, Sakae TM, Schmitz LM, Correa LHL. Evaluation from the quality of life in the oral breathers patients. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2012;16(1):74-81. <https://doi.org/10.7162/S1809-48722012000100011>
29. Maciver D, Rutherford M, Arakelyan S, Kramer JM, Richmond J, Todorova L, et al. Participation of children with disabilities in school: A realist systematic review of psychosocial and environmental factors. *PLoS One.* 2019;14(1):e0210511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210511>
30. McDougall J, Wright V, DeWit D, Miller L. ICF-based functional components and contextual factors as correlates of perceived quality of life for youth with chronic conditions. *Disabil Rehabil.* 2014 Feb;36(25):2143-51.
31. Rezaei A, Raji P, Mousavi ST, Mahmoodian M, Baghestani AR. Study of environmental factors and quality of life in children with cerebral palsy based on international classification of functioning, disability and health. *British Journal of Occupational Therapy.* 2022;85(2):137-143. doi:10.1177/03080226211008724
32. Fayed N, de Camargo OK, Kerr E, Rosenbaum P, Dubey A, Bostan C, et al. Generic patient-reported outcomes in child health research: a review of conceptual content using World Health Organization definitions. *Dev Med Child Neurol.* 2012;54(12):1085-95. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04393.x>
33. Bertelli M, Francescutti C, Brown I. Reframing QoL assessment in persons with neurodevelopmental disorders. *Ann Ist Super Sanita.* 2020;56(2):180-92. https://doi.org/10.4415/ANN_20_02_08
34. Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44(3):303-13
35. Cordeiro ES. CIF: o que você não sabe sobre ela? *Revista CIF Brasil.* 2021;13(1):2-4. <https://doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2021.002>

36. Araújo ES. CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial. *Rev Fisioter S Fun.* 2013;2(1):6-13.
37. Biz MCP, Chun RY. Operacionalização da funcionalidade, incapacidade e saúde em Centro Especializado em Reabilitação. *CoDAS.* 2020;32(2):e20190046. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>
38. Biz MCP, Chun RYS. O papel Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde. *Saúde Redes.* 2020;6(2):67-86. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p67-86>
39. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2015.
40. Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. Tradução de Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2011.
41. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2020 Oct 16]. Implementing the merger of the ICF and ICF-CY: Background and proposed resolution for adoption by the WHO FIC Council; [about 2 screens]. Available from: <https://www.who.int/classifications/icf/whoficresolution2012icfcy.pdf>
42. Neumann S, Romonath R. Application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health—Children and Youth Version (ICFCY) to Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2012;49(3):325-46. <https://doi.org/10.1597/10-145>
43. Morettin M, Cardoso MRA, Delamura AM, Zabeu JS, Amantini RCB, Bevilacqua MC. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para acompanhamento de pacientes usuários de Implante Coclear. *CoDAS.* 2013;25(3):216-23. <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000300005>
44. de Schipper E, Mahdi S, Coghill D, de Vries PJ, Gau SS, Granlund M, et al. Towards an ICF core set for ADHD: a worldwide expert survey on ability and disability. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(12):1509-21. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0778-1>. PMID:26428005

8 CONCLUSÃO

O Doutorado em Ciências Fonoaudiológicas foi a concretização de uma trajetória iniciada em 2015 no Mestrado, que teve como foco a análise de dados secundários e a proposta de uma pré-seleção de categorias da classificação de funcionalidade. Porém aprofundar a coleta de dados e ampliar a temática para questões que envolviam a autopercepção de saúde e, em especial, a qualidade de vida, demandou maior tempo e a maturidade como pesquisadora que, apenas, o Doutorado é capaz de proporcionar.

Ao longo dos anos de 2019 a 2022, extenso foi o trabalho para o desenvolvimento dessa pesquisa, o que incluiu uma ampla revisão da literatura, buscando embasamento para as hipóteses, e uma construção sólida dos conhecimentos explorados no alcance dos resultados. A contribuição de uma aluna bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) na coleta de dados primários permitiu que esta fosse realizada em tempo hábil, com o alcance de um número de participantes efetivo para que as análises propostas fossem viáveis.

O Objetivo Geral da Tese de “investigar o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), seus componentes e a associação com a qualidade de vida, autopercepção de saúde, aspectos clínicos e sociodemográficos em processo de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico em crianças e adolescentes” foi coerente com a área de concentração de Saúde Funcional em Fonoaudiologia e com a linha de pesquisa de Políticas Públicas e Epidemiologia do Programa de Pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este foi cumprido, sendo, para tanto, utilizadas análises robustas e pouco exploradas, até então, em estudos que incluam a Fonoaudiologia, o modelo biopsicossocial e a CIF, tais como a análise fatorial e a Modelagem de Equações Estruturais (MEE).

Foi realizada a descrição quanto às características das 84 crianças e adolescentes segundo os dados sociodemográficos, clínicos-assistenciais, quanto à funcionalidade e a qualidade de vida, autorreferida e relatada por pais ou responsáveis, e quanto à autopercepção de saúde. Esta caracterização permitiu, além do alcance de uma visão geral da população estudada, estruturar os próximos passos

da análise estatística a ser utilizada no efetivo cumprimento dos demais propósitos da pesquisa.

A proposta da análise de associação entre o diagnóstico fonoaudiológico e o componente Fatores Ambientais da CIF, delineada como um dos objetivos específicos, foi cumprida no Artigo 1. Esta análise havia sido pensada como um complemento aos resultados do Mestrado, que envolveram apenas os componentes de Funções do Corpo e Atividades e Participação. Seus achados indicaram presença maior de facilitadores e prevalência de associações dos diagnósticos fonoaudiológicos com categorias dos capítulos 3 e 4 da CIF. Além disso, mostrou ser relevante evidenciar a importância que os Fatores Ambientais têm na vida das crianças e adolescentes com questões comunicativas.

A “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes”, estruturada no período do Mestrado, demandou revisões, diante da atualização da classificação de funcionalidade ocorrida, em especial, na 3ª reimpressão de 2020. Por isso, analisar as propriedades psicométricas dos componentes e das categorias da CIF que se relacionam ao processo diagnóstico fonoaudiológico tornou-se também um dos objetivos específicos do trabalho. Esse foi cumprido, sendo também verificada a existência de efeitos dos aspectos clínicos e sociodemográficos sobre a funcionalidade das crianças e adolescentes participantes do estudo. A autopercepção de saúde, que era uma covariável de interesse, entretanto, não apresentou resultados que possibilitam sua inclusão nas análises multivariadas.

Outra variável de interesse foi a qualidade de vida, autorreferida e relatada por pais ou responsáveis por crianças e adolescentes em processo de avaliação fonoaudiológica. A análise entre a funcionalidade, covariáveis sociodemográficas e clínicas e a qualidade de vida evidenciou influências diretas nos constructos definidos por meio dos resultados do PedsQL. Em especial, destaca-se a influência direta e positiva das Atividades e Participação sobre a qualidade de vida, tanto na avaliação das crianças e adolescentes, como na de seus pais ou responsáveis. Tais resultados demonstraram a importância da ampliação da visão do sujeito com alterações comunicativas, que deve envolver não apenas os aspectos objetivos, mas também os subjetivos, em uma análise integral da saúde.

Por último, um *Checklist* da CIF, a partir da “Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes”, foi viabilizado e

alcançado por meio da junção entre a revisão teórica e a análise estatística estruturada e executada. Acredita-se no potencial desse para uso efetivo em ambulatorios de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico que trabalhem com a população infantojuvenil.

Como fruto do desenvolvimento desta Tese de Doutorado e dos dados para ela coletados, foi possível, além dos artigos aqui expostos, o delineamento de dois Trabalhos de Conclusão de Curso. O primeiro intitulado **“Qualidade de vida, limitação de Atividades e restrição à Participação de crianças de oito a 12 anos com queixas fonoaudiológicas”**, foi apresentado no XXXII Seminário de Fonoaudiologia, e seu artigo produto está publicado na *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*. Já o segundo, intitulado **“Disfonia Infantil e análise dos critérios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”**, e apresentado no XXXVI Seminário de Fonoaudiologia, encontra-se em fase de submissão.

Como produto próprio da Tese, o artigo **“Fatores ambientais e suas associações com as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas de crianças e adolescentes”**, foi submetido como pré-requisito e apresentado na Qualificação, em setembro de 2021, sendo aceito sem sugestões de alterações pelos pareceristas da Revista CEFAC, um periódico nacional na área da Fonoaudiologia. Os demais resultados que compõem os Artigos 2 e 3, estão em processo de submissão em periódico internacional, na expectativa de que a pesquisa com a CIF realizada por fonoaudiólogos no Brasil possa ser conhecida e amplamente divulgada. Os achados neles descritos são relevantes para viabilizar uma prática fonoaudiológica baseada em evidências mais robustas, principalmente no que concerne à funcionalidade e a qualidade de vida de crianças e adolescentes. Além disso, as análises utilizadas, em especial a MEE, se fez de grande valia, sendo uma possibilidade a ser mais explorada em trabalhos com a CIF.

Pessoalmente, como profissional e pesquisadora em formação, foi um grande desafio trabalhar com a CIF, pois foi necessário, inclusive, transitar por áreas de conhecimento afins, como a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia, em busca do domínio dessa classificação que ainda precisa ser tão apropriada pelos fonoaudiólogos. Cursos e formações foram feitos, além da oportunidade de integrar o Grupo de Trabalho da CIF na Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e o Grupo de Multiplicadores Licenciados CIF Brasil[®]. Mais do que aprender sobre a CIF,

pude ensinar, debater, questionar e entender que todo processo na área da saúde deve ser pautado na visão mais ampla que o modelo biopsicossocial nos permite ter.

Como possibilidades futuras dessa pesquisa, há, ainda, a demanda da validação do *Checklist*, produto final da Tese, visando avaliar suas limitações, seu uso e aplicabilidade em outros ambulatorios de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico. Busca-se também a ampla divulgação desses resultados no meio científico, principalmente, no ensino, contribuindo para que a CIF se torne cada vez mais transversal à formação profissional. Além disso, tem-se o objetivo de que este consiga chegar efetivamente à prática clínica, por meio de cursos e capacitações para o fonoaudiólogo, atuante no Sistema Único de Saúde (SUS) ou em consultório particular, para que este possa, enfim, agregar à CIF ao seu dia a dia.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado aos pais de crianças e adolescentes de 5 a 16 anos de idade

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado aos pais de crianças e adolescentes de 5 a 16 anos de idade

Prezados Srs. pais ou responsáveis:

Queremos convidar você e seu (a) filho (a) a participar da pesquisa: **“O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças Jovens (CIF-CJ) na Avaliação Fonoaudiológica em Ambiente Ambulatorial”**, que será realizada no Hospital São Geraldo, integrante do Complexo do Hospital das Clínicas da UFMG, serviço para o qual seu filho(a) foi encaminhado para realização de processo de avaliação fonoaudiológica.

O objetivo deste estudo é avaliar o uso de uma classificação mais abrangente na rotina fonoaudiológica ambulatorial, a CIF-CJ, que é capaz de fornecer informações sobre a saúde e a funcionalidade da criança e do jovem por meio de um olhar às Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades nas tarefas, Participação nas situações de vida diária e observação dos Fatores Ambientais que possam influenciar na saúde. Além disso desejamos verificar se haverá correlações entre os resultados desta classificação com questões de Qualidade de Vida, Autopercepção de Saúde, e características econômicas. A sua participação e do (a) seu (a) filho (a) é de grande importância, pois permitirá a construção de novos saberes dentro da Fonoaudiologia.

Para isso, vocês, Srs. pais ou responsáveis, estão sendo convidados a responder questionários sobre aspectos da Qualidade de Vida de seu (a) filho (a), chamado PedsQL, e um outro questionário sobre classificação econômica, o Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB. O tempo médio previsto para sua participação é de, no máximo, 20 minutos e estes procedimentos serão realizados em sala disponibilizada no próprio serviço, enquanto seu filho (a) se encontrar em atendimento. É garantido o sigilo dos dados e, caso você se sinta constrangido com algum dos questionamentos, poderá parar de responder as perguntas e interromper sua participação a qualquer momento.

Seu (a) filho (a) será também convidado (a) a participar do estudo e, caso ele (a) aceite, responderá ao questionário sobre Qualidade de Vida PedsQL, cuja versão é direcionada para crianças e adolescentes, com perguntas adequadas a cada faixa etária. Também será solicitado a ele (a) que responda, por meio de uma escala de faces, a um questionamento referente ao seu estado atual de saúde, para que sejam verificados aspectos da sua Autopercepção de Saúde. Esta etapa deverá ser feita nos minutos finais de uma das sessões de avaliação fonoaudiológica. A realização de tais procedimentos não trará riscos diretos, dor ou incômodo à seu (a) filho (a), mas, caso ele (a) se sinta de alguma forma constrangido ou não quiser mais responder aos questionamentos que forem realizados, o procedimento será interrompido.

Solicitamos aos Srs., ainda, a autorização para acessar o prontuário que será gerado neste Ambulatório durante a avaliação fonoaudiológica de seu (a) filho (a), para coletar outros dados que irão descrever os aspectos funcionais da comunicação deste e que se encontrarão nos protocolos a serem utilizados e nos Relatórios de Anamnese e de Avaliação.

Todas as informações obtidas, nos questionários aplicados com o Sr. (a) e com o (a) seu (a) filho (a) e nos protocolos e relatórios deste Ambulatório serão sigilosas, sendo que o Sr.(a) e seu (a) filho (a) serão identificados apenas por um número e os nomes não serão divulgados. Os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa científica e somente as pesquisadoras envolvidas no projeto terão acesso a eles. Os resultados deste estudo serão publicados em revistas científicas da área, mas sem qualquer identificação dos pais ou responsáveis e das crianças/jovens participantes.

Todos os procedimentos serão gratuitos, sem custos ou reembolsos aos participantes, e não irão prejudicar sua rotina neste ambulatório. Caso o Sr.(a) não queira participar desta pesquisa, não haverá quaisquer consequências no processo de avaliação fonoaudiológica pelo qual seu (a) filho (a) está passando. Além disso, o Sr.(a) tem a garantia, em qualquer etapa do estudo, de esclarecer quaisquer dúvidas que possam vir a surgir. Também é garantida a liberdade da retirada do consentimento, em caso de desistência, a qualquer momento, sem nenhum dano ou prejuízo ao vínculo da criança ou adolescente ou dos Srs., pais ou responsáveis, com o Ambulatório de Fonoaudiologia ou

com o Hospital das Clínicas da UFMG. Não haverá benefícios diretos, mas a colaboração do Sr.(a) e do seu (a) filho (a) é fundamental para novos avanços e estudos na área da Fonoaudiologia.

Desde já, contamos com sua participação e agradecemos a disponibilidade.

Pesquisadoras:

Marina Garcia de Souza Borges
Stela Maris Aguiar Lemos
Adriane Mesquita de Medeiros

Baseado neste termo, eu, _____, responsável legal de _____ aceito participar da pesquisa, **“O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças Jovens (CIF-CJ) na Avaliação Fonoaudiológica em Ambiente Ambulatorial”**, concordo e autorizo a participação de meu filho (a), em acordo com as informações acima expostas.

_____, _____ de _____ de 20____
De acordo.

Assinatura pais ou responsáveis

Pesquisadoras:

Marina Garcia de Souza Borges – Fonoaudióloga, Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da UFMG.

Stela Maris Aguiar Lemos – Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG.

Adriane Mesquita de Medeiros – Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.:

Endereço institucional: Av. Alfredo Balena, 190, sala 249, Belo Horizonte/MG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

APÊNDICE B – Termo de Assentimento direcionado aos participantes de 7 a 12 anos de idade

Termo de Assentimento direcionado aos participantes de 7 a 12 anos de idade

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças Jovens (CIF-CJ) na Avaliação Fonoaudiológica em Ambiente Ambulatorial”**.

O objetivo deste estudo é avaliar, na Fonoaudiologia, o uso de uma classificação que descreva melhor a saúde e a funcionalidade da comunicação de crianças e jovens. Além disso desejamos verificar se há relações entre os resultados desta classificação com a Qualidade de Vida de crianças e jovens, com a forma como eles percebem sua própria saúde, e com questões econômicas. A sua participação é muito importante para nós e nos dará muitas informações.

Se você aceitar participar, você responderá a perguntas sobre sua qualidade de vida, que é a forma como você percebe sua própria vida, dentro do meio em que você vive. Além disso, você indicará, em uma escala com faces, como você avalia sua saúde. Estas avaliações serão realizadas de forma que não atrapalhem o seu atendimento no Ambulatório de Fonoaudiologia e, apenas após autorização de seus pais ou responsáveis e do seu assentimento. Iremos também olhar os resultados das atividades que você realizou no ambulatório durante sua avaliação.

Os seus dados serão mantidos em segredo e seu nome e o(s) do(s) seu(s) pai(s) ou responsável(is) não serão revelados. Ninguém terá acesso aos seus dados, a não ser as pesquisadoras e eles serão utilizados apenas nesta pesquisa. Durante a entrevista, se você não quiser mais responder as perguntas, você poderá se recusar. Também pode desistir de participar da atividade a qualquer momento, sem que isso atrapalhe sua avaliação.

Sempre que tiver alguma questão que você não entender, você pode pedir que esta seja melhor explicada. Isso pode ser feito a qualquer hora e quantas vezes você precisar.

Esta pesquisa não apresenta riscos diretos a sua saúde e não provocará dor ou incômodos físicos e sua participação nos ajudará muito a entender mais sobre a funcionalidade da comunicação de crianças e jovens e suas relações com a qualidade de vida e percepção de saúde. Agradecemos muito sua participação.

Marina Garcia de Souza Borges
Stela Maris Aguiar Lemos
Adriane Mesquita de Medeiros

Baseado neste termo, eu, _____ (nome da criança), aceito participar da pesquisa, **“O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças Jovens (CIF-CJ) na Avaliação Fonoaudiológica em Ambiente Ambulatorial”**, em acordo com as informações acima expostas.

Assinatura da criança: _____
_____, _____ de _____ de 20____
De acordo.

Assinatura dos pais ou responsáveis

Pesquisadoras:

Marina Garcia de Souza Borges – Fonoaudióloga, Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da UFMG.

Stela Maris Aguiar Lemos e Adriane Mesquita de Medeiros – Fonoaudiólogas, professoras do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG.

Endereço institucional: Av. Alfredo Balena, 190, sala 249, Belo Horizonte/MG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

APÊNDICE C – Termo de Assentimento direcionado aos participantes de 13 a 16 anos de idade

Termo de Assentimento direcionado aos participantes de 13 a 16 anos de idade

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças Jovens (CIF-CJ) na Avaliação Fonoaudiológica em Ambiente Ambulatorial”**.

O objetivo deste estudo é avaliar, dentro da Fonoaudiologia, o uso de uma classificação que descreva melhor a saúde e a funcionalidade da comunicação de crianças e jovens. Além disso desejamos verificar se há relações entre os resultados desta classificação com aspectos da Qualidade de Vida de crianças e jovens, com a forma como eles percebem sua própria saúde, e com questões econômicas. A sua participação é muito importante para nós, pois permitirá a construção de novos saberes dentro da Fonoaudiologia.

Se você aceitar participar, você responderá a perguntas sobre sua qualidade de vida, que é a forma como você percebe sua própria vida, dentro do meio em que você vive. Além disso, você indicará, em uma escala com faces, como você avalia sua própria saúde neste momento. Estas avaliações serão realizadas de forma que não atrapalhem o seu atendimento no Ambulatório de Fonoaudiologia e, apenas após autorização de seus pais ou responsáveis e do seu assentimento. Iremos, ainda, verificar os resultados das avaliações que você realizou neste ambulatório.

Os seus dados serão mantidos em segredo e seu nome e o(s) do(s) seu(s) pai(s) ou responsável(is) não serão revelados. Ninguém terá acesso aos seus dados, a não ser as pesquisadoras e eles serão utilizados apenas nesta pesquisa. Durante a entrevista, se você não quiser mais responder as perguntas, você poderá se recusar. Também pode desistir de participar da atividade a qualquer momento, sem que isso atrapalhe sua avaliação.

Sempre que tiver alguma questão que você não entenda, você pode pedir que esta seja melhor explicada. Isso pode ser feito a qualquer hora e quantas vezes você precisar. A sua participação é gratuita e voluntária. Esta pesquisa não apresenta riscos diretos a sua saúde e não provocará dor ou incômodos físicos. Sua participação nos ajudará a entender mais sobre aspectos da funcionalidade da comunicação de crianças e jovens e suas relações com a qualidade de vida e autopercepção de saúde. Desde já agradecemos muito sua disponibilidade e participação.

Atenciosamente.

Marina Garcia de Souza Borges

Stela Maris Aguiar Lemos

Adriane Mesquita de Medeiros

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa, **“O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças Jovens (CIF-CJ) na Avaliação Fonoaudiológica em Ambiente Ambulatorial”**, em acordo com as informações acima expostas.

_____, _____ de _____ de 20__

De acordo.

Assinatura pais ou responsáveis

Pesquisadoras:

Marina Garcia de Souza Borges – Fonoaudióloga, Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da UFMG.

Stela Maris Aguiar Lemos e Adriane Mesquita de Medeiros – Fonoaudiólogas, professoras do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG.

Endereço institucional: Av. Alfredo Balena, 190, sala 249, Belo Horizonte/MG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

APÊNDICE D – Autopercepção de saúde - Escala de faces

“Você acha que sua saúde é:”



5 – Muito boa



4 – Boa



**3 – Regular/
Normal**



2 – Ruim



1 – Muito ruim

APÊNDICE E – Protocolo de dados descritivos

Protocolo de dados descritivos

1 – Idade: _____ - Faixa Etária () 5 a 7 () 8 a 12 () 13 a 16

2 – Gênero: () Masculino () Feminino

3 – Escolaridade: _____ - () Ed. Infantil () Ens. Fundamental - 1º ao 9º () Ens. Médio – 1º ao 3º

4 – Naturalidade: _____ -
 () Belo Horizonte () Região Metropolitana () Interior de Minas Gerais
 () Outros Estados

5 – Local de Domicílio: _____ -
 () Belo Horizonte () Região Metropolitana () Interior de Minas Gerais

6 – Nº de irmãos: _____ - () S/irmãos () 1 a 3 irmãos () 3 a 5 irmãos () Acima de 5 irmãos

7 – Escolaridade Parental – Mãe: _____ - () Sem escolaridade () Ed. Infantil
 () Ens. Fundamental - 1º ao 9º () Ens. Médio – 1º ao 3º () Ens. Superior Completo
 () Ens. Superior Incompleto
 () Outro: _____

8 – Escolaridade Parental – Pai: _____ - () Sem escolaridade () Ed. Infantil
 () Ens. Fundamental - 1º ao 9º () Ens. Médio – 1º ao 3º () Ens. Superior Completo
 () Ens. Superior Incompleto
 () Outro: _____

9 – Renda: _____

10 – Queixas:

11 – Hipóteses Diagnósticas Fonoaudiológicas:

12 – Condutas dos casos:

APÊNDICE F – Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes

“Lista preliminar da CIF para uso em ambulatório de diagnóstico de crianças e adolescentes”

- **Funções do Corpo**

Categorias	Categoria Descrita		Categoria não-descrita
	Há Deficiência	Não Há Deficiência	
b140 - Funções da atenção			
b144 - Funções da memória			
b156 - Funções da percepção			
b164 - Funções cognitivas de nível superior			
b167 - Funções mentais da linguagem			
b172 - Funções de cálculo			
b230 - Funções auditivas			
b310 - Funções da voz			
b320 - Funções da articulação			
b330 - Funções da fluência e do ritmo da fala			
b440 - Funções respiratórias			
b510 - Funções de ingestão			

- **Atividades e Participação**

Categorias	Categoria Descrita			Categoria não-descrita
	Qualificador	Há Dificuldade	Não Há Dificuldade	
d110 - Observar	Desempenho			
d115 - Ouvir	Desempenho			
	Capacidade			
d130 - Imitar	Desempenho			
	Capacidade			
d132 – Aquisição de linguagem	Desempenho			
d137 - Aquisição de conceitos	Capacidade			
d140 - Aprender a ler	Desempenho			
	Capacidade			
d145 - Aprender a escrever	Desempenho			
	Capacidade			
d155 – Aquisição de habilidades	Desempenho			
	Capacidade			
d166 – Ler	Desempenho			
	Capacidade			

d170 - Escrever	Desempenho			
	Capacidade			
d172 - Calcular	Desempenho			
	Capacidade			
d175 - Resolver problemas	Desempenho			
	Capacidade			
d210 - Realizar uma única tarefa	Desempenho			
	Capacidade			
d310 – Comunicação-recepção de mensagens orais	Desempenho			
	Capacidade			
d325 - Comunicação-recepção de mensagens escritas	Desempenho			
	Capacidade			
d330 - Fala	Desempenho			
	Capacidade			
d335 – Produção de mensagens não verbais	Capacidade			
d345 - Escrever mensagens	Capacidade			

d350 - Conversação	Desempenho			
	Capacidade			
d550 - Comer	Desempenho			
	Capacidade			
d560 - Beber	Desempenho			
	Capacidade			
d599 - Cuidados pessoais, não especificados	Desempenho			
d640 - Realização das tarefas domésticas	Desempenho			
d720 - Interações interpessoais complexas	Desempenho			
	Capacidade			
d750 - Relações sociais informais	Desempenho			
d760 - Relações familiares	Desempenho			
d815 - Educação infantil	Desempenho			
d820 - Educação escolar	Desempenho			
d920 - Recreação e lazer	Desempenho			
d930 - Religião e espiritualidade	Desempenho			

- Fatores Ambientais**

Categorias	Categoria Descrita		Categoria não-descrita
	É Barreira	É Facilitador	
e110 - Produtos ou substâncias para consumo pessoal			
e125 - Produtos e tecnologia para a comunicação			
e130 - Produtos e tecnologia para a educação			
e140 - Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas			
e165 - Bens			
e310 - Família nuclear			
e315 - Família ampliada			
e320 - Amigos			
e325 - Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade			
e355 - Profissionais de saúde			
e360 - Outros profissionais			
e410 - Atitudes individuais de membros da família nuclear			
e415 - Atitudes individuais de membros ampliada			
e420 - Atitudes individuais de amigos			
e425 - Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade			
e530 - Serviços, sistemas e políticas de utilidade pública			
e570 - Serviços, sistemas e políticas da previdência social			
e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde			

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do COEP UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 47193615.9.0000.5149

Interessado(a): Profa. Stela Maris Aguiar Lemos
Departamento de Fonoaudiologia
Faculdade de Medicina- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de agosto de 2015, o projeto de pesquisa intitulado " **O uso da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para crianças e jovens (CIF-CJ) na avaliação fonoaudiológica em ambiente ambulatorial**" bem como:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido;

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – PedsQL™ Relato da Criança (5 a 7 anos)

PedsQL™

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Versão 4.0 – Portuguese (Brazil)

RELATO DA CRIANÇA (5 a 7 anos)

Instruções para o entrevistador:

Eu vou te fazer algumas perguntas sobre coisas que podem ser difíceis para algumas crianças. Eu quero saber se cada uma dessas coisas pode ser difícil para você.

Mostre à criança a página com as carinhas e conforme você for lendo as frases abaixo aponte a resposta correspondente.

Se isso nunca é difícil, aponte a carinha sorridente.

Se isso algumas vezes é difícil, aponte a carinha do meio.

Se isso quase sempre é difícil, aponte a carinha zangada.

Eu vou ler as perguntas uma por uma. Quando eu acabar de ler uma pergunta, você vai apontar a resposta para me dizer se isso é difícil para você. Vamos treinar primeiro.

	Nunca	Algumas vezes	Quase sempre
Para você é difícil estalar os dedos?	😊	😐	😡

Para determinar se a criança respondeu corretamente à pergunta ou não, peça-lhe que mostre como estala os dedos. Repita a pergunta se a criança mostrou uma resposta diferente da ação.

Pense em como você tem se sentido durante as últimas semanas. Por favor, escute cada uma das frases com bastante atenção e me conte se cada uma destas coisas é difícil para você.

Depois de ler o item mostre à criança a página com as carinhas. Se ela hesitar ou parecer não saber como responder, leia as opções de resposta enquanto aponta as carinhas.

Capacidade Física (E DIFÍCIL...)	Nunca	Algumas vezes	Quase sempre
1. Você acha difícil andar?	0	2	4
2. Você acha difícil correr?	0	2	4
3. Você acha difícil fazer exercícios físicos ou esportes?	0	2	4
4. Você acha difícil levantar coisas pesadas?	0	2	4

5. Você acha difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro?	0	2	4
6. Você acha difícil ajudar nas tarefas domésticas (como apanhar os seus brinquedos)?	0	2	4
7. Você sente dor? (Onde? _____)	0	2	4
8. Você se sente cansado/a demais para brincar?	0	2	4

Lembre-se, você vai me contar se isto tem sido difícil para você durante as últimas semanas.

Aspecto Emocional (E DIFÍCIL...)	Nunca	Algumas vezes	Quase sempre
1. Você sente medo?	0	2	4
2. Você se sente triste?	0	2	4
3. Você sente raiva?	0	2	4
4. Você dorme mal?	0	2	4
5. Você se preocupa com que vai acontecer com você?	0	2	4

Aspecto Social (E DIFÍCIL...)	Nunca	Algumas vezes	Quase sempre
1. Você acha difícil conviver com outras crianças?	0	2	4
2. As outras crianças dizem que não querem brincar com você?	0	2	4
3. As outras crianças implicam com você?	0	2	4
4. As outras crianças fazem coisas que você não consegue fazer?	0	2	4
5. Você acha difícil acompanhar as brincadeiras com outras crianças?	0	2	4

Atividade Escolar (E DIFÍCIL...)	Nunca	Algumas vezes	Quase sempre
1. Você acha difícil prestar atenção na aula?	0	2	4
2. Você esquece as coisas?	0	2	4
3. Você acha difícil acompanhar a sua turma nas tarefas escolares?	0	2	4
4. Você falta à aula porque você não se sente bem?	0	2	4
5. Você falta à aula porque você tem que ir ao médico ou ao hospital?	0	2	4

ANEXO C – PedsQL™ Relato dos Pais sobre o Filho/a Filha (5 a 7 anos)

PedsQL™

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Versão 4.0 – Portuguese (Brazil)

RELATO DOS PAIS sobre O FILHO / A FILHA (5 a 7 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais o seu filho / a sua filha pode ter dificuldade.
Por favor, conte-nos se o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

0 se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
1 se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
2 se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
3 se ele / ela **frequentemente** tem dificuldade com isso
4 se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante o **ÚLTIMO MÊS**, o seu filho / a sua filha tem tido **dificuldade** com cada uma das coisas abaixo?*

Capacidade Física (DIFICULDADE PARA...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas, como apanhar os brinquedos	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4

8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---	---

Aspecto Emocional (DIFICULDADE PARA...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüen- temente	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele / ela	0	1	2	3	4

Aspecto Social (DIFICULDADE PARA...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüen- temente	Quase sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

Atividade Escolar (DIFICULDADE PARA...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüen- temente	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas atividades escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ANEXO D – PedsQL™ Relato da Criança (8 a 12 anos)

PedsQL™

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Versão 4.0 – Português (Brasil)

RELATO DA CRIANÇA (8 a 12 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **você** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **você tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0** se você **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se você **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se você **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se você **muitas vezes** tem dificuldade com isso
- 4** se você **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante o **ÚLTIMO MÊS**, você tem tido **dificuldade** com cada uma das coisas abaixo?

SOBRE MINHA SAÚDE E MINHAS ATIVIDADES <i>(dificuldade para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Para mim é difícil andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar coisas pesadas	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Eu sinto dor	0	1	2	3	4
8. Eu me sinto cansado/a	0	1	2	3	4

SOBRE MEUS SENTIMENTOS <i>(dificuldade para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu sinto medo	0	1	2	3	4
2. Eu me sinto triste	0	1	2	3	4
3. Eu sinto raiva	0	1	2	3	4
4. Eu durmo mal	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4

COMO EU CONVIVO COM OUTRAS PESSOAS <i>(dificuldades para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu tenho dificuldade para conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não querem ser minhas amigas	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicam comigo	0	1	2	3	4
4. Eu não consigo fazer coisas que outras crianças da minha idade fazem	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

SOBRE A ESCOLA <i>(dificuldades para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
3. Eu tenho dificuldade para acompanhar a minha turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Eu falto à aula por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Eu falto à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ANEXO E – PedsQL™ Relato dos Pais de Crianças (8 a 12 anos)

TM
PedsQL
 Questionário da
 Qualidade de Vida Pediátrica

Versão 4.0 – Português

RELATÓRIO para os PAIS de CRIANÇAS (idades 8-12)**INSTRUÇÕES**

Na página que se segue está uma lista de atividades que podem ser um problema para a sua criança. Por favor diga-nos, **até que ponto** cada uma delas, foi para a sua criança, um problema durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um círculo:

- 0 se **nunca** é um problema
 1 se **quase nunca** é um problema
 2 se **algumas vezes** é um problema
 3 se **é muitas vezes** um problema
 4 se **é quase sempre** um problema

Não há respostas certas ou erradas.
 Se não perceber uma pergunta, por favor, peça ajuda.

No **ÚLTIMO MÊS** até que ponto a sua criança teve **problemas com ...**

CAPACIDADE FÍSICA (dificuldade para...)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Andar mais que um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar espotes ou fazer exercícios	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Sentir-se com poucas forças	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado	0	1	2	3	4
2. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
3. Sentir-se com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele/ela	0	1	2	3	4

ASPECTO SOCIAL (<i>dificuldade para...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não quererem ser amigo dele/dela	0	1	2	3	4
3. As outras crianças implicarem com seu filho/filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que as outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

ATIVIDADE ESCOLAR (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer das coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nos trabalhos escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ANEXO F – PedsQL™ Relato do/a Adolescente (13 a 18 anos)

PedsQL™

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Versão 4.0 – Português (Brasil)

RELATO DO/A ADOLESCENTE (13 a 18 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **você** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **você tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0 se você **nunca** tem dificuldade com isso
- 1 se você **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2 se você **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3 se você **muitas vezes** tem dificuldade com isso
- 4 se você **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante o **ÚLTIMO MÊS**, você tem tido **difficuldade** com cada uma das coisas abaixo?

SOBRE MINHA SAÚDE E MINHAS ATIVIDADES <i>(difficuldade para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Para mim é difícil andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar coisas pesadas	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Eu sinto dor	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

SOBRE MEUS SENTIMENTOS <i>(difficuldade para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu sinto medo	0	1	2	3	4
2. Eu me sinto triste	0	1	2	3	4
3. Eu sinto raiva	0	1	2	3	4
4. Eu durmo mal	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4

COMO EU CONVIVO COM OUTRAS PESSOAS <i>(difficuldades para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu tenho dificuldade para conviver com outros / outras adolescentes	0	1	2	3	4
2. Os outros / as outras adolescentes não querem ser meus amigos / minhas amigas	0	1	2	3	4
3. Os outros / as outras adolescentes implicam comigo	0	1	2	3	4
4. Eu não consigo fazer coisas que outros / outras adolescentes da minha idade fazem	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil acompanhar os / as adolescentes da minha idade	0	1	2	3	4

SOBRE A ESCOLA <i>(difficuldades para...)</i>	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
3. Eu tenho dificuldade para acompanhar a minha turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Eu falto à aula por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Eu falto à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ANEXO G – PedsQL™ Relato dos Pais sobre o Filho/a Filha (13 a 18 anos)

PedsQL™

Questionário pediátrico sobre qualidade de vida

Versão 4.0 – Português (Brasil)

RELATO DOS PAIS SOBRE O FILHO / A FILHA (13 a 18 anos)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **o seu filho / a sua filha** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **o seu filho / a sua filha tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um "X" no número:

- 0** se ele / ela **nunca** tem dificuldade com isso
- 1** se ele / ela **quase nunca** tem dificuldade com isso
- 2** se ele / ela **algumas vezes** tem dificuldade com isso
- 3** se ele / ela **frequentemente** tem dificuldade com isso
- 4** se ele / ela **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante o ÚLTIMO MÊS, o seu filho / a sua filha tem tido *difficuldade* com cada uma das coisas abaixo?

CAPACIDADE FÍSICA (<i>difficuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Sentir dor	0	1	2	3	4
8. Ter pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

ASPECTO EMOCIONAL (<i>difficuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado/a	0	1	2	3	4
2. Ficar triste	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dormir mal	0	1	2	3	4
5. Se preocupar com o que vai acontecer com ele /	0	1	2	3	4

ASPECTO SOCIAL (<i>difficuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Conviver com outros / outras adolescentes	0	1	2	3	4
2. Os outros / as outras adolescentes não quererem ser amigos dele / dela	0	1	2	3	4
3. Os outros / as outras adolescentes implicarem com o seu filho / a sua filha	0	1	2	3	4
4. Não conseguir fazer coisas que outros / outras adolescentes da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar os / as adolescentes da idade dele / dela	0	1	2	3	4

ATIVIDADE ESCOLAR (<i>difficuldade para...</i>)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Quase sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar a turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Faltar à aula por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

ANEXO H – Autorização de uso do PedsQL™



User agreement
Special Terms

Mapi Research Trust, a non-for-profit organisation subject to the terms of the French law of 1st July 1901, registered in Carpentras under number 453 979 346, whose business address is 27 rue de la Villette, 69003 Lyon, France, hereafter referred to as "MRT" and the User, as defined herein, (each referred to singularly as a "Party" and/or collectively as the "Parties"), do hereby agree to the following User Agreement Special and General Terms:

Mapi Research Trust
 PROVIDE™
 27 rue de la Villette
 69003 Lyon
 France
 Phone: +33 (0)4 72 13 66 66

Recitals

The User acknowledges that it is subject to these Special Terms and to the General Terms of the Agreement, which are included in Appendix 1 to these Special Terms and fully incorporated herein by reference. Under the Agreement, the Questionnaire referenced herein is licensed, not sold, to the User by MRT for use only in accordance with the terms and conditions defined herein. MRT reserves all rights not expressly granted to the User.

The Parties, in these Special Terms, intend to detail the special conditions of their partnership.

The Parties intend that all capitalized terms in the Special Terms have the same definitions as those given in article 1 of the General Terms included in Appendix 1.

In this respect, the Parties have agreed as follows:

Article 1. Conditions Specific to the User

Section 1.01 Identification of the User

User Name	Marina Garcia de Souza Borges
Legal Form	Student
Address	Street Madeira, 306, Renascença Minas Gerais 31130-320 Belo Horizonte
Country	Brazil
Email address	ninaborgesvh@hotmail.com
Telephone number	+5531984156627

Section 1.02 Identification of the Questionnaire

Pediatric Quality of Life Inventory™_UserAgreement_March2016_22.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

Title	Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™)
Author(s)	Varni JW
Owner	Varni James W, PhD
Copyright	Copyright © 1998 JW Varni, Ph.D. All rights reserved
Original bibliographic references	See Appendix 2

Article 2. Rights to Use

Section 2.01 Context of the Use of the Questionnaire

The User undertakes to only use the Questionnaire in the context of the Study as defined hereafter.

Context of Use	Clinical project or study
Title	The use of The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) in the Speech-Language Pathology evaluation in ambulatory environment
Disease or condition	communication disorders
Type of research	Epidemiologic/Observational
Number of patients expected	150
Number of submissions to the questionnaire for each patient	1
Start	03/2016
End	12/2021
Mode of administration	Paper administration

Section 2.02 Conditions for Use

The User undertakes to use the Questionnaire in accordance with the conditions for use defined hereafter.

(a) Rights transferred

Acting in the Owner's name, MRT transfers the following limited, non-exclusive rights, to the User (the "Limited Rights")

(i) to use the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to communicate it to the Beneficiaries only, free of charge, by any means of communication and by any means of remote distribution known or unknown to date, subject to respecting the conditions for use described hereafter; and

(ii) to reproduce the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to physically establish the Questionnaire or to have it physically established, on any paper, electronic, analog or digital medium, and in particular documents, articles, studies, observations, publications, websites whether or not protected by restricted access, CD, DVD, CD-ROM, hard disk, USB flash drive, for the Beneficiaries only and subject to respecting the conditions for use described hereafter; and

(iii) Should the Questionnaire not already have been translated into the language requested, the User is entitled to translate the Questionnaire or have it translated in this language, subject to informing MRT of the same beforehand by the signature of a Translation Agreement indicating the terms of it and to providing a copy of the translation thus obtained as soon as possible to MRT.

Pediatric Quality of Life Inventory™_UserAgreement_March2016_22.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



The User acknowledges and accepts that it is not entitled to amend, modify, condense, adapt, reorganise the Questionnaire on any medium whatsoever, in any way whatsoever, even minor, without MRT's prior specific written consent.

(b) Specific conditions for the Owner

The Owner has intended to transfer a part of the copyright on the Questionnaire and/or the Documentation to MRT in order to enable MRT to make it available to the User for the purpose of the Study, subject to the User respecting the following conditions:

User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the Questionnaire in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wordings or organisation in the Questionnaire, without the prior written agreement of the Owner. If permission is granted, any improvements, modifications, or enhancements to the Questionnaire which may be conceived or developed, including translations and modules, shall become the property of the Owner.

The User therefore undertakes to respect these special terms.

(c) Specific conditions for the Questionnaire

- Use in Individual clinical practice or Research study / project

The User undertakes never to duplicate, transfer or publish the Questionnaire without indicating the Copyright Notice.

In the case of use of an electronic version of the Questionnaire in academic studies, the User undertakes to respect the following special obligations:

In the case of use of an electronic version of the Questionnaire in academic studies, the User undertakes to respect the following special obligations:

- In case of use of an IT Company (e-vendor), User shall check with Mapi Research Trust that IT Company has signed the necessary License Agreement with Mapi Research Trust before developing the electronic version of the Questionnaire
- Not modify the questionnaire (items and response scales, including the response scale numbers from 0-4)
- Cite the reference publications
- Insert the Owner's copyright notice on all pages/screens on which the Questionnaire will be presented and insert the Trademark information: PedsQL™, Copyright © 1998 JW Varni, Ph.D. All rights reserved.
- Mention the following information: "PedsQL™ contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org> and www.pedsq.org/index.html "
- Submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to Dr James W. Varni before release for approval and to check that the above-mentioned requirements have been respected.

In the case of use of an electronic version of the Questionnaire in commercial studies / projects, the User undertakes to respect the following special obligations:

User shall:

- In case of use of an IT Company (e-vendor), User shall check with Mapi Research Trust that IT Company has signed the necessary License Agreement with Mapi Research Trust before developing the electronic version of the Questionnaire
- Not modify the questionnaire (items and response scales, including the response scale numbers from 0-4)
- Cite the reference publications
- Insert the Owner's copyright notice on all pages/screens on which the Questionnaire will be presented and insert the Trademark information: PedsQL™, Copyright © 1998 JW Varni, Ph.D. All rights reserved.
- Mention the following information: "PedsQL™ contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org> and www.pedsq.org/index.html "

- For the first migration of the Questionnaire (generally the original version) into a specific electronic device

- Review of screenshots:



After implementation of the Questionnaire into the device, the user/IT Company will generate screen captures (screenshots) of the original questionnaire as displayed in the device. These will be reviewed by Mapi to check that they are consistent with the original paper version in terms of presentation, content and completion except for specific instructions related to the electronic administration. Corrections that may be needed will be reported to the user/IT Company. In this case, screenshots after correction will be generated for another round of review by Mapi until all screenshots are approved.

Dr James W. Varni will review all approved screenshots for a final validation.

- Usability testing:

Usability testing is a methodology which aims to examine whether respondents are able to use a device and associated software as intended. Major issues of concern in usability testing typically include device complexity, navigation and response selection for example.

The objective of this investigation is to ensure that the electronic version of the questionnaire as included in the device meets usability criteria, focusing on functional aspects and respondents' understanding of instructions. Usability testing consists in interviews with patients where patients will complete the electronic version of the Questionnaire on the device and comment on their understanding of the instructions, ease of use and handiness of the device. A Usability testing report presenting results will be produced. If any changes are recommended, these will be implemented by the user/IT Company. If issues raised by respondents are rated as major, the user/IT Company may need to perform additional developments and another round of interviews may be needed.

Dr James W. Varni will review the changes suggested, if any, following the interviews.

The review of screenshots is mandatory. The usability testing is highly recommended by Mapi, however should the User and/or IT Company decide not to perform this step, Mapi Research Trust shall not be held responsible for any consequence and expense associated with this decision which shall remain the User and/or IT Company's sole liability.

The review of screenshots and usability testing, when and if performed, shall be performed exclusively by Mapi and shall be sponsored by the User.

The performance of the review of screenshots and usability testing will result in a certification of the electronic device original version of the Questionnaires by Mapi for future licenses.

- For the migration of other language versions of the Questionnaire on an existing certified specific electronic device

- Update version

After the electronic device original version of the Questionnaire is fully ready, the Questionnaire's language versions developed for paper administration will be updated to reflect the changes in wording of instructions implemented in the electronic device original version of the questionnaire.

Native speakers of the languages will reflect the changes made to the electronic device original version of the Questionnaire and will provide English equivalents of all changes made for Mapi's quality control.

- Review of screenshots:

After implementation of the Questionnaire into the device, the user/IT Company will generate screen captures (screenshots) of the original questionnaire as displayed in the device. These will be reviewed by Mapi to check that they are consistent with the original paper version in terms of presentation, content and completion except for specific instructions related to the electronic



administration. Corrections that may be needed will be reported to the user/IT Company. In this case, screenshots after correction will be generated for another round of review by Mapi until all screenshots are approved.

The update of version and review of screenshots are mandatory. These steps shall be performed exclusively by Mapi and shall be sponsored by the User.

The performance of the update of version and review of screenshots will result in a certification of the electronic device language version of the Questionnaires by Mapi for future licenses.

- Use in a publication:

In the case of a publication, article, study or observation on paper or electronic format of the Questionnaire, the User undertakes to respect the following special obligations:

- not to include any full copy of the Questionnaire, but a version with the indication "sample copy, do not use without permission"
- to indicate the name and copyright notice of the Owner (PedsQL™, Copyright © 1998 JW Varni, Ph.D. All rights reserved)
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: "PedsQL™ contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France. – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org> and www.pedsq.org "
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- Use for dissemination or marketing:

In the case of use in a dissemination/marketing context:

- On a website with unrestricted access:

The publication of a copy of the PedsQL™ on a website with unrestricted access is not permitted.

- On a website with restricted access:

In the case of publication on a website with restricted access, the User may include a version of the Questionnaire that may be amended, subject to this version being protected by a sufficiently secure access to only allow the Beneficiaries to access it.

Article 3. Term

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire as from the date of delivery of the Questionnaire to the User and for the whole period of the Study.

Article 4. Beneficiaries

The Parties agree that the User may communicate the Questionnaire in accordance with the conditions defined above to the Beneficiaries involved in the Study only, in relation to the Study defined in section 2.01.



Article 5. Territories and Languages

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire on the following territories and in the languages indicated in the table below:

Questionnaire	Language
PedsQL™ Arthritis module	Danish for Denmark
PedsQL™ Arthritis module	English for the USA
PedsQL™ Arthritis module	Estonian for Estonia
PedsQL™ Arthritis module	French for Canada
PedsQL™ Arthritis module	Italian for Italy
PedsQL™ Arthritis module	Turkish for Turkey

Article 6. Price and Payment Terms

The User undertakes in relation to MRT to pay the price owed in return for the availability of the Questionnaire, according to the prices set out below, depending on the languages requested and the costs of using the Questionnaire, in accordance with the terms and conditions described in section 6.02 of the General Terms included in Appendix 1.

Access to the Questionnaire in non-funded academic research and individual clinical practice is free of charge.

Agreed and acknowledged by

Marina Garcia de Souza Borges

21-Dec-2017

ANEXO I – Critério de Classificação Econômica Brasil – Versão 2020 (ABEP)

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Grau de instrução do chefe da família		
Analfabeto / Fundamental I incompleto		0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto		1
Fundamental II completo / Médio incompleto		2
Médio completo / Superior incompleto		4
Superior completo		7
Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
1 – A	45 - 100
2 - B1	38 - 44
3 - B2	29 - 37
4 - C1	23 - 28
5 - C2	17 - 22
6- D – E	0 - 16

Fonte: <https://www.abep.org/criterio-brasil>