

MARINA GARCIA DE SOUZA BORGES

**O USO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS (CIF-CJ) NA
AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM AMBIENTE AMBULATORIAL.**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Belo Horizonte
2017**

MARINA GARCIA DE SOUZA BORGES

**O USO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS (CIF-CJ) NA
AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM AMBIENTE AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

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

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

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

Belo Horizonte

2017

Borges, Marina Garcia de Souza.
B732u O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens (CIF-CJ) na avaliação fonoaudiológica em ambiente ambulatorial [manuscrito]. / Marina Garcia de Souza Borges. -- Belo Horizonte: 2017.
162f.:il.
Orientador: Stela Maris Aguiar Lemos.
Coorientador: Adriane Mesquita de Medeiros.
Área de concentração: Ciências Fonoaudiológicas.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Fonoaudiologia/estatística & dados numéricos. 2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 3. Criança. 4. Adolescente. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Lemos, Stela Maris Aguiar. II. Medeiros, Adriane Mesquita de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 900

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof^a. Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Ado Jório de Vasconcelos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Coordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof. Luiz Armando Cunha de Marco

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Selmo Geber

Subcoordenadora: Prof^a. Ana Cristina Côrtes Gama

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

Coordenadora: Prof^a. Stela Maris Aguiar Lemos

Subcoordenadora: Prof^a. Amélia Augusta de Lima Friche

COLEGIADO

Sirley Alves da Silva Carvalho – Titular Luciana Macedo de Resende – Suplente

Letícia Caldas Teixeira – Titular Ana Cristina Cortes Gama – Suplente

Stela Maris Aguiar Lemos – Titular Adriane Mesquita de Medeiros – Suplente

Daniele Veloso de C. Ferreira – Discente titular

Thalita Evaristo C. Dias – Discente suplente

DEDICATÓRIA

A minha mãe, minha maior incentivadora sempre, e
ao Matheus por tudo que é em minha vida!

AGRADECIMENTOS

Foi um longo caminho até aqui... E eu jamais teria conseguido se não tivesse o apoio e o carinho das pessoas que estiveram em minha vida ao longo dos quase dois anos e meio dedicados a essa pesquisa. Portanto, agora é hora de agradecer!

A Deus pela vida, pela força e o amparo quando não me achava capaz e por conceder a oportunidade de um novo dia e de uma nova possibilidade. A Nossa Senhora Auxiliadora por ter me guiado em todos os momentos.

A minha mãe por ser a pessoa que mais acreditou em mim sempre, por seu carinho e colo quando precisei e por seu amor incondicional!

Ao meu pai pelo incentivo ao estudo e ao trabalho duro sempre.

A minha vó querida e demais familiares pela torcida.

A Professora Stela pelo grande exemplo de professora, pesquisadora e Fonoaudióloga. Obrigada por incentivar meu desejo pelo mestrado e por me guiar nessa caminhada.

A Professora Adriane por partilhar seus conhecimentos e abraçar esse projeto. Seu auxílio foi fundamental para que esse trabalho fosse possível.

A todas as professoras do Departamento de Fonoaudiologia da UFMG pelo carinho, ensinamentos e por acompanharem meu percurso durante a Graduação, Residência e Mestrado. Obrigada a Lúcia também por fazer parte dos meus dias na Faculdade de Medicina.

A Laelia e a Patrícia Marques pela disponibilidade e auxílio enquanto coordenadoras do Serviço de Fonoaudiologia do HC-UFMG.

Aos companheiros de HC-UFMG dos serviços de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Enfermagem e Medicina por, a cada dia, me ensinarem mais o significado de trabalho em equipe! Em especial à Letícia, Iza e M^a Tereza que me auxiliaram diretamente na coleta de dados, na busca por referências e com seu ombro amigo!

A todos os funcionários do HC (principalmente Multiprofissional, Ambulatório São Geraldo e SND) pelo auxílio e por tornarem a rotina mais agradável de ser vivida.

A todas as pessoas que me auxiliaram no processo de coleta de dados, com cds e planilhas! Vocês foram fundamentais.

A ABG Consultoria Estatística, a Débora Ferreira e Sara Weimann pela eficiência e presteza em todos os serviços realizados.

Aos queridos amigos do Colégio Pio XII que seguem firmes ao meu lado, mesmo diante de períodos em que o tempo para os encontros é escasso. Lá se vão quase 20 anos de amizade e vocês continuam fazendo parte da minha vida!

Às amigas-Fono com quem compartilhei o sonho dessa profissão desde aquele março de 2006. Com quem também partilhei o sonho da Pós, do Mestrado e ainda todos os sonhos da vida pessoal! Vocês são exemplos para mim, meninas.

Aos amigos da Residência, Cardios e Idosos; foram 5760 horas juntos e cujos laços formados, com toda certeza, serão duradouros. Obrigada pelos encontros, conversas e por toda convivência. Em especial, obrigada Gel pelo incentivo inicial para que eu desse o primeiro passo em direção a essa conquista.

Aos colegas da III Turma de Mestrado em Ciências Fonoaudiológicas da UFMG por tornarem o caminho mais leve, pelas risadas e desesperos que partilhamos e pelo companheirismo durante esse período. Desejo muito sucesso a todos vocês!

Aos amigos que fiz por onde passei (HJK, HSF, Prefeitura de Nova Lima, Prefeitura de Betim...), por deixarem comigo um sempre um pedacinho de vocês, pelo carinho e pela torcida.

E, finalmente, ao Matheus, que surgiu no meio da turbulência que o Mestrado proporciona, mas que, não apenas “quis ficar”, como abraçou minha vida e meu desejo por essa conquista como se também fossem dele. Trouxe paz aos meus dias, me emprestou uma família linda e construiu comigo sonhos que imaginei não mais poder viver.

Mais uma vez eu posso dizer: Eu consegui!

RESUMO

Introdução: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ), foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) visando descrever as possíveis condições de saúde e funcionalidade de indivíduos com idade até 18 anos, além das características que são próprias ao processo de desenvolvimento. Seu uso tem sido reforçado por órgãos tais como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Contudo seu emprego em pesquisas e, principalmente, na prática clínica fonoaudiológica no Brasil ainda é bastante restrito. **Objetivo:** Utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) na caracterização da funcionalidade de pacientes atendidos em um ambulatório de avaliação fonoaudiológica. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional analítico transversal retrospectivo, realizado no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital São Geraldo, integrante do complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). A pesquisa foi baseada em dados secundários oriundos dos relatórios de anamnese e avaliação de pacientes atendidos de 2010 a 2014, configurando um *corpus* inicial de 1032 prontuários. Foram excluídos os prontuários pertencentes a pacientes com idade superior a 16 anos e cujos relatórios de anamnese ou avaliação encontravam-se incompletos. 556 prontuários considerados elegíveis fizeram parte da análise inicial, sendo coletadas informações referentes aos aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais dos pacientes. Na etapa seguinte, somente os prontuários pertencentes à pacientes com idades entre cinco a 16 anos, e sem a suspeita ou diagnóstico confirmado de perda auditiva, deficiência intelectual, transtornos globais do desenvolvimento ou sem inconsistências em relação aos dados presentes nos relatórios, foram incluídos. Deste modo, 180 prontuários foram analisados utilizando a CIF-CJ na classificação da funcionalidade dos aspectos de comunicação e demais questões fonoaudiológicas. Para tanto foi realizada a identificação dos conteúdos que remetesse à presença das categorias dos componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais nos relatórios. Quando presentes, essas foram analisadas como alteradas ou não, indicando a existência de deficiência, dificuldade, Barreira ou Facilitador. O passo seguinte focou nas categorias pertencentes às Funções do Corpo e Atividades e Participação identificadas, sendo realizada, ainda, análise com o objetivo de

estabelecer fatores que pudessem representar um maior número de categorias e verificar a existência de associações destes com os aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais. Para a análise dos dados foi realizada a descrição da distribuição de frequência das variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas. Visando reduzir o número de categorias da CIF-CJ dentro de um mesmo componente, foi realizada Análise Fatorial. Para avaliar a existência de associações entre as variáveis, ao longo do estudo, foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram incluídos inicialmente 556 prontuários, sendo 181 indivíduos do sexo feminino e 375 do sexo masculino, com idades entre um mês e 16 anos. As queixas mais citadas em anamnese foram as alterações de fala, linguagem escrita e de dificuldade na interação social e as hipóteses diagnósticas mais prevalentes foram as alterações na linguagem oral, nos aspectos cognitivos da linguagem e na motricidade orofacial. Nos 180 prontuários que atenderam aos critérios da segunda etapa foram identificadas 65 categorias da CIF-CJ. Dentre os 13 itens das Funções do Corpo verificados, a categoria que, com maior frequência, foi caracterizada como na qual houve deficiência foi a b167 - funções mentais da linguagem (69,4%) e a que predominou com a descrição de que não se observou deficiência foi a b156 - funções da percepção (82,0%). Para as 34 categorias identificadas pertencentes ao componente das Atividades e Participação, as mais frequentemente apontadas como dificuldade foram: d140 - aprender a ler – desempenho (84,9%) e d640 - realização das tarefas domésticas – desempenho (61,4%). Já as categorias que em maior porcentagem foram descritas como não há dificuldade foram: d155 - adquirir competências/habilidades – capacidade (100,0%), d210 - realizar uma única tarefa – capacidade (100,0%), d550 – comer – capacidade (100,0%) e d560 – beber – capacidade (100,0%). Das 18 categorias relativas aos Fatores Ambientais, a descrita na maior parte dos relatórios como Barreira foi a e425 - atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (25,6%) e as descritas como Facilitador em maior frequência foram e130 - produtos e tecnologias para a educação (100,0%), e165 - bens (100,0%), e310 - família próxima/imediata (100,0%) e e325 - conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (100,0%). A Análise Fatorial evidenciou duas dimensões das Funções do Corpo, sendo descritos o Fator um, denominado linguagem/fala/audição, formado pelas funções da

memória, da percepção, cognitivas básicas, mentais da linguagem, auditivas e da articulação e o Fator dois, referente à motricidade orofacial/voz, foi formado pelas funções da voz, respiratórias e de ingestão. Para a análise realizada com as categorias do componente Atividades e Participação, foram retidos três fatores, sendo o Fator um, socialização formado por gerenciar o próprio comportamento (Capacidade e Desempenho), interações interpessoais complexas – desempenho e relacionamentos sociais informais – desempenho, o Fator dois foi formado apenas pela capacidade de adquirir conceitos, e o Fator três, família/escola, formado pelo desempenho em relacionamentos familiares e educação escolar. Após análise, foi verificada associação estatisticamente significativa do Fator um das Funções do Corpo, linguagem/fala/audição, com as variáveis sociodemográficas escolaridade do paciente, idade, número de irmãos, número de cômodos no domicílio e número de pessoas no domicílio e com as variáveis clínico-assistenciais queixa de alteração de fala, hipóteses diagnósticas de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, nos aspectos cognitivos da linguagem, na fala e no processamento auditivo, e com as condutas de realização da avaliação completa do processamento auditivo e de terapia fonoaudiológica. O Fator dois, motricidade orofacial/voz, também integrante das Funções do Corpo, apresentou diferença estatisticamente significativa em relação a variável sociodemográfica faixa de escolaridade do pai e com as variáveis clínico-assistenciais queixa de alterações de motricidade orofacial e na interação social, hipóteses diagnósticas de alterações de motricidade orofacial e de voz e conduta de encaminhamento para acompanhamento com outro profissional. Houve diferença estatisticamente significativa do Fator um das Atividades e Participação, socialização, em relação as variáveis queixa de dificuldade de interação social e hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem. Para o Fator dois, aquisição de conceitos, foi verificada associação com significância estatística com queixas de alterações de fala e de dificuldade de interação social, hipóteses diagnósticas de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem e de motricidade orofacial. Já o Fator três, família/escola, constituído também por categorias do componente Atividades e Participação, apresentou diferença estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas escolaridade do paciente, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, local de residência e idade e com as variáveis clínico-assistenciais queixas de alterações nas questões de leitura e escrita/dificuldades escolares e ausência de alterações de fala, profissional que

realizou o encaminhamento do paciente para avaliação fonoaudiológica e hipóteses diagnósticas de alterações nas questões de linguagem escrita e ausência de alterações de motricidade orofacial. **Conclusão:** Este estudo mostrou que foi possível e viável fazer uso da CIF-CJ para caracterizar questões de funcionalidade referentes aos aspectos fonoaudiológicos de crianças e jovens encaminhados para avaliação ambulatorial. Possibilitou ainda, verificar a existência de associações entre fatores construídos por meio das categorias mais prevalentes da CIF-CJ com variáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais. Demonstra-se, assim, a possibilidade e importância da inserção desta classificação na rotina clínica ambulatorial em fonoaudiologia.

Descritores: Fonoaudiologia, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Criança, Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: The International Classification of Functioning, Disability and Health Children & Youth Version (ICF-CY) was created by the World Health Organization (WHO) to describe the possible conditions of health and functionality of individuals aged up to 18 years and the characteristics that are proper of the development process. Its use has been reinforced by bodies such as the National Health Council (CNS) and the Federal Council of Speech Therapy (CFFa). However, its use in researches, and mainly in speech and language clinical practice in Brazil, is still very restricted.

Purpose: To use the International Classification of Functioning, Disability and Health Children & Youth Version (ICF-CY) in the characterization of the functionality of patients assisted in a speech-language pathology outpatient clinic.

Methods: This is a retrospective observational analytic cross-sectional study conducted at the Speech and Hearing Clinic of the São Geraldo Hospital, an integrant part of the complex of the Medical School (Hospital das Clínicas) of the Federal University of Minas Gerais (HC-UFMG). The research was based on secondary data of anamnesis and evaluation reports of patients assisted from 2010 to 2014, configuring an initial corpus of 1032 medical records. Medical records of patients aged over 16 years and whose anamnesis or evaluation reports were incomplete were excluded. Information regarding socio-demographic and clinical and assistance aspects of the patients was collected from the 556 records considered eligible for the initial analysis. In the next step, only medical records of patients aged from 5 to 16 years and without the suspected or confirmed diagnosis of hearing loss, intellectual disability, and global developmental disorders or without inconsistencies in relation to the data presented in the reports were included. Thereby, 180 medical records were analyzed using the ICF-CY in the classification of the functionality of the communication aspects and other speech-language disorders. For that, contents including categories of components such as Body Functions, Activities and Participation and Environmental Factors were identified in the reports. If present, they were analyzed as altered or not, indicating the existence of impairment, difficulty, Barrier or Facilitator. The next step focused on the categories pertaining to the Body functions and Activities and Participation identified, and an analysis was also carried out to establish factors that could represent a greater number of categories and verify the existence of their associations with socio-demographic and clinical and assistance aspects. For the data analysis, a description of the frequency distribution of

the categorical variables, and the analysis of the measures of central tendency and dispersion for continuous variables were made. In order to reduce the number of ICF-CY categories within the same component, a Factor Analysis was performed. To evaluate the existence of associations between the variables throughout the study, the Pearson Chi-square, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests and the Spearman correlation were used. The adopted significance level was of 5%. **Results:** Initially, 556 medical records were included, being of 181 female and 375 male individuals, aged from one month to 16 years. The most frequent complaints in anamnesis were disorders in speech, written language and difficulty in social interaction, and the most prevalent diagnostic hypotheses were disorders in oral language, cognitive aspects of language and orofacial motricity. In the 180 medical records that met the criteria of the second stage, 65 categories of ICF-CY were identified. Among the 13 items of Body Functions verified, the category that was most frequently characterized as having impairment was the b167 - mental functions of language (69.4%), and the one that predominated with the description that no impairment was observed was the b156 - perceptual functions (82.0%). For the 34 categories identified pertaining to the component of Activities and Participation, the most frequently pointed out as difficulty were: d140 - learn to read - performance (84.9%) and d640 - performance of household tasks - performance (61.4%). The categories that, with higher percentage, were described as having no difficulty were: d155 - acquire skills/abilities – capacity (100.0%), d210 – perform a single task – capacity (100.0%), d550 – eat – capacity (100.0%) and d560 – drink - capacity (100.0%). Of the 18 categories related to Environmental Factors, the described one in most part of the reports as Barrier was the e425 - individual attitudes of acquaintances, peers, colleagues, neighbors and community members (25.6%) and the described ones as Facilitator with higher frequency were e130 - products and technology for education (100.0%), e165 - assets (100.0%), e310 - immediate family (100.0%) and e325 - acquaintances, peers, colleagues, neighbors and community members (100.0%). The Factor Analysis revealed two dimensions of the Body functions, being described the Factor one, denominated language/speech/hearing, formed by memory, perception, basic cognitive, mental of language, auditory and articulation functions, and the Factor two, related to orofacial motricity/voice, was formed by voice, respiratory and ingestion functions. For the analysis carried out with the categories of the Activities and Participation component, three factors were retained, being the Factor one,

socialization formed by the management of the own behavior (Capacity and Performance), complex interpersonal interactions – performance and informal social relationships – performance, the Factor two was only formed by the capacity to acquire concepts, and the Factor three, family/school, formed by the performance in family relationships and school education. After analysis, a statistically significant association of the Factor one of the Body functions, language/speech/hearing, with the sociodemographic variables, education level of the patient, age, number of brothers, number of rooms at home and number of people at home were verified, as also with the clinical and assistance variables, complaint of speech alteration, diagnostic hypotheses of disorders of oral language acquisition/development, in the cognitive aspects of the language, speech and auditory processing, and with the conducts of complete evaluation of the auditory processing and speech therapy. The Factor two, orofacial motricity/voice, also integrant part of the Body functions, presented a statistically significant difference in relation to sociodemographic variable, education level of the father, and with the clinical and assistance variables, complaints of orofacial motricity disorders and social interaction, diagnostic hypotheses of orofacial motricity and voice disorders and conduct of referral for the follow-up with another professional. There was a statistically significant difference of the Factor one of the Activities and Participation, socialization, in relation to variables such as complaint of difficulty of social interaction and diagnostic hypothesis of disorders of the cognitive aspects of the language. For Factor two, acquisition of concepts, it was verified an association with statistical significance with complaints of speech disorders and difficulty of social interaction, diagnostic hypotheses of disorders in the cognitive aspects of language and orofacial motricity. Factor three, family/school, also constituted by categories of the component Activities and Participation, presented a statistically significant difference with the sociodemographic variables, education level of the patient, education level of the mother, education level of the father, place of residence and age and with the clinical and assistance variables, complaints of disorders in reading and writing issues/school difficulties and absence of speech disorders, professional that referred the patient to speech-language assessment and diagnostic hypotheses of disorders in issues of written language and absence of orofacial motricity disorders. **Conclusion:** This study showed that it was possible and feasible to use ICF-CY to characterize functional issues related to the speech and hearing aspects of children and teens referred to outpatient evaluation. It made also possible to verify the existence of

associations between factors constructed through the most prevalent categories of the ICF-CY with sociodemographic and clinical and assistance variables. Thus, the possibility and importance of insertion of this classification in the outpatient clinic routine in speech therapy is demonstrated.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; International Classification of Functioning, Disability and Health, Child, Adolescent

Lista de Ilustrações

Referencial teórico

Figura 1: Interação entre os Componentes da CIF.....	34
Figura 2: Exemplo da construção do sistema alfanumérico e de níveis da CIF.....	35
Quadro 1: Qualificadores do componente Funções do Corpo.....	36
Quadro 2: Qualificadores do componente Estruturas do Corpo.....	37
Quadro 3: Qualificadores do componente Atividades e Participação.....	38
Quadro 4: Qualificadores do componente Fatores Ambientais.....	39
Figura 3: Estrutura da CIF.....	40

Métodos

Figura 4: Fluxograma da análise de inclusão e exclusão dos dados secundários nos três artigos.....	60
Quadro 5: Dados descritivos, sociodemográficos e clínico assistenciais coletados....	61

Resultados

Artigo 1

Figura 1: Descrição das queixas fonoaudiológicas e das hipóteses diagnósticas observadas.....	78
Figura 2: Distribuição dos pacientes em relação à conduta adotada após a avaliação Fonoaudiológica.....	79

Artigo 2

Quadro 1: Categorias da CIF-CJ pré-selecionadas.....	96
--	----

Artigo 3

Quadro 1: Apresentação das categorias integrantes dos Fatores Linguagem/fala/audição e Motricidade orofacial/voz das Funções do Corpo e Socialização, Aquisição de Conceitos e Família/escola das Atividades e Participação.....	125
--	-----

Apêndices

Quadro 6: Local de descrição das categorias da CIF-CJ pré-selecionadas para o presente estudo.....	153
--	-----

Lista de Tabelas

Artigo 1

Tabela 1: Distribuição de frequência das variáveis explicativas sociodemográficas...	75
Tabela 2: Distribuição de frequência das variáveis explicativas clínico-assistenciais.....	77
Tabela 3: Categorização das variáveis número de queixas, número de hipóteses diagnósticas e número de condutas por caso.....	80
Tabela 4: Análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis resposta número de queixas e número de hipóteses diagnósticas.....	81
Tabela 5: Análise de associação entre as variáveis clínico-assistenciais e as variáveis resposta número de queixas e número de hipóteses diagnósticas.....	83

Artigo 2

Tabela 1: Distribuição de frequência das categorias da CIF-CJ referentes ao componente Funções do Corpo.....	99
Tabela 2: Distribuição de frequência das categorias da CIF-CJ referentes à comunicação e Fonoaudiologia no componente Atividades e Participação.....	101
Tabela 3: Distribuição de frequência das categorias da CIF-CJ referentes à outras ações no componente Atividades e Participação.....	103
Tabela 4: Distribuição de frequência das categorias da CIF-CJ referentes ao componente Fatores Ambientais.....	105

Artigo 3

Tabela 1: Cargas fatoriais e comunalidade para Funções do Corpo e Atividades e Participação.....	124
Tabela 2: Comparação dos Fatores Linguagem/fala/audição e Motricidade/voz das Funções do Corpo com as variáveis explicativas sociodemográficas.....	126
Tabela 3: Comparação dos Fatores Linguagem/fala/audição e Motricidade/voz das Funções do Corpo com as variáveis explicativas clínico-assistenciais.....	127
Tabela 4: Comparação dos Fatores Socialização, Aquisição de conceitos e Família/escola das Atividades e Participação com as variáveis explicativas sociodemográficas.....	130

Tabela 5: Comparação dos Fatores Socialização, Aquisição de Conceitos e Família/escola das Atividades e Participação com as variáveis explicativas clínico-assistenciais.....	131
---	-----

Lista de Abreviaturas e Siglas

AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual

AC – Alfa de Cronbach

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CC – Confiabilidade Composta

CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão

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

CLM – Clínica Médica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Com. – Comunalidade

COEP-UFMG – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

CSA – Comunicação Suplementar e/ou Alternativa

DI – Deficiência Intelectual

DP – Desvio padrão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Ens. – Ensino

EP – Erro Padrão

Especif. – Especificado

HC-UFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HD – Hipóteses Diagnósticas

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

ICIDH – International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MO – Motricidade Orofacial

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologista

PAC – Processamento Auditivo Central

PEDI – Pediatric Evaluation of Disability Inventory

PLPR – Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação

PubMed – United States National Library of Medicine

RP – Razão de Prevalência

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TGD – Transtornos Globais do Desenvolvimento

TO – Terapeuta Ocupacional

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

VME – Variância Média Extraída

WHO – World Health Organization

WHODAS – World Health Organization Disability Assessment Schedule

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	23
1.1 Referências Bibliográficas.....	27
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
2.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	30
2.1.1 Histórico.....	30
2.1.2 Uma visão geral sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	32
2.1.3 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referência aos aspectos de Saúde Pública no Brasil.....	41
2.1.4 O contexto de uso clínico e em pesquisas da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	42
2.1.5 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ).....	44
2.1.6 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) e suas relações com a Fonoaudiologia.....	46
2.2 Avaliação e Diagnósticos Fonoaudiológicos.....	48
2.3 Referências Bibliográficas.....	50
3. OBJETIVOS.....	55
3.1 Objetivo Geral.....	56
3.2 Objetivos Específicos.....	56
4. MÉTODOS.....	57
4.1 Delineamento.....	58

4.2 Cenário do estudo.....	58
4.3 Critérios de inclusão.....	59
4.4 Critérios de exclusão.....	59
4.5 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.....	61
4.6 Análise dos dados.....	65
4.7 Aspectos éticos.....	67
4.8 Referências Bibliográficas.....	67
5. RESULTADOS.....	69
5.2 Artigo 1.....	70
5.2 Artigo 2.....	93
5.3 Artigo 3.....	116
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
7. ANEXOS.....	148
7.1 Anexo I.....	149
7.2 Anexo II.....	150
8. APÊNDICES.....	151
8.1 Apêndice a.....	152
8.2 Apêndice b.....	153

1. *Introdução*

1. INTRODUÇÃO

Ao longo do último século, tornou-se visível a relação entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. Caminhou-se desde a era caracterizada pelas doenças transmissíveis, associadas à pobreza, má nutrição, falta de higiene e saneamento básico, até o momento em que as doenças crônico-degenerativas e as patologias socioambientais se tornaram altamente prevalentes ⁽¹⁾. Concomitantemente, o aumento da expectativa de vida trouxe novas perspectivas e desafios ao planejamento em saúde. As grandes mudanças entre as dez principais causas de morte no Brasil de 1990 a 2010 são exemplo disso. A análise do perfil da carga de doenças neste período mostrou que quadros como o diabetes e a doença renal crônica tenderam ao aumento, enquanto a diarreia, que figurava-se como a oitava causa de morte em 1990, em 2010 encontrava-se no 30º lugar ⁽²⁾.

O ato de classificar as doenças surgiu diante do desejo por mensurar as causas de morte, sendo que este foi o fator preponderante para a criação de uma classificação internacional de doenças. Entretanto, com a ocorrência das transições epidemiológica e demográfica, uma classificação com o enfoque exclusivamente na doença, utilizando apenas indicadores tais como mortalidade e morbidade, se tornou insuficiente diante de todas as possibilidades relativas à saúde ^(3, 4). Conhecer estatísticas referentes apenas a causa da morte e saber quais são as doenças que com maior frequência ocorrem já não mais bastava diante do aumento na expectativa de vida da população e das novas tecnologias empregadas na saúde ⁽⁵⁾.

Nesse contexto, iniciou-se a discussão sobre a criação de um conjunto de classificações relacionadas à saúde ⁽⁴⁾, sendo integrantes dessa família a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) ^(6, 7) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) ⁽⁸⁾.

Também associada à mudança no enfoque exclusivo na doença, outros termos como incapacidade e funcionalidade tornaram-se destaque ao longo do século XX, principalmente após a publicação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de um modelo Multidimensional e Multidirecional, conhecido como Modelo Biopsicossocial ⁽⁹⁾. A incapacidade foi caracterizada como uma perda ou diminuição da saúde ⁽¹⁰⁾,

sendo que pode estar estritamente relacionada à interação da pessoa com o ambiente ⁽⁹⁾. Já a funcionalidade, relaciona-se com as funções corporais, atividades e participação ⁽¹⁰⁾.

O uso da CIF permite a obtenção de informações sobre a funcionalidade humana, sendo que a qualidade dos dados pode ganhar com detalhes antes desconhecidos. Como a maior parte dos pacientes atendidos por profissionais da saúde, tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais tem problemas crônicos, o código da a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão, a CID-10 ⁽¹¹⁾, não modifica após as intervenções terapêuticas, dando a impressão de que não houve qualquer alteração na condição de saúde do paciente ou no ambiente onde ele vive. Portanto, as informações geradas são incompletas do ponto de vista dos determinantes das condições de funcionalidade ⁽¹²⁾. Pelo contrário, os dados da CIF qualificam os resultados das intervenções, bem como, indicam riscos ambientais que interferem no desempenho humano ⁽¹²⁾. Sendo CIF e CID-10 complementares entre si, existe a necessidade clara de um sistema de informação mais completo ⁽¹²⁾.

Na Fonoaudiologia, área de referência para o trabalho com as questões da comunicação humana, na clínica e em pesquisas com enfoque nos aspectos de funcionalidade e incapacidade, o uso da CIF e da CIF-CJ pode permitir uma visão mais ampla diante do indivíduo avaliado e em acompanhamento terapêutico. Além disso, o maior conhecimento sobre as associações entre a funcionalidade com aspectos sociodemográficos, clínicos, assistenciais e referentes ao ambiente e contexto de vida, pode ser norteador do desenvolvimento de ações mais direcionadas às necessidades dos pacientes durante a intervenção fonoaudiológica.

A iniciativa para este estudo surgiu diante do fato de que, ainda que a CIF e a CIF-CJ sejam classificações cuja utilização rotineira é solicitada e orientada por órgãos de destaque, tais como a OMS e o Conselho Nacional de Saúde (CSN), seu uso por fonoaudiólogos é incipiente. Uma justificativa para esse fato é a falta de conhecimento sobre estas classificações. Busca-se no presente estudo, portanto, enfatizar a necessidade e a importância da inserção desta classificação dentro dos domínios fonoaudiológicos, expandindo os conhecimentos e otimizando a atuação profissional dentro de uma equipe multiprofissional. Por meio deste trabalho, deseja-

se fazer uma análise crítica de uma possibilidade do uso da CIF por fonoaudiólogos, desmistificando as dificuldades associadas à sua aplicação e elucidando a existência de correlações entre os achados da funcionalidade da comunicação de crianças e jovens com questões sociodemográficas e clínico-assistenciais.

O presente volume é constituído pelos capítulos de referencial teórico, objetivos, métodos, resultados e considerações finais. No capítulo de resultados serão apresentados três artigos para publicação em periódicos da área.

O artigo 1 refere-se à descrição das queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes, crianças e jovens, avaliados em serviço de Fonoaudiologia ambulatorial e análise de suas associações com aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais.

O artigo 2 refere-se à caracterização de aspectos fonoaudiológicos de crianças e jovens atendidos em ambulatório de avaliação segundo as categorias da CIF-CJ.

O artigo 3 refere-se à identificação de fatores relacionados à CIF-CJ representativos de mais de uma categoria ao mesmo tempo e à análise de associação entre estes e aspectos sociodemográficos, clínicos e assistenciais em um ambulatório de avaliação fonoaudiológica.

1.1 Referências Bibliográficas

- 1 Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(2):363-72.
- 2 Marinho F, Passos VMA, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016;25(4):713-24.
- 3 Buchalla MC. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiatr*. 2003;10(1):29-31.
- 4 [WHO] World Health Organization. The WHO Family of International Classifications. [Internet]. Acesso em: 14 de setembro de 2015 às 20:30h Disponível em: <http://www.who.int/classifications/en/>.
- 5 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.
- 6 [WHO] World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization; 2001.
- 7 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
- 8 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Heloisa Ventura Dinubila]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2011.
- 9 Araújo ES. CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial. *Rev Fisioter S Fun*. 2013;2(1):6-13.
- 10 Nubila HBVDi. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev. bras. saúde ocup*. 2010;35(121):122-23.

- 11 [OMS] Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português]. 9 ed Rev. São Paulo: EDUSP; 2003.
- 12 Araujo ES, Maggi LE, Reichert TT. CIF nos Sistemas Municipais de Saúde. Rev. CIF Brasil. 2015;3(3):49-61.

2. Referencial Teórico

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

2.1.1 Histórico

Em 1976, visando selecionar classificações universais que propiciassem o levantamento, análise e interpretação de dados para uso em saúde, além de permitir a comparação de informações em diferentes países ao longo do tempo ⁽¹⁾, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em caráter experimental, a “International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)”. Esta foi traduzida para o português como “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps)”, ou CIDID, cuja base teórica era fundamentada na sequência linear de ações “Doença gerando Deficiência, causando Incapacidade, com conseqüente Desvantagem”. Para este modelo, a deficiência seria considerada como o desvio em relação à forma anatômica nas estruturas e órgãos do corpo, a incapacidade seria o resultado provocado pela deficiência no desempenho funcional e a desvantagem seria definida como a adaptação realizada pelo indivíduo diante de sua situação ⁽²⁾.

A ICIDH, após revisão em 1993, passou a ser conhecida como ICIDH-2, e o interesse crescente nesta classificação fez com que em 1996, a OMS coordenasse a realização de uma nova revisão ⁽³⁾. Contudo, a ICIDH apresentava-se como um modelo conceitual frágil, uma vez que era defasada na falta de relação entre seus componentes, além de não apresentar uma abordagem voltada aos aspectos ambientais e sociais ⁽⁴⁾. Outro ponto é que, em decorrência do processo de envelhecimento mundial da população, se tornou também necessário mensurar e observar as limitações na saúde e funcionalidade ⁽³⁾. Surge a necessidade da análise, tanto da transição demográfica, quanto da transição epidemiológica durante o processo de elaboração de políticas públicas ⁽⁵⁾.

Processos de avaliações e testes com novas versões ocorreram e, em maio de 2001, por meio da Resolução 54.21/2001 assinada na 54ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, a segunda edição da ICIDH foi aprovada, tendo seu título modificado

para “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)”⁽⁶⁾. Todos os 191 Estados Membros da OMS foram signatários à aprovação da ICF, sendo reforçada a estes a necessidade do uso desta classificação em processos de investigação, vigilância e para notificações⁽⁷⁾. No Brasil, a classificação passa a ser conhecida como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde ou CIF⁽⁷⁾.

A partir de 2001, a incorporação e uso da ICF em pesquisas sobre a funcionalidade se iniciou, sendo que tanto o processo de transição epidemiológica visto em escala mundial, quanto a necessidade do uso de uma linguagem única para definir os tipos de deficiências e suas prevalências, estimularam sua aplicação. De 2001 a 2009 estudos abordando a ICF em seus aspectos conceituais ou relatando experiências de uso baseado em contextos clínicos nas áreas de deficiência e reabilitação foram publicados. Os países responsáveis por grande parte destes estudos foram os Estados Unidos, Alemanha, Países Baixos e Canadá, indicando o pioneirismo do uso sistemático da classificação na América do Norte e Europa⁽⁸⁾.

Ainda durante a primeira década do século XXI, diante do uso mais sistemático da ICF, surgiu também a ideia da criação e utilização de *core sets*, com os itens que eram considerados “essenciais” para a descrição da funcionalidade de pessoas com determinadas “Condições de Saúde” ou de “Situações de Saúde” específicas. O objetivo desses instrumentos, criados em colaborativamente entre órgãos da OMS e conselhos de especialistas, seria resumir a avaliação de funcionalidade, da extensa classificação original, a categorias típicas e significativas. Para cada uma das “Condições de Saúde”, tais como Lombalgia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Câncer de Cabeça e Pescoço, perda auditiva, vertigem, paralisia cerebral, autismo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), foram estabelecidos *core sets* abrangentes, ou “*comprehensive*” (de 55 a 130 categorias) e *core sets* resumidos ou “*brief*” (de 9 a 39 categorias)⁽⁹⁾. Para as “Condições de Saúde”, que, na verdade, correspondem à períodos de atendimento a pessoas com algum grupo de doenças (cardiorrespiratórias, neurológicas, musculoesqueléticas) em fases agudas ou subagudas, *core sets* resumidos não foram criados⁽¹⁰⁾. Em 2003, foi criado o Research Branch ICF, uma entidade que, por meio de atividades de colaboração internacional, tem a CIF como seu foco de trabalho, visando, como um de seus

objetivos, organizar e realizar estudos de consensos para criação dos *core sets* tal como a OMS determina ⁽⁹⁾.

Em 2010, após observar a necessidade de se ter um instrumento que classificasse a funcionalidade e incapacidade por meio de protocolos ligados de forma conceitual e operacional à CIF, a OMS desenvolveu o “*World Health Organization Disability Assessment Schedule*” (WHODAS), em português, Escala de Avaliação de Incapacidade, em sua versão 2.0. Por meio de questionário contendo de 12 a 36 itens, dependendo da versão de eleição, que é aplicável em todas as condições de doenças, esta escala descreve um perfil da funcionalidade em seis domínios da vida, a saber: cognição, mobilidade, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades de vida e participação na sociedade, associando estes a domínios descritos na CIF ⁽¹¹⁾. Sua adaptação transcultural para o português foi realizada em 2013 ⁽¹²⁾.

2.1.2 Uma visão geral sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Conhecida no Brasil como CIF, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde ^(6, 7) é uma das integrantes da chamada “Família de Classificações Internacionais” da Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO Family of International Classifications) ⁽¹⁾, sendo considerada complementar a CID-10 ⁽¹³⁾. Esta por sua vez tem o enfoque baseado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões ⁽¹³⁾ e fornece uma estrutura de classificação por meio de diagnósticos, doenças e distúrbios, entre outros ^(10, 14).

Com o objetivo geral de oferecer uma linguagem estruturada, unificada e padronizada para descrever as condições de saúde, a CIF tornou-se uma classificação dos “componentes da saúde”, deixando de ser uma classificação de “consequências da doença” como era a ICDH ⁽⁷⁾. Uma abordagem avaliativa que utilize itens relevantes da CIF em conjunto com a CID-10 pode tornar possível a descrição da distinção entre a gravidade da condição de saúde e seu impacto no dia a dia para o indivíduo ⁽¹⁵⁾.

Em seus objetivos específicos, a CIF proporciona bases para compreensão e estudo da saúde e seus determinantes, fornece códigos para sistemas de informação

e permite a comparação de dados em diferentes locais e em diferentes momentos do tempo, sendo fonte de notas relativas aos sistemas de cuidados e auxílio em processos de avaliação e formulação de políticas públicas, que incluam a prevenção e a promoção da saúde ⁽⁷⁾.

A CIF engloba todos os aspectos da saúde humana e também alguns componentes relacionados ao bem-estar que são fundamentais a esta. Além disso, pode ser utilizada para descrever as questões de funcionalidade, não apenas naqueles que possuem incapacidades, mas de quaisquer pessoas com alguma condição de saúde, sendo sua aplicação, portanto, universal ⁽⁷⁾.

Dentro de suas terminologias principais, a CIF define ⁽⁷⁾:

- “Funcionalidade” como um termo positivo e que *“abrange todas as funções do corpo, atividades e participação”*;
- “Incapacidade” como vocábulo negativo, referente às *“deficiências, limitações de atividade ou restrição na participação”*;
- “Deficiências” são colocadas como *“problemas na função ou estrutura do corpo, tais como um desvio significativo ou uma perda”*;
- “Limitações de Atividade” como as *“dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução das atividades”*;
- “Restrições de Participação” pontuadas como os *“problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida”*.

Em seu escopo, a CIF se divide em duas partes: Parte 1, os “Componentes da Funcionalidade e da Incapacidade”; sendo estes subdivididos nos componentes Funções do Corpo e Estruturas do Corpo, e nas Atividades e Participação; e Parte 2, os “Componentes dos Fatores Contextuais”, que se subdividem nos Fatores Ambientais e Fatores Pessoais ⁽⁷⁾. Letras são utilizadas para definir cada um dos componentes:

- “b” – do inglês *“body”* – Funções do Corpo;
- “s” – do inglês *“structure”* – Estruturas do Corpo;
- “d” – do inglês *“domain”* – Atividades e Participação;
- “e” – do inglês *“environment”* – Fatores Ambientais.

Baseada na integração entre o “Modelo Médico” e o “Modelo Social”, os componentes da CIF interagem entre si, de forma dinâmica e complexa, bem como interagem com a condição de saúde existente em uma abordagem Biopsicossocial, para obter-se uma síntese da Funcionalidade e das diferentes dimensões da saúde⁽⁷⁾:

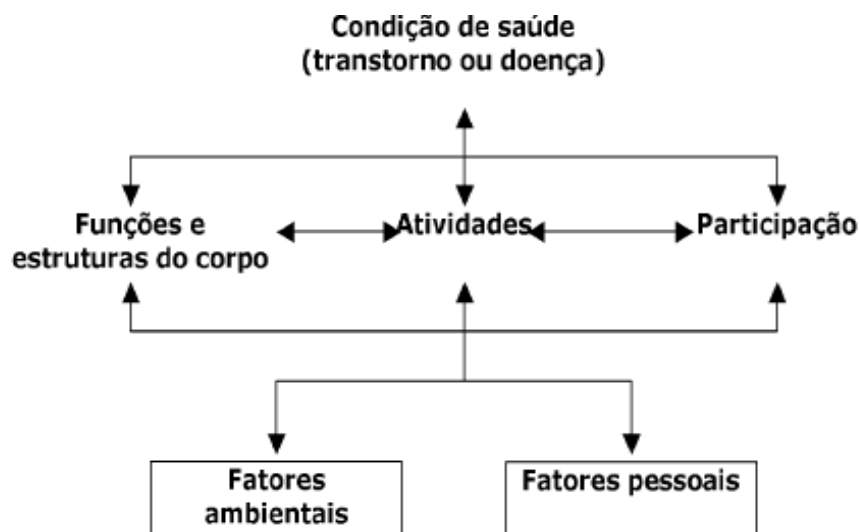


Figura 1: Interação entre os Componentes da CIF (OMS, 2003).

Os Fatores Pessoais, tais como sexo, idade, raça, estilo de vida, hábitos, qualidades psicológicas individuais, entre outras, constituem o histórico particular da vida e o estilo de vida do indivíduo. Estes não são classificados pela CIF, embora tenham impacto direto sobre os processos de intervenção e possam interagir com os demais componentes da classificação, tal como é visto na Figura 1 ⁽⁷⁾.

Cada um dos componentes da CIF apresenta domínios, que são agrupados e ordenados de acordo com características em comum, estabelecendo, quando existente, uma classificação hierárquica. Dentro de cada domínio há categorias que expressam as unidades de classificação. Utilizando um sistema alfanumérico, as letras são seguidas por um código numérico de um dígito (primeiro nível) que determina o número do capítulo, seguido posteriormente pelo segundo nível, com dois dígitos, e pelos terceiro e quarto níveis, com um dígito cada ⁽⁷⁾. Por exemplo, a categoria b11420:

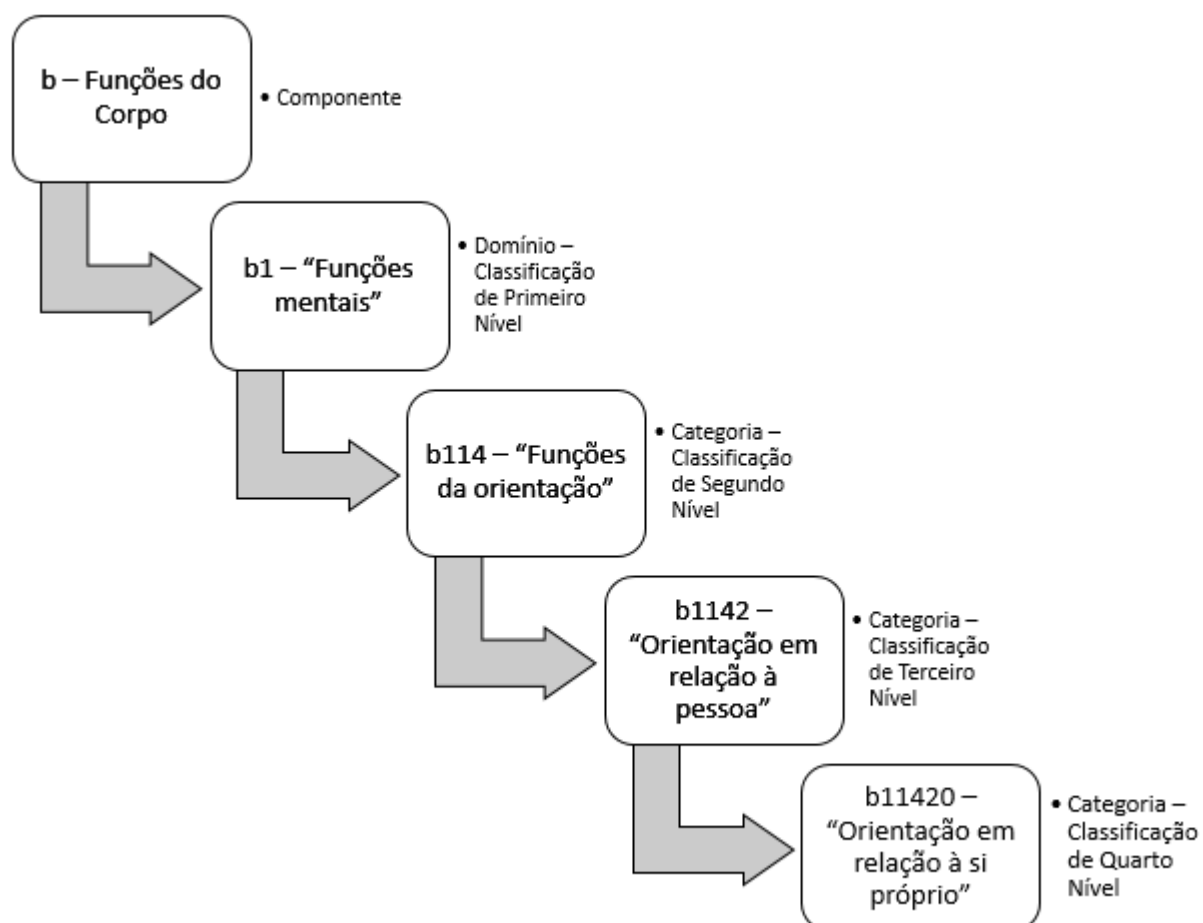


Figura 2: Exemplo da construção do sistema alfanumérico e de níveis da CIF

Às categorias são acrescentados os qualificadores, que designam numericamente a magnitude ou gravidade da funcionalidade ou incapacidade ou a existência de um fator ambiental considerado como barreira ou facilitador. Os componentes da CIF possuem definição própria, mas são quantificados por meio da mesma escala. Entretanto, cada um apresenta o próprio enfoque de classificação e um número de qualificadores a serem utilizados ⁽⁷⁾:

- **FUNÇÕES DO CORPO (b)** são as “*funções fisiológicas dos sistemas corporais*”; sendo apenas o primeiro qualificador utilizado para apontar a extensão de uma deficiência:

Quadro 1: Qualificadores do componente Funções do Corpo

FUNÇÕES DO CORPO
.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

Fonte: OMS, 2003

• **ESTRUTURAS DO CORPO (s)** designam as “*partes anatômicas do corpo, como órgãos e membros*” sendo descritos em, no mínimo, dois e, no máximo, três qualificadores, dos quais o primeiro apresenta a magnitude da deficiência, o segundo indica a natureza da mudança na estrutura corporal e o terceiro, de uso não-obrigatório, aponta a localização esta mudança:

Quadro 2: Qualificadores do componente Estruturas do Corpo

ESTRUTURAS DO CORPO		
PRIMEIRO Qualificador	SEGUNDO Qualificador	TERCEIRO Qualificador
.0 = NENHUMA deficiência (nenhuma, ausente, escassa) – 0-4%	0 = Nenhuma mudança na estrutura	0 = Mais de uma região
.1 = Deficiência LEVE (leve, baixa) – 5-24%	1 = Ausência Total	1 = Direita
.2 = Deficiência MODERADA (média, regular) – 25-49%	2 = Ausência Parcial	2 = Esquerda
.3 = Deficiência GRAVE (alta, extrema) – 50-95%	3 = Parte Adicional	3 = Ambos os lados
.4 = Deficiência COMPLETA (total) – 96-100%	4 = Dimensões Aberrantes	4 = Parte dianteira
.8 = Não especificadas	5 = Descontinuidade	5 = Parte traseira
.9 = Não aplicável	6 = Posição Desviada	6 = Proximal
	7 = Mudanças Qualitativas na Estrutura, incluindo acúmulo de fluido	7 = Distal
	8 = Não especificadas	8 = Não especificadas
	9 = Não aplicável	9 = Não aplicável

Fonte: OMS, 2003

- **ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO (d)** determinam “a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo” e o “ato de se envolver em uma situação vital” respectivamente. Neste item, dois qualificadores são utilizados. O primeiro descreve o Desempenho, ou seja, o que o indivíduo faz em seu ambiente habitual, sendo este associado aos Fatores Ambientais que o envolvem. O segundo designa a Capacidade do indivíduo de executar uma tarefa medida em um ambiente padrão:

Quadro 3: Qualificadores do componente Atividades e Participação

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO
.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

Fonte: OMS, 2003

- **FATORES AMBIENTAIS (e)** são o “ambiente físico social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida”. Um qualificador é obrigatório nesta análise, sendo que este irá determinar o quanto o fator em análise é uma barreira ou facilitador à vida do indivíduo:

Quadro 4: Qualificadores do componente Fatores Ambientais

FATORES AMBIENTAIS	
BARREIRA	FACILITADOR
.0 = NENHUMA barreira (nenhuma, ausente, escassa) – 0-4%	+0 = NENHUM Facilitador (nenhuma, ausente, escasso) – 0-4%
.1 = Barreira LEVE (leve, baixa) – 5-24%	+1 = Facilitador LEVE (leve, baixo) – 5-24%
.2 = Barreira MODERADA (média, regular) – 25-49%	+2 = Facilitador MODERADO (médio, regular) – 25-49%
.3 = Barreira GRAVE (alta, extrema) – 50-95%	+3 = Facilitador CONSIDERÁVEL (alto, extremo) – 50-95%
.4 = Barreira COMPLETA (total) – 96-100%	+4 = Facilitador COMPLETO (total) – 96-100%
.8 = Barreira não especificada	+8 = Facilitador não especificado
.9 = Não aplicável	

Fonte: OMS, 2003

Os códigos da CIF são sempre formados pela união categoria + qualificador. De uma forma geral, o número máximo de códigos que uma pessoa pode ter no primeiro nível são 34. Já em segundo nível pode-se chegar à 362 e em terceiro nível 1424 códigos são possíveis. Na prática, de 3 a 18 códigos em segundo nível de descrição são considerados efetivos para caracterizar a funcionalidade de um indivíduo. Níveis mais detalhados podem ser utilizados em pesquisas ou serviços de reabilitação/tratamentos clínicos com objetivos bastante específicos ⁽⁷⁾.

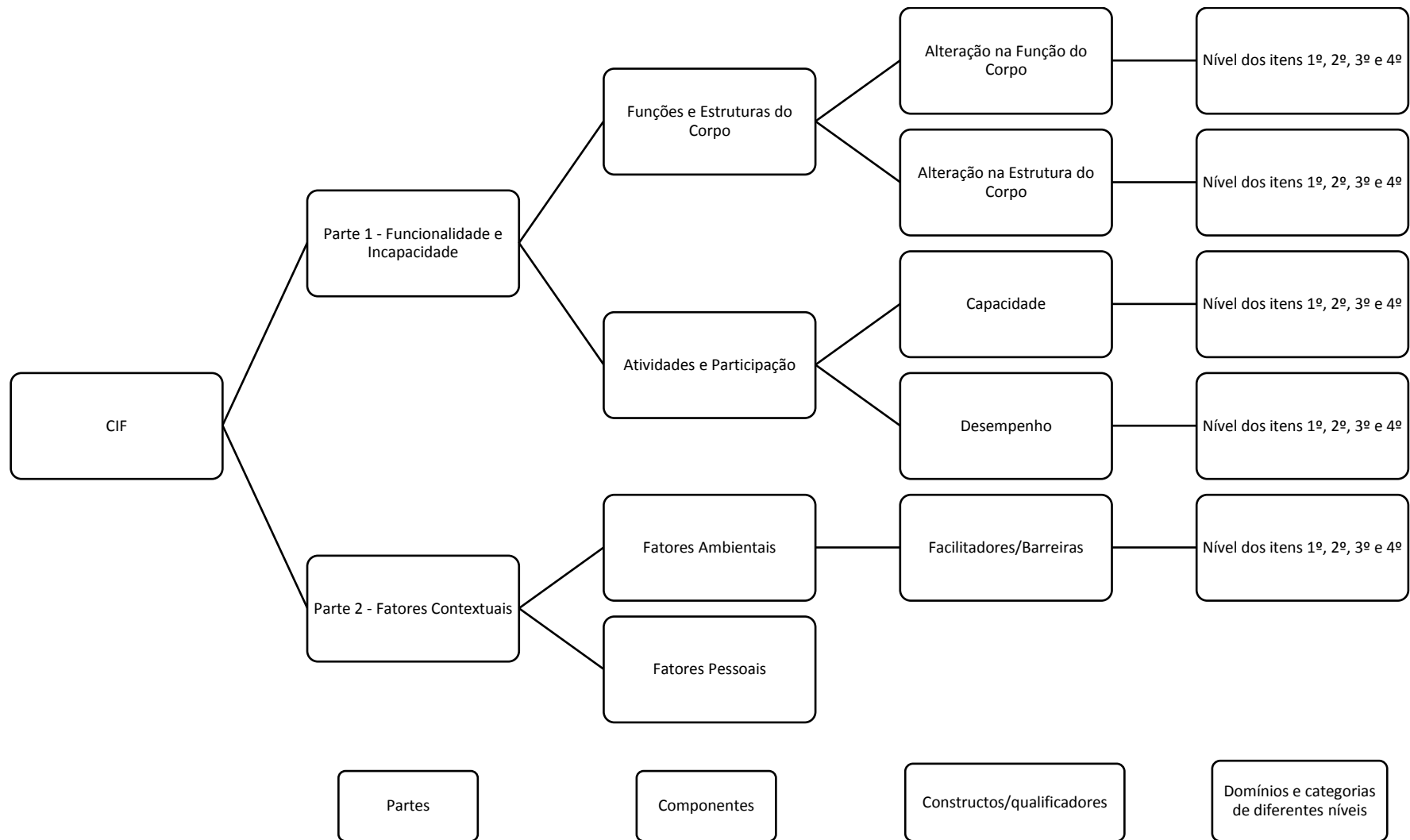


Figura 3: Estrutura da CIF (OMS, 2003).

2.1.3 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referência aos aspectos de Saúde Pública no Brasil

Em 2012, por meio da Resolução 452, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) determinou o uso da CIF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na Saúde Suplementar. Dentre as pontuações apresentadas nesta 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 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”*⁽¹⁶⁾.

Quanto a realidade de aplicação da CIF no sistema público de saúde brasileiro, vale destacar um estudo realizado no município de Barueri, em São Paulo, com a equipe das unidades coordenadas pela Atenção Básica, formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais para construção de uma lista de categorias da CIF consideradas mais relevantes para descrição da funcionalidade dos pacientes atendidos pelos serviços. Após a definição das categorias foi gerada planilha para condensar os dados, e sua análise tem possibilitado um maior conhecimento das demandas, incluindo as de alterações na funcionalidade, sua gravidade e o impacto das intervenções, além da verificação de quais fatores ambientais podem estar associados⁽¹⁷⁾.

Além do uso da CIF, as temáticas do perfil da funcionalidade da população e do levantamento da incidência das incapacidades no Brasil também foram colocadas em evidência no ano de 2008, durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Neste evento, foi aprovada a 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”*⁽¹⁸⁾. A existência desta política, além de auxiliar a traçar perfis da funcionalidade e das incapacidades da população em geral ao longo do ciclo de vida, com o enfoque no conceito de saúde proposto pela

OMS e de funcionalidade pela CIF, poderia também servir como base para novos planejamentos da seguridade social ⁽⁵⁾. Porém, a implantação desta ainda não é uma realidade.

2.1.4 O contexto de uso clínico e em pesquisas da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A utilização da CIF em pesquisas e na prática clínica, desponta como uma possibilidade para a descrição de situações relativas à funcionalidade, deficiências, limitações e restrições, inclusive agregando a qualificação de “elementos facilitadores” ou “barreiras ao ambiente do indivíduo” ⁽¹⁹⁾. Em pesquisas internacionais, a CIF e seus *core sets* têm sido utilizados na caracterização da funcionalidade de pacientes com condições específicas de saúde. Além disso, análises das relações entre os instrumentos empregados nos processos de avaliação, com a descrição da funcionalidade utilizando a CIF, também têm sido propostas. Tais usos podem ser verificados em trabalhos realizados com pacientes com Lombalgia ⁽²⁰⁾, Doença de Parkinson ⁽²¹⁾, pós AVC ⁽²²⁾, entre outros.

No Brasil, uma revisão integrativa de artigos publicados entre 2003 e 2011, cujo objetivo foi analisar o uso da CIF no país encontrou 17 estudos desenvolvidos, em sua maioria, nas regiões sul e sudeste, sendo a classificação utilizada em conjunto com vários tipos de instrumentos e escalas, com destaque para maior frequência de abordagem do componente de Atividade e Participação ⁽²³⁾. Publicada em 2008, uma revisão sistemática, cujo objetivo era verificar o estudo e a aplicabilidade da CIF especificamente na área da Fisioterapia, encontrou 18 artigos pertinentes à análise proposta, tendo concluído que ainda há, mesmo nesta área, uma utilização rotineira parcial da classificação ⁽²⁴⁾. Outra revisão sistemática, publicada em 2014, com enfoque no uso da CIF em estudos observacionais disponíveis nas bases de dados PubMed, Lilacs e SciELO, referentes ao ano 2011, encontrou 29 artigos que, ao aplicar a CIF na metodologia, utilizaram em sua grande maioria, *checklists*, *core sets* e as categorias da CIF propriamente ditas, sendo estes, predominantemente, das áreas de Reumatologia e Ortopedia ⁽²⁵⁾.

Em trabalho recente no Brasil, pesquisadores lembraram a importância do primeiro contato do paciente com os serviços de saúde como um momento de coleta de dados, de criação de vínculo e da possibilidade de utilização de ferramentas que ampliem o olhar sobre as demandas individuais, contribuindo para a construção de uma proposta mais adequada de reabilitação. Para tanto, estruturaram um protocolo para coleta de informações no primeiro contato de pacientes adultos nos serviços de reabilitação baseado na CIF denominado *“Protocol for Identification of Problems for Rehabilitation”* (Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação – PLPR). Este foi desenvolvido em conjunto entre profissionais atuantes na rede pública de saúde e gerentes dos serviços de reabilitação da cidade de Belo Horizonte. Foram levantados os códigos da CIF mais utilizados pelos profissionais em seus serviços que, juntamente com informações sobre funcionalidade nos protocolos disponíveis, delinearam a versão preliminar, que foi testada, discutida e modificada para uma versão final. Como resultado, este protocolo foi considerado útil para reconhecer as demandas principais do paciente no processo da reabilitação, indicar o profissional mais adequado para coordenar o caso, bem como qual é o serviço da rede de saúde em que o paciente deve iniciar o acompanhamento ⁽²⁶⁾.

Outro trabalho publicado em 2016 fez uso dos componentes da CIF para identificar e analisar o impacto das afasias na participação social e nas atividades cotidianas de indivíduos com tal questão, além de verificar a influência dos fatores ambientais nas limitações e restrições de participação. A amostra foi composta por um grupo de 12 indivíduos e a coleta foi realizada por meio de um *checklist* da CIF. Nos resultados verificados predominaram dificuldades em categorias relativas a atividades que envolvem a linguagem, tais como interação intrapessoal, interações interpessoais – relações informais e formais com familiares e com estranhos, sendo que a maioria dos sujeitos relatou dificuldades na recepção de mensagens verbais. Além disso, em sua maioria também se referiam às atitudes e apoio físico, prático ou emocional das pessoas com quem convivem diariamente, como facilitadores completos. Questões como serviços, sistemas e políticas de treinamento, trabalho e emprego, foram classificadas como barreira por grande parte da amostra ⁽²⁷⁾.

2.1.5 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ)

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) foi publicada, no ano de 2007, também pela OMS, tendo sido sua versão em português realizada pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e publicada em 2011 ⁽²⁸⁾.

A CIF-CJ é derivada da CIF original e também faz parte da “Família de Classificações Internacionais” da Organização Mundial de Saúde - OMS ⁽¹⁾, sendo igualmente complementar a CID-10. Esta foi desenvolvida com o objetivo de caracterizar as condições de saúde, funcionalidade e incapacidade de crianças e jovens, que podem apresentar uma natureza bastante diferenciada daquelas que acometem adultos. Sua aplicação, portanto, está voltada a indivíduos de zero à 18 anos, podendo ser utilizada por quaisquer pessoas envolvidas com a saúde, educação e bem estar de crianças e jovens ⁽²⁸⁾.

Para o desenvolvimento da CIF-CJ, descrições das categorias da CIF foram modificadas ou expandidas, bem como houve expansão de qualificadores visando incluir aspectos do desenvolvimento. Além disso, mudanças nos critérios de inclusão e exclusão das categorias foram realizadas e novos conteúdos foram empregados em códigos não utilizados na versão original. Nesta classificação, foi dado enfoque a quatro temas relacionados ao público alvo de crianças e jovens: “*A criança no contexto da família*”, pois a funcionalidade da criança depende das interações dela com a família/cuidadores dentro de seu contexto ambiental; “*Atrasos no desenvolvimento*” que podem manifestar-se em cada domínio e serem influenciados por fatores, tais como o ambiente; “*Participação*”, diante da gama de situações de vida que são específicas dos anos do desenvolvimento; e “*Ambientes*” que vão se modificando ao longo dos anos e dos estágios de vida ⁽²⁸⁾.

De aplicação semelhante à CIF, a CIF-CJ também é constituída de codificações que utilizam um sistema alfanumérico, no qual Categorias e Qualificadores se unem para fornecer informações sobre a funcionalidade e o estado de saúde de crianças e jovens ⁽²⁸⁾.

Vale destacar que em 2015, houve uma reedição da CIF ⁽²⁹⁾, sendo que a CIF-CJ foi a ela incorporada, após recomendação do Grupo de Referência para Funcionalidade e Incapacidade e aprovação na Reunião Anual da Rede da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde. Tal incorporação visou possibilitar a organização dos dados para acompanhar as características funcionais na transição da infância até a idade adulta.

Na literatura observa-se a utilização da CIF-CJ de forma similar ao uso da CIF, com análise de relação entre os instrumentos avaliativos da prática clínica para questões específicas de saúde e a classificação de funcionalidade dos indivíduos, bem como a fatores que lhe são associados. Como exemplo, um estudo publicado em 2014, que teve como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, relacionar os códigos da CIF-CJ com os conceitos de desfechos de ensaios clínicos relativos à Osteogênese Imperfeita em crianças e adolescentes, além de descrever os componentes da funcionalidade que eram mais avaliados nos estudos encontrados. Como resultado, verificou que, a grande maioria dos estudos (93%) utilizaram medidas de desfecho clínicas e técnicas, mostrando uma preferência por estes, e que apenas seis dos 14 artigos analisados descreveram a utilização de questionários de avaliação padronizados. Nove conceitos concentrados apenas nos componentes Funções do Corpo e Estruturas do Corpo foram relacionados aos desfechos de medidas clínicas e técnicas. Tal resultado pode ser atribuído ao fato de que tais componentes abrangem questões mais biológicas e clínicas da CIF, diferentemente de Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Em relação aos estudos encontrados nesta revisão que utilizaram questionários, o instrumento padronizado que apareceu na maior parte deles foi o *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI). Este foi escolhido para passar pela análise de relação com os componentes da CIF-CJ, sendo verificada a ocorrência, em sua maioria, de conceitos integrantes das Atividades e Participação, seguidos pelas Funções do Corpo e Fatores Ambientais ⁽³⁰⁾.

2.1.6 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) e suas relações com a Fonoaudiologia

Diante das recomendações do uso da CIF pela OMS e pelo CNS, e visando auxiliar em sua incorporação à rotina fonoaudiológica em todos os tipos de ambientes de atuação, no ano de 2013, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) publicou o “Guia norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/CIF em Fonoaudiologia”. Tal documento registra as categorias da CIF com foco em ações relativas à funcionalidade da comunicação humana e seus distúrbios ⁽³¹⁾. Este é complementar a outros dois documentos, também divulgados pelo CFFa: o “Guia Prático de Consulta Rápida da CID-10 pelo Fonoaudiólogo” de 2007, no qual são descritos os itens da CID-10 que mais se relacionam ao trabalho fonoaudiológico ⁽³²⁾, e o “Balizador de tempo de tratamento em Fonoaudiologia”, de 2013 e que teve a CID-10 em conjunto com a CIF como componentes para sua estruturação ⁽³³⁾. Tais publicações, reforçam a importância da utilização em conjunto da CID-10 e da CIF por fonoaudiólogos.

Contudo, ainda que tais documentos tenham sido desenvolvidos e divulgados nacionalmente, nos meios científicos e assistenciais, observa-se que as pesquisas utilizando a CIF no contexto da Fonoaudiologia são bastante escassas. Em 2008, um artigo teórico foi publicado com o objetivo de descrever a estrutura da CIF e identificar suas aplicações na prática audiológica. Em relação ao componente Funções do Corpo, os autores relataram, por exemplo, que mudanças no qualificador pontuado para o código b230 (funções auditivas) dos pacientes com perdas auditivas é o objetivo da intervenção audiológica por meio da adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Quanto às Atividades e Participação, é referido que o uso da amplificação pode ajudar a reduzir limitações sociais existentes devido à dificuldade de compreensão da fala. Já Fatores Ambientais descritos por meio da CIF, tais como a disponibilidade do AASI ou da terapia fonoaudiológica e o apoio familiar, podem ser determinantes para o sucesso ou fracasso da reabilitação auditiva. Os autores mostraram que a CIF pode fornecer subsídios para os serviços de Saúde Auditiva e nortear a visão geral da funcionalidade do indivíduo com déficit auditivo ⁽³⁴⁾.

Outro estudo descritivo foi realizado em 2013 para caracterizar o perfil de pacientes entre 3 e 18 anos, usuários de Implante Coclear utilizando os códigos da CIF-CJ. Tal descrição foi realizada baseada em informações obtidas por meio da relação entre as avaliações utilizadas no serviço no qual a pesquisa se desenvolveu, e a CIF-CJ. Foram obtidas 55 categorias, sendo 12 dentro do componente Funções do Corpo, 36 para Atividades e Participação e 7 para Fatores Ambientais. O componente Estruturas do Corpo não foi incluído na associação. Quando realizada a análise dos Qualificadores foi observado que a maioria dos pacientes não apresentava deficiência nas Funções do Corpo relacionadas às habilidades auditivas ou de linguagem, ou mesmo dificuldades nas Atividades e Participação, sendo ao final considerado válido o uso da CIF-CJ para aumentar o conhecimento acerca da funcionalidade da criança e jovem usuária de Implante Coclear ⁽³⁵⁾.

Em 2014, outro estudo brasileiro em Fonoaudiologia investigou questões de linguagem, tais como aspectos de compreensão e produção oral e não oral, iniciativa discursiva e outros de crianças não-oralizadas usuárias de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) nas atividades linguístico-cognitivas. Neste estudo, três participantes foram acompanhados de forma longitudinal, sendo avaliados inicialmente, um ano e dois anos após o início do estudo. Três episódios de diferentes anos foram selecionados para cada criança, sendo transcritos e analisados utilizando a descrição por meio de alguns dos códigos dos componentes de Atividades e Participação e Fatores Ambientais da CIF-CJ. Os resultados da avaliação e sucessivas reavaliações evidenciaram que uso da CIF-CJ, com seus qualificadores, permitiu a visualização de mudanças no desempenho funcional das crianças acompanhadas, endossando sua aplicabilidade como instrumento para verificar a evolução de pacientes, tanto nos aspectos de potencialidade, quanto nos aspectos de dificuldades e limitações ⁽³⁶⁾.

Internacionalmente, a utilização da CIF e da CIF-CJ em pesquisas diretamente relacionadas às questões Fonoaudiológicas também é verificada. Publicado em 2012, um estudo realizado na Alemanha visando identificar categorias da CIF-CJ mais apropriados para caracterizar crianças com fissuras lábio palatinas encontrou nove integrantes do componente Estruturas do Corpo, 17 dentre as Funções de Corpo, 29 em Atividades e Participação e 25 categorias integrantes dos Fatores Ambientais. Como conclusão, os autores afirmam que o uso da CIF-CJ oferece uma perspectiva

nova e relevante para melhor compreensão do impacto social das deficiências na estrutura corporal e funções do corpo, limitação de atividade, restrições de participação, e nas barreiras ambientais apresentados por crianças com tal questão⁽³⁷⁾.

Em 2015, foi desenvolvido um estudo cujos objetivos foram determinar os fatores de rouquidão em crianças em idade escolar e verificar qual seria o tipo de terapia vocal preferencial neste perfil de população. Para tanto, foi construído um questionário baseado na CIF, no qual havia itens que se referiam as Funções do Corpo, as Atividades e Participação e aos Fatores Ambientais. Como resultados, os autores caracterizaram as categorias da CIF mais afetadas em crianças em idade escolar devido a rouquidão, e conseguiram verificar diferenças na frequência das categorias em análise pré e pós intervenção ⁽³⁸⁾. Há ainda pesquisas que tem como enfoque a criação de *core sets* para avaliar condições clínicas diretamente relacionadas com a atuação fonoaudiológica, tais como o voltado para pacientes com perda auditiva ⁽³⁹⁾.

Na prática clínica fonoaudiológica, porém, as utilizações tanto da CIF, quanto da CIF-CJ, encontram-se pouco sistematizadas quando comparadas às outras áreas tais como a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, sendo reduzido o número de profissionais que trabalham com tais classificações ⁽⁴⁰⁾.

2.2 Avaliação e Diagnósticos Fonoaudiológicos

Na prática clínica das ciências da saúde, incluindo-se a Fonoaudiologia, o processo de avaliação é observado como uma etapa importante, no qual é necessário que o profissional tenha conhecimento teórico e domine o uso de ferramentas e protocolos a serem empregados.

Segundo a literatura, a avaliação clínica pode ser dividida em estruturada e não estruturada. Quando estruturada, protocolos e testes são utilizados durante a anamnese e na avaliação propriamente dita, sendo estes mais específicos. No segundo caso, o paciente e seus familiares passam todos os relatos e necessidades referentes às queixas existentes e o profissional de saúde apenas acolhe a informação que é dada ⁽⁴¹⁾.

Mais especificamente em uma avaliação fonoaudiológica, aspectos ligados à comunicação humana devem ser minuciosamente observados, por meio de protocolos padronizados por idade e específicos para verificação de questões relativas às áreas de Motricidade Orofacial, Audiologia, Voz, Fala e Linguagem ⁽⁴¹⁾.

Tanto durante os processos de avaliação e diagnóstico, quanto ao longo do trabalho terapêutico de habilitação ou reabilitação, o Fonoaudiólogo fará uso de medidas de acordo com as demandas dos pacientes. Estas embasarão a caracterização e classificação dos indivíduos, visando estruturar o planejamento das ações ⁽⁴²⁾ e verificar se há evolução nos sinais/sintomas e nas queixas que determinaram a necessidade do acompanhamento ⁽⁴¹⁾.

Em todas as áreas da Fonoaudiologia, atualmente, há tanto protocolos de rastreamento quanto avaliações completas, porém, é fundamental que estes estejam validados para que a acurácia e a precisão das medidas sejam garantidas ⁽⁴²⁾.

Outro aspecto a ser observado quanto aos procedimentos de anamnese e avaliação, é o contexto socioeconômico no qual o paciente se insere, uma vez que este pode contribuir para a ocorrência ou manutenção das alterações fonoaudiológicas. Em estudo realizado na cidade de Salvador, foi observado que a incidência e a prevalência de alterações auditivas, de linguagem, de motricidade orofacial e vocal são afetadas pelo ambiente no qual o indivíduo vive. Tanto a baixa escolaridade, quanto a renda igual ou inferior a um salário mínimo, apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa com as queixas auto referidas de alteração auditiva e de linguagem e queixas de motricidade orofacial e voz, respectivamente, em adultos entrevistados ⁽⁴³⁾.

Portanto, a incorporação do uso da CIF nos processos de avaliação e/ou reavaliação fonoaudiológica pode agregar benefícios do conhecimento sobre a funcionalidade dos aspectos da comunicação humana, ressaltando as potencialidades de cada paciente. Além disso, associações entre categorias da CIF, utilizadas na caracterização de pacientes, com questões sociodemográficas e clínico-assistenciais, podem indicar quais fatores são mais relevantes ou influentes nos componentes da classificação. Uma vez que a utilização rotineira da CIF é determinada pela OMS, homologada pelo CNS e orientada pelo CFFa, é fundamental que sua implementação em Serviços de Fonoaudiologia, incluindo os que integram o

SUS, sejam estes ambulatoriais, hospitalares ou de Atenção Primária à Saúde, ocorra de maneira estruturada, rápida e definitiva.

1.3 Referências Bibliográficas

- 1 [WHO] World Health Organization. The WHO Family of International Classifications. [Internet]. Acesso em: 14 de setembro de 2015 às 20:30h Disponível em: <http://www.who.int/classifications/en/>.
- 2 Secretariado Nacional de Reabilitação, Ministério do Emprego e da Segurança Social. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps). Lisboa; 1989.
- 3 Buchalla MC. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Acta Fisiatr. 2003;10(1):29-31.
- 4 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.
- 5 Brasil ACO. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. Rev Bras Promoç Saúde. 2013;26(1):1-4.
- 6 [WHO] World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization; 2001.
- 7 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
- 8 Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. Disability and Rehabilitation. 2011;33(4):281–309.
- 9 ICF Research Branch. ICF Core Sets Projects. [Internet]. Acesso em: 13 de setembro de 2016 às 21:40 h Disponível em: <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2>.

- 10 Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Enferm. 2011;64(5):938-46.
- 11 [WHO] World Health Organization. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneve: WHO; 2010. [Internet]. Acesso em: 13 de janeiro de 2016 às 15:30h Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf
- 12 Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Camargo RS, Costa ML, Zanardi DM, et al. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. Rev Assoc Med Bras. 2013;59(3):234–40.
- 13 [OMS] Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português]. 9 ed Rev. São Paulo: EDUSP; 2003.
- 14 [OMS] Organização Mundial de Saúde. Rumo a uma Linguagem Comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. “ICF Beginner’s Guide” Genebra. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais – Centro Brasileiro de Classificação de Doenças]. São Paulo - Brasil. 2002. PDF. [Internet]. Acesso em: 15 de setembro de 2014 às 17:20h. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/cbcd/Material/Guia_para_principiantes_CIF_cbcd.pdf/
- 15 Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. Eur J Phys Rehabil Med. 2014, Apr, 01. [Epub ahead of print].
- 16 Brasil. Homologo a Resolução CNS nº 452, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. 137-138 – Nº 109, quarta-feira, 6 de junho de 2012, ISSN 1677-7042 Diário Oficial da União Sessão 1.
- 17 Araujo ES. Uso da CIF no SUS: A experiência no Município de Barueri/SP. Revista Científica CIF Brasil. 2014;1(1):10-17.
- 18 Conferência Nacional de Saúde, 13, 2008, Brasília, Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil) Brasil. Ministério da Saúde, 2008. [Internet]. Acesso em:

- 10 de setembro de 2015 às 22:30h. Disponível em: <http://biblioteca.participa.br/jspui/handle/11451/571>.
- 19 Madden RH, Dimitropoulos V. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): What it is and what it can be used for. *HIM - Interchange*. 2014;4(1):27-9.
- 20 Riberto M, Chiappetta LM, Lopes KAT, Battistella LR. A experiência brasileira com o Core set da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Lombalgia. *Coluna/Columna*. 2011;10(2):121-6.
- 21 Nicke R, Pinto LM, Lima AP, Navarro EJ, Teive HAG, Becker N, et al. Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação. *Acta Fisiatr*. 2010;17(1):13-17.
- 22 Lopes GL, Castaneda L, Sobra L. Abordagem das atividades funcionais e da influência dos fatores ambientais em pacientes hemiparéticos pós-AVE antes e após o tratamento fisioterapêutico. *Acta Fisiatr*. 2012;19(4):237-42.
- 23 Brasileiro IC, Moreira TMM, Buchalla CM. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. *Acta Fisiatr*. 2013;20(1):37-41.
- 24 Araujo ES. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008. PDF. [Internet]. Acesso em: 23 de setembro de 2014 às 19:35h. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-03102008-112435/pt-br.php/>
- 25 Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):437-51.
- 26 Souza MAP, Ferreira FR, César CC, Furtado SRC, Coster WJ, Mancini MC, et al. Development of a first-contact protocol to guide assessment of adult patients in rehabilitation services networks. *Braz. J. Phys. Ther.*, ahead of print Epub Jan 19, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0137>.
- 27 Pommerehn1 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.

- 28 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Heloisa Ventura Dinubila]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2011.
- 29 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. – 1. ed., 2. reimpr. atual – São Paulo: Editora da universidade de São Paulo, 2015.
- 30 Santos TV, Llerena Júnior JC, Ribeiro CTM, Gomes Júnior SCS. Identificação dos conceitos de medidas de desfechos de ensaios clínicos em osteogênese imperfeita utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - versão crianças e jovens. *Acta Fisiatr.* 2014;21(3):135-40.
- 31 Conselho Federal de Fonoaudiologia. Guia norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/CIF em Fonoaudiologia. Brasília, 2013a. [Internet]. Acesso em: 27 de setembro de 2014 às 22:15h. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/guias-e-manuais/>.
- 32 Conselho Federal de Fonoaudiologia. Guia Prático de Consulta Rápida da CID-10 pelo Fonoaudiólogo. Brasília, 2007. [Internet]. Acesso em: 27 de setembro de 2014 às 21:35h. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/guias-e-manuais/>.
- 33 Conselho Federal de Fonoaudiologia. Balizador de tempo de tratamento em Fonoaudiologia. Brasília, 2013b. [Internet]. Acesso em: 27 de setembro de 2014 às 22:40h. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/guias-e-manuais/>.
- 34 Morettin M, Bevilacqua MC, Cardoso MRA. A aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Audiologia. *Distúrb. Comum.* 2008;20(3):395-402.
- 35 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.
- 36 Romano N, Chun RYS. Condições linguístico-cognitivas de crianças usuárias de comunicação suplementar e/ou alternativa segundo componentes da CIF. *Distúrb. Comum*. 2014;26(3):503-18.
- 37 Neumann S, Romonath R. Application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health-Children and Youth Version (ICF-CY) to cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2012;49(3):325-46.
- 38 Şenkal ÖA, 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.
- 39 Danermark B, Granberg S, Kramer SE, Selb M, Möller C. The creation of a comprehensive and a brief core set for hearing loss using the international classification of functioning, disability and health. *Am J Audiol*. 2013;22(2):323-8.
- 40 Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª Região – São Paulo. CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na prática fonoaudiológica. 2011. [Internet]. Acesso em: 2 de setembro de 2014 às 18:40h. Disponível em <http://www.fonosp.org.br/2011/06/15/cif-%E2%80%93-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-na-pratica-fonoaudiologica/>.
- 41 Goulart BNG, Chiari BM. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007(a);12(4):335-40.
- 42 Goulart BNG, Chiari BM. Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007(b);19(2):223-32.
- 43 Ceballos AGC, Cardoso C. Determinantes sociais de alterações fonoaudiológicas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(3):441-5.

3. *Objetivos*

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) na caracterização da funcionalidade de pacientes atendidos em um ambulatório de avaliação fonoaudiológica.

3.2 Objetivos Específicos

- A. Descrever as queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes avaliados em serviço de Fonoaudiologia ambulatorial de um hospital de ensino de referência da rede pública de saúde, e verificar suas associações com aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais;
- B. Estabelecer uma lista de categorias da CIF-CJ a ser utilizada na caracterização da população de crianças e jovens com queixas e diagnósticos fonoaudiológicos;
- C. Caracterizar o desempenho em aspectos fonoaudiológicos de pacientes ambulatoriais segundo a lista de categorias da CIF-CJ;
- D. Realizar análise psicométrica dos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação da CIF-CJ, afim de identificar quais os itens melhor representam esses construtos;
- E. Verificar a associação entre os fatores construídos por meio das categorias da CIF-CJ e aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais em um ambulatório de avaliação fonoaudiológica.

4. Métodos

4. MÉTODOS

4.1 Delineamento

Trata-se de estudo do tipo observacional analítico transversal retrospectivo, baseado em análise de dados secundários.

4.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi o Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital São Geraldo, integrante do complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), instituição administrada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), sendo este um serviço de referência fonoaudiológica ambulatorial da Rede Pública de Saúde da cidade de Belo Horizonte.

Neste local, é ministrada a disciplina “Estágio em Avaliação Fonoaudiológica” como parte integrante do currículo dos alunos do nono período de graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Tal disciplina visa à realização de avaliação fonoaudiológica formal por parte dos alunos, utilizando protocolos padronizados e validados na literatura, o levantamento de hipóteses diagnósticas ⁽¹⁾ e estabelecimento de condutas clínicas para cada caso. Como rotina, neste local são recebidos pacientes com demandas fonoaudiológicas, referenciados dos serviços de internação e demais ambulatórios integrantes do complexo HC-UFMG.

Ao longo do processo avaliativo, relatórios de anamnese e avaliação são redigidos pelos alunos sob orientação docente. Ao final, uma cópia do relatório de avaliação é entregue em devolutiva aos pais/responsáveis ou ao próprio paciente, quando maior de 18 anos e legalmente responsável por si, e uma cópia de ambos os relatórios é anexada ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Este é um prontuário individual que todos os pacientes atendidos no complexo do HC-UFMG possuem e que conta com dados e informações de todos os serviços nos quais o indivíduo possa ter sido avaliado ou acompanhado. Além disso, cópias dos dois relatórios e os protocolos utilizados durante as avaliações, são armazenados em prontuários individuais no Ambulatório de Fonoaudiologia.

4.3 Critérios de inclusão

Para a seleção dos prontuários inseridos no estudo e utilizados nos três Artigos foram definidos como critérios de inclusão:

- Prontuários do banco de dados da disciplina “Estágio em Avaliação Fonoaudiológica” disponíveis para consulta, pertencentes aos pacientes com idade até 16 anos convocados para avaliação entre os anos de 2010 e 2014;
- Relatórios de anamnese e avaliações disponíveis de forma integral para consulta.

4.4 Critérios de exclusão

Em relação aos critérios de exclusão, foram definidos:

- Para os Artigos 1, 2 e 3:
 - Prontuários que indicassem, por quaisquer motivos, a não conclusão do processo avaliativo;
- Para os Artigos 2 e 3:
 - Prontuários pertencentes à pacientes com idade inferior a cinco anos que fizeram avaliação fonoaudiológica no período entre março de 2010 e dezembro de 2014;
 - Prontuários pertencentes a pacientes que não realizaram a avaliação auditiva previamente ou durante o período avaliativo e aqueles para os quais houvesse suspeita ou confirmação dos seguintes diagnósticos: perda auditiva em qualquer grau, déficit intelectual (DI) ou Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD);
 - Prontuários cujos relatórios, ainda que completos, estivessem restritos em relação à descrição das avaliações, inviabilizando uma classificação padronizada e uniforme utilizando a CIF-CJ.

1032 Prontuários de pacientes chamados para avaliação no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC-UFMG entre os anos de 2010 e 2014

Seleção:

- Foram excluídos 60 prontuários de pacientes com idade superior a 16 anos;
- Foram excluídos 416 prontuários cujos relatórios de anamnese ou avaliação encontravam-se incompletos, ou que foram desligados do serviço durante processo avaliativo, devido às faltas ou não adesão à avaliação.

556 Prontuários elegíveis, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão – Artigo 1

Seleção:

- Foram excluídos 215 prontuários pertencentes a pacientes com idade inferior a cinco anos;
- Foram excluídos 161 prontuários devido à:
 - 50 de pacientes que não realizaram avaliação auditiva;
 - 31 por diagnóstico de perda auditiva em qualquer grau
 - 11 por diagnóstico/suspeita de TGD;
 - 17 por diagnóstico/suspeita de DI;
 - 17 por relato de dois critérios de exclusão concomitantes;
 - 35 por restrições em relação a descrição das avaliações.

180 Prontuários elegíveis, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão – Artigos 2 e 3

Figura 4: Fluxograma da análise de inclusão e exclusão dos dados secundários nos três artigos.

4.5 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de análise retrospectiva de dados secundários. Para tanto, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE a) ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), para acesso e consulta aos prontuários do ambulatório e ao SAME dos pacientes, tendo sido esta, aprovada. A coleta de dados foi realizada por meio de dois procedimentos.

4.5.1 Procedimento 1 – Coleta dos dados descritivos:

Dos relatórios de anamnese e avaliações pertencentes aos 556 prontuários selecionados, conforme os critérios de inclusão e exclusão definidos foram coletados dados referentes aos aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais:

Quadro 5: Dados descritivos, sociodemográficos e clínico-assistenciais coletados

	Descrição dos Dados	Observações
Dados Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo • Escolaridade do paciente • Escolaridade materna • Escolaridade paterna • Local de residência • Nº de irmãos • Nº de cômodos no domicílio • Nº de pessoas residentes no domicílio • Renda familiar 	Nº de cômodos no domicílio relatados em anamnese, nos quais foram incluídos apenas aqueles internos a moradia ou no caso de banheiros anexos à residência.
Dados referentes à ocorrência de questões prévias – Dados Clínico-assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma intercorrência • Questões na infância, incluindo questões pré-natais, neonatais, pós-natais imediatas • Questões na adolescência 	Informações sobre eventos causais, contribuintes ou agravantes da queixa relatada ou alteração diagnosticada ou dignos de destaque durante o processo de desenvolvimento comunicativo.
Dados referentes à queixa fonoaudiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Quem é o responsável pelo relato da queixa fonoaudiológica 	Qual é a descrição da queixa, há quanto tempo

atual – Dados Clínico-assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Qual (ais) é (são) a (s) área (s) da queixa fonoaudiológica • Número de queixas fonoaudiológicas apresentadas pelo paciente 	é existente, quando se dá sua ocorrência, quais são os impactos desta para a vida do indivíduo/familiares, houve ações prévias com o intuito de sanar tal queixa.
Dados sobre os acompanhamentos de outros profissionais – Dados Clínico-assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional que realizou o encaminhamento para a avaliação fonoaudiológica • Número de profissionais da área da saúde com os quais o paciente encontra-se em acompanhamento atual 	Coleta de dados sobre a existência de questões observadas pelo profissional que realizou o encaminhamento nas áreas de linguagem oral, linguagem escrita/dificuldades escolares, fala, fluência, M.O., disfagia, voz, audição, processamento auditivo, dificuldades de interação social.
Hipótese diagnóstica – Dados Clínico-assistenciais	<p>Definição das áreas principais com alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição/desenvolvimento da linguagem oral • Questões de linguagem escrita • Aspectos cognitivos da linguagem • Fala • Fluência • Motricidade Orofacial • Disfagia • Voz • Audição • Processamento Auditivo • Número de hipóteses diagnósticas encontradas após avaliação 	Trata-se da percepção que ultrapassa a somatória dos sinais e sintomas identificados por meio da anamnese e avaliação. Essa definição é realizada após análises comparativas das descrições e resultados verificados com referências de normalidade e patologia da comunicação. É estabelecida após fase de raciocínio denominada hipótese diagnóstica de manifestação ⁽¹⁾ .
Conduta do caso – Dados Clínico-assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento para o ambulatório específico do serviço ou terapia fonoaudiológica • Descrição de outras possibilidades de conduta, tais como: 	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reavaliação do paciente após intervalo pré-determinado de tempo ○ Realização de orientações aos pais/responsáveis ○ Realização de avaliação completa do Processamento Auditivo ○ Realização de encaminhamentos para outros profissionais ● Número de condutas definidas para cada paciente 	
--	--	--

Foi elaborada pelas pesquisadoras, para registro dos dados descritivos, planilha no programa Excel, versão 2010.

4.5.2 Procedimento 2 – Caracterização do desempenho em aspectos fonoaudiológicos segundo as categorias da CIF-CJ:

A classificação da funcionalidade de crianças e jovens utilizando a CIF-CJ ⁽²⁾ foi realizada nos 180 prontuários pertencentes aos pacientes com idades entre 5 e 16 anos. Tal escolha foi devida à maior variabilidade de aspectos avaliados nesta faixa etária, tais como alterações na linguagem escrita e questões escolares, dificuldades associadas ao processamento auditivo, bem como devido ao maior número e tipo de protocolos utilizados durante a avaliação fonoaudiológica. Vale ressaltar que nas etapas de delineamento, coleta e análise dos dados desta pesquisa, ainda não estava disponível a versão de 2015 ⁽³⁾, com a incorporação da CIF e CIF-CJ. Assim, a versão utilizada foi a CIF-CJ em português publicada em 2011 ⁽²⁾.

Por opção metodológica foram excluídos também os prontuários de pacientes que não realizaram a avaliação auditiva previamente ou durante o período avaliativo e aqueles para os quais houvesse suspeita ou confirmação dos diagnósticos de perda auditiva em qualquer grau, déficit intelectual (DI) ou Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Tal opção foi devida ao fato de que a presença destas questões poderia influenciar diretamente nos aspectos de funcionalidade e incapacidade observados nos pacientes avaliados e dificultaria a comparação interna

do grupo. Os prontuários cujos relatórios de avaliação, ainda que conclusivos, estivessem restritos em relação à descrição nos achados das avaliações utilizadas, inviabilizando uma análise padronizada e uniforme pela ausência de detalhes significativos, também foram excluídos.

Com base no próprio documento traduzido para o português em 2011 ⁽²⁾ e no “Guia norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/CIF em Fonoaudiologia” ⁽⁴⁾ emitido em 2013 pelo CRFa, foi realizada uma pré-seleção das categorias da CIF-CJ. Foram escolhidas aquelas que melhor pudessem descrever os aspectos de funcionalidade relativos à comunicação de crianças e jovens, com enfoque nas questões de Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz e Fala, bem como a fatores associados, e outros itens que se fizessem relevantes durante a avaliação e definição de condutas fonoaudiológicas.

Optou-se pela eleição das categorias em uma classificação de segundo nível, tal como o realizado pelo CFFa em 2013 ⁽⁴⁾. Foi escolhida, ainda, a não inclusão das categorias referentes ao componente de Estruturas do Corpo, uma vez que, o diagnóstico fonoaudiológico é realizado com base na análise da capacidade funcional das estruturas ao estabelecer uma comunicação efetiva, ou não, e não apenas sob sua condição anatômica.

Sendo assim, foram selecionadas 168 categorias, sendo 29 entre as Funções do Corpo, 80 de Atividades e Participação e 59 entre os Fatores Ambientais. Tais categorias da CIF-CJ ⁽²⁾ poderiam ter como fonte de coleta os relatórios de anamnese, de avaliação ou ambos (APÊNDICE b):

Os 180 relatórios foram lidos de forma criteriosa, sendo realizada a análise de descrição das categorias da CIF-CJ pré-selecionadas em dois momentos:

- 1- Identificação dos conteúdos nos relatórios que remetessem às categorias determinando a presença destas;
- 2- Aplicação dos qualificadores nas categorias, sendo estas determinadas como “.0 – sem alteração” ou “.8 – existe alteração, mas não foi especificada a intensidade”.

Tal forma de análise, enfocando apenas nos qualificadores que definiriam a existência ou não de alterações/barreiras/facilitadores sem especificar o grau destes,

baseou-se na proposta de inserção da CIF em sistema público de informação no Brasil⁽⁵⁾.

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

- Para o componente Funções do Corpo: se esta é “descrita e há deficiência” ou se é “descrita e não há deficiência”;
- Para o componente Atividades e Participação: se a categoria é “descrita e há dificuldade” ou se é “descrita e não há dificuldade”;
- Para o componente Fatores Ambientais: se é “descrito e é Barreira”, se é “descrito e é Facilitador” ou se “não se aplica”.

Todos os dados foram digitados em planilha do programa Excel, versão 2010.

4.6 Análise dos dados

Para os dados referentes aos aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais foi realizada análise descritiva, sendo que, para as variáveis contínuas foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão-DP, variância, mínimo e máximo). Para todas as variáveis categóricas realizou-se a distribuição de frequências. As variáveis, número de queixas, número de hipóteses diagnósticas e número de condutas por caso foram categorizadas de acordo com a mediana encontrada na análise descritiva, sendo realizada também a análise de frequência.

Durante a análise estatística para o Artigo um, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson, para verificar a existência de associações entre as variáveis resposta e explicativas definidas. Os dados do estudo foram tratados estatisticamente no programa SPSS para Windows, versão 19, sendo que em todos os cálculos realizados foi considerado o nível de significância estatística de 5%.

A presença das categorias da CIF-CJ e a determinação sobre a existência ou não de deficiência/dificuldade/barreira/facilitador para o Artigo dois, foram analisadas como variáveis categóricas, sendo realizada análise descritiva, por meio da

distribuição de frequências. As análises também foram realizadas no programa SPSS para Windows, versão 19.

Para o Artigo três, diante do volume de dados, optou-se pela análise de relação entre os aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais e os componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação da CIF-CJ apenas. Com o objetivo de reduzir a dimensão das categorias descritas em fatores capazes de representar de forma válida esses constructos, foi realizada Análise Fatorial, sendo o número de fatores selecionado de acordo com o critério da Análise Paralela (Parallel Analysis) ⁽⁶⁾. A Análise Fatorial foi realizada com rotação varimax ⁽⁷⁾, utilizando o método de extração das componentes principais a partir da matriz de correlação tetracórica ⁽⁸⁾.

Para analisar a qualidade e validade dos indicadores foram verificadas a confiabilidade e a validade convergente ⁽⁹⁾. Estas garantem tal validade, caso a Variância Média Extraída (VME), que indica o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus itens seja superior a 50% ⁽¹⁰⁾. Para mensurar a confiabilidade foram utilizados o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC) ⁽¹¹⁾. Segundo a literatura, tais indicadores devem ser maiores que 0,70 indicando confiabilidade do constructo ⁽¹²⁾. Para verificar se a solução fatorial foi adequada aos dados da pesquisa, utilizou-se a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), indicando a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Foi adequada ainda, a aplicação da Análise Fatorial Exploratória ao conjunto de variáveis quando o KMO for maior ou igual a 0,50.

Os escores gerados pela Análise Fatorial para representar os fatores de Funções do Corpo foram capazes de avaliar se, em determinadas funções há uma deficiência ou não, de forma que quanto maior o valor do escore, maior a quantidade de funções em que há deficiência. Já os escores gerados para representar os fatores de Atividade e Participação foram capazes de avaliar se há dificuldade ou não, de forma que quanto maior o valor do escore, maior a dificuldade encontrada. Os escores foram padronizados de forma a oscilar de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1 maior foi o número de Funções do Corpo com deficiência ou a dificuldade com as Atividades e Participação.

Com o intuito de relacionar os indicadores criados para representar as dimensões das Funções do Corpo e de Atividade e Participação com as variáveis definidas a partir dos dados sociodemográficos e clínico-assistenciais foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman ⁽¹³⁾. O software utilizado nas análises do Artigo 3 foi o R, versão 3.3.1, sendo adotado o nível de significância estatística de 5%.

4.7 Aspectos éticos

Este projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), sob o parecer CAAE: 47193615.9.0000.5149 (ANEXO 1), sendo igualmente aprovada a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua realização (APÊNDICE a).

4.8 Referências Bibliográficas

- 1 Perissinoto J, Chiari BM. A avaliação com precursora do diagnóstico. In: Andrade CF (Org.). Fonoaudiologia em pediatria. São Paulo: Sarvier; 2003. p.135-140.
- 2 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Heloisa Ventura Dinubila]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2011.
- 3 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. – 1. ed., 2. reimpr. atual – São Paulo: Editora da universidade de São Paulo, 2015.

- 4 Conselho Federal de Fonoaudiologia. Guia norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/CIF em Fonoaudiologia. Brasília, 2013. [Internet]. Acesso em: 27 de setembro de 2014 às 22:15h. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/guias-e-manuais/>.
- 5 Araújo ES, Neves SFP. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, E-SUS e TABWIN: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. Rev Baiana Saúde Pública. 2015;39(2):470-7.
- 6 Horn JL. A rationale for the number of factors in factor analysis. Psychometrika. 1965;30(2):179-85.
- 7 Mingoti SA. Análise de Dados Através de Métodos de Estatística Multivariada: Uma Abordagem Aplicada. 1ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2013. 297p.
- 8 Drasgow F. 2006. Polychoric and polyserial correlations. Encyclopedia of statistical sciences.9.
- 9 Fornell C, Larcker D. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. Journal of Marketing Research. 1981;18(1):39-50.
- 10 Henseler J, Ringle C, Sinkovics R. The Use of Partial Least Squares Path Modeling International Marketing. In: Sinkovics RR, Ghauri PN (Ed.). New Challenges to International Marketing (Advances in International Marketing). Emerald Group Publishing Limited: 2009. p. 277-319.
- 11 Chin WW. The partial least squares approach for structural equation modeling. In: Maroulides GA (Ed.). Modern methods for business research. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publisher; 1998.p.295-336.
- 12 Tenenhaus M, Amato S, Vinzi VE. A global Goodness-of-Fit index for PLS structural equation modelling. Oral Communication to PLS Club, HEC School of Management. France. 2004.
- 13 Hollander M, Wolfe DA. Nonparametric Statistical Methods. New York: John Wiley & Sons, 1999.

5. Resultados

5. RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

Queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes avaliados em serviço Fonoaudiológico ambulatorial.

Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA

Resumo

Objetivos: Descrever queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes avaliados em serviço fonoaudiológico ambulatorial e verificar suas associações com aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional analítico transversal, baseado em análise retrospectiva de prontuários pertencentes a pacientes avaliados entre 2010 e 2014. Os dados coletados constituíram as variáveis resposta número de queixas e número de hipóteses diagnósticas e as variáveis explicativas sócio-demográficas e clínicas-assistenciais. Foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade, distribuição de frequências e o Teste Qui-Quadrado de Pearson, para verificar associações. **Resultados:** Foram encaminhados para avaliação 1032 pacientes e incluídos 556 prontuários, sendo 181 indivíduos do sexo feminino e 375 do sexo masculino, com idades entre um mês e 16 anos. Em anamnese houve predomínio de duas a cinco queixas, sendo mais citadas as alterações de fala, linguagem escrita e de interação social. Na avaliação, a maioria dos prontuários dos pacientes descrevia de três a oito hipóteses diagnósticas, com prevalência das alterações na linguagem oral, nos aspectos cognitivos da linguagem e na motricidade orofacial. Houve associação com significativa estatística entre o número de queixas com faixas etárias, escolaridade do paciente e responsável pela queixa e, entre o número de hipóteses diagnósticas com faixas etárias, escolaridade materna e número de condutas. **Conclusões:** A não correspondência entre o tipo e o número de queixas referidas e hipóteses diagnósticas verificadas podem ser frequentes e deve-se atentar a este fato durante os processos de anamnese e avaliação.

Descritores: Fonoaudiologia, Anamnese, Avaliação, Diagnóstico, Criança, Adolescente.

Introdução:

Na área da saúde, os processos de avaliação e definição diagnóstica constituem o ponto de partida para a intervenção. A realização de um diagnóstico correto é citada na literatura como condição para o elencar de condutas e direcionamento do planejamento terapêutico, aumentando as chances de um tratamento de sucesso ^(1,2,3).

No trabalho fonoaudiológico, o enfoque da avaliação se dá nos aspectos relativos, sobretudo, à funcionalidade da comunicação ⁽⁴⁾, observando-se tanto o funcionamento dos sistemas corporais que dela fazem parte, quanto como se dá a execução da tarefa de comunicar-se ⁽⁵⁾. Contudo, no planejamento das intervenções e no acompanhamento dos pacientes, é necessário lembrar também da influência que fatores sociais, econômicos e referentes às outras questões clínicas e assistenciais, podem exercer. Conhecer as características da população que se atende, bem como o que lhe é próprio ^(1,6), possibilita uma estruturação adequada dos processos avaliativos.

São marcos da avaliação, a anamnese e os procedimentos avaliativos propriamente ditos. O primeiro é o momento para compreender-se as necessidades do sujeito e verificar as informações e dados sobre o motivo de encaminhamento ⁽⁷⁾. A existência de uma queixa inicial demonstra discrepância entre a definição que se tem de um estado adequado de saúde e a realidade observada. Devido a esta, é que surge a motivação para a busca de tratamento ⁽⁸⁾ e é partir dela que se definem o serviço e o profissional a ser procurado. A queixa pode ser do próprio paciente, de seus familiares ou partir do relato de profissionais da saúde ou da educação que o acompanham ⁽⁸⁾.

Em seguida durante o exame, geralmente detalhado, é feita a avaliação dos aspectos clínicos, sendo estabelecidas as hipóteses diagnósticas e verificada a necessidade da complementação de outro procedimento ou profissional. Desta forma, determina-se a melhor conduta para o caso ⁽⁴⁾. A interpretação das queixas e dos achados dependerá sempre da subjetividade do avaliador, de seus conhecimentos prévios e dos pressupostos teóricos nos quais se baseia ⁽⁹⁾.

A caracterização do tipo e do número de queixas e sua correspondência com os diagnósticos podem indicar, entre outras questões, como a percepção da saúde, própria ou de outrem, se dá. Podem ocorrer casos em que há concordância completa entre a queixa referida e o diagnóstico feito. Entretanto, há casos em que há divergências parciais ou até mesmo totais ⁽⁸⁾.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo descrever as queixas e hipóteses diagnósticas de pacientes avaliados em serviço de Fonoaudiologia ambulatorial de um hospital de ensino de referência da rede pública de saúde, e verificar suas associações com aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional analítico transversal, baseado em análise retrospectiva de dados secundários, coletados entre os meses de julho a novembro de 2015.

Para tanto, foram buscados relatórios de prontuários de um ambulatório de avaliação fonoaudiológica, integrante de complexo hospitalar da rede pública de referência regional em assistência à saúde. Neste complexo, diversas especialidades profissionais e de serviços, tanto de internação, como ambulatoriais, atendem exclusivamente à demanda do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o mesmo é também campo de ensino para estágios de cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde de universidades públicas, e cenário para o desenvolvimento de pesquisas.

Como procedimento de rotina são encaminhados a este ambulatório para realização de avaliação formal, pacientes em acompanhamento por outros profissionais do complexo e que apresentem queixas de cunho fonoaudiológico. O processo avaliativo é realizado por alunos de graduação em Fonoaudiologia durante estágio sob supervisão docente. Além da anamnese para coleta de informações relevantes, protocolos validados são utilizados para descrição completa dos aspectos clínicos observados. Ao término do procedimento, um relatório de anamnese e um de avaliação são gerados, sendo uma cópia de cada anexada ao serviço de arquivo hospitalar, em prontuário individual no qual se encontram informações de todos os serviços em que os pacientes realizam ou já realizaram acompanhamento.

Como critério de inclusão foi estabelecido a coleta nos prontuários pertencentes à pacientes com até 16 anos, cuja avaliação se deu no período entre março de 2010 a dezembro de 2014, e cujos relatórios estivessem ambos disponíveis de forma integral para consulta. Foram excluídos os prontuários que indicassem, por quaisquer motivos, a não conclusão do processo avaliativo.

Dos relatórios de anamnese foram coletados dados que estruturaram as variáveis explicativas sociodemográficas do estudo: faixa etária; gênero; escolaridade do paciente; escolaridade materna; escolaridade paterna; local de residência; número de cômodos no domicílio; número de irmãos e faixa de renda familiar. Além disso, foram obtidas informações para a construção das variáveis explicativas clínico-assistenciais: questões prévias à avaliação; responsável pela queixa; profissional que encaminhou o paciente e número de profissionais em acompanhamento. Foram coletados, ainda, dados referentes aos tipos e ao número de queixas.

Dos relatórios de avaliação foram coletadas as hipóteses diagnósticas, que agrupam e resumem as alterações encontradas durante o processo avaliativo ⁽¹⁰⁾. Estas poderiam ser de linguagem oral ou escrita, nos aspectos cognitivos da linguagem, na fala, que incluíam os transtornos fonológicos, na fluência, motricidade orofacial, disfagia, voz, audição ou processamento auditivo. Foram também coletadas as condutas definidas para cada caso. Com estas informações foram definidas as seguintes variáveis: número de hipóteses diagnósticas e número de condutas. Todos os dados foram digitados em planilha do programa Excel elaborada pelas pesquisadoras e foram escolhidas como variáveis resposta o número de queixas e o número de hipóteses diagnósticas.

Na análise descritiva, para as variáveis contínuas foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão-DP, variância, mínimo e máximo). Para todas as variáveis categóricas realizou-se a distribuição de frequências. Por opção metodológica, as variáveis número de queixas, número de hipóteses diagnósticas e número de condutas por caso, foram categorizadas de acordo com a mediana encontrada na análise descritiva. Durante a análise estatística, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson para verificar a existência de associações. Os dados do estudo foram tratados estatisticamente no programa SPSS

para Windows, versão 19, sendo que em todos os cálculos realizados foi considerado o nível de significância estatística de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número de parecer CAAE 47193615.9.0000.5149, sendo igualmente aprovada a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sua realização.

Resultados:

No período de março de 2010 a dezembro de 2014, 1032 avaliações fonoaudiológicas foram realizadas. Contudo, 476 prontuários não atenderam aos critérios de inclusão do estudo. A amostra foi então composta por 556 prontuários pertencentes a 181 indivíduos do sexo feminino (32,6%) e 375 do sexo masculino (67,4%), com idades compreendidas entre um mês e 16 anos.

Dentre os prontuários selecionados houve predominância de indivíduos nas faixas etárias entre 5 e 12 anos, do sexo masculino (67,4%), cuja escolaridade encontrava-se dentro das séries do ensino fundamental (49,7%) e com apenas um irmão (38,8%). A maior parte das mães havia concluído ou cursava o ensino médio (48,2%), diferentemente da maioria dos pais, que completaram ou ainda cursavam o ensino fundamental (53,1%). A maioria dos relatórios descrevia a cidade de Belo Horizonte como local de residência (52,0%), em imóveis com cinco a seis cômodos (54,4%) e a faixa de renda familiar informada pela maioria era de zero a dois salários mínimos (64,4%). Na maior parte dos casos residiam no domicílio quatro pessoas (35,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis explicativas sociodemográficas

Variáveis Explicativas	N*	%
Faixas etárias (em anos)		
0 a 4	215	38,7
5 a 7	139	25,0
8 a 12	155	27,9
13 a 16	47	8,5
Total*	556	100,0
Gênero		
Feminino	181	32,6
Masculino	375	67,4
Total*	556	100,0
Escolaridade do paciente		
Não matriculado	118	21,7
Educação Infantil	151	27,8
Ensino fundamental	270	49,7
Ensino médio ou outros níveis	4	0,7
Total*	543	100,0
Escolaridade materna		
Ensino fundamental	211	41,0
Ensino médio	248	48,2
Ensino superior ou outros	56	10,9
Total*	515	100,0
Escolaridade paterna		
Ensino fundamental	243	53,1
Ensino médio	180	39,3
Ensino superior ou outros	35	7,6
Total*	458	100,0
Local de residência		
Belo Horizonte	289	52,0
Região Metropolitana	235	42,3
Outros (Cidade/Estado/País)	32	5,8
Total*	556	100,0

Continuação Tabela 1

Variáveis Explicativas	N*	%
N* de cômodos no domicílio		
1 a 4	120	22,1
5 a 6	296	54,4
7 a 13	128	23,5
Total*	544	100,0
N* de pessoas no domicílio		
1 a 3	167	30,5
4	192	35,1
5	117	21,4
6 a 12	71	13,0
Total*	547	100,0
N* de irmãos		
Nenhum	148	26,8
1	214	38,8
2 a 8	190	34,4
Total*	552	100,0
Faixa de renda familiar (em salários mínimos)		
De 0 a 2	320	64,4
De 3 a 5	161	32,5
De 6 a 13	14	2,8
Total*	495	100,0

Legenda: * N = Número

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

A presença de intercorrências prévias na infância foi relatada com mais frequência nos prontuários dos pacientes (47,3%). Acontecimentos relevantes para o período da adolescência não foram referidos. Predominantemente, pais ou outros familiares eram os responsáveis pela queixa que motivou o encaminhamento à avaliação (92,6%), sendo este realizado, na maior parte dos casos, por pediatra (35%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis explicativas clínico-assistenciais

Variáveis Explicativas	N*	%
Questões prévias		
Nenhuma intercorrência	290	52,7
Intercorrência na infância	260	47,3
Intercorrência na adolescência	0	0,0
Intercorrência na infância e adolescência	0	0,0
Total*	550	100,0
Responsável pela queixa		
Pais ou outros familiares	511	92,6
Escola ou profissionais de saúde	41	7,4
Total*	552	100,0
Profissional que encaminhou		
Pediatra	191	35,0
Psiquiatra	85	15,6
CLM/ORL/Genética *	55	10,1
Fonoaudiólogo	57	10,4
Fisioterapia/T.O./Psicologia	16	2,9
Outros	142	26,0
Total*	546	100,0
N* de profissionais em acompanhamento		
N* não relatado	279	50,3
1	140	25,2
2	72	13,0
3 ou mais	64	11,5
Total*	555	100,0

Legenda: * N = Número

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

* CLM = Clínica Médica

*T.O. = Terapeuta Ocupacional

* ORL = Otorrinolaringologia

As queixas de fala (N = 394) e alterações na linguagem escrita (N = 150) foram as mais referidas em anamnese, seguidas pelas questões de interação social (n = 131). Esta abrangiu não apenas as características de déficit na intenção comunicativa

em indivíduos com suspeita ou diagnóstico confirmado dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), como também as dificuldades de relacionamento social devido à alteração fonoaudiológica principal referida (Figura 1).

As hipóteses diagnósticas de maior prevalência encontradas foram as relativas à linguagem oral (N = 413), aspectos cognitivos da linguagem (N = 348) e motricidade orofacial (N = 280). Foi possível verificar mais de uma queixa e hipótese diagnóstica para um mesmo paciente (Figura 1).

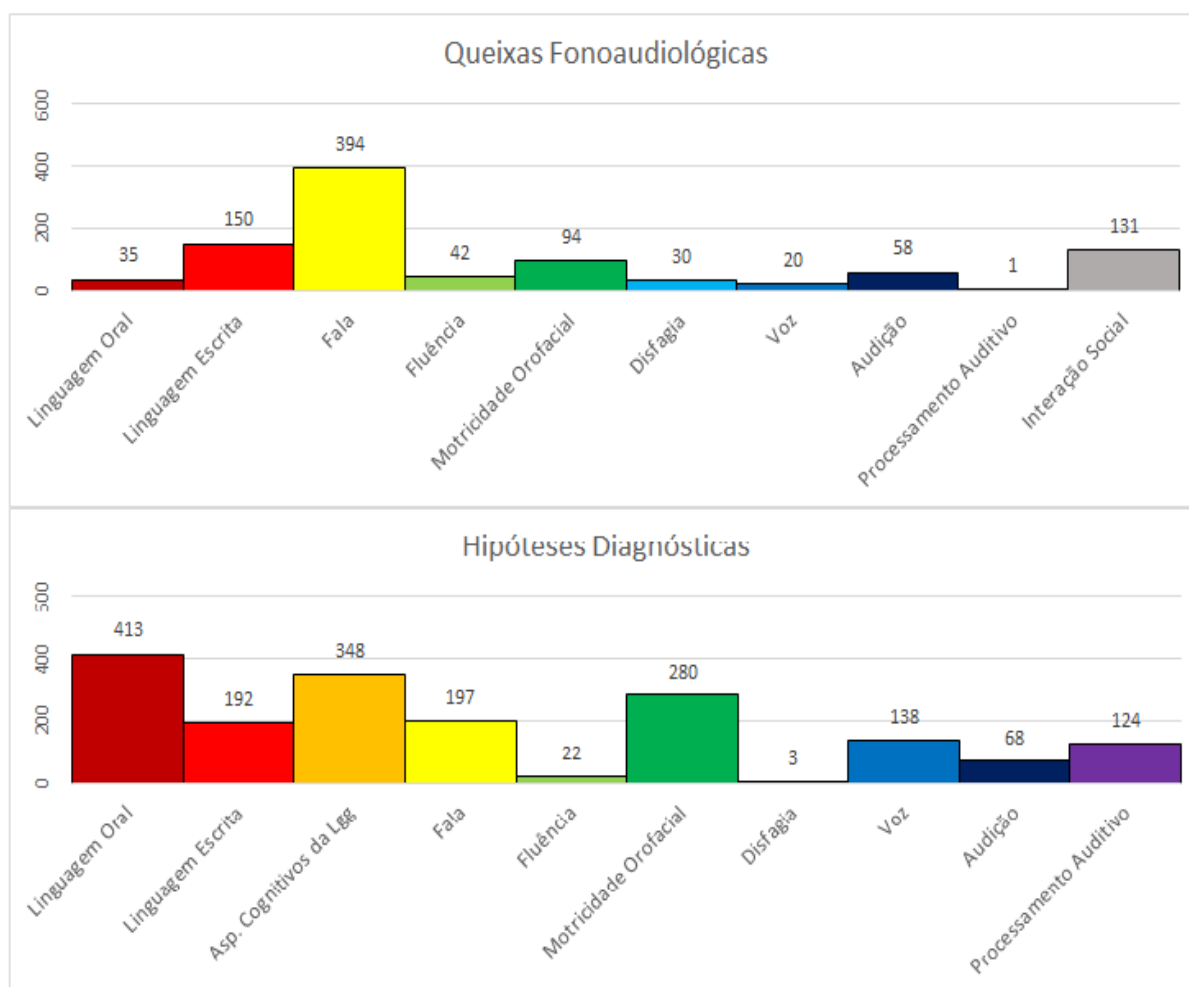


FIGURA 1 – DESCRIÇÃO DAS QUEIXAS FONOAUDIOLÓGICAS E DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS OBSERVADAS

Em relação às condutas, dos 556 prontuários analisados, quase todos foram encaminhados para terapia fonoaudiológica (N = 529). Outros encaminhamentos para avaliação complementar com diferentes profissionais, tais como otorrinolaringologia,

psiquiatria e avaliação completa do processamento auditivo central, também foram realizados. Para um mesmo paciente, mais de uma conduta foi possível (Figura 2).

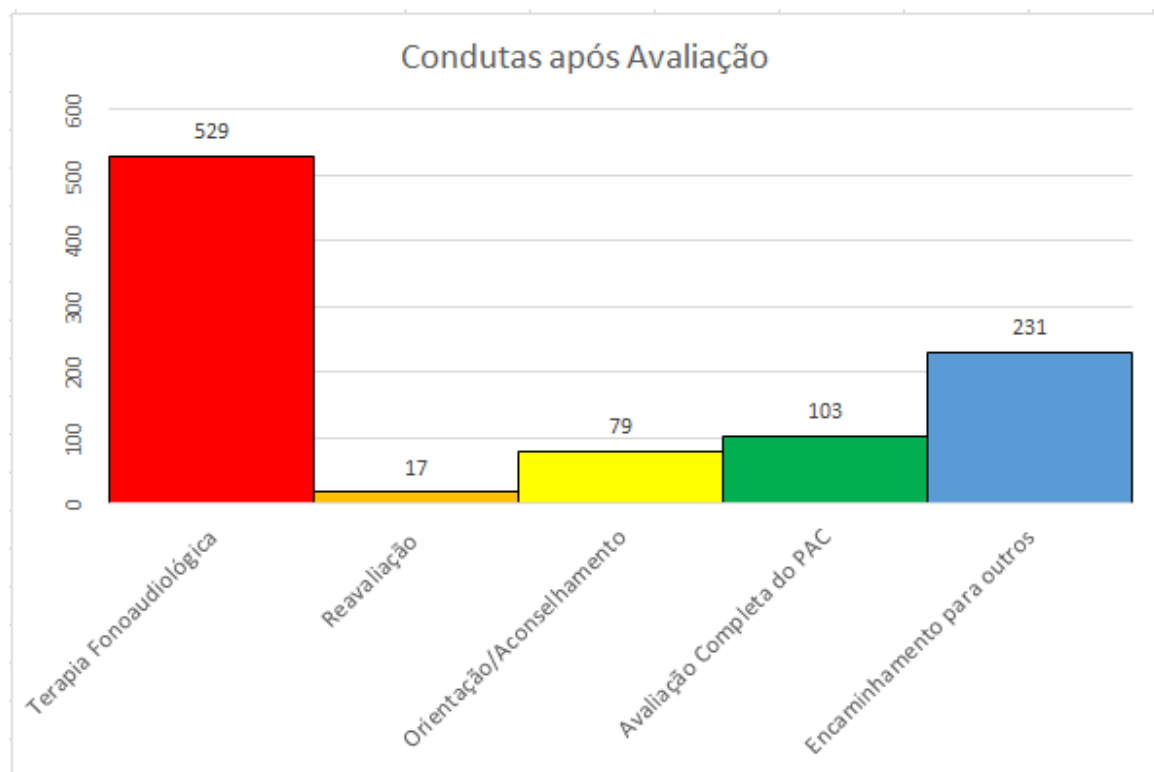


FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTE EM RELAÇÃO À CONDUTA ADOTADA APÓS A AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Na maioria dos prontuários houve o relato de duas a cinco queixas fonoaudiológicas (53,7%) e de três a oito hipóteses diagnósticas foram evidenciadas em avaliação (64,0%). A maioria dos casos foi destinada a até duas condutas (84,7%) (Tabela 3).

**TABELA 3 – CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS
NÚMERO DE QUEIXAS, NÚMERO DE
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E NÚMERO DE
CONDUTAS POR CASO**

Variáveis	N*	%
N* de queixas		
Até 1	257	46,3
De 2 a 5	298	53,7
Total*	555	100,0
N* de hipóteses diagnósticas		
Até 2	220	36,0
De 3 a 8	356	64,0
Total*	556	100,0
N* de condutas		
Até 2	471	84,7
De 3 a 4	85	15,3
Total*	556	100,0

Legenda: * N = Número

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

Na análise de associação houve significância estatística na associação entre as variáveis número de queixas e faixas etárias e também entre esta mesma e a escolaridade do paciente. Para as análises estatísticas com o número de hipóteses diagnósticas, foi encontrada associação significativa entre as variáveis faixas etárias e escolaridade materna (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis resposta "número de queixas" e "número de hipóteses diagnósticas"

Variáveis explicativas	Número de queixas			Número de hipóteses diagnósticas		
	De 0 a 1 (%)	De 2 a 5 (%)	Valor de P	De 0 a 2 (%)	De 3 a 8 (%)	Valor de P
Faixas Etárias (em anos)						
0 a 4	125 (48,6)	90 (30,2)		90 (45,0)	125 (35,1)	
5 a 7	57 (22,2)	82 (27,5)		46 (23,0)	93 (26,1)	
8 a 12	56 (21,8)	98 (32,9)	< 0,001 **	42 (21,0)	113 (31,7)	0,010 **
13 a 16	19 (7,4)	28 (9,4)		22 (11,0)	25 (7,0)	
Total*	257 (100,0)	298 (100,0)		200 (100,0)	356 (100,0)	
Gênero						
Feminino	85 (33,1)	96 (32,2)		65 (32,5)	116 (32,6)	
Masculino	172 (66,9)	202 (67,8)	0,830	135 (67,5)	240 (67,4)	0,984
Total*	257 (100,0)	298 (100,0)		200 (100,0)	356 (100,0)	
Escolaridade do paciente						
Não matriculado	66 (26,3)	52 (17,9)		46 (23,4)	72 (20,8)	
Educação infantil	80 (31,9)	71 (24,4)		61 (31,0)	90 (26,0)	
Ensino fundamental	103 (41,0)	166 (57,0)	0,003 **	88 (44,7)	182 (52,6)	0,335
Ensino médio ou outros níveis	2 (0,8)	2 (0,7)		2 (1,0)	2 (0,6)	
Total*	251 (100,0)	291 (100,0)		197 (100,0)	346 (100,0)	
Escolaridade materna						
Ensino fundamental	93 (38,8)	118 (43,1)		62 (33,3)	149 (45,3)	
Ensino médio	120 (50,0)	127 (46,4)	0,610	99 (53,2)	149 (45,3)	0,024 **
Ensino superior ou outros	27 (11,3)	29 (10,6)		25 (13,4)	31 (9,4)	
Total*	240 (100,0)	274 (100,0)		186 (100,0)	329 (100,0)	
Escolaridade paterna						
Ensino fundamental	107 (49,5)	136 (56,4)		78 (44,8)	165 (56,3)	
Ensino médio	92 (42,6)	87 (36,1)	0,322	74 (44,8)	106 (36,2)	0,160
Ensino superior ou outros	17 (7,9)	18 (7,5)		13 (7,9)	22 (7,5)	
Total*	216 (100,0)	241 (100,0)		165 (100,0)	293 (100,0)	
Local de residência						
Belo Horizonte	134 (52,1)	155 (52,0)		100 (50,0)	189 (53,1)	
Região Metropolitana	108 (42,0)	126 (42,3)	0,997	92 (46,0)	143 (40,2)	0,230
Outros (Cidade/Estado/País)	15 (5,8)	17 (5,7)		8 (4,0)	24 (6,7)	
Total*	257 (100,0)	298 (100,0)		200 (100,0)	356 (100,0)	

Continuação Tabela 4

Variáveis explicativas	Número de queixas			Número de hipóteses diagnósticas		
	De 0 a 1 (%)	De 2 a 5 (%)	Valor de P	De 0 a 2 (%)	De 3 a 8 (%)	Valor de P
N* de cômodos no domicílio						
1 a 4	56 (22,3)	64 (21,9)		37 (18,9)	83 (23,9)	
5 a 6	130 (51,8)	166 (56,8)	0,387	108 (55,1)	188 (54,0)	0,326
7 a 14	65 (25,9)	62 (21,2)		51 (26,0)	77 (22,1)	
Total*	251 (100,0)	292 (100,0)		196 (100,0)	348 (100,0)	
N* de pessoas no domicílio						
1 a 3	78 (30,6)	88 (30,2)		70 (35,4)	97 (27,8)	
4	89 (34,9)	103 (35,4)		66 (33,3)	126 (36,1)	
5	52 (20,4)	65 (22,3)	0,871	36 (18,2)	81 (23,2)	0,247
6 a 12	36 (14,1)	35 (12,0)		26 (13,1)	45 (12,9)	
Total*	255 (100,0)	291 (100,0)		198 (100,0)	349 (100,0)	
N* de irmãos						
Nenhum	67 (26,2)	81 (27,5)		60 (30,3)	88 (24,9)	
1	95 (37,1)	118 (40,0)	0,585	73 (36,9)	141 (39,8)	0,383
2 a 8	94 (36,7)	96 (32,5)		65 (32,8)	125 (35,3)	
Total*	256 (100,0)	295 (100,0)		198 (100,0)	354 (100,0)	
Faixa de renda familiar (em salários mínimos)						
De 0 a 2	146 (62,9)	173 (66,0)		113 (63,8)	207 (65,1)	
De 3 a 5	80 (34,5)	81 (30,9)	0,685	57 (32,2)	104 (32,7)	0,529
De 6 a 13	6 (2,6)	8 (3,1)		7 (4,0)	7 (2,2)	
Total*	232 (100,0)	262 (100,0)		177 (100,0)	318 (100,0)	

Legenda

Teste Qui-Quadrado de Pearson

* N = Número

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

** Valor de $P \leq 0,05$

Conforme exposto na Tabela 5, para o número de queixas, foi verificada relação estatisticamente significativa com responsável pela queixa. Já para a variável número de hipóteses diagnósticas uma associação significativa foi observada com número de condutas. As variáveis resposta número de queixas e número de hipóteses diagnósticas também apresentaram associação entre si, com valor de $p < 0,001$.

TABELA 5 - ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICO ASSISTENCIAIS E AS VARIÁVEIS RESPOSTA NÚMERO DE QUEIXAS E NÚMERO DE HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Variáveis explicativas	Número de queixas			Número de hipóteses diagnósticas		
	De 0 a 1 (%)	De 2 a 5 (%)	Valor de P	De 0 a 2 (%)	De 3 a 8 (%)	Valor de P
Questões prévias						
Nenhuma intercorrência	141 (55,3)	145 (49,3)		114 (57,3)	176 (50,1)	
Intercorrência na infância	114 (44,7)	149 (50,7)	0,280	85 (42,7)	175 (49,9)	0,107
Total*	255 (100,0)	294 (100,0)		199 (100,0)	351 (100,0)	
Responsável pela queixa						
Pais ou outros familiares	223 (87,5)	288 (97,3)		180 (90,5)	331 (93,8)	
Escola ou profissionais de saúde	32 (12,5)	8 (2,7)	< 0,001 **	19 (9,5)	22 (6,2)	0,154
Total*	255 (100,0)	296 (100,0)		199 (100,0)	353 (100,0)	
Profissional que encaminhou						
Pediatra	89 (35,5)	102 (34,7)		69 (35,0)	122 (35,0)	
Psiquiatra	41 (16,3)	44 (15,0)		32 (16,2)	53 (15,2)	
CLM/ORL/Genética *	29 (11,6)	26 (8,8)		18 (9,1)	37 (10,6)	
Fonoaudiólogo	25 (10,0)	32 (10,9)	0,848	20 (10,2)	37 (10,6)	0,353
Fisioterapia/T.O./Psicologia	7 (2,8)	9 (3,1)		10 (5,1)	6 (1,7)	
Outros	60 (23,9)	81 (27,6)		48 (24,4)	94 (26,9)	
Total*	251 (100,0)	294 (100,0)		197 (100,0)	349 (100,0)	
N* de profissionais em acompanhamento						
N não relatado	132 (51,4)	146 (49,2)		106 (53,0)	173 (48,7)	
1	62 (24,1)	78 (26,3)		55 (27,5)	85 (23,9)	
2	30 (11,7)	42 (14,1)	0,633	22 (11,0)	50 (14,1)	0,209
3 ou mais	33 (12,8)	31 (10,4)		17 (8,5)	47 (13,2)	
Total*	257 (100,0)	297 (100,0)		200 (100,0)	355 (100,0)	
N* de condutas						
Até 2	220 (85,6)	250 (83,9)		179 (89,5)	292 (82,0)	
De 3 a 4	37 (14,4)	48 (16,1)	0,577	21 (10,5)	64 (18,0)	0,019 **
Total*	257 (100,0)	298 (100,0)		200 (100,0)	356 (100,0)	

Legenda

* N = Número CLM = Clínica Médica ORL = Otorrinolaringologia T.O. = Terapeuta Ocupacional

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

Teste Qui-Quadrado de Pearson

** Valor de P ≤ 0,05

Discussão

Este trabalho foi realizado utilizando dados secundários contidos em prontuários, os quais não foram alimentados pelas pesquisadoras. Devido a este fato, existe a possibilidade de viés no preenchimento das informações durante anamnese e avaliação, sendo esta considerada a limitação do estudo. Entretanto, os dados são oriundos de prontuários de serviço de referência da rede estadual de saúde.

A predominância do gênero masculino foi observada em outros estudos que analisaram o perfil de pacientes em atendimento fonoaudiológico^(2,8,11-14), sendo que há autores que relatam como possível explicação a existência de uma maturação cerebral mais lenta e a influência de fatores genéticos em crianças do sexo masculino⁽¹⁴⁾. Em relação à idade, um estudo realizado em município da região metropolitana de Belo Horizonte verificou alta prevalência de pacientes encaminhados para fonoterapia nas faixas etárias de cinco a 10 anos, seguido pela faixa de zero a cinco anos, resultado parcialmente semelhante aos deste trabalho⁽¹¹⁾ (Tabela 1).

O maior número de queixas na população do presente estudo foi relativo às alterações de fala, fato também visualizado em pesquisa prévia, que indicou este relato em 46% e em 35% de uma população atendida em serviço público^(11,15) (Figura 1). Entretanto, há trabalhos que demonstraram que as alterações de fala foram a queixa de segunda maior frequência, em proporção de 14,2%⁽¹⁴⁾ e 23,1%⁽⁸⁾, uma vez que neles, respectivamente, o atraso de linguagem (63,6%)⁽¹⁴⁾ e as alterações de motricidade orofacial (34,9%) foram as mais referidas⁽⁸⁾. Tal discordância pode ser decorrente da forma, compreensão e descrição da queixa pelo paciente ou seu acompanhante diante de seu autoconceito de saúde. Além disso, há diferenças entre as metodologias empregadas nos estudos. No presente trabalho as queixas foram alocadas tais como descritas na anamnese, onde, por exemplo, “não fala”, foi definida como queixa de fala. No referido estudo, tal queixa foi classificada como atraso de linguagem⁽¹⁴⁾.

Em relação às hipóteses diagnósticas, a maior prevalência de alterações na linguagem oral e nos aspectos cognitivos da linguagem pode ser explicada pela etapa de desenvolvimento e exigência comunicativa na qual os pacientes de até 12 anos de idade se encontram (Figura 1). Tal resultado corrobora achados anteriores^(2,16,17). Em trabalhos com resultados semelhantes, além da linguagem oral e da motricidade

orofacial, foram verificadas como hipóteses diagnósticas mais frequentes as alterações de voz ⁽¹²⁾ e de fala, seguida pelas questões de fluência ⁽⁸⁾. Houve, porém, uma pesquisa em que foi verificado como diagnóstico de maior frequência nas faixas etárias de zero a 10 anos o conjunto fala/linguagem/fluência ⁽¹⁵⁾. Vale destacar que, embora a queixa de fala tenha sido referida durante a anamnese de 394 pacientes e a de linguagem oral foi mencionada em apenas 35 casos, após a avaliação, a primeira foi definida como diagnóstico fonoaudiológico em 197 pacientes e a segunda em 413 indivíduos (Figura 1). Isto pode demonstrar que a existência da produção verbal e a forma como ela ocorre acaba sendo relatada, geralmente, como indicador da ausência de alterações comunicativas ⁽¹³⁾ ou que há dificuldade em segregar, principalmente durante a primeira infância, as características de uma e outra, sendo ambas englobadas unicamente na queixa de alterações de fala.

Para quase todos os casos a conduta foi o encaminhamento à terapia fonoaudiológica (Figura 2). Tal resultado é bastante superior aos 28,2% de pacientes encaminhados a fonoterapia após avaliação de médico foniatra ⁽¹⁵⁾. A necessidade de até duas condutas para cada caso pode demonstrar que a complementaridade de diagnóstico por meio de exames mais específicos, tais como a Avaliação Completa do Processamento Auditivo, ou de intervenção com outros profissionais também foi válida nesta população, auxiliando o levantamento das hipóteses diagnósticas ^(1,3) (Tabela 3). É possível que tenha influenciado a alta proporção de pacientes com demanda de intervenção fonoaudiológica o fato de o cenário de estudo ser um serviço que recebe casos mais complexos, encaminhados de outros ambulatórios de especialidade.

Estudos anteriores verificaram predominância de “até duas queixas associadas” ⁽¹¹⁾ e de “apenas uma queixa” descrita em anamnese ⁽¹²⁾, sendo que alguns autores discutem a possibilidade do conhecimento ainda restrito sobre a atuação fonoaudiológica como justificativa ⁽¹²⁾. No presente estudo predominaram de duas a cinco queixas, mas um elevado percentual da população referiu apenas uma única queixa (Tabela 3).

Em relação ao número de hipóteses diagnósticas, na maioria dos prontuários foram descritas de três a oito hipóteses por caso (Tabela 3). Tal resultado indicou a existência de uma discrepância entre o número de queixas relatadas e o que foi

observado em avaliação. Este resultado se assemelha ao de um estudo realizado no Rio Grande do Sul, no qual houve confirmação da existência de diagnósticos fonoaudiológicos em avaliação para 19 pacientes que não apresentaram qualquer tipo de queixa durante anamnese ⁽⁸⁾. A dificuldade do acompanhante em descrever de forma mais precisa na anamnese as alterações apresentadas pelos pacientes, ou a subjetividade do próprio paciente para perceber suas dificuldades, podem justificar tal achado ⁽¹⁸⁾. Estudos na área da disfagia igualmente não observaram associação entre as queixas que motivaram o encaminhamento e o diagnóstico verificado clinicamente ⁽¹⁹⁾, além da existência de queixas subestimadas e a não correspondência do relato com os achados em exame objetivo ⁽¹⁸⁾. Este dado revela a necessidade da escuta qualificada das demandas de pacientes e acompanhantes e do delineamento de critérios para a avaliação fonoaudiológica permitindo a triangulação dos achados.

As associações com significância estatística verificada entre o número de queixas e a faixa etária bem como a escolaridade do paciente, e entre o número de hipóteses diagnósticas e faixas etárias são explicadas pela literatura devido aos encaminhamentos em idades coincidentes com a inserção na escola e com os primeiros anos de escolarização formal, onde se dedica atenção à criança em desenvolvimento ⁽⁸⁾ (Tabela 4). A aquisição e desenvolvimento da linguagem oral e o início do aprendizado formal da língua escrita, além de uma maior exigência de comunicação associada a essa nova realidade social do indivíduo, estimula a percepção de alterações e a busca por fonoterapia ^(11,12,15). Estudo realizado na mesma cidade do presente verificou alta prevalência do diagnóstico de alterações da linguagem oral nos níveis fonético/fonológico em crianças pré-escolares com idades entre quatro e seis anos, sendo esta faixa considerada um ponto de referência no processo de desenvolvimento da linguagem ⁽¹⁶⁾. Em outro estudo com objetivo de avaliar a presença de desordens de fala em escolares foi observada uma razão de prevalência (RP) de 1,5 para crianças com idade inferior a cinco anos com alterações quando comparadas a outras acima de seis anos (RP = 1,0 a 1,2) ⁽²⁰⁾. Vale ressaltar que, quando educadores bem orientados em relação às questões do desenvolvimento de fala e linguagem observam dificuldades comunicativas nessas faixas etárias e de escolaridade, surgem queixas mais precoces ^(11,16).

A variável escolaridade materna, que apresentou associação significativa com número de hipóteses diagnósticas, é considerada um fator ligado a condição

socioeconômica familiar ⁽²¹⁾, e protetor para o desenvolvimento global e para a qualidade de estimulação ambiental de crianças ⁽²²⁾ (Tabela 4). Uma revisão integrativa com estudos publicados entre os anos de 2005 a 2010 demonstrou a influência da escolaridade parental na promoção do desenvolvimento infantil ⁽²³⁾. Entretanto, há uma publicação recente, em que não foi verificada associação entre a escolaridade materna e a presença ou ausência de alterações fonoaudiológicas, sendo referido pelos autores que tal fato se deve à homogeneidade de características da amostra ⁽¹⁷⁾.

A associação entre o número de queixas com responsável pela queixa pode ser justificada pelo fato de que, geralmente, pais ou outros familiares ficam um maior período de tempo com as crianças, principalmente quando menores de cinco anos (Tabela 5).

É justificada a associação verificada entre o número de hipóteses diagnósticas e o número de condutas, em virtude da complexidade dos pacientes que são encaminhados para avaliação no serviço cenário do estudo (Tabela 5). Ainda que ambulatorial, este é parte integrante de um complexo hospitalar de referência estadual, e conforme a organização dos níveis de complexidade assistencial, são estes os locais estruturados para dar assistência às principais causas de morbimortalidade dentro do SUS.

Na população do presente estudo, aqueles que apresentaram maior número de queixas, também apresentaram um maior número de hipóteses diagnósticas (Tabela 3). Tal achado corrobora o resultado de estudo realizado com escolares encaminhados para avaliação fonoaudiológica devido a histórico de dificuldades de leitura e escrita, ou por distúrbios da comunicação oral percebidos pelos professores. Na totalidade dos escolares com alguma queixa, foi verificada a existência de alteração fonoaudiológica ⁽²⁴⁾. Concordância total entre o número de queixas e de diagnósticos também foi observada em estudo recente ⁽⁸⁾. Tais achados reforçam que geralmente, a existência de uma queixa se confirma em diagnóstico.

Como avanços esse estudo propôs uma abordagem com o enfoque no número de queixas e de diagnósticos, foco que ainda é pouco explorado dentro da Fonoaudiologia, evidenciando, de fato, que divergências entre as queixas e os diagnósticos podem ser frequentes.

Conclusão:

Foi verificado que em pacientes encaminhados para ambulatório de avaliação fonoaudiológica, os tipos de queixas referidas em anamnese não corresponderam aos achados da avaliação formal em muitos casos. Esta discrepância foi observada também entre o número das queixas e das hipóteses diagnósticas verificadas. Variáveis tais como a faixa etária, a escolaridade do paciente e materna, quem é o responsável pela queixa e o número de condutas definidas para cada caso, se associaram ao número de queixas e de hipóteses diagnósticas.

As diferenças entre as queixas e as hipóteses diagnósticas demonstraram o quanto é necessário que o fonoaudiólogo consiga adequar a escuta das queixas em anamnese com a escolha e execução dos procedimentos avaliativos corretos, visando verificar as reais hipóteses diagnósticas de cada caso. Já o conhecimento sobre as características da população atendida e as associações existentes entre estas reforçou o quanto aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais podem se relacionar com as queixas e com achados em avaliação. Além disso, estes dados, bem como a realização de outras pesquisas com o enfoque na comparação entre as queixas e os diagnósticos verificados, podem favorecer a estruturação dos processos de anamnese, avaliação e intervenções terapêuticas de forma mais direcionada, bem como possibilitar a comparação com outros serviços, visando um melhor entendimento das questões fonoaudiológicas.

Referências Bibliográficas

1. Goulart BNG, Chiari BM. Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007(b);19(2):223-32. <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v19n2/a11v19n2.pdf>
2. Castro MM, Ferreira CC, Reis KAR dos, Dias SFL. Aplicação dos Métodos de Diagnóstico das alterações de Linguagem Oral e monitoramento da reabilitação. *Revista Saúde*. 2014;8(3-4):16-25. <file:///C:/Users/Marina/Downloads/934-7022-1-PB.pdf>
3. Hage SRV, Faiad LNV. Perfil de pacientes com alteração de Linguagem atendidos na Clínica de Diagnóstico dos Distúrbios da Comunicação – Universidade de São Paulo – Campus Bauru. *Rev. CEFAC*. 2005;7(4):433-40. www.redalyc.org/pdf/1693/169320507006.pdf
4. Goulart BNG, Chiari BM. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007(a);12(4):335-40. <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n4/v12n4a14.pdf>
5. [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
6. Menezes LN de, Behlau M, Gama ACC, Teixeira LC. Atendimento em voz no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Ciência & saúde coletiva*. 2011;16(7):3119-29. www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/12.pdf
7. Silva CGC da, Serralha CA, Laranjo ACS. Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. *Psicologia em Estudo*. 2013;18(2):281-91. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a09v18n2.pdf>
8. Cesar LR, Reis RA, Stefani FM. Concordância entre classificação das queixas obtidas nas triagens e diagnóstico fonoaudiológico de crianças de 0-12 anos.

- Rev. CEFAC. 2015;18(1):129-36. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00129.pdf>
9. Cleiresl ABB, Brandão MAG, Dias BF, Primo CC. Análise do conteúdo de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):261-8. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0261.pdf>
10. Perissinoto J, Chiari BM. A avaliação com precursora do diagnóstico. In: Andrade CF (Org.). Fonoaudiologia em pediatria. São Paulo: Sarvier; 2003. p.135-40.
11. César AM, Maksud SS. Caracterização da demanda de Fonoaudiologia no Serviço Público Municipal de Ribeirão das Neves – MG. Rev CEFAC. 2007;9(1):133-8. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v9n1/v9n1a15.pdf>
12. Costa RG da, Souza LBR de. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. Revista de ciências médicas e biológicas. 2009;8(1):53-9. <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4376/3200>
13. Tamanaha AC, Oshiro LT, Kawano CE, Okumura M, Ghiringhelli R, Minaguchi T et al. Investigando os distúrbios de aquisição de linguagem a partir das queixas. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(2):124-8. <http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v23n2/v23n2a08.pdf>
14. Sideri KP, Botega MBS, Chun RYS. Perfil populacional de Grupo de Avaliação e Prevenção de Alterações de Linguagem (GAPAL). Audiology - Communication Research. 2015;20(3):269-73. <http://www.scielo.br/pdf/acr/v20n3/2317-6431-acr-20-3-0269.pdf>
15. Baptista MGG, Novaes BCAC, Favero ML. Epidemiology of communication disorders in childhood phoniatic clinical practice. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81(4):368-73. http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v81n4/pt_1808-8694-bjorl-81-04-00368.pdf
16. Campos FR, Rabelo ATV, Friche CP, Silva BSV da, Friche AAL, Alves CRL, et al. Alterações da Linguagem Oral no nível Fonológico/Fonético em crianças de

- 4 a 6 anos residentes em Belo Horizonte. Rev. CEFAC. 2014;16(4):1151-60. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n4/1982-0216-rcefac-16-4-1151.pdf>
17. Angst OVM, Liberalesso KP, Wiethan FM, Mota HB. Prevalência de alterações Fonoaudiológicas em pré-escolares da rede pública e os determinantes sociais. Rev. CEFAC. 2015;17(3):727-33. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00727.pdf>
18. Gatto AR, Rehder MIBC. Comparação entre queixas de deglutição e achados videofluoroscópicos no paciente pós Acidente Vascular Encefálico. Rev. CEFAC. 2006;8(3):320-27. <http://www.redalyc.org/html/1693/169320536009/>
19. Mancopes R, Gonçalves BFT, Costa CC, Favero TC, Drozd DRC, Bilheri DFD, et al. Correlação entre o motivo do encaminhamento, avaliação clínica e objetiva do risco para disfagia. CoDAS. 2014;26(6):471-5. http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n6/pt_2317-1782-codas-26-06-00471.pdf
20. Goulart BNG, Chiari BM. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2007(c);41(5):726-31. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6219.pdf>
21. Silveira KBR, Alves JFR, Ferreira HS, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. J Pediatr. 2010;86(3):215-20. http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n3/en_a09v86n3.pdf
22. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N de, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):606-11. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25533.pdf>
23. Scopel RR, Souza VC, Lemos SMA. A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da Linguagem: Revisão de Literatura. Rev. CEFAC. 2012;14(4):732-41. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/33-11.pdf>
24. Goulart BNG, Chiari BM. Comunicação humana e saúde da criança – reflexão sobre Promoção da Saúde na infância e Prevenção de distúrbios

Fonoaudiológicos. Rev. CEFAC. 2012;14(4):691-96.
<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n4/197-10.pdf>

5.2 ARTIGO 2

Caracterização de aspectos fonoaudiológicos segundo as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ).

Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA

Resumo

Objetivos: Caracterizar o desempenho em aspectos fonoaudiológicos de pacientes ambulatoriais segundo as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ). **Métodos:** Trata-se de estudo observacional descritivo, baseado em análise retrospectiva de dados secundários coletados em serviço fonoaudiológico ambulatorial da rede pública, com prontuários de pacientes com idades entre cinco e 16 anos avaliados entre 2010 e 2014. Foram analisados elementos dos relatórios de anamnese e avaliação, sendo identificadas categorias da CIF-CJ referentes aos componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. As categorias presentes foram definidas como as variáveis do estudo. Todas foram armazenadas como variáveis categóricas, sendo realizada análise descritiva por meio da distribuição de frequências. **Resultados:** Foram incluídos 180 prontuários, e das 168 categorias pré-selecionadas, 65 foram identificadas. Para as Funções do Corpo, 13 itens foram verificados, sendo a categoria com maior frequência referida em que se observa deficiência a funções mentais da linguagem. Para as 34 categorias identificadas pertencentes às Atividades e Participação, as mais frequentemente apontadas como dificuldade foram: aprender a ler – desempenho e realização das tarefas domésticas – desempenho. Das 18 categorias dos Fatores Ambientais, a descrita na maior parte dos relatórios como Barreira foi a atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade. **Conclusões:** Foram verificadas alterações em categorias dos três componentes da CIF-CJ analisados, indicando a existência de questões que afetaram o desempenho funcional em aspectos fonoaudiológicos de crianças e jovens atendidos em ambiente ambulatorial.

Descritores: Fonoaudiologia, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Criança, Adolescente, Ambulatório Hospitalar.

Introdução

Dentro do seu escopo de atuação na assistência, seja na área da saúde ou educação, cabe ao fonoaudiólogo trabalhar em colaboração com outros profissionais em equipe ⁽¹⁾. Uma reformulação recente no Código de Ética Brasileiro da Fonoaudiologia descreve como um dos deveres gerais do fonoaudiólogo o de incentivar, quando possível, a prática profissional em caráter interdisciplinar e transdisciplinar ⁽²⁾. Um atributo importante na garantia do trabalho integrado é a comunicação efetiva, por meio de uma linguagem comum e unificada na descrição das condições de saúde. Este é um dos principais objetivos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) ⁽³⁾ e de sua derivada, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) ⁽⁴⁾.

Publicada em 2007, a CIF-CJ possui como finalidade a descrição das condições de saúde, funcionalidade e incapacidade de indivíduos de zero a 18 anos devido às particularidades apresentadas por este grupo da população mundial ⁽⁴⁾. Além da linguagem padronizada para ser utilizada em equipes e da descrição relativa às questões de funcionalidade, a CIF e a CIF-CJ são propostas dentro da concepção do Modelo Biopsicossocial, que integra características dos modelos médico e social, fornecendo uma visão coesa das perspectivas biológica, individual e social da saúde ⁽⁵⁾. Este modelo e suas perspectivas possibilitam a compreensão de que a doença pode ser o resultado de alterações da funcionalidade e não a causadora dessas alterações, além de permitir a visualização da influência que o contexto em que a pessoa vive pode ter na incapacidade gerada pela doença ⁽⁶⁾. A percepção destes aspectos é fundamental para a realização de um trabalho de qualidade na assistência à saúde.

Dentro do universo da Fonoaudiologia, o uso tanto da CIF quanto da CIF-CJ ainda é pouco sistematizado, principalmente em trabalhos de literatura brasileira e na prática diária dos profissionais. Para que algumas barreiras, tais como o

desconhecimento e a extensão das classificações sejam rompidas, instrumentos de referência para auxílio estão sendo desenvolvidos e divulgados ⁽⁷⁾. Outros avanços foram observados no desenvolvimento dos *core sets*, ou listas com itens essenciais, para descrever a saúde de grupos específicos e com condições clínicas diretamente relacionadas à Fonoaudiologia. Alguns exemplos são os voltados para a abordagem de pacientes com perda auditiva ⁽⁸⁾ e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ⁽⁹⁾.

O objetivo deste artigo foi, portanto, caracterizar o desempenho, em aspectos fonoaudiológicos, de pacientes ambulatoriais segundo as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ).

Métodos

Trata-se de estudo do tipo observacional descritivo, baseado em análise retrospectiva de dados secundários coletados em prontuários de um serviço fonoaudiológico ambulatorial, integrante de complexo hospitalar da rede pública.

Foram incluídos prontuários pertencentes a pacientes entre cinco e 16 anos que fizeram avaliação fonoaudiológica completa no período entre março de 2010 e dezembro de 2014, cujos relatórios de anamnese e avaliação estivessem disponíveis de forma integral para consulta. Tal escolha de faixa etária foi devida à maior variabilidade de aspectos avaliados nesta, tais como alterações na linguagem escrita e questões escolares, dificuldades associadas ao processamento auditivo, bem como devido ao maior número e tipo de protocolos utilizados durante a avaliação fonoaudiológica. Foram excluídos os prontuários pertencentes a pacientes que não realizaram a avaliação auditiva previamente ou durante o período avaliativo e aqueles para os quais houvesse suspeita ou confirmação dos seguintes diagnósticos: perda auditiva em qualquer grau, déficit intelectual ou Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).

Com base na CIF-CJ ⁽⁴⁾ e em conjunto com o “Guia norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/CIF em Fonoaudiologia” ⁽⁷⁾, documento emitido em 2013 pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia Brasileiro, foram elencadas 168 categorias, sendo 29 entre as

Funções do Corpo, 80 de Atividades e Participação e 59 entre os Fatores Ambientais, para descrever aspectos da funcionalidade da comunicação humana e seus distúrbios, conforme descrito no Quadro 1:

Quadro 1: Categorias da CIF-CJ pré-selecionadas

Componentes	Capítulos	Categorias
Funções do Corpo	Funções mentais	Funções mentais específicas - b140-b189
	Funções sensoriais e dor	Funções auditivas e vestibulares - b230-b249
		Funções sensoriais adicionais - b250-b269
	Funções da voz e da fala	b310-b399
	Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório	Funções do sistema respiratório - b440-b445
	Funções dos sistemas digestivo, metabólico e endócrino	Funções relacionadas ao sistema digestivo - b510
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-d220, d250-d299
	Comunicação	Recepção - d310-d329
		Produção - d330, d335, d345-d349
		Conversação e utilização dos dispositivos e técnicas de comunicação - d350-d399
	Cuidado pessoal	d550-d570, d599
	Vida doméstica	Aquisição do necessário para viver - d629
		Tarefas domésticas - d640
		Cuidar dos objetos - d650-d660
	Relações e interações interpessoais	Interações interpessoais gerais - d710-d729
		Relações interpessoais particulares - d730-d760, d779-d799

	Áreas principais da vida	Educação - d810-d825, d835-d839
		Trabalho e emprego - d859
		Vida econômica - d880
	Vida comunitária, social e cívica	d910-d999
Fatores Ambientais	Produtos e tecnologia	e110-e155, e165-e199
	Apoio e relacionamentos	e310-e399
	Atitudes	e410-e460, e498-e499
	Serviços, sistemas e políticas	e510-e599

Foi realizada leitura criteriosa dos relatórios de anamnese e de avaliação e a identificação e descrição das categorias da CIF-CJ se deu de acordo com as seguintes etapas:

- 1- Identificação de conteúdos nos relatórios que remetesse às categorias determinando a presença destas;
- 2- Aplicação dos qualificadores nas categorias, sendo estas determinadas como “.0 – sem alteração” ou “.8 – existe alteração, mas não foi especificada a intensidade”.

A análise, enfocando apenas nos qualificadores que definiriam a existência ou não de alterações/barreiras/facilitadores sem especificar o grau destes, baseou-se na proposta de inserção da CIF em sistema público de informação no Brasil ⁽¹⁰⁾.

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

- Para o componente Funções do Corpo: se esta é “descrita e há deficiência” ou se é “descrita e não há deficiência”;
- Para o componente Atividades e Participação: se a categoria é “descrita e há dificuldade” ou se é “descrita e não há dificuldade”;
- Para o componente Fatores Ambientais: se é “descrito e é Barreira”, se é “descrito e é Facilitador” ou se “não se aplica”.

Os dados foram digitados em planilha do programa Excel e as descrições das categorias da CIF-CJ foram definidas como as variáveis do estudo. Todas as variáveis eram categóricas, sendo realizada análise descritiva por meio da distribuição de frequências. Foram excluídas categorias cujos dados descritos nos relatórios não contemplavam sua descrição, bem como as categorias que não se aplicaram a quaisquer dos prontuários analisados. As análises foram realizadas no programa SPSS para Windows, versão 19.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número de parecer CAAE 47193615.9.0000.5149, sendo igualmente aprovada a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sua realização.

Resultados

Entre março de 2010 e dezembro de 2014, foram incluídos 180 prontuários de pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo.

Das 168 categorias da CIF-CJ selecionadas previamente, 65 foram identificadas. Durante a leitura, foi também verificada nas categorias descritas a presença ou não de alterações ou transtornos que poderiam existir no relato, em entrevista ou identificados no processo avaliativo, sendo estes classificados de acordo com os componentes da CIF dos quais eram parte.

Em relação às Funções do Corpo, 13 itens foram contemplados nas descrições de anamnese e avaliação. As categorias nas quais foi referida a deficiência em maior frequência foram b167 - funções mentais da linguagem (69,4%), b172 - funções de cálculo (61,9%), b320 - funções da articulação (55,3%) e b230 - funções auditivas (42,0%). As categorias que predominaram com a descrição de que não havia deficiência foram b156 - funções da percepção (82,0%), b163 – funções cognitivas básicas (74,7%), b140 - funções da atenção (73,5%) e b510 - funções de ingestão (66,9%). Na análise das funções de cálculo e funções da fluência e do ritmo da fala, houve pacientes em que estas foram consideradas como categorias em que o caso “não se aplica”, (26,2% e 68,9% respectivamente). Tal julgamento se deve ao fato de que parte da população ainda não possuía escolaridade suficiente para ser avaliada

em relação a operações matemáticas e havia inexistência de queixa em relação a alterações na fluência, não sendo realizada avaliação formal deste aspecto (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das categorias da CIF-CJ referentes ao componente Funções do Corpo

Componente Funções do Corpo	Categoria Descrita	
	Há deficiência N (%)*	Não há deficiência N (%)*
b140 - Funções da atenção	27 (26,5)	75 (73,5)
b144 - Funções da memória	67 (41,1)	96 (58,9)
b156 - Funções da percepção	31 (18,0)	141 (82,0)
b163 - Funções cognitivas básicas	42 (25,3)	124 (74,7)
b164 - Funções cognitivas de nível superior	58 (40,6)	85 (59,4)
b167 - Funções mentais da linguagem	125 (69,4)	55 (30,6)
b172 - Funções de cálculo	78 (61,9)	15 (11,9)
b230 - Funções auditivas	74 (42,0)	102 (58,0)
b310 - Funções da voz	74 (41,6)	104 (58,4)
b320 - Funções da articulação	99 (55,3)	80 (44,7)
b330 - Funções da fluência e do ritmo da fala	17 (9,4)	39 (21,7)
b440 - Funções respiratórias	64 (36,4)	112 (63,6)
b510 - Funções de ingestão	58 (33,1)	117 (66,9)

* N (%) = Frequência absoluta e porcentagem

* Cada categoria analisada apresentou total de dados distintos de acordo com o número de observações de cada item.

Para o componente de Atividades e Participação, o qualificador de Desempenho, que descreve o que o indivíduo realiza em seu ambiente habitual ⁽⁴⁾, foi coletado nas informações descritas na anamnese. Já o qualificador de Capacidade, que descreve a capacidade que um indivíduo tem de executar uma tarefa ou ação em ambiente padrão ⁽⁴⁾, foi coletado nos relatórios de avaliação. Dentre as 80 categorias iniciais, 34 estiveram descritas nos relatórios. Destas, 21 contemplaram conjuntamente os qualificadores de Desempenho e Capacidade, em 10 houve presença apenas do qualificador de Desempenho e em três, somente o de Capacidade. As categorias foram distribuídas entre aquelas que melhor indicavam aspectos relativos à comunicação e Fonoaudiologia e aquelas relativas a outras ações que integram o componente de Atividades e Participação.

Nas categorias descritas referentes à comunicação e fonoaudiologia, as mais frequentemente apontadas como com dificuldade foram: d140 - aprender a ler – desempenho (84,9%), d161 - dirigir a atenção – desempenho (77,3%), d170 – escrever – capacidade (76,6%) e d145 - aprender a escrever – capacidade (75,0%). Já as categorias que em maior porcentagem foram descritas como não há dificuldade foram: d155 - adquirir competências/habilidades – capacidade (100,0%), d210 - realizar uma única tarefa – capacidade (100,0%), d115 - ouvir – capacidade (99,4%) e d350 – conversação – capacidade (98,9%). As categorias d130 - imitar – desempenho (97,2%), d130 - imitar – capacidade (98,9%), d131 - aprender por meio de atividades com objetos – capacidade (99,4%), d140 - aprender a ler – capacidade (21,1%), d145 - aprender a escrever – capacidade (14,4%), d166 - ler – desempenho (33,7%), d166 - ler – capacidade (18,6%), d170 - escrever – desempenho (30,8%), d170 - escrever – capacidade (18,3%), d172 - calcular – desempenho (78,0%), d172 - calcular – capacidade (26,2%), d325 - comunicar e receber mensagens escritas - desempenho (33,7%), d325 - comunicar e receber mensagens escritas – capacidade (18,6%), d345 - escrever mensagens – capacidade (22,5%) também não se aplicaram a toda a população de pacientes cujos prontuários foram analisados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das categorias da CIF-CJ referentes à Comunicação e Fonoaudiologia no componente Atividades e Participação

Componente Atividades e Participação		Categoria Descrita	
		Há dificuldade N (%)*	Não há dificuldade N (%)*
Experiências sensoriais intencionais			
d110 - Observar	Desempenho	27 (21,6)	98 (78,4)
d115 - Ouvir	Desempenho	26 (21,0)	98 (79,0)
	Capacidade	1 (0,6)	179 (99,4)
Aprendizado básico			
d130 - Imitar	Desempenho	0 (0,0)	5 (2,8)
	Capacidade	0 (0,0)	2 (1,1)
d131 - Aprender por meio de atividades com objetos	Desempenho	4 (2,6)	147 (97,4)
	Capacidade	0 (0,0)	1 (0,6)
d133 - Adquirir linguagem	Desempenho	29 (24,8)	88 (75,2)
d137 - Adquirir conceitos	Capacidade	37 (22,3)	129 (77,7)
d140 - Aprender a ler	Desempenho	62 (84,9)	11 (15,1)
	Capacidade	105 (58,3)	37 (20,6)
d145 - Aprender a escrever	Desempenho	66 (61,7)	41 (38,3)
	Capacidade	135 (75,0)	19 (10,6)
d155 - Adquirir competências/habilidades	Desempenho	4 (2,6)	147 (97,4)
	Capacidade	0 (0,0)	180 (100,0)
Aplicação de conhecimento			
d161 - Dirigir a atenção	Desempenho	102 (77,3)	30 (22,7)
	Capacidade	27 (26,5)	75 (73,5)
d166 - Ler	Desempenho	61 (64,2)	2 (2,1)
	Capacidade	105 (61,0)	35 (20,3)
d170 - Escrever	Desempenho	68 (65,4)	4 (3,8)
	Capacidade	134 (76,6)	9 (5,1)
d172 - Calcular	Desempenho	8 (19,5)	1 (2,4)
	Capacidade	78 (61,9)	15 (11,9)
d175 - Resolver problemas	Desempenho	50 (31,6)	108 (68,4)
	Capacidade	4 (2,2)	176 (97,8)
Tarefas e demandas gerais			
d210 - Realizar uma única tarefa	Desempenho	10 (9,1)	100 (90,9)
	Capacidade	0 (0,0)	180 (100,0)
d250 - Gerenciar o próprio comportamento	Desempenho	59 (32,8)	121 (67,2)
	Capacidade	11 (6,1)	169 (93,9)

Continuação Tabela 2

Componente Atividades e Participação		Categoria Descrita	
		Há dificuldade N (%)*	Não há dificuldade N (%)*
Comunicação - Recepção			
d310 - Comunicar e receber mensagens orais	Desempenho	3 (1,7)	177 (98,3)
	Capacidade	3 (1,7)	177 (98,3)
d325 - Comunicar e receber mensagens escritas	Desempenho	61 (64,2)	2 (2,1)
	Capacidade	105 (61,0)	35 (20,3)
Comunicação - Produção			
d330 - Falar	Desempenho	4 (2,2)	176 (97,8)
	Capacidade	4 (2,2)	176 (97,8)
d335 - Produzir mensagens não verbais	Capacidade	18 (29,0)	44 (71,0)
d345 - Escrever mensagens	Capacidade	81 (57,0)	29 (20,4)
Conversa e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação			
d350 - Conversação	Desempenho	3 (1,7)	177 (98,3)
	Capacidade	2 (1,1)	178 (98,9)

* N (%) = Frequência absoluta e porcentagem

* Cada categoria analisada apresentou total de dados distintos de acordo com o número de observações de cada item.

Para as categorias referentes a outras ações que integram o componente de Atividades e Participação, as que foram descritas em maior porcentagem como há dificuldade foram d640 - realização das tarefas domésticas – desempenho (61,4%) e d820 - educação escolar – desempenho (48,0%). As descritas mais frequentemente como não há dificuldade foram: d550 – comer – capacidade (100,0%), d560 – beber – capacidade (100,0%), d920 - recreação e lazer – desempenho (98,9%) e d880 - envolvimento em jogos ou brincadeiras – desempenho (98,8%). Dentre as categorias analisadas, d815 - educação pré-escolar - desempenho (93,3%) e d820 - educação escolar – desempenho (6,9%) não se aplicaram a totalidade da população (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequência das categorias da CIF-CJ referentes à outras ações no componente Atividades e Participação

Componente Atividades e Participação		Categoria Descrita	
		Há dificuldade N (%)*	Não há dificuldade N (%)*
Cuidado pessoal			
d550 - Comer	Desempenho	6 (3,4)	169 (96,6)
	Capacidade	0 (0,0)	176 (100,0)
d560 - Beber	Desempenho	4 (2,3)	171 (97,7)
	Capacidade	0 (0,0)	176 (100,0)
d599 - Cuidados pessoais, não especificados	Desempenho	25 (15,8)	133 (84,2)
Tarefas domésticas			
d640 - Realização das tarefas domésticas	Desempenho	89 (61,4)	56 (38,6)
Interações interpessoais gerais			
d720 - Interações interpessoais complexas	Desempenho	27 (15,0)	153 (85,0)
	Capacidade	0 (0,0)	180 (100,0)
Interações interpessoais particulares			
d750 - Relacionamentos sociais informais	Desempenho	31 (17,7)	144 (82,3)
d760 - Relacionamentos familiares	Desempenho	15 (8,8)	156 (91,2)
Educação			
d815 - Educação pré-escolar	Desempenho	3 (1,7)	9 (5,0)
d820 - Educação escolar	Desempenho	84 (48,0)	79 (45,1)
Vida econômica			
d880 - Envolvimento em jogos ou brincadeiras	Desempenho	0 (0,0)	162 (98,8)
	Capacidade	0 (0,0)	2 (1,1)
Vida comunitária, social e cívica			
d920 - Recreação e lazer	Desempenho	2 (1,1)	175 (98,9)
d930 - Religião e espiritualidade	Desempenho	11 (6,9)	148 (93,1)

* N (%) = Frequência absoluta e porcentagem

* Cada categoria analisada apresentou total de dados distintos de acordo com o número de observações de cada item.

Para os Fatores Ambientais, foram descritas 18 categorias com qualificadores de Barreira ou Facilitador. As descritas na maior parte dos relatórios como Barreira foram e425 - atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (25,6%) e e410 - atitudes individuais de membros da família próxima/mediata (12,2%). As descritas como Facilitador em maior frequência foram e130 - produtos e tecnologias para a educação (100,0%), e165 - bens (100,0%), e310 - família próxima/mediata (100,0%) e e325 - conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (100,0%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de frequência das categorias da CIF-CJ referentes ao componente Fatores Ambientais

Componente Fatores Ambientais	Categoria Descrita		
	É Barreira N (%)*	É Facilitador N (%)*	Não se aplica N (%)*
e110 - Produtos ou substâncias para consumo pessoal	1 (0,6)	55 (30,6)	124 (68,9)
e125 - Produtos e tecnologias para a comunicação	7 (3,9)	11 (6,1)	162 (90,0)
e130 - Produtos e tecnologias para a educação	0 (0,0)	180 (100,0)	0 (0,0)
e140 - Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas *	1 (0,6)	162 (99,4)	0 (0,0)
e165 - Bens	0 (0,0)	180 (100,0)	0 (0,0)
e310 - Família próxima/imediata	0 (0,0)	180 (100,0)	0 (0,0)
e315 - Família alargada/ampliada *	1 (1,6)	63 (98,4)	0 (0,0)
e320 - Amigos *	5 (3,2)	153 (96,8)	0 (0,0)
e325 - Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade *	0 (0,0)	17 (100,0)	0 (0,0)
e355 - Profissionais de saúde *	1 (1,1)	91 (98,9)	0 (0,0)
e360 - Outros profissionais *	3 (10,0)	27 (90,0)	0 (0,0)
e410 - Atitudes individuais de membros da família próxima/imediata	22 (12,2)	40 (22,2)	118 (65,6)
e415 - Atitudes individuais de membros da família alargada/ampliada	8 (4,4)	3 (1,7)	169 (93,9)
e420 - Atitudes individuais de amigos	7 (3,9)	4 (2,2)	169 (93,9)
e425 - Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	46 (25,6)	18 (10,0)	116 (64,4)
e530 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com os serviços de utilidade pública	13 (7,2)	167 (92,8)	0 (0,0)
e570 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com segurança social	0 (0,0)	23 (12,8)	157 (87,2)
e580 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde *	9 (9,3)	88 (90,7)	0 (0,0)

* N (%) = Frequência absoluta e percentagem

* Cada categoria analisada apresentou total de dados distintos de acordo com o número de observações de cada item.

Discussão

Nos três componentes contemplados no estudo, o elevado número de categorias presentes reflete a diversidade de condições de saúde e características funcionais que podem estar presentes na população entre cinco e 16 anos encaminhada para avaliação fonoaudiológica. Diante deste resultado, é possível observar a multiplicidade de aspectos a serem estudados na perspectiva da CIF em fonoaudiologia e também o quanto é relevante a existência de uma versão da CIF voltada para a descrição dos aspectos de funcionalidade de crianças e jovens, permitindo caracterizar as mudanças associadas ao desenvolvimento e identificando o que é próprio a faixa etária entre zero e 18 anos ⁽⁴⁾.

Ao analisar os resultados referentes à Parte Um da CIF-CJ, nas Funções do Corpo e em Atividades e Participação, foi verificado que categorias relacionadas com questões de linguagem, aprendizagem ou escolares (b167 – funções mentais da linguagem, b172 - funções de cálculo, d140 – aprender a ler – desempenho, d145 – aprender a escrever – capacidade, d166 – ler – desempenho, d170 – escrever – capacidade, d172 – calcular – capacidade e d325 – comunicar e receber mensagens escritas - desempenho) foram descritas com elevada frequência como alteradas. Tal fato pode ser justificado pela complexidade da demanda e especificidade dos casos referenciados para serviços ambulatoriais. Pode ser também explicado pelo grande número de queixas relativas às alterações de leitura e escrita e dificuldades escolares na faixa etária dos prontuários analisados, que, muitas vezes, são aspectos mais concretos e mais fáceis de serem identificados por pais, cuidadores ou outros profissionais. Outros fatores, tais como qualidade dos estímulos parentais, nível socioeconômico, escolaridade dos pais e ambiente escolar, também podem explicar este resultado, uma vez que interferem na aquisição e desenvolvimento da linguagem em crianças ⁽¹¹⁾.

Em relação ao componente Funções do Corpo, das categorias pré-selecionadas, quase a metade delas foi contemplada, sendo este número superior ao verificado em outros estudos, revisões e artigos originais previamente publicados, sendo selecionadas respectivamente duas ⁽¹²⁾, três ⁽¹³⁾, sete ⁽⁸⁾ e doze ⁽¹⁴⁾. O alto número de categorias no presente estudo deve-se ao fato de que seu cenário é um ambulatório de atendimento generalista, no qual pacientes com diversos tipos de

queixas fonoaudiológicas são acolhidos. Outros estudos verificaram um número maior de categorias: dezessete ⁽¹⁵⁾ e trinta ⁽¹⁶⁾. Tais achados refletem as diferenças de contexto e de populações com distintas condições de saúde e também a diferença dos percursos metodológicos de cada estudo e também.

Dentre as categorias descritas nos prontuários no presente estudo, as que mais frequentemente estavam também descritas em outros estudos na literatura brasileira e internacional realizados com a CIF e CIF-CJ, foram as referentes às funções auditivas (b230) presentes em quatro estudos ^(8, 14, 15, 17); funções mentais específicas (b140) ^(8, 16), (b144) ^(8, 16); (b156) ^(14, 15) e funções da voz (b310) ^(13, 15) presentes em dois.

Além disso, o estudo que descreveu o maior número de categorias semelhantes ao presente, cinco no total, propôs um checklist como um primeiro esboço de criação de um *core set* para descrever crianças com fissuras lábio palatinas⁽¹⁵⁾. Este maior número de categorias coincidentes pode ser devido à necessidade de uma abordagem ampla do perfil funcional de pacientes em ambos os estudos. No estudo supracitado, devido ao fato de pacientes com fissuras lábio palatinas poderem apresentar alterações de motricidade orofacial, audição, fala e voz e no presente estudo, em decorrência do ambulatório atender a diversos tipos de demandas fonoaudiológicas.

Foi verificado que as categorias de funções mentais da linguagem (b167), funções de cálculo (b172), funções da articulação (b320) e funções auditivas (b230) foram descritas como com deficiência em maior frequência. É importante ressaltar que, embora os prontuários de pacientes com diagnóstico prévio de perda auditiva tenham sido excluídos, a categoria funções auditivas (b230) esteve presente, com proporção elevada da descrição como deficiência. Tal achado foi devido a função auditiva ser constituída, além da detecção do som (b2300) pelas habilidades do processamento auditivo. Discriminação do som (b2301), localização da fonte sonora (b2302), lateralização do som (b2303) e discriminação da fala (b2304) são categorias que podem estar frequentemente alteradas em pacientes com alterações fonoaudiológicas na faixa etária incluída presente estudo.

Na literatura foi verificada a existência de artigos que também utilizaram os qualificadores indicados às Funções do Corpo para a descrição de pacientes com

questões fonoaudiológicas. No presente estudo a categoria funções da voz (b310) foi descrita, porém esta não esteve entre as categorias em que há deficiência. Em estudo anterior realizado com crianças em idade escolar e quadro de rouquidão, dentre as categorias selecionadas como as mais afetadas a única que coincide com o presente estudo foi a funções da voz (b310) ⁽¹³⁾. Uma revisão internacional do tipo integrativa que teve como objetivo identificar na literatura artigos que descreviam características de crianças que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) usando a estrutura da CIF verificou que, dentro das Funções do Corpo, as mais comumente relatadas foram as do capítulo b1 (funções mentais), fato também verificado no presente trabalho, no qual sete das treze categorias pertenciam a esse capítulo, e b7 (funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento) ⁽¹²⁾. Um estudo brasileiro que objetivou caracterizar, por meio da CIF-CJ, o perfil dos pacientes usuários de Implante Coclear atendidos em um centro de pesquisas audiológicas integrante de hospital de reabilitação em anomalias craniofaciais, verificou que, dentre aqueles que foram avaliados, a maioria apresentava o qualificador 0, ou seja, não possuíam deficiência quanto às categorias que indicavam aspectos relacionados à recepção e expressão da linguagem oral. Quanto às funções auditivas, a maioria dos participantes também não apresentava deficiência à época do estudo, uma vez que já eram usuários do dispositivo elétrico para estimulação do nervo auditivo ⁽¹⁴⁾.

Em relação ao componente de Atividades e Participação, mais de 30 categorias foram descritas no presente estudo. Elevado número de categorias foi também verificado em outras publicações utilizando a CIF e a CIF-CJ ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Trabalhos com crianças e jovens, cujos resultados mais se assemelharam ao presente, tiveram como foco as questões de funcionalidade de pacientes com fissuras lábio palatinas ⁽¹⁴⁾ e usuários de Implante Coclear ⁽¹⁴⁾. Tal resultado reflete a complexidade do processo comunicativo bem como o fato de que pacientes com alterações nessa área tendem a ter um número importante de dificuldades, restringindo sua participação e limitando as atividades. Isso se aplica a maioria das alterações fonoaudiológicas, sobretudo na área da linguagem, na qual outros processos tais como a fala e a audição também se correlacionam.

Quanto à análise de frequência da descrição de dificuldade nas categorias de Atividade e Participação, foi observado que aquelas com maior ocorrência se referiam aos capítulos de aprendizado básico (d140 e d145), aplicação de conhecimentos

(d161 e d170), vida doméstica (d640) e áreas principais da vida (d820). Tal predomínio pode ser devido ao fato de que os pacientes cujos prontuários foram analisados tinham entre cinco e 16 anos, sendo esta uma faixa etária na qual há integração dos processos de aprendizagem e comunicativo.

Dentro do processo de criação do *core set* para TDAH, um estudo avaliou a opinião de especialistas em relação aos conceitos que significativamente caracterizam as questões de funcionalidade e incapacidade em pacientes com este diagnóstico. Como resultado, para o componente de Atividades e Participação, foi identificada a categoria d820 – educação escolar, em mais da metade das respostas. Em grande parte dos prontuários no presente estudo esta categoria também se destacou pela descrição da existência de dificuldade. Das categorias referentes a tarefas e demandas gerais (d250 – gerenciar o próprio comportamento) e relações e interações interpessoais (d750 – relações sociais informais, e d720 – relações interpessoais complexas), que coincidiram em ambos os estudos com maior frequência, a descrição de dificuldade não foi verificada ⁽¹⁶⁾.

Um estudo foi realizado com pais de crianças em idade escolar que possuíam quadro de rouquidão. Utilizando a aplicação de um questionário, as categorias da CIF do componente de Atividades e Participação citadas nas queixas como mais afetadas foram referentes à comunicação (d330 – fala, e d350 – conversação), relações e interações interpessoais (d750 – relações sociais informais, e d760 – relações familiares), educação escolar (d820) e recreação e lazer (d920). Quando comparados aos achados do presente estudo, resultados distintos foram verificados em relação a todas, exceto para a categoria d820. Tal diferença pode ser devida ao perfil dos pacientes de cada estudo e as especificidades de cada um dos contextos de queixa. No referido estudo, foi realizada ainda verificação da frequência das queixas antes e após a terapia vocal, sendo observada redução do número de referências em todas as categorias da CIF selecionadas, indicando que a classificação pode ser de grande auxílio nas análises pré e pós-intervenção e na avaliação da efetividade terapêutica⁽¹³⁾.

Para os Fatores Ambientais, aproximadamente, um terço das categorias pré-selecionadas foram descritas. Outros estudos selecionaram como relevantes vinte e cinco ⁽¹⁵⁾ e vinte ⁽¹⁶⁾ categorias dentro deste componente. O alto número verificado

reforça o quanto os fatores contextuais podem afetar os aspectos de funcionalidade e incapacidade dos indivíduos ⁽⁴⁾ e exercem influência sobre as características dos pacientes atendidos. É por meio da análise dos Fatores Ambientais que questões tais como a mobilidade, o acesso à bens e serviços, como os de saúde e lazer, por exemplo e às interações sociais, tanto pessoais quanto as relacionadas ao contexto político são classificados e analisados em relação ao seu impacto, positivo ou negativo, na vida dos pacientes ⁽¹⁸⁾.

O presente estudo corrobora pesquisas anteriores, quando evidencia a importância que a presença da Família próxima/imediata (e310) tem como fator Facilitador e rede de apoio ^(13, 16, 19). Em estudo utilizando a CIF realizado com pacientes adultos afásicos, houve um menor número de casos nos quais a presença da Família próxima/imediata na vida dos pacientes foi considerada como uma Barreira completa, porém seus autores não justificam tal achado ⁽¹⁹⁾. É importante ressaltar a diferença entre as categorias que se encontram no capítulo três da CIF-CJ – apoio e relacionamentos (e310-e399) em relação às categorias do capítulo quatro – atitudes (e410-e499). O primeiro descreve as pessoas que fornecem apoio prático ao sujeito, sendo descrita a quantidade de apoio fornecido. Já o segundo descreve as opiniões ou crenças de outros (família, amigos, comunidade, etc.) sobre o sujeito ⁽⁴⁾. No presente estudo, os dados demonstraram que a totalidade dos pais ou responsáveis relataram em anamnese que os pacientes possuíam o apoio prático de sua família próxima. Entretanto, para mais de um terço da amostra que apresentou a categoria e410 - atitudes individuais de membros da família próxima/imediata, a considerou como Barreira. Cabe ressaltar o quão importante é o papel da família como o primeiro núcleo de comunicação e fonte de estimulação de crianças e jovens em processos de aquisição, desenvolvimento e abrangência da linguagem e de outras questões que interferem nos processos comunicativos.

Em relação a outros tipos de apoio além do familiar, neste estudo, a descrição da categoria de outros profissionais (e360) foi feita devido à existência de profissionais da educação na vida dos pacientes cujos prontuários compuseram a amostra. Estes, e os profissionais da saúde (e355), embora talvez não tenham tido destaque em relação a sua frequência nos resultados, assim como em outros trabalhos, foram considerados como fatores Facilitadores ^(15, 16). A literatura também demonstra o quanto a presença e atuação de profissionais da educação capacitados de forma a

orientar corretamente os pais se faz útil para otimizar o desenvolvimento da linguagem infantil ⁽¹¹⁾.

Dentre os resultados, merece destaque ainda a categoria Produtos ou substâncias para consumo pessoal (e110), caracterizada com maior frequência como um Facilitador, na forma de acesso ao uso de medicamentos nos casos em que estes eram necessários ⁽¹⁶⁾.

O uso e a análise da CIF têm possibilitado um maior conhecimento de demandas, incluindo as de alterações na funcionalidade, sua gravidade e o impacto das intervenções, além da verificação de quais fatores ambientais podem estar associados ⁽²⁰⁾. Foi possível observar também que há nas publicações uma mobilização para seleção de categorias que melhor se aplicam a caracterização funcional dos diferentes perfis de pacientes com questões fonoaudiológicas. Contudo, dentre os estudos utilizados para comparação dos resultados aqui verificados, foi possível perceber que alguns, ainda que realizados com crianças e jovens, utilizam a versão da CIF não específica para este público ^(13, 21). Foi verificado também que a maioria dos estudos apenas descreveu as categorias que poderiam ser utilizadas com pacientes de perfis específicos, sem fazer uso dos qualificadores, o que limitou a comparação dos resultados.

Destaca-se que, quando foram realizadas as etapas de delineamento, coleta e análise dos dados desta pesquisa, ainda não estava disponível a versão de 2015 da CIF, na qual a classificação para crianças e jovens é incorporada à de adultos ⁽²²⁾, sendo, portanto, utilizada a versão da CIF-CJ publicada em português no ano de 2011⁽⁴⁾.

Como limitações ressalta-se o fato de se tratar de um estudo baseado em dados secundários, fundamentado em análise de prontuários, o que restringiu as possibilidades para o uso dos qualificadores. Além disso, devido ao próprio fluxo assistencial do serviço elencado como cenário de estudo, há casos cuja exploração dos dados na análise pode ter sido reduzida. Como avanços, o presente estudo trabalhou com um enfoque mais abrangente das categorias que podem caracterizar pacientes, crianças e jovens, com queixas fonoaudiológicas, apresentando um panorama geral de caracterização desses indivíduos por meio da CIF-CJ. Tal escolha também se mostrou adequada diante do fato de que o cenário do estudo é um

ambulatório generalista e que recebe pacientes com necessidades variadas e com diversos níveis de complexidade. E, assim como as pesquisas para o desenvolvimento de *core set*, este estudo pode contribuir na estruturação de possibilidades do uso da CIF na rotina clínica, uma vez que um dos grandes desafios em relação à aplicação desta e da CIF-CJ se dá diante da extensão destas classificações ⁽¹⁵⁾.

Conclusões

Foram identificadas 65 categorias da CIF-CJ que permitiram descrever o desempenho funcional em aspectos fonoaudiológicos de pacientes, crianças e jovens, atendidos em ambiente ambulatorial. Do componente Funções do Corpo, 13 categorias estiveram presentes, sendo a categoria na qual foi observada maior frequência de deficiência a b167 - funções mentais da linguagem. Para as 34 categorias identificadas no componente das Atividades e Participação, as mais frequentemente apontadas como dificuldade foram a d140 - aprender a ler – desempenho e a d640 - realização das tarefas domésticas – desempenho. Já entre as 18 categorias relativas aos Fatores Ambientais verificadas, a descrita na maior parte dos relatórios como Barreira foi a e425 - atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade.

Diante deste resultado, o presente estudo demonstrou possibilidades para ampliar a discussão sobre a utilização da CIF-CJ na prática de trabalho, principalmente do serviço público, favorecendo o uso de uma linguagem única na definição da funcionalidade, incapacidade, deficiências e suas prevalências na área da fonoaudiologia.

Referências Bibliográfica

- 1 [ASHA] American Speech-Language-Hearing Association. Scope of Practice in Speech-Language Pathology. [Internet]. Acesso em: 13 de janeiro de 2017 às 20:30h. Disponível em <http://www.asha.org/policy/SP2016-00343/>.
- 2 Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa, nº 490, de 18 de fevereiro de 2016. Brasília, 2016. [Internet]. Acesso em: 14 de janeiro de 2017 às 22:30h. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/res-490-2016-codigo-de-etica.pdf>.
- 3 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
- 4 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Heloisa Ventura Dinubila]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2011.
- 5 Nubila HBVDi. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev. bras. Saúde ocup. 2010;35(121):122-23.
- 6 Araújo ES. CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial. Rev Fisioter S Fun. 2013;2(1):6-13.
- 7 Conselho Federal de Fonoaudiologia. Guia norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/CIF em Fonoaudiologia. Brasília, 2013. [Internet]. Acesso em: 27 de setembro de 2016 às 21:15h. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/guias-e-manuais/>.
- 8 Danermark B, Granberg S, Kramer SE, Selb M, Möller C. The creation of a comprehensive and a brief core set for hearing loss using the international

- classification of functioning, disability and health. *Am J Audiol.* 2013;22(2):323-8.
- 9 Bölte S, de Schipper E, Holtmann M, Karande S, de Vries PJ, Selb M, Tannock R. Development of ICF Core Sets to standardize assessment of functioning and impairment in ADHD: the path ahead. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014;23(12):1139-48.
- 10 Araújo ES, Neves SFP. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, E-SUS e TABWIN: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2015;39(2):470-7.
- 11 Carvalho AJA, Lemos SMA, Goulart LMHF. Desenvolvimento da linguagem e sua relação com comportamento social, ambientes familiar e escolar: revisão sistemática. *CoDAS.* 2016;28(4):470-79.
- 12 Gordon AL. Functioning and disability after stroke in children: using the ICF-CY to classify health outcome and inform future clinical research priorities. *Dev Med Child Neurol.* 2014;56(5):434-44.
- 13 Şenkal ÖA, 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.
- 14 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.
- 15 Neumann S, Romonath R. Application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health—Children and Youth Version (ICF-CY) to Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2012;49(3):325-46.
- 16 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.
- 17 Morettin M, Bevilacqua MC, Cardoso MRA. A aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Audiologia. *Distúrb Comun.* 2008;20(3):395-402.
- 18 Toldrá RC, Souto ACF. Fatores contextuais da CIF como ferramentas de análise das implicações da aquisição de deficiência física por pessoas atendidas pela Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup.* 2014;22(2):347-59.

- 19 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
- 20 Araújo ES. Uso da CIF no SUS: A experiência no município de Barueri/SP. *Revista Científica CIF Brasil*. 2014;1(1):10-17.
- 21 Romano N, Chun RYS. Condições linguístico-cognitivas de crianças usuárias de comunicação suplementar e/ou alternativa segundo componentes da CIF. *Distúrb Comum*. 2014;26(3):503-18.
- 22 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. – 1. ed., 2. reimpr. atual – São Paulo: Editora da universidade de São Paulo, 2015.

5.3 ARTIGO 3

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) e fonoaudiologia: associação com fatores sociodemográficos e clínico-assistenciais.

Borges MGS, Medeiros AM, Lemos SMA

Resumo

Objetivos: Identificar fatores relacionados à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) representativos de mais de uma categoria ao mesmo tempo e verificar a associação entre estes e aspectos sociodemográficos, clínicos e assistenciais em um ambulatório de avaliação fonoaudiológica. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional analítico transversal, baseado em análise retrospectiva de dados secundários coletados em prontuários de serviço fonoaudiológico ambulatorial, integrante de hospital de ensino da rede pública. Foram incluídos 180 prontuários de pacientes com idades entre cinco e 16 anos avaliados entre 2010 e 2014. Por meio da leitura dos relatórios de anamnese e avaliação foram identificados aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais, bem como a presença de categorias dos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação da CIF-CJ. Foram realizadas análises de distribuição de frequência e medidas de tendência central e dispersão das variáveis, além da Análise Fatorial visando criar indicadores representativos das categorias da CIF-CJ identificadas. Para análise de associações foram utilizados os testes Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Na Análise Fatorial foram identificados dois Fatores para o componente Funções do Corpo e três para Atividades e Participação. Para os fatores das Funções do Corpo, houve associações de relevância estatística, tanto para variáveis sociodemográficas, quanto para clínico-assistenciais. Para aqueles pertencentes às Atividades e Participação, as associações se deram predominantemente com variáveis clínico assistenciais. **Conclusões:** Foi possível a identificação de itens representativos e suas respectivas cargas fatoriais das

categorias dos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação da CIF-CJ, sendo verificadas associações estatisticamente significativas entre estes e as variáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais analisadas.

Descritores: Fonoaudiologia, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Fatores Socioeconômicos, Assistência à Saúde

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e sua derivada, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ), foram criadas dentro de uma perspectiva biopsicossocial, na qual se entende que a doença pode ser oriunda de alterações da funcionalidade e não apenas a causa dessas alterações ⁽¹⁾. Este tipo de abordagem propõe que uma mudança em um órgão ou sistema por si só não determinará quais incapacidades uma pessoa terá, sendo estas resultantes da interação entre questões de caráter biológico e externas ao indivíduo ⁽¹⁾.

Tal como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a CIF, fatores contextuais do indivíduo ganharam destaque na análise das deficiências, limitações e restrições. Este contexto é formado pelos fatores ambientais e pelos fatores pessoais, demonstrando que a incapacidade não é somente um atributo biológico, mas engloba as circunstâncias que envolvem o indivíduo ⁽²⁾ e decorrem da interação entre a condição de saúde, as condições ambientais e pessoais ⁽³⁾.

Em 2012 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) determinou a inserção da CIF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na Saúde Suplementar. Esta tem ocorrido de forma gradual e em pequenas experiências. O uso da classificação como norteadora da formulação de inquéritos populacionais ⁽³⁾ e de outros sistemas de informação em saúde ⁽⁴⁾, principalmente na atenção básica ⁽⁵⁾ está sendo cada vez mais estimulado, uma vez que pode contribuir como uma ferramenta de coleta de dados mais completa ⁽³⁾.

O uso da CIF tem sido abordado ainda, em publicações científicas e também em oficinas, sendo que, dentre as questões relativas a sua utilização, está também a

discussão sobre quais outros dados coletados conjuntamente com ela seriam relevantes ⁽⁴⁾. Diante das interferências que o contexto promove nas questões de funcionalidade do indivíduo, esses dados podem auxiliar na construção de indicadores dentro do processo de planejamento em saúde ⁽⁵⁾. A criação de políticas intersetoriais com enfoque na funcionalidade também poderá ser estimulada por meio do uso da CIF, uma vez que esta ressalta a dependência que o trabalho de diversos profissionais, não apenas da área da saúde, mas também da educação, entre outras, tem para proporcionar a funcionalidade a alguém ⁽⁵⁾.

Em relação à assistência, diante da complexidade que ainda abrange o uso da CIF, a literatura propõe a utilização de um modelo inicial resumido, que possa ser utilizado por toda a equipe de saúde ⁽⁶⁾. Outra possibilidade é a criação de *core sets*, reduzindo o número de categorias para facilitar sua utilização. Embora haja críticas a estes quando baseados em situações de saúde existentes, a possibilidade de gerar instrumentos de acordo com a área ou profissão ⁽¹⁾, mostra-se um caminho possível para maior divulgação, conhecimento e uso da classificação. No Brasil, algumas profissões já introduziram a CIF em sua rotina clínica de avaliação e acompanhamento. A Fonoaudiologia, entretanto, ainda inicia este percurso ^(7, 8).

Diante disso, novas pesquisas relacionando a CIF às questões fonoaudiológicas são justificadas, visando ampliar o entendimento do uso e demonstrar os benefícios da adoção desta clinicamente. Além disso, são também fundamentais diante da necessidade de se estabelecer uma avaliação mais simplificada, mas que, ainda, seja suficiente para captar todos os construtos propostos. Torna-se importante também, que seja observada a existência de associações entre a CIF e suas derivadas com os fatores que compõe a vida do indivíduo com queixas e diagnósticos de alterações comunicativas confirmados. Por isso, os objetivos deste estudo foram identificar fatores relacionados à CIF-CJ representativos de mais de uma categoria ao mesmo tempo por meio de análise psicométrica e verificar a associação entre estes fatores e aspectos sociodemográficos, clínicos e assistenciais em um ambulatório de avaliação fonoaudiológica.

Métodos

Trata-se de estudo do tipo observacional analítico transversal, baseado em análise retrospectiva de dados secundários coletados em prontuários de um serviço fonoaudiológico ambulatorial, integrante de um hospital de ensino da rede pública.

Foram incluídos prontuários de pacientes de cinco a 16 anos que fizeram avaliação fonoaudiológica completa no período entre março de 2010 e dezembro de 2014, cujos relatórios de anamnese e avaliação estivessem disponíveis de forma integral para consulta. Foram excluídos os prontuários pertencentes a pacientes que não realizaram a avaliação auditiva previamente ou durante o período avaliativo e aqueles para os quais houvesse suspeita ou confirmação dos seguintes diagnósticos: perda auditiva em qualquer grau, deficiência intelectual ou Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).

Inicialmente, foram coletados dados que estruturaram as variáveis sociodemográficas do estudo: idade; gênero; escolaridade do paciente; escolaridade materna; escolaridade paterna; local de residência; número de cômodos no domicílio; número de pessoas em domicílio, número de irmãos e renda familiar. Além disso, foram obtidas informações definidas como variáveis clínico-assistenciais: intercorrências prévias na infância; responsável pela queixa; profissional que encaminhou o paciente, quais eram as queixas, as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas e as possibilidades de condutas adotadas. Foram realizadas as análises de distribuição de frequência para as variáveis categóricas e de medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis contínuas;

Em um segundo momento, foram pré-selecionadas categorias dos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação da CIF-CJ ⁽⁹⁾, em uma classificação de segundo nível, que poderiam ser utilizadas para descrever aspectos da funcionalidade das condições de saúde em Fonoaudiologia. Nos relatórios foram identificados conteúdos compatíveis com as categorias da CIF-CJ ⁽⁹⁾. O uso dos qualificadores no presente estudo restringiu-se a zero para ausência de alteração e oito para presença de alteração, sem especificar o grau desta. Foram excluídos os dados que não estavam descritos nos relatórios, assim como as categorias que não se aplicaram aos prontuários analisados. Após esta etapa, foram identificadas 47 categorias, sendo 13 itens do componente Funções do Corpo e 34 integrantes das

Atividades e Participação. Dentre este último componente, foi opção manter a possibilidade do uso dos qualificadores distintos de Desempenho e Capacidade. Foi realizada análise descritiva, por meio da distribuição de frequências para as categorias presentes.

Com o objetivo de reduzir a dimensão das categorias selecionadas em fatores capazes de representar de forma válida mais de uma categoria ao mesmo tempo foi realizada a Análise Fatorial, sendo o número de fatores selecionados de acordo com o critério da análise paralela. A Análise Fatorial foi realizada com rotação Varimax, utilizando o método de extração das componentes principais baseado na matriz de correlação tetracórica, que é adequada à dados categóricos. Para analisar a qualidade e validade dos indicadores foi verificada a confiabilidade e validade convergente, quando a Variância Média Extraída (VME) foi superior a 50%. Para mensurar a confiabilidade foi utilizado o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC) que deveriam ser maiores que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo. Por fim, foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que indica se a proporção da variância dos dados pode ser considerada comum a todas as variáveis, sendo considerada como adequada, se maior ou igual a 0,50. Cada fator foi composto por um escore, padronizado de forma a oscilar de zero a um, sendo capaz de avaliar se as categorias dos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação que o compõem representam uma deficiência ou não, ou uma dificuldade ou não, de forma que quanto maior o valor do escore, ou seja, mais próximo de um, maior a quantidade de funções em que há deficiência ou quanto maior e mais próximo de um for o escore, maior a dificuldade existente. Vale ressaltar que as categorias da CIF-CJ ⁽⁹⁾ que, na análise de frequência, apresentaram percentual de dados faltantes maior que 10%, não foram utilizadas nas análises multivariadas.

Para verificar a existência de associações entre os fatores criados para representar as dimensões dos componentes Funções do Corpo e de Atividade e Participação com as variáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais, foram utilizados os testes estatísticos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, além da Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%.

Todos os dados foram digitados em planilha no Excel criada pelas pesquisadoras e analisados utilizando o software R (versão 3.3.1). Esta pesquisa foi

aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número de parecer CAAE 47193615.9.0000.5149, sendo igualmente aprovada a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sua realização.

Resultados

Os prontuários pertencentes a 180 indivíduos foram incluídos na análise de frequência inicial por atender aos critérios do estudo.

Na construção dos indicadores para o componente Funções do Corpo, as categorias funções da memória, funções da percepção, funções cognitivas básicas, funções mentais da linguagem, funções auditivas, funções da voz, funções da articulação, funções respiratórias e funções de ingestão foram utilizadas, visto que as demais funções que estiveram presentes nos relatórios apresentaram mais de 10% de dados ausentes (funções da atenção, funções cognitivas de nível superior, funções de cálculo e funções da fluência e do ritmo da fala). Além disso, os prontuários que apresentaram alguma informação faltante nas funções utilizadas nos fatores também foram retirados da amostra, visto que no tipo de análise proposta, as informações precisam estar completas. Portanto, na construção dos fatores foram utilizados os prontuários pertencentes a 148 pacientes.

Para o componente das Atividades e Participação, a análise da distribuição de frequência foi realizada em categorias que apresentam o qualificador de Capacidade e de Desempenho. No caso da análise para o qualificador de Capacidade, as categorias imitar, aprender por meio de atividades com objetos, aprender a ler, aprender a escrever, dirigir a atenção, ler, escrever, calcular, comunicar e receber mensagens escritas, produzir mensagens não verbais, escrever mensagens e envolvimento em jogos ou brincadeiras apresentaram mais de 10% de dados faltantes e, por esta razão, não foram utilizadas nas análises multivariadas. Em relação às categorias analisadas com o qualificador de Desempenho, observar, ouvir, imitar, aprender por meio de atividades com objetos, adquirir linguagem, aprender a ler, aprender a escrever, adquirir competências/habilidades, dirigir a atenção, ler, escrever, calcular, resolver problemas, realizar uma única tarefa, comunicar e receber mensagens escritas, autocuidados não especificados, realização das tarefas domésticas, educação pré-escolar, envolvimento em jogos ou brincadeiras e religião

e espiritualidade também apresentaram a existência mais de 10% de dados faltantes, sendo estes igualmente excluídos da análise multivariada.

Além da ausência dos dados, as categorias ouvir – capacidade, adquirir competências/habilidades - capacidade, resolver problemas - capacidade, realizar uma única tarefa – capacidade, comunicar e receber mensagens orais - capacidade, falar - capacidade, conversação - capacidade, comunicar e receber mensagens orais - desempenho, falar - desempenho, conversação - desempenho, beber - desempenho e recreação e lazer - desempenho também não foram utilizadas nesta análise, visto que apresentaram número de indivíduos com ou sem dificuldade menor que cinco, ou seja, uma baixíssima variabilidade, inviabilizando os resultados da análise multivariada. Além disso, também foi excluída a categoria comer – desempenho, uma vez que após retirar os indivíduos com dados faltantes da amostra, esta também apresentou homogeneidade entre os participantes.

Dessa forma, as variáveis selecionadas foram adquirir conceitos – capacidade, gerenciar o próprio comportamento – capacidade, gerenciar o próprio comportamento – desempenho, interações interpessoais complexas – desempenho, relacionamentos sociais informais – desempenho, relacionamentos familiares – desempenho e educação escolar – desempenho. Vale destacar que a amostra para análise foi constituída por 141 prontuários, pois foram excluídos 39 com informações incompletas.

A Tabela 1 mostra que, de acordo com o critério da análise paralela, foram evidenciadas duas dimensões no componente Funções do Corpo, sendo então retidos dois fatores na análise fatorial. Por meio desta análise foi concluído que:

- O Fator um, denominado Linguagem/fala/audição, foi formado pelas funções da memória, da percepção, cognitivas básicas, mentais da linguagem, auditivas e da articulação;
- O Fator dois, referente a MO/voz, foi formado pelas funções da voz, respiratórias e de ingestão.

Em relação às análises da qualidade e validade dos indicadores foi verificada validação convergente para os dois fatores, visto que apresentaram VME superior a 0,40 e valores de CC acima de 0,60, atingiram os níveis exigidos de confiabilidade e

o ajuste da análise fatorial foi adequado, dado que os valores de KMO foram superiores a 0,50.

Foram evidenciadas três dimensões para o componente Atividades e Participação pelo critério da análise paralela, sendo assim, retidos três fatores na análise fatorial (Tabela 1). Dessa maneira, tem-se que:

- O Fator um foi nomeado de Socialização devido ao processo de desenvolvimento, pelo qual as crianças aprendem a obedecer a normas da sociedade e a se comportar de formas socialmente aceitáveis ⁽¹⁰⁾. Este foi formado por gerenciar o próprio comportamento (capacidade e desempenho), interações interpessoais complexas – desempenho e relacionamentos sociais informais – desempenho;
- O Fator dois foi formado apenas pela capacidade de adquirir conceitos, tendo seu nome permanecido aquisição de conceitos;
- O Fator três, relativo à díade Família/escola, foi formado pelo desempenho em relacionamentos familiares e educação escolar.

Para os indicadores criados, as análises de validação foram realizadas, com exceção do Fator 2, que foi formado apenas pela capacidade de adquirir conceitos. Foi verificada validação convergente para os dois fatores analisados, visto que apresentaram VME superior a 0,40, valores de CC acima de 0,60, atingindo os níveis exigidos de confiabilidade e o ajuste da análise fatorial foi adequado, dado que os valores de KMO para os dois fatores foram superiores a 0,50.

Cabe ressaltar que, tanto para as Funções do Corpo, quanto para as Atividades e Participação, o agrupamento das variáveis em cada fator ocorreu devido a correlação existente entre elas, de forma a sintetizar as variáveis reunidas em uma única capaz de representar as características de todas.

Tabela 1 - Cargas fatoriais e comunalidade para Funções do Corpo e Atividades e Participação

Categorias CIF-CJ	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Com.*
Funções do Corpo				
Funções da memória	0,71	0,08	x	0,51
Funções da percepção	0,79	0,23	x	0,67
Funções cognitivas básicas	0,87	-0,17	x	0,78
Funções mentais da linguagem	0,80	0,24	x	0,69
Funções auditivas	0,50	-0,30	x	0,34
Funções da articulação	0,44	0,10	x	0,21
Funções da voz	0,18	0,53	x	0,32
Funções respiratórias	-0,04	0,79	x	0,63
Funções da ingestão	0,05	0,82	x	0,67
Atividades e Participação				
Adquirir conceitos - Capacidade	0,00	0,90	-0,01	0,82
Gerenciar o próprio comportamento				
- Capacidade	0,66	0,29	-0,12	0,53
- Desempenho	0,85	0,06	0,06	0,74
Interações interpessoais complexas - Desempenho	0,79	-0,30	0,15	0,73
Relacionamentos sociais informais - Desempenho	0,75	0,00	0,45	0,78
Relacionamentos familiares - Desempenho	0,20	0,40	0,73	0,73
Educação escolar - Desempenho	0,00	-0,25	0,77	0,65

Legenda:

Com.* = Comunalidade

O Quadro 1 sintetiza a estruturação dos fatores de acordo com o componente do qual faz parte e das categorias que os integram:

Quadro 1: Apresentação das categorias integrantes dos Fatores Linguagem/fala/audição e Motricidade orofacial/voz das Funções do Corpo e Socialização, Aquisição de Conceitos e Família/escola das Atividades e Participação.

Componente CIF	Fatores	Categorias integrantes
Funções do Corpo	Fator um: Linguagem/fala/audição	<ul style="list-style-type: none"> • funções da memória, • funções da percepção, • funções cognitivas básicas, • funções mentais da linguagem, • funções auditivas, • funções da articulação
	Fator dois: Motricidade Orofacial/voz	<ul style="list-style-type: none"> • funções da voz, • funções da articulação, • funções respiratórias, • funções de ingestão
Atividades e Participação	Fator um: Socialização	<ul style="list-style-type: none"> • gerenciar o próprio comportamento – capacidade, • gerenciar o próprio comportamento – desempenho, • interações interpessoais complexas – desempenho, • relacionamentos sociais informais – desempenho
	Fator dois: Aquisição de conceitos	<ul style="list-style-type: none"> • adquirir conceitos - capacidade
	Fator três: Família/escola	<ul style="list-style-type: none"> • relacionamentos familiares – desempenho, • educação escolar – desempenho

A Tabela 2 mostra os resultados da associação estatística considerando os dois fatores gerados segundo o componente Funções do Corpo e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 2 - Comparação dos Fatores Linguagem/fala/audição e Motricidade Orofacial/voz das Funções do Corpo com as variáveis explicativas sociodemográficas

Variáveis Explicativas	Linguagem/fala/audição			Motricidade Orofacial/voz		
	Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p
Gênero						
Feminino	0,42	0,04	0,501 ¹	0,32	0,05	0,301 ¹
Masculino	0,38	0,03		0,38	0,03	
Escolaridade do paciente						
Educação Infantil	0,41	0,08	0,038²	0,32	0,09	0,764 ²
Ensino fundamental incompleto	0,40	0,02		0,37	0,03	
Ensino médio incompleto	0,04	0,04		0,42	0,11	
Escolaridade materna						
Sem inserção/Ens.* fundamental	0,42	0,04	0,239 ²	0,32	0,04	0,322 ²
Ensino médio	0,41	0,04		0,35	0,04	
Ensino superior	0,29	0,05		0,48	0,10	
Escolaridade paterna						
Sem inserção/Ens.* fundamental	0,39	0,03	0,744 ²	0,28	0,04	0,039²
Ensino médio	0,37	0,05		0,36	0,05	
Ensino superior	0,41	0,07		0,55	0,13	
Local de residência						
Belo Horizonte	0,36	0,03	0,389 ²	0,35	0,04	0,368 ²
Região Metropolitana	0,42	0,04		0,35	0,04	
Outros (Interior do estado)	0,43	0,10		0,55	0,13	
Idade (anos)						
r - valor-p	-0,29		< 0,001³	0,05		0,557 ³
N* de irmãos						
r - valor-p	0,18		0,030³	-0,02		0,847 ³
N* de cômodos no domicílio						
r - valor-p	-0,23		0,006³	-0,09		0,273 ³
N* de pessoas no domicílio						
r - valor-p	0,17		0,036³	-0,14		0,097 ³
Renda familiar (em salários mínimos)						
r - valor-p	-0,16		0,068 ³	-0,04		0,609 ³

Legenda: N* = Número Ens.* = Ensino

E.P.* = Erro Padrão

1 - Teste de Mann-Whitney

2 - Teste de Kruskal-Wallis

3 - Correlação de Spearman

Fator 1 =

Linguagem/fala/audição

Fator 2 = Motricidade Orofacial/voz

Já a Tabela 3 indica os resultados da análise estatística de associação entre os indicadores e as variáveis clínico-assistenciais:

Tabela 3 - Comparação dos Fatores Linguagem/fala/audição e Motricidade/voz das Funções do Corpo com as variáveis explicativas clínico-assistenciais

Variáveis Explicativas	Linguagem/fala/audição			Motricidade Orofacial/voz			
		Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p
Questões prévias							
Intercorrência na infância	Sim	0,44	0,04	0,233 ¹	0,41	0,05	0,624 ¹
	Não	0,37	0,03		0,34	0,03	
Queixas							
Alteração de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral	Sim	0,42	0,08	0,520 ¹	0,33	0,11	0,871 ¹
	Não	0,39	0,02		0,36	0,03	
Alterações de leitura e escrita/dificuldades escolares	Sim	0,39	0,03	0,763 ¹	0,35	0,04	0,725 ¹
	Não	0,41	0,04		0,36	0,04	
Alterações de fala	Sim	0,46	0,03	0,004¹	0,38	0,04	0,464 ¹
	Não	0,32	0,03		0,33	0,04	
Alterações de fluência	Sim	0,37	0,08	0,666 ¹	0,46	0,10	0,281 ¹
	Não	0,40	0,02		0,34	0,03	
Alterações de motricidade orofacial	Sim	0,33	0,05	0,198 ¹	0,53	0,06	0,001¹
	Não	0,41	0,03		0,31	0,03	
Alterações de deglutição/disfagia	Sim	0,26	0,21	0,368 ¹	0,67	0,33	0,259 ¹
	Não	0,40	0,02		0,35	0,03	
Alterações de voz	Sim	0,34	0,08	0,694 ¹	0,54	0,14	0,142 ¹
	Não	0,40	0,02		0,34	0,03	
Alterações de audição	Sim	0,37	0,08	0,574 ¹	0,37	0,11	0,830 ¹
	Não	0,40	0,02		0,35	0,03	
Alterações do processamento auditivo	Sim	0,00	x	0,119 ¹	0,00	x	0,240 ¹
	Não	0,40	0,02		0,36	0,03	
Questões de interação social	Sim	0,41	0,04	0,336 ¹	0,45	0,06	0,026¹
	Não	0,39	0,03		0,31	0,03	
Responsável pela queixa							
Pais ou outros familiares		0,40	0,02		0,36	0,03	
Profissionais de saúde		0,33	0,09	0,318 ²	0,42	0,11	0,386 ²
Escola		0,25	0,07		0,5	0,13	
Profissional que encaminhou							
Pediatra		0,46	0,04		0,34	0,05	
Psiquiatra		0,37	0,05	0,068 ²	0,37	0,07	0,780 ²
Outros		0,35	0,03		0,38	0,04	

Continuação Tabela 3

Variáveis Explicativas		Linguagem/fala/audição			Motricidade Orofacial/voz		
		Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p
Hipóteses Diagnósticas							
Alteração de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral	Sim	0,43	0,03	0,015¹	0,34	0,04	0,182 ¹
	Não	0,33	0,03		0,40	0,04	
Alterações nas questões de linguagem escrita	Sim	0,39	0,03	0,708 ¹	0,37	0,03	0,888 ¹
	Não	0,39	0,04		0,35	0,05	
Alterações nos aspectos cognitivos da linguagem	Sim	0,55	0,03	< 0,001¹	0,42	0,04	0,111 ¹
	Não	0,25	0,02		0,32	0,04	
Alterações de fala	Sim	0,54	0,04	< 0,001¹	0,42	0,05	0,169 ¹
	Não	0,32	0,02		0,34	0,03	
Alterações de fluência	Sim	0,33	0,07	0,536 ¹	0,36	0,14	0,771 ¹
	Não	0,40	0,02		0,36	0,03	
Alterações de motricidade orofacial	Sim	0,41	0,03	0,410 ¹	0,51	0,04	< 0,001¹
	Não	0,37	0,03		0,20	0,03	
Alterações de voz	Sim	0,43	0,04	0,235 ¹	0,57	0,04	< 0,001¹
	Não	0,37	0,03		0,21	0,03	
Alterações do processamento auditivo	Sim	0,49	0,04	0,002¹	0,38	0,05	0,599 ¹
	Não	0,35	0,03		0,36	0,03	
Condutas							
Reavaliação	Sim	0,14	0,03	0,120 ¹	0,13	0,13	0,281 ¹
	Não	0,40	0,02		0,37	0,03	
Orientações aos responsáveis	Sim	0,29	0,05	0,055 ¹	0,47	0,08	0,172 ¹
	Não	0,41	0,03		0,35	0,03	
Realização da avaliação completa do processamento auditivo	Sim	0,48	0,04	0,007¹	0,37	0,05	0,866 ¹
	Não	0,35	0,03		0,36	0,03	
Terapia fonoaudiológica	Sim	0,40	0,02	0,010¹	0,37	0,03	0,371 ¹
	Não	0,12	0,06		0,20	0,09	
Encaminhamento a outros profissionais	Sim	0,38	0,03	0,884 ¹	0,43	0,04	0,040¹
	Não	0,40	0,03		0,32	0,04	

Legenda: * N = Número

E.P.* = Erro Padrão

1 - Teste de Mann-Whitney

2 - Teste de Kruskal-Wallis

3 - Correlação de Spearman

Fator 1 = Linguagem/fala/audição

Fator 2 = Motricidade Orofacial/voz

Verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa do Fator 1 das Funções do Corpo, Linguagem/fala/audição, em relação as variáveis sociodemográficas escolaridade do paciente, idade, número de irmãos, número de cômodos no domicílio e número de pessoas no domicílio (Tabela 2). Em relação às variáveis clínico-assistenciais, houve diferença com significância estatística nas análises com queixa de alteração de fala, hipóteses diagnósticas de alterações de

aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, alterações dos aspectos cognitivos da linguagem, alterações de fala, alterações do processamento auditivo, condutas após avaliação de realização da avaliação completa do processamento auditivo e de terapia fonoaudiológica (Tabela 3).

Nas análises realizadas com o Fator 2, MO/Voz, também constituído por categorias do componente Funções do Corpo, foi verificada diferença estatisticamente significativa em relação apenas a variável sociodemográfica faixa de escolaridade do pai (Tabela 2). Para as variáveis clínico-assistenciais queixas fonoaudiológicas de alterações de MO e interação social, hipóteses diagnósticas de alterações de MO e de voz e conduta de encaminhamento para acompanhamento com algum outro profissional, estiveram associadas ao indicador (Tabela 3).

Os resultados da análise de associação realizada entre os três indicadores gerados pelas categorias do componente Atividades e Participação e as variáveis sociodemográficas estão na Tabela 4.

Tabela 4 - Comparação dos Fatores Socialização, Aquisição de conceitos e Família/escola das Atividades e Participação com as variáveis explicativas sociodemográficas

Variáveis Explicativas	Socialização			Aquisição de conceitos			Família/escola		
	Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p
Gênero									
Feminino	0,13	0,03	0,078 ¹	0,13	0,05	0,148 ¹	0,29	0,05	0,301 ¹
Masculino	0,22	0,03		0,24	0,04		0,33	0,03	
Escolaridade do paciente									
Educação Infantil	0,19	0,08		0,20	0,13		0,10	0,07	
Ensino fundamental incompleto	0,19	0,02	0,694 ²	0,21	0,04	0,875 ²	0,34	0,03	0,022²
Ensino médio incompleto	0,00	x		0,00	x		0,00	x	
Escolaridade materna									
Sem inserção/Ens.* fundamental	0,21	0,04		0,25	0,06		0,40	0,04	
Ensino médio	0,18	0,03	0,312 ²	0,18	0,05	0,317 ²	0,28	0,04	0,036²
Ensino superior	0,10	0,06		0,08	0,08		0,19	0,07	
Escolaridade paterna									
Sem inserção/Ens.* fundamental	0,20	0,03		0,19	0,05		0,40	0,04	
Ensino médio	0,16	0,04	0,470 ²	0,18	0,06	0,957 ²	0,24	0,05	< 0,001²
Ensino superior	0,08	0,05		0,14	0,14		0,00	0,00	
Local de residência									
Belo Horizonte	0,20	0,03		0,16	0,04		0,37	0,04	
Região Metropolitana	0,18	0,04	0,368 ²	0,27	0,06	0,258 ³	0,24	0,03	0,037²
Outros (Interior do estado)	0,10	0,05		0,13	0,13		0,44	0,15	
Idade (anos)									
r - valor-p	0,03		0,707 ³	-0,13		0,112 ³	0,27		0,001³
N* de irmãos									
r - valor-p	0,02		0,778 ³	0,08		0,355 ³	0,12		0,162 ³
N* de cômodos no domicílio									
r - valor-p	-0,10		0,255 ³	-0,11		0,184 ³	0,00		0,970 ³
N* de pessoas no domicílio									
r - valor-p	0,04		0,626 ³	0,05		0,542 ³	-0,01		0,867 ³
Renda familiar (em salários mínimos) r - valor-p									
	0,17		0,054 ³	-0,05		0,603 ³	0,03		0,739 ³

Legenda: N* = Número Ens.* = Ensino E.P.* = Erro Padrão
 1 - Teste de Mann-Whitney 2 - Teste de Kruskal-Wallis 3 - Correlação de Spearman
 Fator 1 = Socialização Fator 2 = Aquisição de conceitos Fator 3 = Família/escola

A análise de associação entre os indicadores e as variáveis explicativas clínico-assistenciais foi apresentada na Tabela 5:

Tabela 5 - Comparação dos Fatores Socialização, Aquisição de Conceitos e Família/escola das Atividades e Participação com as variáveis explicativas clínico-assistenciais

Variáveis Explicativas	Socialização			Aquisição de conceitos			Família/escola			
		Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p
Questões prévias										
Intercorrência na infância	Sim	0,21	0,04	0,599 ¹	0,23	0,06	0,664 ¹	0,36	0,04	0,242 ¹
	Não	0,17	0,03		0,20	0,04		0,30	0,03	
Queixas										
Alteração de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral	Sim	0,13	0,08	0,395 ¹	0,00	0,00	0,144 ¹	0,19	0,09	0,167 ¹
	Não	0,20	0,02		0,22	0,04		0,34	0,03	
Alterações de leitura e escrita/dificuldades escolares	Sim	0,21	0,03	0,362 ¹	0,19	0,04	0,709 ¹	0,42	0,03	< 0,001 ¹
	Não	0,16	0,04		0,22	0,06		0,18	0,04	
Alterações de fala	Sim	0,17	0,03	0,435 ¹	0,31	0,06	0,001 ¹	0,28	0,04	0,027 ¹
	Não	0,22	0,04		0,08	0,03		0,39	0,04	
Alterações de fluência	Sim	0,07	0,05	0,098 ¹	0,27	0,14	0,554 ¹	0,18	0,08	0,087 ¹
	Não	0,20	0,02		0,20	0,04		0,34	0,03	
Alterações de motricidade orofacial	Sim	0,20	0,04	0,436 ¹	0,18	0,07	0,721 ¹	0,23	0,05	0,062 ¹
	Não	0,19	0,03		0,21	0,04		0,36	0,03	
Alterações de deglutição/disfagia	Sim	0,27	0,01	0,409 ¹	0,00	0,00	0,482 ¹	0,25	0,25	0,731 ¹
	Não	0,19	0,02		0,21	0,04		0,33	0,03	
Alterações de voz	Sim	0,27	0,10	0,431 ¹	0,00	0,00	0,144 ¹	0,38	0,08	0,554 ¹
	Não	0,19	0,02		0,22	0,04		0,33	0,03	
Alterações de audição	Sim	0,22	0,08	0,710 ¹	0,25	0,13	0,677 ¹	0,38	0,09	0,589 ¹
	Não	0,19	0,02		0,20	0,04		0,33	0,03	
Alterações do processamento auditivo	Sim	0,74	x	0,111 ¹	0,00	x	0,627 ¹	0,50	x	0,518 ¹
	Não	0,19	0,02		0,21	0,04		0,33	0,03	
Questões de interação social	Sim	0,30	0,04	< 0,001 ¹	0,37	0,08	0,003 ¹	0,37	0,05	0,417 ¹
	Não	0,15	0,03		0,14	0,04		0,32	0,03	
Responsável pela queixa										
Pais ou outros familiares		0,19	0,02		0,21	0,04		0,33	0,03	
Profissionais de saúde		0,19	0,09	0,942 ²	0,20	0,13	0,769 ³	0,15	0,08	0,112 ²
Escola		0,14	0,14		0,00	0,00		0,50	0,00	
Profissional que encaminhou										
Pediatra		0,19	0,04		0,22	0,06		0,23	0,05	
Psiquiatra		0,22	0,05	0,523 ²	0,19	0,07	0,875 ³	0,50	0,05	< 0,001 ²
Outros		0,17	0,03		0,18	0,05		0,50	0,04	

Continuação Tabela 5

Variáveis Explicativas		Socialização			Aquisição de conceitos			Família/escola		
		Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p	Média	E.P.*	Valor-p
Hipóteses Diagnósticas										
Alteração de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral	Sim	0,20	0,03	0,650 ¹	0,25	0,05	0,080 ¹	0,32	0,03	0,922 ¹
	Não	0,18	0,04		0,13	0,05		0,32	0,04	
Alterações nas questões de linguagem escrita	Sim	0,20	0,03	0,354 ¹	0,20	0,04	0,903 ¹	0,36	0,03	0,001¹
	Não	0,14	0,04		0,21	0,08		0,16	0,05	
Alterações nos aspectos cognitivos da linguagem	Sim	0,24	0,03	0,021¹	0,36	0,06	< 0,001¹	0,33	0,04	0,771 ¹
	Não	0,15	0,03		0,07	0,03		0,31	0,04	
Alterações de fala	Sim	0,20	0,04	0,996 ¹	0,30	0,07	0,061 ¹	0,26	0,05	0,087 ¹
	Não	0,18	0,03		0,16	0,04		0,35	0,03	
Alterações de fluência	Sim	0,23	0,12	0,744 ¹	0,29	0,18	0,597 ¹	0,14	0,09	0,107 ¹
	Não	0,19	0,02		0,20	0,04		0,33	0,03	
Alterações de motricidade orofacial	Sim	0,17	0,03	0,502 ¹	0,27	0,05	0,039¹	0,27	0,04	0,039¹
	Não	0,21	0,03		0,13	0,04		0,37	0,03	
Alterações de voz	Sim	0,23	0,04	0,079 ¹	0,24	0,06	0,474 ¹	0,29	0,04	0,362 ¹
	Não	0,16	0,03		0,19	0,04		0,34	0,03	
Alterações do processamento auditivo	Sim	0,23	0,04	0,177 ¹	0,21	0,06	0,946 ¹	0,30	0,04	0,702 ¹
	Não	0,17	0,03		0,20	0,04		0,33	0,03	
Condutas										
Orientações aos responsáveis	Sim	0,27	0,09	0,415 ¹	0,07	0,07	0,194 ¹	0,39	0,08	0,302 ¹
	Não	0,18	0,02		0,22	0,04		0,31	0,03	
Realização da avaliação completa do processamento auditivo	Sim	0,19	0,04	0,550 ¹	0,27	0,07	0,187 ¹	0,30	0,05	0,477 ¹
	Não	0,19	0,03		0,18	0,04		0,33	0,03	
Terapia fonoaudiológica	Sim	0,19	0,02	0,699 ¹	0,21	0,04	0,478 ¹	0,31	0,03	0,074 ¹
	Não	0,10	0,10		0,00	0,00		0,75	0,25	
Encaminhamento a outros profissionais	Sim	0,21	0,04	0,351 ¹	0,28	0,06	0,130 ¹	0,34	0,04	0,493 ¹
	Não	0,18	0,03		0,17	0,04		0,31	0,03	
Legenda: * N = Número E.P.* = Erro Padrão										
1 - Teste de Mann-Whitney 2 - Teste de Kruskal-Wallis 3 - Correlação de Spearman										
Fator 1 = Socialização Fator 2 = Aquisição de conceitos Fator 3 = Família/escola										

Observa-se que, diferentemente do que aconteceu na análise para as Funções do Corpo, para a análise dos Fatores formados pelas categorias do componente de Atividades e Participação, a conduta de reavaliação não foi incluída na análise multifatorial, devido à homogeneidade nas respostas verificada nos 141 prontuários.

Na análise de associação, foi verificado que houve diferença estatisticamente significativa do Fator 1 de Atividades e Participação, Socialização, em relação as

variáveis queixa de interação social e hipótese diagnóstica de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem (Tabela 5).

Para o Fator 2, formado apenas por aquisição de conceitos, categoria pertencente as Atividades e Participação, houve associação com significância estatística com as variáveis clínico-assistenciais queixas de alterações de fala e questões de interação social, hipóteses diagnósticas de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem e alterações de MO (Tabela 5).

Finalmente, para o Fator 3, Família/escola, constituído também por categorias referentes ao componente Atividades e Participação, houve diferença estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas escolaridade do paciente, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, local de residência e idade (Tabela 4). Em relação às variáveis clínico-assistenciais, houve associação com significância estatística com queixas de alterações nas questões de leitura e escrita/dificuldades escolares e ausência de alterações de fala, profissional que realizou o encaminhamento do paciente para avaliação fonoaudiológica e hipóteses diagnósticas de alterações nas questões de linguagem escrita e ausência de alterações de MO (Tabela 5).

Discussão

A proposta do presente estudo foi realizar abordagem da funcionalidade de crianças e jovens, com o enfoque em questões de cunho fonoaudiológico. O processo de avaliação fonoaudiológica deve contemplar a análise de associação entre a funcionalidade da comunicação com fatores sociodemográficos e clínico-assistenciais promovendo conhecimentos mais abrangentes, em uma perspectiva biopsicossocial. Dentre as análises realizadas neste estudo, foi observado que, para os dois fatores criados referentes ao componente de Funções do Corpo, houve associações de relevância estatística, tanto para variáveis sociodemográficas, quanto para clínico-assistenciais. Para os fatores criados por meio das categorias de Atividades e Participação, por sua vez, apenas o Fator três, Escola/família, apresentou associação com alguma variável sociodemográfica. Tal resultado pode se justificar, principalmente, por uma maior influência que a escolaridade parental e do indivíduo exerceram nas categorias da CIF-CJ associadas aos contextos familiar e educacional.

Em relação ao Fator um das Funções do Corpo, Linguagem/fala/audição, a possibilidade de estruturação de um fator representativo para categorias relacionadas à presença de deficiências nas questões de linguagem, de fala e de audição se justifica devido ao fato de que distúrbios da comunicação podem ser caracterizados como déficit na habilidade para receber ou processar símbolos em nível de audição (sensibilidade, função, processamento e fisiologia), linguagem (forma, conteúdo e função comunicativa), e processos de fala (articulação, voz e fluência) ⁽¹¹⁾.

Na análise de associação com as variáveis sociodemográficas, foram observadas maiores pontuações do indicador entre os pacientes do ensino infantil e fundamental incompleto, sendo tais resultados justificados pela maior atenção que é dada nos primeiros anos de inserção na escolarização formal ao desenvolvimento da linguagem, fala e a investigação de possíveis dificuldades de audição ⁽¹²⁾ (Tabela 2). Foi verificado também que, quanto maior a idade e quanto mais cômodos na casa, menor tende a ser a pontuação do indicador, ou seja, menor o número de funções com deficiência. Estudos prévios também referem que crianças mais novas têm maior chance de apresentarem desordens de fala ⁽¹³⁾ e alterações de linguagem oral do que as mais velhas ⁽¹⁴⁾. Já em relação ao número de cômodos em domicílio, não foram encontrados estudos que relacionaram diretamente questões de Linguagem/fala/audição com tal variável, porém estudos em Saúde Pública indicam que este se encontra intimamente ligado a questões familiares socioambientais e socioeconômicas ⁽¹⁵⁾, podendo se relacionar a um maior número de recursos disponíveis.

Os resultados deste estudo também mostraram que, quanto maior o número de irmãos e o número de pessoas na casa, maior tende a ser a pontuação do fator, ou seja, maior o número de funções nas quais há deficiência (Tabela 2). Resultado semelhante para a variável número de filhos foi observado em pesquisa anterior que verificou escores médios de estimulação familiar mais altos para primeiros ou até segundos filhos em ordem de nascimento e entre aqueles que não compartilhavam o ambiente familiar com outras crianças menores de cinco anos ⁽¹⁶⁾. Infere-se que haja menor atenção dispensada as crianças e adolescentes diante de um grande número de pessoas em ambiente domiciliar. Estudo realizado em uma comunidade de baixo IDH buscando verificar a associação entre fatores sociodemográficas e alterações fonoaudiológicas auto referidas, tais como queixas auditivas e de linguagem, utilizou

também o número de pessoas por domicílio como variável descritiva. Contudo, por opção dos pesquisadores, durante a análise de associação, esta não foi incluída ⁽¹⁷⁾.

Para as variáveis clínico-assistenciais, as maiores pontuações estavam presentes nos pacientes com queixas referentes a presença de alterações de fala, e com hipóteses de alterações de aquisição/desenvolvimento da linguagem oral, nos aspectos cognitivos da linguagem, na fala e no processamento auditivo, que foram encaminhados para a realização da avaliação completa do processamento auditivo e para os quais a terapia fonoaudiológica foi definida como conduta (Tabela 3).

O Fator um foi formado por categorias referentes à Linguagem/fala/audição, sendo verificadas associações com queixas e hipóteses diagnósticas semelhantes a elas. A linguagem é a troca de informações (recepção e emissão) de forma efetiva e a fala é referente à articulação dos sons, incluindo os aspectos de produção vocal e também a fluência. Para que estes dois processos ocorram, é necessária uma função auditiva íntegra, uma vez que é por meio da audição que o indivíduo tem acesso à linguagem oral ⁽¹¹⁾. Tal resultado reflete o fato de que há uma inter-relação entre os aspectos de linguagem, fala, audição e cognição, entre outros, para a comunicação efetiva (Tabela 3).

Neste estudo, foi verificada a associação do Fator um, Linguagem/fala/audição, com a existência de hipóteses diagnósticas de alterações do processamento auditivo e com a conduta de encaminhamento para avaliação completa deste. Uma revisão sistemática da literatura publicada em 2016 verificou que a existência de ligações entre alterações do processamento auditivo e de linguagem foi apontada pela maioria dos estudos analisados ⁽¹⁸⁾. Diante disso, tanto os achados prévios, como a associação do presente estudo, justificam a necessidade da realização de avaliação completa do processamento auditivo como conduta de eleição (Tabela 3). A terapia fonoaudiológica como conduta também se mostra válida diante de casos em que a funcionalidade dos aspectos ligados à comunicação encontra-se prejudicada, sendo grandes os benefícios quando indivíduos são comparados pré e pós intervenção ⁽¹⁹⁾.

Em relação ao Fator dois das Funções do Corpo, referente a MO/voz, foi observado que as maiores pontuações do indicador criado ocorreram entre os pacientes cuja a escolaridade paterna era o ensino superior (Tabela 2), com questões de interação social, queixas e hipóteses diagnósticas de alterações de MO e de voz,

e que foram encaminhados para acompanhamento com algum outro profissional (Tabela 3).

No presente estudo, foi verificada associação entre a escolaridade paterna, ensino superior, com a existência de alterações no Fator MO/voz. Tal associação pode ser devido ao fato de que pais com um maior nível escolar podem buscar avaliação para alterações em questões específicas de MO e voz, que podem se destacar menos em detrimento de outras, tais como de fala ou linguagem. Resultado diferente foi verificado em estudo anterior que não encontrou associação entre estes fatores, ainda que, em sua amostra, a maior porcentagem de pacientes com alterações de MO também tenha sido verificada em filhos de pais com ensino superior. Os autores relatam crer que tal resultado seja devido à homogeneidade de sua amostra ⁽²⁰⁾. As maiores pontuações associadas a indivíduos com queixas de interação social refletem a influência que alterações de MO/voz ou outras relativas à comunicação podem exercer nas relações com o meio, influenciando aspectos como a inclusão e a ascensão social ⁽¹³⁾.

A associação entre o Fator MO/voz com queixas e hipóteses diagnósticas de MO e voz se justifica pela complementariedade que estas áreas apresentam, ambas estudando o aparelho fonador, cada uma com seu enfoque, e em suas várias dimensões ⁽²¹⁾ (Tabela 5). Os sons produzidos pelas pregas vocais são articulados pelos órgãos fonoarticulatórios dentro de um processo de fonte e filtro ⁽²¹⁾, propiciando que haja comunicação de maneira efetiva ⁽¹⁴⁾. Em relação às alterações, existem estudos que exploram as associações entre a respiração oral e casos de disfonia ⁽²²⁾. Uma vez que a respiração é uma função que influencia diretamente aspectos vocais, alterações tais como um padrão respiratório inadequado, proporcionarão interferências nas questões de projeção vocal e ressonância, causando compensações laríngeas, tais como esforço ⁽²¹⁾. Diante da relação direta entre a MO e a voz, e de alterações que afetam ambas, a associação com a conduta de encaminhamento para acompanhamento com outro profissional se faz plausível por uma demanda, por exemplo, de avaliação complementar otorrinolaringológica.

Para o Fator um das Atividades e Participação, Socialização, as maiores pontuações do indicador ocorreram entre os pacientes com queixas referentes a questões de interação social e com hipóteses diagnósticas de alterações dos aspectos

cognitivos da linguagem (Tabela 5). Em relação à associação com interação social, autores que estudam o desenvolvimento humano referem que o processo de socialização ocorre a partir dos dois anos de idade e que o temperamento será um fator decisivo para as capacidades de autorregulação e convivência em comunidade. Crianças inibidas e tímidas terão processos de socialização e de interação social distintos de crianças de temperamento exuberante ⁽¹⁰⁾. Os aspectos cognitivos da linguagem, por sua vez, podem estar alterados em pacientes com questões que se associam à Socialização devido à influência do meio, principalmente familiar. À família cabe o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, possibilitando a sua integração, elemento primordial para o desenvolvimento cognitivo infantil ⁽¹⁶⁾.

Para o Fator dois, aquisição de conceitos, as análises realizadas apontaram maiores pontuações do indicador entre os pacientes com queixas de alterações de fala e questões de interação social, além de hipóteses diagnósticas de alterações dos aspectos cognitivos da linguagem e alterações de MO (Tabela 5). De fato, o desenvolvimento da fala dentro do desenvolvimento comunicativo demanda do indivíduo a aquisição de conceitos ligados à forma e estrutura da língua falada, sendo que estes podem estar alterados em conjunto a outros conceitos também não adquiridos de forma adequada. Para que o indivíduo chegue com sucesso ao processo da fala, é necessário, antes que ele passe pela exploração de aspectos de mobilidade, força e coordenação da função dos órgãos fonoarticulatórios, descobrindo suas possibilidades. A ocorrência de quebras na interação social também pode ser prejudicial à aquisição de conceitos, uma vez que processos constituintes dessa interação, tais como os processos proximais, dentre outros, contribuem para que a criança desenvolva sua percepção, dirija e controle seu comportamento ⁽¹⁶⁾. Por fim, as capacidades cognitivas, assim como as orgânico-funcionais, também são fatores que podem interferir em processos de aquisição de conceitos ou de funções, tais como a linguagem. O contexto social, familiar e históricos pré, peri e pós-natal do indivíduo também se destacam como fatores intervenientes ⁽¹¹⁾.

É citada na literatura a influência que tanto o ambiente escolar, quanto o ambiente familiar, exercem na vida do indivíduo em desenvolvimento ⁽²³⁾. A família e a escola são, inquestionavelmente, dois importantes contextos de desenvolvimento infantil ⁽²⁴⁾, sendo justificada a ocorrência de categorias mais relativas a elas como as que geraram o último Fator das Atividades e Participação.

Em relação as associações verificadas com fatores sociodemográficos, Família/escola apresentou maiores pontuações do indicador entre os pacientes de maior idade que cursavam o ensino fundamental, com mães e pais sem inserção em escolaridade formal ou cuja escolaridade era o ensino fundamental e que residiam no interior do estado (Tabela 4). As associações observadas com a escolaridade da criança ou adolescente e com faixas etárias maiores podem ser explicadas pelo fato de que indivíduos nas séries pertencentes ao ensino fundamental ou mais velhos apresentam maiores demandas escolares relativas à leitura, ao ensino formal da língua escrita e suas regras.

Não foi encontrada literatura que justificasse o achado de maior pontuação verificado em pacientes que residiam no interior do estado. Entretanto, acredita-se que um maior conhecimento do ambiente no qual se insere o indivíduo assistido, abrangendo questões referentes à influência tecnológica, geográfica, social e política, possibilitaria o entendimento de possíveis causas de limitações das atividades e de restrições na participação social ⁽³⁾.

O nível de escolaridade parental é uma variável frequentemente analisada por pesquisadores uma vez que, dentro do ambiente familiar, a criança tanto pode receber proteção quanto conviver com riscos para o seu desenvolvimento, resultando em prejuízos para aspectos como linguagem, memória e habilidades sociais ⁽¹⁶⁾. Um estudo prévio observou que ter mais de cinco anos de escolaridade materna, foi o fator que se associou positivamente a melhor organização do ambiente físico e temporal da criança e a disponibilidade de materiais e jogos apropriados, propiciando uma maior variação na estimulação diária ⁽¹⁶⁾. Em outro trabalho, foi observada relação inversamente proporcional entre escolaridade parental e a ocorrência de alteração de fala em crianças ⁽¹³⁾. A literatura relata ainda, que quanto maior o tempo de estudo dos pais, menor é a chance de crianças apresentarem alterações ⁽²³⁾. O presente estudo corrobora tais achados.

Em relação as variáveis clínico-assistenciais, maiores pontuações para o Fator Família/escola foram verificadas para pacientes com queixa de alterações nas questões de leitura e escrita/dificuldades escolares, que foram encaminhados para a avaliação por médico psiquiatra e que tiveram hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita. A ausência de queixas referentes as alterações de

fala, assim como o fato do paciente não apresentar a hipótese de alterações de MO também foram associadas a uma maior pontuação do indicador, evidenciando uma maior dificuldade existente (Tabela 5).

No presente estudo, foram observadas associações da díade Família/escola, não apenas com as queixas de alterações nas questões de leitura e escrita/dificuldades escolares, como também com a existência de hipótese diagnóstica de alterações nas questões de linguagem escrita (Tabela 5). O papel da família dentro dos processos de significação das funções e dos usos da linguagem escrita indica o quanto intervenções voltadas aos familiares de crianças em fase escolar são necessárias, uma vez que se trata do momento em que o indivíduo está avançando na apropriação dessa modalidade de linguagem ⁽²⁵⁾. Em pesquisa realizada com familiares de crianças encaminhadas por educadores para avaliação clínica, quase um terço das queixas relatadas foram relacionadas a escrita e, aproximadamente, um quarto foi referente a leitura e aos aspectos cognitivos. Já questões relativas ao desempenho escolar e a aspectos psicológicos/comportamentais foram citadas em menor porcentagem. Quando questionados sobre a causa da dificuldade, um número próximo à metade dos familiares centram a causa na própria criança, seguidos por quase um terço que não especificaram possíveis motivos e quase um quarto que justificaram a mesma por causas provenientes de problemas familiares. Apenas um entrevistado citou aspectos relacionados a escola como causa para a dificuldade de seu filho, relatando que a frequente troca de professores foi o fator prejudicial ao rendimento escolar ⁽²⁵⁾.

Já o fato do maior número de encaminhamentos para a avaliação fonoaudiológica ser oriunda de psiquiatras (Tabela 5) se justifica pelo ambulatório receber pacientes que, normalmente, tendem a ter mais alterações, ou questões mais complexas, ou que não foram sanadas na atenção primária à saúde. Diferentemente dos resultados desse artigo, um estudo realizado com crianças entre seis e 12 anos, com queixas escolares e atendidas em ambulatório de psicologia infantil, mostrou que, dos 103 participantes, apenas 1% havia sido encaminhado ao serviço por psiquiatra, embora 11% estivessem em tratamento com a especialidade ⁽²⁶⁾. É citado na literatura que a existência de uma queixa escolar pode estar associada a problemas de saúde mental e, para que ambas possam ser corretamente identificadas e tratadas, é necessário que haja preparo do profissional de saúde para distingui-las ⁽²⁶⁾. Vale

ressaltar ainda a atual tendência de medicalização de crianças e adolescentes com transtornos escolares, seja pela gravidade do caso ou pela persistência das dificuldades, ainda que outras tentativas de tratamento já tenham sido empregadas ⁽²⁶⁾, o que acaba por demandar o acompanhamento da clínica psiquiátrica. Verifica-se que é fundamental a construção de um sistema seguro inter-relacionando entre família, escola e assistência à saúde, em uma visão abrangente também sobre fatores pessoais que podem influenciar diretamente a funcionalidade e a capacidade comunicativa.

Maiores pontuações do Fator Família/escola foram observadas também em relação as associações com a ausência de queixas de fala em descrição na anamnese, e na ausência de hipóteses de alterações de MO (Tabela 5). Para as queixas de fala, em estudo anterior realizado com 1.810 crianças, na faixa etária entre cinco e 12 anos estudantes da primeira série do ensino fundamental, foram encontrados como resultados alterações de fala em 1.167 crianças avaliadas, com prevalência de 64,5% ⁽¹³⁾. Os resultados do presente estudo discordam deste achado prévio, uma vez que não ter alterações de fala foi fator que influenciou negativamente a pontuação do indicador. A ausência de hipóteses de alterações de MO também foi causadora de maiores pontuações no indicador, porém não foram verificados na literatura estudos que pudessem justificar tal fato.

Como avanços, esta pesquisa propõe o uso da CIF-CJ para descrever a funcionalidade de aspectos diretamente ligados à Fonoaudiologia de crianças e jovens, assim como os fatores contextuais que neles podem interferir. Além disso, trabalha-se com a proposta do uso da Análise Fatorial como uma possibilidade para reduzir o grande volume de variáveis que são as categorias da CIF-CJ. Como limitação, trata-se de uma coleta baseada em dados secundários, em que perdas de informações e na amostra foram inevitáveis. Foi opção das autoras, devido ao grande volume de dados já trabalhados, não incluir categorias referentes aos Fatores Ambientais da CIF-CJ, entretanto, a realização de estudo similar utilizando Análise Fatorial com dados relativos a este componente poderá trazer informações complementares e relevantes.

Conclusão

Por meio da utilização da Análise Fatorial, foi possível a construção de dois fatores representativos para o componente Funções do Corpo e três para as Atividades e Participação. Categorias referentes a Linguagem/fala/audição constituíram o Fator um e relativas à MO/voz estruturaram o Fator dois, ambos das Funções do Corpo. Para o componente Atividades e Participação, as categorias agrupadas geraram três indicadores relativos à Socialização, Aquisição de conceitos e Escola/família.

Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas e clínico-assistenciais com os Fatores construídos por meio da Análise Fatorial realizada com as categorias da CIF-CJ. Tais achados reforçam a necessidade de um olhar abrangente e não apenas dos aspectos biológicos e físicos, como também de questões do ambiente, sociedade, família e pessoais, entre outros. Dentre as variáveis clínico-assistenciais, ressalta-se ainda que os resultados mostraram associação entre os indicadores com variáveis construídas com dados de cunho fonoaudiológico, tais como o tipo de queixa, as hipóteses diagnósticas verificadas e as condutas de eleição, demonstrando não apenas a possibilidade de inserção do uso da CIF e CIF-CJ na assistência fonoaudiológica, como também sua importância.

Referências Bibliográfica

- 1 Araújo ES. CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial. Rev Fisioter S Fun. 2013;2(1):6-13.
- 2 Sampaio RF, 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.
- 3 Araujo ES, Buchalla CM. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(3): 720-24.
- 4 Biz MCP. Oficinas sobre a incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS, no Sistema de Informação em Saúde: A Resolução 452/12 do Conselho Nacional de Saúde como norteadora da discussão. Revista Científica CIF Brasil. 2016;6(6):43-51.
- 5 Araujo ES. CIF-WIN-S 2017. Revista Científica CIF Brasil. 2016;6(6):2-5.
- 6 Araujo ES, Maggi LE, Reichert TT. CIF nos Sistemas Municipais de Saúde. Revista Científica CIF Brasil. 2015;3(3):49-61.
- 7 Morettin M, Bevilacqua MC, Cardoso MRA. A aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Audiologia. Distúrb Comun. 2008;20(3):395-402.
- 8 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.
- 9 [OMS] Organização Mundial de Saúde. CIF-CJ: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. [Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Heloisa Ventura Dinubila]. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo – EDUSP; 2011.
- 10 Belsky J. Infância: Desenvolvimento Socioemocional. In: Belsky J. Desenvolvimento Humano – Experienciando o ciclo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.135-163.

- 11 Prates LPCS, Martins VO. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2011;21(4 Supl 1):S54-S60.
- 12 César AM, Maksud SS. Caracterização da demanda de Fonoaudiologia no Serviço Público Municipal de Ribeirão das Neves – MG. *Rev CEFAC*. 2007;9(1):133-38.
- 13 Goulart BNG, Chiari BM. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):726-31.
- 14 Rabelo ATV, Campos FR, Friche CP, da Silva BSV, Friche AAL, Alves CRL et al. Alterações fonoaudiológicas em crianças de escolas públicas em Belo Horizonte. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(4):453-59.
- 15 Pinto KDBPC, Maggi RRS, Alves JGB. Análise de risco socio-ambiental para comprometimento pleural na pneumonia grave em crianças menores de 5 anos. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(2):104–9.
- 16 Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, de Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):606-11.
- 17 Ceballos AGC, Cardoso C. Determinantes sociais de alterações fonoaudiológicas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(3):441-5.
- 18 Souza MA, Passaglio NJS, Lemos SMA. Alterações de linguagem e processamento auditivo: revisão de literatura. *Rev. CEFAC*. 2016;18(2):513-19.
- 19 Gahyva DLC, Hage SRV. Intervenção Fonoaudiológica em crianças com Distúrbio Específico de Linguagem com base em um Modelo Psicolinguístico. *Rev. CEFAC*. 2010;12(1):152-60.
- 20 Angst OVM, Liberalesso KP, Wiethan FM, Mota HB. Prevalência de alterações Fonoaudiológicas em pré-escolares da rede pública e os determinantes sociais. *Rev. CEFAC*. 2015;17(3):727-33.
- 21 Rehder MI. Inter-relações entre voz e motricidade oral. In: Fernandes FDM, Mender BCA, Navas ALPGP (Org.). *Tratado de fonoaudiologia*. 2. Ed. São Paulo: Roca, 2010. p.813-26.
- 22 Tavares JG, da Silva EHAA. Considerações teóricas sobre a relação entre respiração oral e disfonia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13(4):405-10.

- 23 Scopel RR, Souza VC, Lemos SMA. A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da Linguagem: Revisão de Literatura. Rev. CEFAC. 2012;14(4):732-41.
- 24 Marcondes KHB, Sigolo SRRL. Comunicação e Envolvimento: Possibilidades de Interconexões entre Família-escola? Paidéia. 2012;22(51):91-9.
- 25 Mazzarotto IHEK, Berberian AP, Massi G, Cunha JT, Tonocchi R, Barbosa APB. Encaminhamentos escolares de crianças com dificuldades na escrita: uma análise da posição adotada pela família. Rev. CEFAC. 2016;18(2):408-16.
- 26 D'Abreu LCF, Marturano EM. Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. Psico. 2011;42(2):152-58.

6. Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização desta dissertação, o aprofundamento nos estudos acerca do uso da CIF-CJ permitiu verificar a, ainda, escassez de pesquisas na literatura fonoaudiológica nacional utilizando tal classificação. Entretanto, nas publicações já realizadas, destaca-se a importância de uma abordagem com enfoque na funcionalidade, incluindo o que se refere às questões da comunicação humana, além da demanda de uma uniformização da linguagem em conjunto às demais áreas da saúde.

O eixo condutor da construção do presente trabalho e a análise de seus resultados por meio da estruturação dos três artigos, possibilitou a investigação da aplicação da CIF-CJ na caracterização de crianças e jovens vinculados a um ambulatório de avaliação fonoaudiológica, tal como era o objetivo dessa pesquisa. O primeiro artigo permitiu conhecer a população do ambulatório, cenário do estudo, por meio da análise dos tipos de queixas referidas em anamnese e das hipóteses diagnósticas verificadas na avaliação formal. Além disso, demonstrou que o número de queixas e de hipóteses diagnósticas se associam aos aspectos sociodemográficos e clínico-assistenciais. No segundo, 65 categorias da CIF-CJ foram identificadas, e possibilitaram a caracterização da funcionalidade dos aspectos comunicativos das crianças e jovens avaliados. Já no terceiro artigo, foram construídos por meio das categorias estudadas, dois fatores representativos para o componente Funções do Corpo e três para as Atividades e Participação. Além disso, a realização da análise entre as características sociodemográficas e clínico-assistenciais com estes Fatores verificou associações com relevância estatística.

Tais etapas possibilitaram demonstrar que, não apenas é possível, como viável o uso da CIF-CJ para caracterização da funcionalidade dentro da avaliação fonoaudiológica. E, diante de tais resultados, deve-se ressaltar a importância desse trabalho para a Fonoaudiologia, como ciência e área de atuação, e para o entendimento e aplicação da CIF-CJ. Este estudo poderá embasar a estruturação de metodologias para outras pesquisas utilizando a CIF, assim como a lista de categorias pré-selecionadas poderá, futuramente, ser formalizada como um *checklist* para ser utilizados em serviços ambulatoriais.

Esta pesquisa faz parte, ainda, de um projeto maior, sendo prevista uma próxima etapa na qual será realizado um estudo com dados primários, analisando as associações entre aspectos relativos à Qualidade de Vida e Auto percepção de saúde com a caracterização funcional de crianças e jovens em avaliação fonoaudiológica, também por meio da CIF-CJ. Porém, devido à complexidade e extensão dos dados secundários coletados e presentes neste trabalho, não houve tempo hábil para concluí-la em sua totalidade dentro das possibilidades que o período do Mestrado stricto sensu permite. Além disso, outra sugestão de continuidade deste estudo envolve a inclusão dos Fatores Ambientais em uma proposta semelhante à do artigo três, com a realização da análise fatorial e da análise de associação com questões sociodemográficas e clínico-assistenciais.

Vale reiterar a importância que os estudos com CIF-CJ continuem e que a inserção da classificação em pesquisas na prática clínica fonoaudiológica contribuam efetivamente na disseminação do conhecimento e na sua incorporação na prática assistencial. Espera-se, portanto, que os resultados deste trabalho possam favorecer o uso da CIF-CJ nas rotinas de avaliação e diagnóstico.

7. Anexos

7. ANEXOS

7.1 Anexo I



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

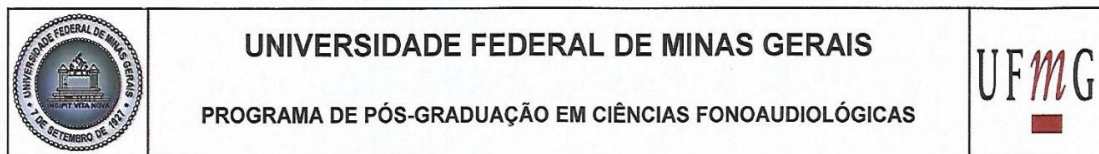
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de agosto de 2015, o projeto de pesquisa intitulado " **O uso da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para crianças e jovens (CIF-CJ) na avaliação fonoaudiológica em ambiente ambulatorial**" bem como:

- 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

7.2 Anexo II



FOLHA DE APROVAÇÃO

O USO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS (CIF-CJ) NA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM AMBIENTE AMBULATORIAL.

MARINA GARCIA DE SOUZA BORGES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, área de concentração FUNCIONALIDADE E SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA.

Aprovada em 27 de abril de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador
UFMG

Prof(a). Adriane Mesquita de Medeiros
UFMG

Prof(a). Vanessa de Oliveira Martins-Reis
UFMG

Prof(a). Amélia Augusta de Lima Friche
UFMG

Prof(a). Izabel Cristina Campolina de Miranda
UFMG

Belo Horizonte, 27 de abril de 2017.

8. Apêndices

8. APÊNDICES

8.1 Apêndice a

Solicitação de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caros membros do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG):

Nós, Marina Garcia de Souza Borges, Stela Maris Aguiar Lemos e Adriane Mesquita de Medeiros, pesquisadoras responsáveis pelo estudo **“O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças Jovens (CIF-CJ) na Avaliação Fonoaudiológica em Ambiente Ambulatorial”**, solicitamos, por meio desta, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para utilização dos arquivos de crianças e adolescentes que fazem parte do Banco de Dados, dos últimos 10 anos (2º semestre de 2004 ao 2º semestre de 2014), do “Ambulatório de Avaliação Fonoaudiológica”, integrante do Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital São Geraldo – Complexo do Hospital das Clínicas (HC-UFMG).

É proposto, no projeto acima citado, que se autorizado, dados que constituem parte deste material serão utilizados na 1ª Etapa do Estudo, objetivando a realização de uma análise descritiva do perfil dos pacientes do referido ambulatório, além de subsidiar informações para a construção de protocolo inicial de utilização dos códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças Jovens (CIF-CJ) na rotina fonoaudiológica de atendimento ambulatorial.

Tal solicitação se dá pelo fato de que este material configura-se como pertencente a pacientes que não encontram-se, atualmente, em atendimento no ambulatório supracitado, sendo parte de Banco de Dados. Uma vez que dentre estes há pacientes que, inclusive, não residem em Belo Horizonte e cujos telefones e endereços podem não mais ser os da época da avaliação, devido ao intervalo de tempo de 10 anos, seria difícil a execução de tentativa de resgate de comunicação para solicitar a assinatura dos TCLEs.

Ficarão assegurados, contudo, todos os direitos de sigilo dos dados e de anonimato destes pacientes. Contando com sua compreensão, gratas pela atenção:

Marina Garcia de Souza Borges - Fonoaudióloga e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da UFMG

Stela Maris Aguiar Lemos - Fonoaudióloga e Professora Adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG

Adriane Mesquita de Medeiros - Fonoaudióloga e Professora Adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG

8.2 Apêndice b

Quadro 6: Local de descrição das categorias da CIF-CJ pré-selecionadas para o presente estudo

Domínio	Categoria CIF-CJ e Descrição	Dados de Anamnese	Dados de Avaliação
Funções do Corpo	b140 - Funções da Atenção	X	X
	b144 - Funções da Memória	X	X
	b147 - Funções Psicomotoras	X	X
	b156 - Funções da Percepção	X	X
	b163 - Funções Cognitivas Básicas	X	X
	b164 - Funções Cognitivas de Nível Superior	X	X
	b167 - Funções Mentais da Linguagem	X	X
	b172 - Funções de Cálculo	X	X
	b176 - Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos	X	X
	b180 - Funções de Experiência Pessoal e do Tempo	X	X
	b189 - Funções Mentais Específicas, outras especificadas e não especificadas	X	X
	b198 - Funções Mentais, outras especificadas	X	X
	b199 - Funções Mentais, não especificadas	X	X
	b230 - Funções Auditivas	X	X
	b235 - Funções Vestibulares	X	X
	b240 - Sensações Associadas à Audição e à Função Vestibular	X	
b249 - Funções Auditivas e Vestibulares, outras especificadas e não especificadas	X	X	
b250 - Função Gustativa	X		

	b255 - Função Olfativa	X	
	b260 - Função Proprioceptiva	X	X
	b310 - Funções da Voz	X	X
	b320 - Funções da Articulação	X	X
	b330 - Funções Fluência e do Ritmo da Fala	X	X
	b340 - Funções alternativas de vocalização	X	X
	b398 - Funções da Voz e da Fala, outras especificadas	X	X
	b399 - Funções da Voz e da Fala, não especificadas	X	X
	b440 - Funções Respiratórias	X	X
	b445 - Funções dos Músculos Respiratórios	X	X
	b510 - Funções de Ingestão	X	X
Atividades e Participação	d110 - Observar	X	X
	d115 - Ouvir	X	X
	d120 - Outras percepções Sensoriais Intencionais	X	X
	d129 - Experiências Sensoriais Intencionais, outras especificadas e não especificadas	X	X
	d130 - Imitar	X	X
	d131 - Aprender por meio de atividades com objetos	X	X
	d132 - Adquirir informação	X	X
	d133 - Adquirir Linguagem	X	X
	d134 - Adquirir Linguagem Adicional	X	X
	d135 - Ensaiai (Repetir)	X	X
	d137 - Adquirir Conceitos	X	X

d140 - Aprender a Ler	X	X
d145 - Aprender a Escrever	X	X
d150 - Aprender a Calcular	X	X
d155 - Adquirir Competências/Habilidades	X	X
d159 - Aprendizagem Básica, outra especificada e não especificada	X	X
d160 - Concentrar a Atenção	X	X
d161 - Dirigir a Atenção	X	X
d163 - Pensar	X	X
d166 - Ler	X	X
d170 - Escrever	X	X
d172 - Calcular	X	X
d175 - Resolver Problemas	X	X
d177 - Tomar Decisões	X	X
d179 - Aplicação do Conhecimento, outra especificada	X	X
d198 - Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento, outras especificadas	X	X
d199 - Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento, não especificadas	X	X
d210 - Realizar uma Única Tarefa	X	X
d220 - Realizar Múltiplas Tarefas	X	X
d250 - Gerenciar o Próprio Comportamento	X	X
d298 - Tarefas e Exigências Gerais, outras especificadas	X	X
d299 - Tarefas e Exigências Gerais, não especificadas	X	X

d310 - Comunicar e Receber Mensagens Orais	X	X
d315 - Comunicar e Receber Mensagens Não Verbais	X	X
d325 - Comunicar e Receber Mensagens Escritas	X	X
d329 - Comunicar e Receber Mensagens, outras especificadas e não especificadas	X	X
d330 - Falar	X	X
d335 - Produzir Mensagens Não Verbais	X	X
d345 - Escrever Mensagens	X	X
d349 - Comunicar e Produzir Mensagens, outra especificada e não especificada	X	X
d350 - Conversação	X	X
d355 - Discussão	X	
d360 - Utilização de Dispositivos e de Técnicas de Comunicação	X	
d369 - Conversação e Util. de Dispositivos e de Téc. de Comunic., outros especific. e não específicos	X	
d398 - Comunicação, outra especificada	X	X
d399 - Comunicação, não especificada	X	X
d550 - Comer	X	X
d560 - Beber	X	X
d570 - Cuidar da Própria Saúde	X	X
d599 - Auto Cuidados, não especificados	X	X
d629 - Aquisição do necessário para viver, outro especificado e não especificado	X	
d640 - Realização das Tarefas Domésticas	X	

d650 - Cuidar dos Objetos da Casa	X	
d660 - Ajudar os Outros	X	
d710 - Interações Interpessoais Básicas	X	X
d720 - Interações Interpessoais Complexas	X	X
d729 - Interações Interpessoais Gerais, outras especificadas e não especificadas	X	X
d730 - Relacionamento com Estranhos	X	X
d740 - Relacionamento Formal	X	
d750 - Relacionamentos Sociais Informais	X	
d760 - Relacionamentos Familiares	X	X
d779 - Relações Interpessoais Particulares, outros especificados e não especificados	X	X
d798 - Interações e Relacionamentos Interpessoais, outros especificados	X	X
d799 - Interações e Relacionamentos Interpessoais, não especificados	X	X
d810 - Educação Informal	X	
d815 - Educação Pré-Escolar	X	
d816 - Educação Pré-Escolar e Atividades Relacionadas	X	
d820 - Educação Escolar	X	
d825 - Treinamento Profissional	X	
d835 - Vida Escolar e Atividades Relacionadas	X	
d839 - Educação, outra especificada e não especificada	X	
d859 - Trabalho e Emprego, outra especificada e não especificada	X	

	d880 - Envolvimento em Jogos ou Brincadeiras	X	X
	d910 - Vida Comunitária	X	
	d920 - Recreação e Lazer	X	
	d930 - Religião e Espiritualidade	X	
	d940 - Direitos Humanos	X	
	d950 - Vida Política e Cidadania	X	
	d998 - Vida Comunitária, Social e Cívica, outra especificada	X	
	d999 - Vida Comunitária, Social e Cívica, não especificada	X	
Fatores Ambientais	e110 - Produtos ou Substâncias para consumo pessoal	X	
	e115 - Produtos e Tecnologias para Uso Pessoal na Vida Diária	X	X
	e120 - Produtos e Tecnologias para Mobilidade e Transporte pessoal	X	X
	e125 - Produtos e Tecnologias para a Comunicação	X	X
	e130 - Produtos e Tecnologias para a Educação	X	
	e135 - Produtos e Tecnologias para o Trabalho	X	
	e140 - Produtos e Tecnologias para Atividades Culturais, Recreativas e Esportivas	X	
	e145 - Produtos e Tecnologias para a Prática Religiosa e Espiritualidade	X	
	e150 - Arquitetura, Construção, Materiais e Tecnologias Arquitetônicas em Prédios para uso Público	X	

e155 - Arquitetura, Construção, Materiais e Tecnologias Arquitetônicas em Prédios para uso Privado	X	
e165 - Bens	X	
e198 - Produtos e Tecnologia outros especificados	X	
e199 - Produtos e Tecnologia não especificados	X	
e310 - Família Próxima/Imediata	X	X
e315 - Família Alargada/Ampliada	X	
e320 - Amigos	X	
e325 - Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade	X	
e330 - Pessoas em Posição de Autoridade	X	
e335 - Pessoas em Posição Subordinada	X	
e340 - Prestadores de Cuidados Pessoais e Assistentes Pessoais	X	
e345 - Estranhos	X	X
e350 - Animais Domésticos	X	
e355 - Profissionais de Saúde	X	X
e360 - Outros Profissionais	X	
e398 - Apoio e Relacionamentos, outros especificados	X	
e399 - Apoio e Relacionamentos, não especificados	X	
e410 - Atitudes Individuais de Membros da Família Próxima/Imediata	X	X
e415 - Atitudes Individuais de Membros da Família Alargada/Ampliada	X	

e420 - Atitudes Individuais de Amigos	X	
e425 - Atitudes Individuais de Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade	X	
e430 - Atitudes Individuais de Pessoas em Posição de Autoridade	X	
e435 - Atitudes Individuais de Pessoas em Posição Subordinada	X	
e440 - Atitudes Individuais de Prestadores de Cuidados Pessoais e dos Assistentes Pessoais	X	
e445 - Atitudes Individuais de Estranhos	X	X
e450 - Atitudes Individuais de Profissionais da Saúde	X	X
e455 - Atitudes Individuais de Outros Profissionais	X	
e460 - Atitudes Sociais	X	
e498 - Atitudes, outras especificadas	X	
e499 - Atitudes, não especificadas	X	
e510 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Produção de Bens de Consumo	X	
e515 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Arquitetura e a Construção	X	
e520 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com o Planejamento de Espaços Abertos	X	
e525 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Habitação	X	
e530 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com os Serviços de Utilidade Pública	X	

e535 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Área da Comunicação	X	
e540 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com os Transportes	X	
e545 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Proteção Civil	X	
e550 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Área Jurídico-Legal	X	
e555 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com as Associações e Organizações	X	
e560 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com os Meios de Comunicação	X	
e565 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Economia	X	
e570 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com Segurança Social	X	
e575 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com o Apoio Social Geral	X	
e580 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Saúde	X	
e585 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Educação e Formação Profissional	X	
e590 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com o Trabalho e o Emprego	X	
e595 - Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com o Sistema Político	X	
e598 - Serviços, Sistemas e Políticas, outros especificados	X	

	e599 - Serviços, Sistemas e Políticas, não especificados	X	
--	---	----------	--