

A Anamnese Fonoaudiológica segundo os preceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

The speech-language pathology anamnesis according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

La Anamnesis Fonoaudiológica según los preceptos de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF)

*Fernanda Chequer de Alcântara Pinto**

*Ana Maria Schiefer**

*Jacy Perissinoto**

Resumo

Objetivo: identificar, por meio da anamnese fonoaudiológica, quais as categorias e componentes mais frequentes relacionados à funcionalidade segundo os princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em quadros de Transtornos de Linguagem e Fala. **Métodos:** pesquisa retrospectiva de acervo parcial de registros de entrevista fonoaudiológica de clínica-escola, correspondente a 1000 casos avaliados entre os anos de 2004 a 2013; após cálculo estatístico, constituiu-se uma amostra por conveniência de 110 protocolos. Analisaram-se os registros da anamnese de acordo com as 362 categorias do nível dois da CIF e considerou-se na seleção um corte, arbitrário, nas 30 primeiras categorias mais frequentes de cada domínio e entre todas elas, para o agrupamento.

* Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil
Trabalho apresentado no XXIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia: avanços em diagnóstico e intervenção em Fonoaudiologia – São Paulo/SP (Prêmio Excelência em Fonoaudiologia 2016)

Contribuição dos autores:

FCAP: concepção e planejamento de pesquisa; obtenção e análise/interpretação dos dados; redação e revisão crítica.

AMS: concepção e planejamento de pesquisa; interpretação dos dados; redação e revisão crítica.

JP: concepção e planejamento de pesquisa; interpretação dos dados; redação e revisão crítica.

E-mail para correspondência: Fernanda Chequer de Alcântara Pinto fchequer@yahoo.com

Recebido: 05/10/2017

Aprovado: 15/05/2018

Para o tratamento estatístico adotou-se o Teorema do Limite Central e a Lei dos Grandes Números para o cálculo pré-amostreal e o teste não-paramétrico Igualdade de Duas Proporções, na análise da frequência. **Resultados:** as categorias mais frequentes foram: b176 (funções mentais para a sequência de movimentos complexos), d310 (comunicar e receber mensagens orais), d330 (falar) e e410 (atitudes individuais de membros da família próxima). Os componentes mais frequentes foram função do corpo e atividades/participação, os menos frequentes, os fatores ambientais e estrutura do corpo. As queixas “aprendizagem e fala” e “dificuldades de aprendizagem” foram as que apresentaram mais categorias nos componentes. **Conclusão:** foi possível a identificação de categorias e componentes da CIF, relacionados à funcionalidade, recorrentes em relatos da anamnese fonoaudiológica. Deste modo, esse resultado amplia o olhar e o cuidado do fonoaudiólogo com a saúde do indivíduo.

Palavras-chave: CIF; Fonoaudiologia; Classificações em Saúde; Transtornos do Desenvolvimento da Linguagem; Classificação.

Abstract

Objective: To identify, through the speech-language pathology anamnesis, the most frequent categories and components related to functionality according to the International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF), in Language and Speech Disorders. **Methods:** a retrospective research was conducted in a partial collection of speech-language interview records from a school clinic, corresponding to 1,000 real cases from 2004 to 2013; then, after statistical calculation, a convenience sample of 110 protocols was defined. The records of the anamnesis were analyzed according to 362 level-two categories of the ICF and an arbitrary cut was performed to select the 30 most frequent categories of each component and among all, for the grouping. The Central Limit Theorem and the Law of Large Numbers were used in the statistical treatment for the pre-sampling calculation and the Non-parametric Equality of Two Proportions test was used in the analysis of the frequency. **Results:** the most frequent categories were: b176 (mental function of sequencing complex movements), d310 (communicating with - receiving - spoken messages), d330 (speaking) and e410 (individual attitudes of immediate family members). Body functions and activities/participation were the most frequent components, while environmental factors and body structure were the less frequent ones. Meanwhile, “learning and speech” and “learning difficulties” were the complaints with more categories in the components. **Conclusion:** it was possible to identify recurrent ICF categories and components related to the functionality in the speech-language pathology anamnesis. Therefore, this result enhances the support and care of the speech-language pathologist with an individual’s health.

Keywords: ICF; Speech, Language Pathology and Audiology; Health Classifications; Language Development Disorders; Classification

Resumen

Objetivo: identificar, por medio de la anamnesis fonoaudiológica, cuáles las categorías y los componentes más frecuentemente relacionados con la funcionalidad según los principios de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF), en cuadros de Trastornos de Lenguaje y Habla. **Métodos:** investigación retrospectiva de acervo parcial de registros de entrevista fonoaudiológica de clínica-escuela, correspondiente a 1000 casos evaluados entre los años 2004 a 2013; después del cálculo estadístico, se constituyó una muestra por conveniencia de 110 protocolos. Se analizaron los registros de anamnesis de acuerdo con las 362 categorías del nivel 2 de la CIF y se consideró en la selección un corte, arbitrario, en las 30 primeras categorías más frecuentes de cada dominio y entre todas ellas, para la agrupación. Para el tratamiento estadístico se adoptó el Teorema del Límite Central y las Leyes de los Grandes Números para el cálculo pre-muestreo y la prueba no paramétrica Igualdad de Dos proporciones, para el análisis de la frecuencia. **Resultados:** las categorías más frecuentes fueron: b176 (funciones mentales para una secuencia de movimientos complejos), d310 (comunicar y recibir mensajes orales), d330 (hablar) y e 410 (actitudes individuales de miembros de la familia cercana). Los componentes más frecuentes fueron función del cuerpo y actividades / participación, los menos

frecuentes, factores ambientales y estructura del cuerpo. Las quejas “aprendizaje y habla” y “dificultades de aprendizaje” fueron las que presentaron más categorías en los componentes. **Conclusión:** fue posible una identificación de categorías y componentes del CIF, relacionados a la funcionalidad, recurrentes en relatos de la anamnesis fonoaudiológica. De este modo, el resultado amplía la mirada y el cuidado del fonoaudiólogo con la salud del individuo.

Palabras clave: CIF; Fonoaudiologia, Clasificaciones en Salud, Trastornos del Desarrollo del Lenguaje, Clasificación

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) oferece um modelo biopsicossocial, cujo objetivo geral é estabelecer uma linguagem comum e padronizada para diferentes áreas nas ciências humanas e de saúde ¹, como ferramenta de investigação, estatística, clínica, pedagógica e de política social, assim como base para a criação de novos instrumentos ². Devendo ser utilizada para a medição de resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impactos dos fatores ambientais na saúde de cada um ^{3,4,5,6,7}.

A CIF está organizada em duas partes: a primeira, Funcionalidade e Incapacidade, que inclui os componentes: funções, estruturas do corpo e atividades/participação; e a segunda, Fatores contextuais, inclui fatores ambientais e pessoais, podendo ser cada componente expresso em termos positivos e negativos. Dos aspectos positivos, surge a funcionalidade (o que um indivíduo é capaz de fazer através de integridades funcionais, estruturais e de atividades) e o termo incapacidade refere-se às deficiências funcionais e estruturais, assim como as limitações de atividades e restrições de participação¹.

A abrangência da classificação, no perfil pessoal e ambiental, auxilia o profissional na compreensão da extensão e magnitude da funcionalidade ou da incapacidade que uma condição acarreta para a pessoa, com uso de critérios similares e possibilidades de comparações ⁸, que retiram o foco da doença e caminham em direção à saúde ⁹.

Na atuação da Fonoaudiologia em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica (Lei 6965/ 1981) a CIF tem inserção no mapeamento amplo da condição de cada indivíduo, das intersecções com o meio ambiente, educação, trabalho, lazer, acesso aos serviços de saúde, atendimentos e evoluções no tempo ^{10,11}.

Registros sistemáticos sobre cada indivíduo são enfatizados na atividade do fonoaudiólogo ^{12,13,14}. A CIF favorece a análise dos transtornos da comunicação e seus impactos sobre a pessoa e a sociedade ^{15,16}, que permitem ao profissional reconhecer o quanto os pacientes estão susceptíveis aos fatores ambientais e indicando que a falta de informações sobre tais aspectos pode dificultar ações eficazes.

Assim, a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pode auxiliar o fonoaudiólogo na construção de referenciais quanto à incidência, prevalência e comorbidades dos Distúrbios da Comunicação Humana. Estes referenciais, importantes para as ações fonoaudiológicas, têm impacto no planejamento das intervenções para cada caso e consequências diretas nas políticas públicas sociais e de saúde ^{17,18}. Porém, ressalta-se a inexistência de estudos desta natureza no Brasil e a necessidade da área fonoaudiológica abranger o modelo e a dinâmica da classificação.

Este trabalho considerou como hipótese a possibilidade de identificar, na entrevista inicial fonoaudiológica, aspectos relacionados à funcionalidade humana, envolvendo os componentes de função e estrutura do corpo, as atividades e participação e aos fatores ambientais dos Transtornos de Linguagem e Fala, por meio da CIF.

O estudo teve como objetivo identificar quais as categorias mais frequentes relacionados à funcionalidade segundo os princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em quadros de Transtornos de Linguagem e de Fala.

Método

Estudo retrospectivo, descritivo e exploratório, com corte transversal, sob cadastro institucional

761074/14 e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa 701.409/14.

A amostra foi constituída inicialmente por 1000 protocolos de casos atendidos em avaliação fonoaudiológica e com diagnóstico de transtorno de fala ou de linguagem, do acervo parcial do Setor de Linguagem e Fala, em serviço ambulatorial de clínica escola, entre os anos de 2004 e 2013. A seguir realizou-se uma análise estatística (Teorema do Limite Central e a Lei dos Grandes Números) para cálculo pré-amostreal, que resultou na indicação do n de 110 protocolos compondo uma amostra por conveniência.

Considerou-se como critério de inclusão, a presença de informações das variáveis de identificação (sexo, idade, escolaridade do indivíduo, profissão) e de relatos de anamnese (queixa, história pregressa da queixa atual, antecedentes familiares, constitucionais, circunstanciais e de desenvolvimento).

Como critério de exclusão, considerou-se protocolos com registros incompletos referentes às variáveis e relatos de anamnese cujas queixas referiam-se a quadros específicos de autismo, disfluência, deficiência auditiva, deficiência intelectual, transtorno de atenção e hiperatividade, alterações de voz e disfagia.

Os 110 protocolos de anamnese analisados foram pontuados de acordo com o código de segundo nível da CIF¹, baseados em uma entrevista semi-dirigida, com perguntas abertas e direcionadoras, padronizadas para todo atendimento no serviço. Para tanto, considerou-se as informações do relatório de anamnese coincidentes com as categorias dos domínios de função e estrutura do corpo, atividade e participação e fatores ambientais. A análise (realizada por um avaliador, conhecedor da classificação) gerou um perfil individual dos pacientes que foi analisado estatisticamente de acordo com a frequência das categorias em cada um dos domínios.

Dos protocolos estudados, sorteou-se 50% para análise de concordância por um avaliador cego quanto à pontuação das categorias da CIF (código de segundo nível) do relato de anamnese coincidentes com os domínios de função e estrutura corporal, atividade e participação e fatores ambientais. A concordância foi realizada para todos os domínios juntos e então para cada um dos quatro separados; no primeiro caso obteve-se 0,641 de concordância (considerada boa) (figura 01).

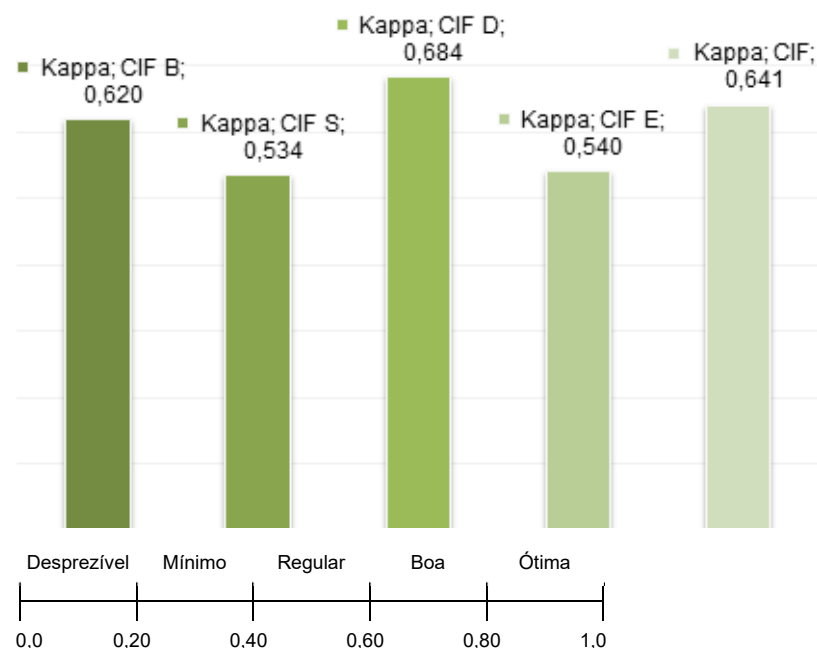


Figura 1. Concordância entre Avaliadores por Categoria de CIF

A seguir, optou-se por identificar as categorias presentes em cada um dos domínios a partir de um corte, arbitrário, nos 30 primeiros mais recorrentes e posteriormente, na totalidade dentre os quatro domínios juntos.

Além disso, identificou-se a frequência de queixas que foram agrupadas em: aprendizagem e fala, dificuldade de aprendizagem, fala errado, não fala e outros. Considerou-se nos agrupamentos, a fala literal dos responsáveis, conforme explicitado a seguir e então se optou por agrupá-las em categorias mais amplas que abrangessem as preocupações:

1) Aprendizagem e Fala : “tem dificuldade para falar e na escrita”, “fala errado e o aprendizado está ruim”, “atraso de fala e linguagem”, “não fala corretamente e não acompanha os estudos”.

2) Dificuldade de Aprendizagem : “dificuldades na escola”, “não consegue ler e escrever”, “dificuldade de ler e escrever”, “lê e escreve com dificuldade”, “não lê e não escreve”;

3) Fala errado : “não fala o /r/”, “fala enrolado”, “pronuncia as palavras errado”, “fala tudo errado”, “fala como um bebê”;

4) Não fala : “quase não fala”, “fala muito pouco”, não fala e “não anda”, “não se comunica”, “não fala nada”;

5) Outros: “escuto, mas não entendo direito”, “desatenção”, “ele é diferente das outras crianças”, “não está se desenvolvendo direito”.

A seguir, verificaram-se quais categorias em cada domínio da CIF estavam presentes em cada

um dos agrupamentos de queixa inicial. O método estabelecido neste trabalho foi baseado em uma das etapas de criação de *core sets*^{19,20,21,22,23}, o qual foi realizado por meio de um questionário com aplicação das categorias da CIF em pacientes com doenças crônicas.

Para a realização do cálculo pré-amostal adotou-se o Teorema do Limite Central e a Lei dos Grandes Números com um erro de 9,0%. Para avaliação do grau de concordância, adotou-se o índice de Concordância de Kappa: <0,200 como desprezível; 0,210 a 0,400 como mínimo; 0,410 a 0,600 como regular; 0,610 a 0,800 como bom; acima de 0,810 como ótimo. Para análise da frequência das categorias, utilizou-se o teste não-paramétrico Igualdade de Duas Proporções. Nas análises estatísticas utilizaram-se os softwares: SPSS V17, Minitab 16 e Excel Office 2010 e nível de significância de 0,05 (5%).

Resultados

Na tabela 01 encontra-se a distribuição com o corte arbitrário das 30 primeiras categorias, considerando os quatro domínios da CIF.

Entre as 30 categorias mais frequentes, observaram-se 15 categorias de função, 13 categorias de atividades/participação e duas categorias de fatores ambientais.

Tabela 1. Distribuição dos itens nos quatro domínios da CIF (30 mais frequentes)

CIF	N	%	P-valor
b176 – Funções mentais para a sequência de movimentos complexos	108/110	98,2%	Ref.
d310 – Comunicar e receber mensagens orais	108/110	98,2%	Ref.
d330 – Falar	108/110	98,2%	Ref.
e410 – Atitudes individuais de membros da família próxima	108/110	98,2%	Ref.
d155 – Adquirir competências	106/110	96,4%	0,408
e310 – Família próxima	106/110	96,4%	0,408
d710 – Interações interpessoais básicas	105/110	95,5%	0,249
b320 – Funções da articulação	104/110	94,5%	0,150
d350 – Conversação	104/110	94,5%	0,150
d210 – Realizar uma única tarefa	103/110	93,6%	0,089
d760 – Relacionamentos familiares	103/110	93,6%	0,089
b126 – Funções do temperamento e da personalidade	102/110	92,7%	0,052
b164 – Funções cognitivas de nível superior	101/110	91,8%	0,030
d910 – Vida comunitária	101/110	91,8%	0,030
b340 – Funções alternativas de vocalização	100/110	90,9%	0,018
b122 – Funções psicossociais globais	99/110	90,0%	0,010
b167 – Funções mentais da linguagem	98/110	89,1%	0,006
d920 – Recreação e lazer	98/110	89,1%	0,006
d160 – Concentrar a atenção	95/110	86,4%	0,001
d450 – Andar	95/110	86,4%	0,001
b140 – Funções da atenção	94/110	85,5%	<0,001
d750 – Relacionamentos sociais informais	93/110	84,5%	<0,001
b770 – Funções relacionadas com o padrão de marcha	92/110	83,6%	<0,001
b152 – Funções emocionais	91/110	82,7%	<0,001
b156 – Funções da percepção	90/110	81,8%	<0,001
b510 – Funções da ingestão	89/110	80,9%	<0,001
d110 – Observar	89/110	80,9%	<0,001
b250 – Função gustativa	87/110	79,1%	<0,001
b117 – Funções intelectuais	84/110	76,4%	<0,001
b147 – Funções psicomotoras	82/110	74,5%	<0,001

Nota: Teste não-paramétrico Igualdade de Duas Proporções; P-valores em vermelho são estatisticamente significantes e ainda que não sem significância estatística em azul. Na última coluna de cada tabela, nós temos os p-valores da comparação de cada CIF sempre em relação a mais prevalente que está como Referência (Ref.).

Das 362 categorias pesquisadas, as mais frequentes com uma ocorrência de 98,2%, foram consideradas como referência: b176 – Funções mentais para a sequência de movimentos complexos; d310 – Comunicar e receber mensagens orais; d330 – Falar; e410 – Atitudes individuais de membros da família próxima.

As tabelas 02, 03, 04 e 05 descrevem a distribuição das categorias em cada domínio da CIF: funções do corpo, estrutura do corpo, atividades e participação e fatores ambientais.

No componente de função do corpo (tabela 02), observou-se um predomínio dos capítulos: funções mentais (b1) e funções da voz e da fala (b3), com as categorias: b176 – Funções mentais para a sequência de movimentos complexos (98,2%); b320 – Funções da articulação (94,5%); b126 – Funções do temperamento e da personalidade (92,7%).

Tabela 2. Distribuição dos itens no domínio de função do corpo (CIF b) – 30 mais frequentes

CIF b	N	%	P-valor
b176 – Funções mentais para a sequência de movimentos complexos	108/110	98,2%	Ref.
b320 – Funções da articulação	104/110	94,5%	0,150
b126 – Funções do temperamento e da personalidade	102/110	92,7%	0,052
b164 – Funções cognitivas de nível superior	101/110	91,8%	0,030
b340 – Funções alternativas de vocalização	100/110	90,9%	0,018
b122 – Funções psicossociais globais	99/110	90,0%	0,010
b167 – Funções mentais da linguagem	98/110	89,1%	0,006
b140 – Funções da atenção	94/110	85,5%	<0,001
b770 – Funções relacionadas com o padrão de marcha	92/110	83,6%	<0,001
b152 – Funções emocionais	91/110	82,7%	<0,001
b156 – Funções da percepção	90/110	81,8%	<0,001
b510 – Funções de ingestão	89/110	80,9%	<0,001
b250 – Função gustativa	87/110	79,1%	<0,001
b117 – Funções intelectuais	84/110	76,4%	<0,001
b147 – Funções psicomotoras	82/110	74,5%	<0,001
b230 – Funções auditivas	80/110	72,7%	<0,001
b130 – Funções da energia e dos impulsos	77/110	70,0%	<0,001
b760 – Funções de controle do movimento voluntário	74/110	67,3%	<0,001
b755 – Funções de reações motoras involuntárias	68/110	61,8%	<0,001
b144 – Funções da memória	66/110	60,0%	<0,001
b160 – Funções do pensamento	56/110	50,9%	<0,001
b440 – Funções da respiração	56/110	50,9%	<0,001
b134 – Funções do sono	53/110	48,2%	<0,001
b210 – Funções da visão	39/110	35,5%	<0,001
b260 – Função proprioceptiva	30/110	27,3%	<0,001
b114 – Funções da orientação	27/110	24,5%	<0,001
b450 – Funções respiratórias adicionais	27/110	24,5%	<0,001
b180 – Funções de experiência pessoais e do tempo	22/110	20,0%	<0,001
b280 – Sensação de dor	20/110	18,2%	<0,001
b172 – Funções de cálculo	19/110	17,3%	<0,001

Nota: Teste não-paramétrico Igualdade de Duas Proporções; P-valores em vermelho são estatisticamente significantes e ainda que não sem significância estatística em azul. Na última coluna de cada tabela, nós temos os p-valores da comparação de cada CIF sempre em relação a mais prevalente que está como Referência (Ref.).

Na tabela 03, sobre estrutura do corpo, as categorias estão concentradas nos capítulos de olhos/ouvidos/estruturas relacionadas (s2) e estruturas relacionadas com a voz e a fala (s3), sendo estas:

s250 – Estrutura do ouvido médio (48,2%); s240 – Estrutura do ouvido externo (44,5%); s260 – Estrutura do ouvido interno (42,7%); s320 – Estrutura da boca (40%).

Tabela 3. Distribuição dos itens no domínio de estrutura do corpo (CIF s) – 30 mais frequentes

CIF s	N	%	P-valor
s250 – Estrutura do ouvido médio	53/110	48,2%	Ref.
s240 – Estrutura do ouvido externo	49/110	44,5%	0,589
s260 – Estrutura do ouvido interno	47/110	42,7%	0,417
s320 – Estrutura da boca	44/110	40,0%	0,222
s110 – Estrutura do cérebro	20/110	18,2%	<0,001
s310 – Estrutura do nariz	15/110	13,6%	<0,001
s330 – Estrutura da laringe	11/110	10,0%	<0,001
s210 – Estrutura da cavidade ocular	10/110	9,1%	<0,001
s830 – Estrutura das unhas	10/110	9,1%	<0,001
s220 – Estrutura do globo ocular	8/110	7,3%	<0,001
s610 – Estrutura do aparelho urinário	8/110	7,3%	<0,001
s430 – Estrutura do aparelho respiratório	7/110	6,4%	<0,001
s630 – Estrutura do aparelho reprodutivo	6/110	5,5%	<0,001
s230 – Estrutura anexas ao olho	5/110	4,5%	<0,001
s410 – Estrutura do aparelho cardiovascular	5/110	4,5%	<0,001
s530 – Estrutura do estômago	5/110	4,5%	<0,001
s750 – Estrutura do membro inferior	5/110	4,5%	<0,001
s340 – Estrutura da laringe	4/110	3,6%	<0,001
s520 – Estrutura do esôfago	4/110	3,6%	<0,001
s730 – Estrutura do membro superior	4/110	3,6%	<0,001
s810 – Estrutura das áreas da pele	4/110	3,6%	<0,001
s130 – Estrutura das meninges	3/110	2,7%	<0,001
s540 – Estrutura dos intestinos	3/110	2,7%	<0,001
s740 – Estrutura da região pélvica	3/110	2,7%	<0,001
s760 – Estrutura do tronco	3/110	2,7%	<0,001
s120 – Medula espinhal e estruturas relacionadas	2/110	1,8%	<0,001
s420 – Estrutura do sistema imunológico	2/110	1,8%	<0,001
s498 – Estrutura do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório, não especificadas	2/110	1,8%	<0,001
s599 – Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino, não especificadas	2/110	1,8%	<0,001
s620 – Estrutura do pavimento pélvico	2/110	1,8%	<0,001

Nota: Teste não-paramétrico Igualdade de Duas Proporções; P-valores em vermelho são estatisticamente significantes e ainda que não sem significância estatística em azul. Na última coluna de cada tabela, nós temos os p-valores da comparação de cada CIF sempre em relação a mais prevalente que está como Referência (Ref.).

No componente de atividades e participação, as categorias mais frequentes foram: d310 – Comunicar e receber mensagens orais (98,2%); d330 – Falar (98,2%); d155 – Adquirir competências (96,4%); d710 – Interações interpessoais básicas

(95,5%); d350 – Conversação (94,5%). Dentre os capítulos de aprendizagem e aplicação de conhecimentos (d1), comunicação e interações/relacionamentos pessoais (d7) (tabela 04).

Tabela 4. Distribuição dos itens no domínio de atividades e participação (CIF d) – 30 mais frequentes

CIF d	N	%	P-valor
d310 – Comunicar e receber mensagens orais	108/110	98,2%	Ref.
d330 – Falar	108/110	98,2%	Ref.
d155 – Adquirir competências	106/110	96,4%	0,408
d710 – Interações interpessoais básicas	105/110	95,5%	0,249
d350 – Conversação	104/110	94,5%	0,150
d210 – Realizar uma única tarefa	103/110	93,6%	0,089
d760 – Relacionamentos familiares	103/110	93,6%	0,089
d910 – Vida comunitária	101/110	91,8%	0,030
d920 – Recreação e lazer	98/110	89,1%	0,006
d160 – Concentrar a atenção	95/110	86,4%	0,001
d450 – Andar	95/110	86,4%	0,001
d750 – Relacionamentos sociais informais	93/110	84,5%	<0,001
d110 – Observar	89/110	80,9%	<0,001
d815 – Educação pré-escolar	81/110	73,6%	<0,001
d240 – Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas	80/110	72,7%	<0,001
d115 – Ouvir	79/110	71,8%	<0,001
d530 – Cuidados relacionados com os processos de excreção	77/110	70,0%	<0,001
d230 – Realizar a rotina diária	64/110	58,2%	<0,001
d315 – Comunicar e receber mensagens não verbais	62/110	56,4%	<0,001
d510 – Lavar-se	62/110	56,4%	<0,001
d163 – Pensar	61/110	55,5%	<0,001
d320 – Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual	61/110	55,5%	<0,001
d335 – Discussão	61/110	55,5%	<0,001
d340 – Produzir mensagens usando linguagem gestual	61/110	55,5%	<0,001
d540 – Vestir-se	61/110	55,5%	<0,001
d550 – Comer	60/110	54,5%	<0,001
d175 – Resolver problemas	59/110	53,6%	<0,001
d445 – Utilização da mão e do braço	56/110	50,9%	<0,001
d820 – Educação escolar	56/110	50,9%	<0,001
d435 – Mover objetos com os membros inferiores	55/110	50,0%	<0,001

Nota: Teste não-paramétrico Igualdade de Duas Proporções; P-valores em vermelho são estatisticamente significantes e ainda que não sem significância estatística em azul. Na última coluna de cada tabela, nós temos os p-valores da comparação de cada CIF sempre em relação a mais prevalente que está como Referência (Ref.).

Para os fatores ambientais (tabela 05) observou-se maior ocorrência das categorias: e410 – Atitudes individuais de membros da família próxima

(98,2%); e310 – Família próxima (96,4%), respectivamente dos capítulos de apoio/relacionamentos (e3) e atitudes (e4).

Tabela 5. Distribuição dos itens no domínio de fatores ambientais (CIF e) – 30 mais frequentes

CIF e	N	%	P-valor
e410 – Atitudes individuais de membros da família próxima	108/110	98,2%	Ref.
e310 – Família próxima	106/110	96,4%	0,408
e460 – Atitudes sociais	69/110	62,7%	<0,001
e320 – Amigos	65/110	59,1%	<0,001
e420 – Atitudes individuais de amigos	59/110	53,6%	<0,001
e425 – Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vinhos e membros da comunidade	59/110	53,6%	<0,001
e240 – Luz	54/110	49,1%	<0,001
e325 – Conhecidos, pares, colegas vizinhos e membros da comunidade	54/110	49,1%	<0,001
e530 – Serviços, sistemas e políticas relacionados com os serviços de utilidade pública	54/110	49,1%	<0,001
e450 – Atitudes individuais de profissionais da saúde	47/110	42,7%	<0,001
e140 – Produtos e tecnologias para a cultura, atividades recreativas e esportivas	35/110	31,8%	<0,001
e430 – Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade	30/110	27,3%	<0,001
e315 – Família alargada	28/110	25,5%	<0,001
e580 – Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	26/110	23,6%	<0,001
e330 – Pessoas em posição de autoridade	25/110	22,7%	<0,001
e415 – Atitudes individuais de membros da família alargada	18/110	16,4%	<0,001
e355 – Profissionais da saúde	12/110	10,9%	<0,001
e165 – Bens	10/110	9,1%	<0,001
e345 – Estranhos	10/110	9,1%	<0,001
e585 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com a educação e a formação profissional	10/110	9,1%	<0,001
e575 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral	9/110	8,2%	<0,001
e125 – Família alargada	8/110	7,3%	<0,001
e440 – Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e dos assistentes pessoais	7/110	6,4%	<0,001
e555 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com associações e organizações	7/110	6,4%	<0,001
e445 – Atitudes individuais de estranhos	6/110	5,5%	<0,001
e455 – Atitudes individuais de outros profissionais	6/110	5,5%	<0,001
e340 – Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	4/110	3,6%	<0,001
e350 – Animais domesticados	4/110	3,6%	<0,001
e525 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com a habitação	4/110	3,6%	<0,001
e535 - Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área da comunicação	4/110	3,6%	<0,001

Nota: Teste não-paramétrico Igualdade de Duas Proporções; P-valores em vermelho são estatisticamente significantes e ainda que não sem significância estatística em azul. Na última coluna de cada tabela, nós temos os p-valores da comparação de cada CIF sempre em relação a mais prevalente que está como Referência (Ref.).

A presença ou ausência de cada um dos componentes da CIF para o agrupamento de queixas realizadas, considerando uma ocorrência de 95% ou mais, aparece descrita no quadro 01. O componente de função do corpo (b) e de atividades e participação (d) ocorreram para todos os agrupamentos

realizados. Os fatores ambientais (e) apareceram nas queixas de: “Dificuldade de Aprendizagem”, “Não Fala”, “Fala Errado” e “Outros”. Já domínio de estrutura do corpo (s) não ocorreu para a seleção e divisão realizada.

Quadro 1. Listagem de cada um dos domínios da CIF, considerando o agrupamento por queixa

	Componente b (função do corpo)	Componente s (estrutura do corpo)	Componente d (atividades e participação)	Componente e (fatores ambientais)
Queixa 01 Aprendizagem e fala	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Queixa 02 – Dificuldade de Aprendizagem	Presente	Ausente	Presente	Presente
Queixa 03 – Fala errado	Presente	Ausente	Presente	Presente
Queixa 04 – Não fala	Presente	Ausente	Presente	Presente
Queixa 05 – Outros	Presente	Ausente	Presente	Presente

Discussão

O estudo teve como limitação a análise de prontuários de anamnese, feitos de modo retrospectivo. Entretanto, frente a esse aspecto, procurou-se selecionar uma amostra estatística por conveniência (100) dos 1000 prontuários analisados.

Além disso, considerou-se que a identificação de categorias da CIF realizada com base em uma das etapas de criação de *core set* está limitada ao agrupamento de queixas em entrevista inicial de fonoaudiologia.

Na rotina dos serviços dos quais obteve-se o material para este estudo, o protocolo de anamnese é um procedimento de entrevista presencial e individual, com atenção aos motivos e conforto do entrevistado²⁴. A condução da entrevista de anamnese é considerada semi-dirigida, à medida que esta baseada em perguntas abertas, formuladas a partir do motivo da consulta ou queixa. Tal procedimento clínico visa nortear a narrativa do informante para que o fonoaudiólogo dimensione do motivo da consulta ou queixa, conheça a cronologia do desenvolvimento do sujeito em questão e fatores intervenientes neste desenvolvimento. Para alcançar a especificidade devem-se analisar as diferenças funcionais, as características e exigências circunstanciais e à diversidade sociocultural. A anamnese é um mediador importante para se chegar ao diagnóstico²⁵, “*pois ela apresenta uma finalidade específica e através dela, pode-se chegar a base estrutural para obter-se os dados necessários*”.

O conhecimento global dos possíveis riscos e motivos para o desenvolvimento de uma patologia de linguagem devem ser estudados e reconhecidos²⁶, pois tais quadros são também determinantes nos aspectos relacionados à socialização e aprendi-

zagem. Portanto, os resultados deste estudo estão condizentes com demais achados²⁶ que pontuam que a compreensão da complexidade da linguagem envolve reconhecer as correlações entre os aspectos físicos, motores e cognitivos, relacionais, auditivos e linguístico do indivíduo e de suas circunstâncias.

A compreensão do desvio de linguagem de um indivíduo envolve tanto o estudo de seu próprio comportamento, em diferentes situações ao longo do tempo, quanto o do comportamento e processos típicos observados na maioria dos indivíduos²⁶. A CIF e a análise das suas categorias mais frequentes auxilia o fonoaudiólogo a entender o quanto a patologia de linguagem está interferindo na funcionalidade do sujeito, sugerindo, portanto, que a classificação seja adotada como medida de codificação inicial dos casos avaliados e também como uma estratégia para comparação de dados evolutivos.

Sobre as funções do corpo, observou-se um predomínio de ocorrência das funções mentais, seguida pelas funções da voz e da fala e por fim das funções relacionadas ao movimento. As funções auditiva e gustativa também aparecem entre as trinta primeiras categorias mais frequentes da lista.

Faz-se importante a investigação fonoaudiológica de forma minuciosa quanto a todos os aspectos do desenvolvimento infantil, pois, conforme pesquisas²⁷ existe um processamento motor que envolve o planejamento da ação motora de fala e a execução do gesto articulatório necessário para a produção do som alvo. A mensagem verbal precisa ser organizada ao nível central para que a execução neuromuscular ocorra. Em seguida, as atividades do sistema nervoso central devem ser combinadas às do sistema nervoso periférico, de modo a regular e executar os programas motores de fala, que

são os responsáveis pela ativação dos músculos envolvidos na respiração, fonação, ressonância e articulação. Assim, observou-se a importância de avaliação das funções do corpo em nível global no indivíduo e não apenas nos aspectos especificamente fonoaudiológicos.

Entre a frequência do componente de estrutura do corpo, observou-se que o capítulo dois deste grupo: olhos, ouvidos e estruturas relacionadas foi o mais frequente, seguido pelas estruturas relacionadas à voz e à fala. Esta informação está de acordo com o que é observado no dia a dia da anamnese clínica fonoaudiológica, durante a qual os transtornos de fala e linguagem dificilmente vêm relacionados a problemas de estrutura corporal e raramente acompanham exames de imagem para localização de prejuízos internos.

Entre a frequência de ocorrência mais equilibrada, estão os componentes de atividades e participação, relacionados principalmente ao capítulo um e três deste grupo: de aprendizagem básica e de comunicação, mostrando o quanto estes quadros interferem no dia a dia do indivíduo. Assim, há necessidade do nosso olhar para o planejamento de ações e condutas voltadas à funcionalidade do sujeito.

Dos fatores ambientais, os que mais ocorreram estão relacionados aos capítulos três e quatro, sendo estes: apoio/relacionamentos e atitudes, provavelmente, porque mais da metade da amostra é composta por crianças em idade escolar, dependentes de cuidadores. No entanto, foi um dos componentes que menos apareceram ao longo dos protocolos de anamnese fonoaudiológica, os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Esse componente inclui elementos essenciais para se alcançar a plena inclusão social da pessoa com deficiência e deve ser identificado já na etapa da entrevista inicial, buscando-se o conhecimento quanto às características que podem interferir na funcionalidade dos sujeitos, para que também seja possível diminuir o impacto dessas barreiras no processo de reabilitação.

Esses resultados estão de acordo com outro estudo³ que pontua a importância da inclusão de fatores contextuais (ambientais e pessoais) na perspectiva fonoaudiológica, salientando a importância da interação entre as dimensões e estes fatores na experiência da incapacidade. Destaca-se a susceptibilidade dos pacientes aos fatores ambientais e a

necessidade do profissional da saúde compreender todo o processo saúde-doença deste indivíduo¹².

A opção adotada neste estudo de identificar categorias da CIF para cada agrupamento das queixas apresentadas pelos sujeitos, teve por objetivo definir quais as principais categorias da classificação que estão presentes na anamnese fonoaudiológica.

Observa-se maior número de categorias relacionadas às queixas de “aprendizagem e fala” (21), “dificuldades de aprendizagem” (16) e “fala errado” (15); posteriormente estão “não fala” (08) e “outros” (15). Não houve categorias relacionadas à estrutura do corpo para as queixas apresentadas. Acredita-se que este desempenho possa ter relação com o formato dirigido e pré-definido da anamnese realizada.

Considerou-se a frequência de 95% para a caracterização e proposição por queixa geral, sendo que os componentes mais frequentes foram função do corpo e atividades/participação, e o menos frequente foram os fatores ambientais.

Discute-se na literatura que os fatores biológicos, psicológicos e sociais interferem no desenvolvimento infantil cognitivo e de linguagem²⁸. No desenvolvimento típico, a associação desses fatores proporciona a aquisição e o desenvolvimento das habilidades, sejam elas motoras linguísticas e cognitivas. Assim, em estudos como este que avaliam quadros patológicos, principalmente a partir de um relato estruturado e semi-dirigido, é possível observar a associação dessas áreas e o impacto que determinado fator pode desencadear no desenvolvimento da linguagem da criança.

Sabe-se que os Transtornos da Comunicação incluem déficits na linguagem, na fala e na comunicação. A investigação de tais transtornos deve levar em consideração o contexto cultural e linguístico do indivíduo e a categoria inclui: transtorno da linguagem, transtorno da fala, transtorno da fluência, transtorno da comunicação social e outro transtorno da comunicação especificado ou não²⁹.

Os Transtornos Específicos do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem são quadros nos quais as modalidades normais de aquisição e desenvolvimento da linguagem estão comprometidas desde os primeiros estágios do desenvolvimento, e incluem os transtornos da articulação da fala, expressivo de linguagem, receptivo de linguagem e outros³⁰.

Dentre os sinais descritos acima, em que cada diagnóstico dos distúrbios da comunicação hu-

mana compreende um conjunto particular, há um predomínio dos aspectos relacionados à estrutura e função do corpo. No presente estudo é relevante destacar que, em análise de relatos de anamnese por meio das categorias da CIF, identificaram-se, também, elementos relativos a atividades e participação.

É possível considerar que a dinâmica na condução de entrevistas e a amplitude do modelo de relatório de anamnese, adotados como diretrizes do serviço do hospital-escola tenham criado oportunidade para relatos com elementos para além das questões do corpo²⁶.

Assim, de acordo com os princípios da CIF, estudos futuros de relação de dados que envolvam também avaliação e diagnóstico fonoaudiológico dos transtornos de linguagem e de fala poderiam ser projetados, já que há uma tendência mundial de uso da classificação nas áreas da saúde, assim como do seu modelo na criação de materiais e teste diagnósticos. Faz-se importante a adoção desta importante ferramenta no dia a dia do fonoaudiólogo, tanto na área clínica como de saúde pública.

Conclusão

Neste estudo, foi possível identificar em relatórios de anamnese fonoaudiológica relativos a quadros de Transtornos de Linguagem e de Fala, a presença e frequência de categorias relacionadas pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, nos componentes de função/ estrutura do corpo, atividade/participação e fatores ambientais.

Referências bibliográficas

1. OMS - Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.: coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP. 2003.
2. Escorpizo R, Ekholm J, Gmunder HP, Cieza A, Kostanjcek N, Stucki G. Developing a core set to describe functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Occup Rehabil*. 2010 Dec;20(4):502-11.
3. Stephens D, Kerr P. Auditory Disabilities: an Update. *Audiology*. 2000 Nov-Dec;39(6):322-32.
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. Carvalho TPV, Santos AD, Biana CB, Agripino MEJ, Junior WMS, Neto JPF, Brasil ACO, Araújo KCGM. Aplicação da CIF na mielorradiculopatia esquistossomótica: estudo de casos. *Revista Científica CIF Brasil*. 2015; 2(2):2-10.
6. Araujo e Chagas, 2015, Araujo ES, Chagas V. PMAQ: a inclusão de indicadores de funcionalidade humana. *Revista Científica CIF Brasil*. 2015; 2(2):34-43.
7. Kalay L, Fujimori S, Suzuki H, Minamoto K, et al. Description of environmental determinants of quality of life in children with intellectual disability in Japan using the Delphi technique. *Environ Health Prev Med*. 2010; 15(2):73-83.
8. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátr*. 2003; 10(1):29-31.
9. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(2): 324-35.
10. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Guia Norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/ CIF em Fonoaudiologia. 2013 [cited 2017, Nov 15] Available from: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/GUIA%20PRATICO%20CIF.pdf>
11. Almeida EC, Furtado LM. Acolhimento em Saúde Pública: a contribuição do Fonoaudiólogo. *Ver. Ciênc. Méd*. 2006; 15(3): 249-256.
12. César AM, Maksud SS. Caracterização da demanda de fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão das Neves – MG. *Rev. CEFAC*. 2007; 9(1):133-138.
13. Gaidhane AM, Zahiruddin QS, Waghmare L, Zodpey S, Goyal RC, Johrapurkar SR. Assessing self-care component of activities and participation domain of the international classification of functioning, disability and health (ICF) among people living with HIV/AIDS. *AIDS Care*. 2008; 20(9): 1098-104.
14. Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. *J Rehabil Med*. 2009 Jan;41(1):1-12.
15. Guedes, ZCFC. A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) a Serviço da Fonoaudiologia. XIX Congresso Brasileiro e VIII Internacional de Fonoaudiologia. São Paulo/SP. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2011.
16. Araujo ES, Brasil ACO. Descaminhos da rede de atenção às pessoas com deficiência. *Revista Científica CIF Brasil*. 2014; 1(1):5-9.
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. Barros PML, Oliveira PN. Perfil dos pacientes atendidos no setor de Fonoaudiologia de um serviço público de Recife – PE. *Rev. CEFAC*. 2010; 12(1):128-33.
19. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjcek N, Ustun B, Stucki G. Identification of candidate categories of the international classification of functioning disability and health (ICF) for a generic ICF Core Set based on regression modeling. *BMC Med Res Methodol*. 2006; 6(6):36.



20. Riberto M, Saron TRP, Battistella LR. Resultados do core set da CIF de dor crônica generalizada em mulheres com fibromialgia no Brasil. *Acta Fisiátr.* 2008; 15(1): 6 – 12.
21. Ustün B, Chatterji S, Konstanisek N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special supplement on ICF core sets. *J Rehabil Med.* 2004; 44:7-8.
22. Stucki G et al. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil.* 2002; 24(5):281-282.
23. Grill E, Mansmann U, Cieza A, Stucki G. Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med.* 2007; 39(1): 71-6.
24. Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenback JE, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalization. *Disabil Rehabil.* 2011; 33(4): 281-309.
25. Bates B, Bickley LS, Hoekelman RA. *Propedêutica médica.* 6ª edição. Rio de Janeiro; Koogan; 1998 p. 02-10.
26. Perissinoto J, Ávila CRB. Avaliação e Diagnóstico das Linguagens Orais e Escrita. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC (organizadores). *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia.* 1 ed. São Paulo/SP. Guanabara Koogan, 2014. p. 609-14.
27. Wertzner HF, Pagan-Neves LO. Avaliação e Diagnóstico do Distúrbio Fonológico. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC (organizadores). *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia.* 1 ed. São Paulo/SP. Guanabara Koogan, 2014. p. 593-9.
28. Giacheti CM. Diagnóstico Fonoaudiológico em Genética. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC (organizadores). *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia.* 1 ed. São Paulo/SP. Guanabara Koogan, 2014. p. 545-54.
29. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.
30. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1997; vol.1.