
A aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Audiologia

Marina Morettin*

Maria Cecília Bevilacqua**

Maria Regina A. Cardoso***

Resumo

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, representa um grande avanço como um instrumento voltado à classificação das incapacidades, que permite uma variedade de usos na área da saúde tendo implicações inclusive no uso da previdência e políticas públicas. Uma premissa importante desta Classificação para a intervenção é a de que o tratamento pode ser baseado no perfil funcional do paciente identificado por profissionais da área da saúde, pois o diagnóstico médico isoladamente provê informações insuficientes acerca das conseqüências da deficiência e de seus impactos na funcionalidade do indivíduo. O objetivo deste estudo é descrever a estrutura da CIF e identificar as aplicações desta na prática audiológica.

Palavras-chave: *Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde, perda auditiva, audiologia.*

Abstract

The International Classification of Function, Disability, and Health (ICF), developed by the World Health Organization, represents a significant advancement as an instrument geared towards the classification of disabilities. This allows for a variety of uses in Health, with implications in the areas of social welfare and public policy. One important premise of this Classification for intervention lies in the fact that treatment can be based on the function profile of the patient identified by health care professionals, as opposed to an isolated medical diagnosis, which provides insufficient information regarding the consequences of the disability and its impact on the individual's function. The objective of this study is to describe the structure of ICF and identify its applications in the practice of audiology.

Keywords: *International Classification of Functioning, disability and health, hearing loss, audiology.*

* Fonoaudióloga – Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. ** Professora Titular; Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. *** Professora Associada; Faculdade de Saúde

Resumen

La **Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF)**, desarrollada por la Organización Mundial de Salud, representa un grande avance como instrumento direccionado a la clasificación de las incapacidades, que permite una variedad de usos en el área de la salud con en el uso de la previdência y políticas públicas. Una premisa importante de esta Clasificación para la intervención, es la de que el tratamiento puede apoyarse en el perfil funcional del paciente identificado por profesionales del área de la salud, porque el diagnóstico médico aislado ofrece informaciones insuficientes acerca de las consecuencias de la deficiencia y de sus impactos para la funcionalidad del individuo. El objetivo de este estudio es describir la estructura de la CIF y identificar las aplicaciones de esta en la práctica audiológica.

Palabras claves: Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud, perdida auditiva, audiología.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), deficiência auditiva é um termo amplo usado para descrever a perda de audição em uma ou ambas as orelhas (WHO, 2007). Os efeitos negativos da perda auditiva neurosensorial no adulto não são limitados a um prejuízo na estrutura do corpo ou da função (isto é, ao dano no órgão sensorial), mas envolvem também limitações de atividades, redução da habilidade de compreender o discurso no silêncio e no ruído e, conseqüentemente, restrições na participação em uma variedade de eventos sociais, conduzindo finalmente à redução da qualidade de vida.

A intervenção audiológica tem como objetivo minimizar os efeitos causados por essa condição. O tratamento por meio de dispositivos eletrônicos, como o aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e os implantes cocleares e/ou frequência modulada, é altamente bem sucedido. Isto acontece primeiro pela redução do prejuízo na função do corpo melhorando a audibilidade dos sons, que permite assim melhor inteligibilidade do discurso (redução das limitações de atividade) podendo resultar em maior participação na família e em situações sociais (redução nas restrições de participação) e, conseqüentemente, melhor auto-percepção da qualidade de vida (Chisolm et al, 2007).

Medir o sucesso da amplificação tem sido o objetivo do trabalho clínico de vários fonoaudiólogos (Assayag e Russo, 2006; Silman et al 2004) e, mais recentemente, começa a se esboçar a possibilidade de avaliação por meio da **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade**

e **Saúde**, conhecida como CIF (WHO, 2001). Embora a CIF seja um instrumento de classificação, os efeitos da perda auditiva neurosensorial e os resultados do tratamento podem ser acompanhados por meio das categorias da CIF relacionadas aos níveis de funções e estruturas do corpo, atividade e participação. Esta classificação pode ajudar a organizar e padronizar informações referentes ao perfil funcional e de qualidade de vida do indivíduo com deficiência, especificamente o indivíduo com deficiência auditiva.

A CIF representa um grande avanço na classificação das incapacidades, permitindo uma variedade de usos na área da saúde tendo implicações inclusive no uso da previdência e na formulação de políticas públicas. Também é utilizada para atender às necessidades de pesquisas voltadas à avaliação da efetividade do tratamento. Espera-se que, no futuro possa ser aplicada a toda população. Por enquanto, seu uso tem sido restrito a pesquisas ou serviços específicos. Os profissionais devem conhecê-la, e, apenas seu uso amplo permitirá que se torne cada vez mais um instrumento prático e de fácil utilização. O objetivo deste artigo é descrever a estrutura da CIF e identificar suas aplicações na prática audiológica.

Desenvolvimento da CIF

Visando responder às necessidades de se conhecer mais sobre as conseqüências das doenças (inclusive a perda auditiva), em 1976, a OMS publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*, em caráter experimental. Esta foi traduzida como Classifica-

ção Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*handicaps*), a CIDID (Secretariado Nacional de Reabilitação, Ministério do Emprego e da Segurança Social de Portugal – Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, 1989)¹ citado por Farias e Buchalla, 2005.

Anteriormente à CIDID, a literatura sobre incapacidade era caracterizada pela divergência de diferentes disciplinas clínicas, em vários países, sobre conceitos e definições de deficiência (Stephens e Kerr, 2000). Assim, com intuito de estabelecer um marco conceitual, *impairment* (deficiência) foi considerada como anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo que podem ser medidas objetivamente em laboratório ou clínica. Por sua vez, essa deficiência poderia causar uma *disability* (incapacidade), que é caracterizada como as conseqüências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades (dificuldade auditiva em situações do dia-a-dia, por exemplo), ou desvantagem (*handicap*), que reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade (Buñuales et al, 2002)².

Entretanto, a CIDID foi adotada principalmente em aplicações clínicas, em reabilitação. Com o tempo, houve a necessidade de revisão e iniciou-se, então, o processo que culminou com a CIF. O termo e o conceito de *handicap*/desvantagem, a falta de atenção para o papel do ambiente e uma orientação médica de incapacidade como etiologia dificultavam a utilização dessa classificação anterior (Simeonsson, 2003).

Assim, em 2001, foi publicada a *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*, após ter sido testada em mais de 50 países, envolvendo um número superior a 1800 profissionais de saúde (Buchalla, 2003). A versão em língua portuguesa foi traduzida pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português com o título de *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF* (OMS, 2003).

A publicação da CIF em 2001 refletiu uma mudança no paradigma de como a incapacidade era vista, de uma perspectiva médica para uma perspectiva biopsicossocial. No modelo médico o foco era dado na etiologia, diagnóstico e tratamento das incapacidades intrínsecas do indivíduo, enquanto que, no modelo biopsicossocial, o foco é na promoção da saúde e bem-estar, com a incapacidade construída dentro da interação pessoa-ambiente. Essa concepção de saúde engloba também os conceitos relacionados aos direitos humanos de maneira geral. Talvez o aspecto mais avançado da CIF seja o papel central assegurado ao ambiente, reconhecendo a interação dinâmica da pessoa com o ambiente na definição do processo (Simeonsson, 2003) e a referência do próprio paciente sobre o que constitui barreira e o que é facilitador.

A CIF agrega, desta forma, uma possibilidade de mudança no paradigma da saúde. Neste contexto, deixa de ter como objeto a causalidade das doenças para considerar seu impacto na qualidade de vida das pessoas (Farias e Buchalla, 2005). Esta classificação privilegia os aspectos positivos da condição de saúde e este é o motivo pelo qual seu título foi alterado, para incorporar os termos funcionalidade e saúde. Termos como *impairment* ou *handicaps* foram abandonados e a nova classificação utiliza funcionalidade para se referir a todas as funções do corpo, às atividades e à participação. Da mesma forma, a palavra incapacidade constitui um termo “guarda-chuva” para as deficiências, a limitação das atividades e para a restrição na participação (Buchalla, 2003).

Organização da CIF

É interesse de muitos pesquisadores conhecer a magnitude dos problemas sociais na população deficiente auditiva e seu impacto no comportamento do indivíduo. Estes dados são relevantes para a saúde pública, pois permitem planejar atividades de vigilância em saúde, pesquisas, intervenções e políticas públicas. A Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) é uma estrutura de classificação útil para atingir esses ob-

¹ Secretariado Nacional de Reabilitação, Ministério do Emprego e da Segurança Social. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*handicaps*). Lisboa; 1989.

² Buñuales MTJ, Diego PG, Moreno JMM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Publ* 2002; 76: 271-9.

jetivos. Uma premissa importante da CIF é a de que o tratamento pode ser baseado no perfil funcional identificado pelo fonoaudiólogo e outros profissionais da área da saúde, pois o diagnóstico médico isoladamente provê informações insuficientes acerca das conseqüências da deficiência auditiva e de seus impactos na funcionalidade do indivíduo.

A CIF fornece um mecanismo de codificação, similar aos códigos de diagnóstico fornecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID), que permite ao clínico codificar e quantificar os prejuízos, as limitações de atividade e as limitações de participação que resultam de uma condição de saúde, assim como codifica os fatores contextuais que podem ser barreiras ou facilitadores à atividade e à participação. Ao contrário da CID, entretanto, a arquitetura da codificação da CIF é dinâmica, permitindo alterações de código quando o efeito do prejuízo na atividade e na participação é modificado pela intervenção clínica ou pela mudança no ambiente físico, social ou político do paciente (Saunders et al, 2005). Cada código do esquema de classificação é modificado por um ou mais qualificadores para indicar a natureza ou extensão da limitação ou restrição naquela função (Threats e Worrall, 2004).

As duas classificações de referência da Família de Classificações Internacionais da OMS – a CID e a CIF – fornecem, portanto, uma ferramenta valiosa para descrever e comparar a saúde das populações em um contexto internacional (WHO, 2001). Cabe lembrar que a CIF não substitui a CID-10 e sim a complementa. Enquanto o paciente tem um diagnóstico, codificado pela CID, que pode acompanhá-lo para o resto da vida como no caso de uma doença crônica, a CIF permite que se conheça as conseqüências dessa condição no organismo e na vida da pessoa. Nesse caso, são vários códigos com qualificadores que dão o grau de gravidade e que podem mudar com o tempo.

O objetivo geral da CIF é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada como um sistema de descrição da saúde e de estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados referentes a essas condições entre países, serviços, setores de atenção à saúde, bem como o acompanhamento da sua evolução no tempo (OMS, 2003).

Assim, o enfoque principal da CIF é a influência dos fatores contextuais (ambientais e pessoais) e seus impactos, tanto positivos quanto negativos, nas três dimensões das condições de saúde: estrutu-

ra e função do corpo, atividade e participação social (OMS, 2003). Está organizada em duas partes: Parte 1- Funcionalidade e Incapacidade, composta pelos componentes Funções do Corpo/ Estruturas do Corpo e Atividade/Participação. Parte 2- Fatores Contextuais, composta pelos componentes Fatores Ambientais e Fatores Pessoais (sendo que os Fatores Pessoais não são classificados atualmente na CIF). Cada componente é identificado por prefixos em cada código: **b** (do inglês *body*, corpo) para Funções do Corpo; **s** (do inglês *structure*) para Estruturas do Corpo; **d** (de domínio) para Atividades e Participação e, **e** (do inglês *environment*) para Fatores Ambientais (OMS, 2003).

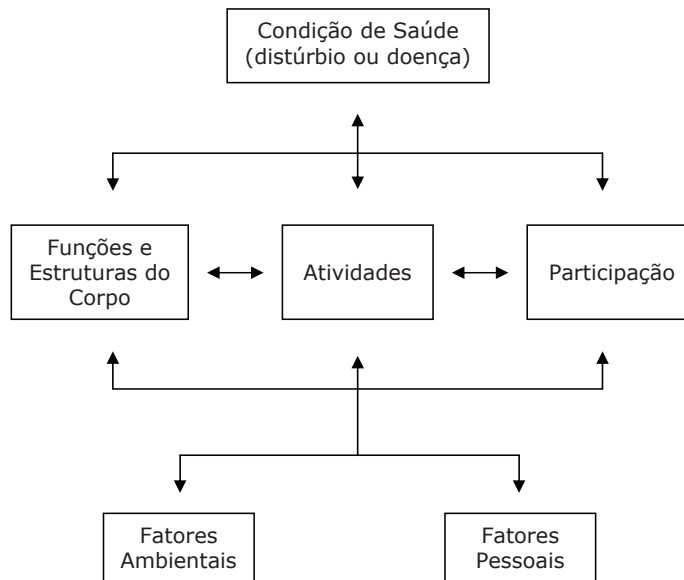
Nessa classificação, todos os domínios de saúde e os conteúdos relacionados interagem e apresentam a mesma relevância para descrever o processo de funcionalidade e incapacidade, como ilustrado na Figura 1. Essa classificação constitui, portanto, uma abordagem com múltiplas perspectivas para descrever a funcionalidade e a incapacidade como um processo interativo e evolutivo (OMS, 2003).

Abaixo estão descritos cada componente da CIF:

1 – “Estrutura do Corpo” é definida como as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e **“Funções do Corpo”** são as funções fisiológicas e psicológicas do sistema corporal (OMS, 2003).

No contexto da Audiologia, a deficiência em alguma *estrutura* do sistema auditivo (desde o canal auricular até córtex auditivo), geralmente tem efeitos na *função* auditiva do indivíduo (detecção, discriminação dos sons, etc). No caso dos idosos, por exemplo, mudanças podem ocorrer na orelha externa (CIF código s240), como a degeneração da cartilagem; orelha média (s250), como o enrijecimento da membrana timpânica (s2500) e orelha interna (s260), como a perda de células ciliadas internas e externas da cóclea (s2600). Estas mudanças estruturais tem efeitos na função auditiva (b230), como por exemplo a detecção do som (b2300) e discriminação da fala (b2304) (Hickson e Scarinci, 2007).

Deficiências estruturais do pavilhão auricular podem resultar em prejuízos psicológicos por causa da aparência do indivíduo e, conseqüentemente, efeitos na restrição de participação. Pode também causar limitações de atividades e afetar Fatores Ambientais pela sua influência nas habilidades

Figura 1 – Interações entre os componentes da CIF

dos indivíduos em usar AASIs (Stephens e Kerr, 2000).

Além do código para cada função e estrutura, existe também a possibilidade de acrescentar informações a cada condição, atribuindo ao código um (ou mais) qualificadores. Estes são dígitos a serem adicionados aos códigos. Um primeiro qualificador varia em uma escala de zero a quatro, sendo que o zero representa nenhuma deficiência e o quatro deficiência completa. Um segundo qualificador para Estrutura do Corpo indica a natureza da mudança na estrutura corporal correspondente e o terceiro qualificador indica a localização da deficiência.

2 – “Atividade/Participação” são representadas na CIF como uma única lista de condições as quais são atribuídos códigos. Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Limitações de atividades são mudanças ao nível pessoal (p.ex. incapacidade para ouvir conversas) (OMS, 2003). A presença de deficiência auditiva pode resultar em limitações de atividades, sendo a mais comum relatada a compreensão de fala (principalmente no ruído) e essa dificuldade seria codificada em d310. Ou mesmo o indivíduo pode relatar dificuldade em ouvir televisão ou rádio (d9208).

Participação é o ato de se envolver em uma situação que pode ser restrita como efeito das

limitações (p.ex. retração em situações sociais). A deficiência auditiva e a compreensão de fala em vários ambientes é um tópico importante para o indivíduo com deficiência auditiva, pois as consequências são muitas, como sentir-se isolado em situações de grupo (d3504, d750, d910). Assim, a restrição de participação também está associada com a deficiência auditiva (Hickson e Scarinci, 2007).

Os dois qualificadores do componente de Atividades e Participação são o qualificador de Desempenho e o de Capacidade (OMS, 2003). O qualificador *Capacidade* descreve a habilidade dos indivíduos de executar uma tarefa ou uma ação em um ambiente padronizado ou uniforme (p.ex., na sala clínica). O qualificador de *Desempenho* descreve como uma pessoa executa uma tarefa ou uma ação em seu ambiente real na vida (Threats, 2003). Tanto o qualificador de capacidade como o de desempenho podem ser usados com e sem dispositivos de ajuda (por exemplo, com AASI), na escala de zero a quatro, zero representando nenhuma dificuldade e, quatro, dificuldade completa (OMS, 2003).

3 – “Fatores Contextuais” incluem os *Fatores Ambientais*, que compreendem os ambientes físico, social e atitudes que as pessoas vivem (p.ex. facilidade para acessar serviços de reabilitação e

atitudes dos outros) e *Fatores Pessoais* que são as características das pessoas ou aqueles aspectos dos pacientes que não são partes de uma condição de saúde particular ou estado (por exemplo idade, estilo de vida). Estes dois fatores poderão influenciar o efeito da incapacidade, limitações das atividades e restrições de participação no relato de saúde e de qualidade de vida da pessoa com perda auditiva (Chair, 2006).

A inclusão de fatores contextuais (ambientais e pessoais) é significativa na perspectiva fonoaudiológica por três motivos: primeiro, é reconhecido o papel das diferenças nas experiências pessoais dos indivíduos. Segundo, em uma perspectiva terapêutica, esta dimensão é potencialmente útil em termos de explicação de como alguns indivíduos têm mais benefícios com a intervenção do que outros. Por último, salienta a importância da interação entre as dimensões e os fatores contextuais (ambiental e pessoal) na experiência da incapacidade (Stephens e Kerr, 2000). Os Fatores Ambientais são vistos como cruciais para determinar por que as medidas de Capacidade podem ser diferentes da medida de Desempenho em alguma tarefa de Atividade/Participação. Fatores Pessoais são incluídos na estrutura da CIF por causa do reconhecimento de sua importância, mas não estão classificados no livro atual da CIF.

Aplicação da CIF

A CIF possibilita a visibilidade das intervenções em Audiologia, uma vez que esta classificação considera a influência dos fatores ambientais nas atividades e na participação de cada indivíduo. Na Audiologia Ocupacional, por exemplo, um indivíduo exposto a um ruído intenso por tempo prolongado, que não faz uso de um EPI, em cuja empresa não adota o Programa de Conservação Auditiva (fatores ambientais), pode ter um comprometimento das células sensoriais da cóclea. Esse comprometimento pode causar uma deficiência na estrutura do sistema auditivo que leva a uma deficiência da função, com a diminuição da audibilidade dos sons. Esse indivíduo, com o passar dos anos e piora da deficiência auditiva, pode ter um desempenho deficiente na atividade de compreensão da fala, principalmente na presença de ruído de fundo, diminuindo sua capacidade de atuar na sociedade (participação).

Os conceitos apresentados na CIF retratam a experiência multidimensional relatada por indivíduos com perda auditiva neurosensorial o que torna esta classificação um instrumento útil para a área. Na clínica, a CIF permite obter um perfil inicial dos pacientes, acompanhar a evolução dos mesmos, avaliar a abordagem terapêutica proposta e mensurar a incapacidade ocasionada pelos diferentes níveis de cada doença ou lesão, enfim, relacionar doenças à qualidade de vida do paciente. O uso da CIF permite a coleta de dados e a utilização de critérios homogêneos, além da possibilidade de comparações internacionais (Buchalla, 2003).

Com relação à função, o objetivo da intervenção audiológica com a adaptação do AASI está relacionado com o código b230 (funções auditivas) especificamente, que é diminuir a deficiência em detectar a presença dos sons. Assim, todo método que permite avaliar o aumento da audibilidade (ganho funcional ou medida com microfone sonda) com o uso da amplificação, pode ser selecionado como uma medida de resultado ao nível da função.

Indivíduos com deficiência auditiva relatam limitações de atividades como a dificuldade de compreensão de fala, podendo gerar assim, a restrição de participação, pois o indivíduo pode se isolar no convívio social. O papel do fonoaudiólogo, responsável pela adaptação do AASI é de criar condições para diminuir o prejuízo no desempenho das atividades que envolvem a vida do paciente. Esta redução nas limitações de atividades pode ser documentada usando o desempenho da avaliação de testes de percepção de fala, tanto no silêncio, quanto no ruído e medidas subjetivas de auto-avaliação. Em muitos casos será possível maximizar a funcionalidade do indivíduo nas atividades (Stephens e Kerr 2000) quando o clínico analisa os resultados obtidos nessas avaliações.

Quanto à participação, os benefícios da amplificação estão relacionados com a redução em alguns dos muitos problemas sociais ocasionados ou não pela perda auditiva neurosensorial. Esses problemas incluem isolamento social, depressão, ansiedade, estresse no relacionamento com a família, amigos e companheiros de trabalho e frustração, entre outros. Alguns questionários de auto-avaliação avaliam a restrição de participação e atividade em Audiologia como o *International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA)* e o *Hearing Handicap Inventory for Adults (HHI-*

A) e Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHI-E).

A CIF leva em consideração o ambiente para estabelecer o impacto do ambiente social e físico sobre o funcionamento da pessoa. Exemplificando, indivíduos com o mesmo grau de perda auditiva podem ter benefícios totalmente diferentes com o uso da amplificação. Uma pessoa com perda auditiva moderada pode ter um pior desempenho, com a utilização da amplificação, do que uma pessoa com uma perda auditiva severa. Fatores, tais como, motivação ao uso do AASI, apoio da família, entre outros estão diretamente relacionados ao sucesso na utilização da amplificação. Outro exemplo que pode ser citado é o caso da comunicação nas salas de aula. Um aluno com deficiência auditiva tem dificuldade em compreender o professor, principalmente devido à reverberação e ruído do ambiente. A CIF identifica as condições e permite que sejam feitas intervenções, o que supõe, neste caso, que esse aluno pode utilizar um sistema de frequência modulada e no ambiente escolar sejam realizadas modificações, como a colocação de cortinas e outros recursos que possam auxiliar na absorção do som, para evitar a reverberação, possibilitando um melhor desempenho e aproveitamento da aula pelo aluno. Assim, com a modificação dos fatores ambientais devido ao uso de facilitadores, que é a utilização do sistema FM e modificação no ambiente, a barreira para a compreensão dentro da sala de aula pode ser diminuída.

Limitações da CIF

Embora lançada em 2001, a classificação é um produto em desenvolvimento, que deverá ser aprimorado à medida que for utilizado. O fato de permitir a mensuração de vários aspectos relacionados à saúde e às condições de vida torna complexa sua utilização (Buchalla, 2003).

Não existem estudos aplicando a CIF em audiologia ainda que esta seja vista como um instrumento importante para acompanhar o processo de reabilitação auditiva. Assim, muitos estudos deverão ser realizados para melhor compreensão da aplicação da CIF na Audiologia.

O emprego de diferentes questionários de auto-avaliação e a variedade de procedimentos não padronizados poderão inicialmente dificultar o uso

da CIF, mas é provável que por meio da divulgação desta classificação esses problemas comecem a ser superados.

Core-set

A CIF contém mais de 1400 códigos para descrever e classificar a saúde, distribuídas dentro dos componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e Atividade/Participação e Fatores Ambientais, com exceção dos Fatores Pessoais que ainda não foram incluídos. No contexto clínico, o principal desafio é justamente a extensão da classificação com grande número de códigos. Para facilitar o uso da CIF, a OMS com a coordenação do ICF Research Branch, da Universidade de Munique da Alemanha, e outras organizações vem desenvolvendo Core-Sets (conjuntos mínimos de códigos necessários para oferecer o máximo de informação de uma condição) por meio de um processo de decisão consensual integrando evidências de estudos preliminares para 12 condições crônicas de saúde (Coenen et al, 2006). Até o presente momento, nenhum Core-Set foi desenvolvido para as condições de saúde auditiva.

Conclusão

A CIF não é uma ferramenta de avaliação, pois não fornece um protocolo de avaliação ou avaliação de medidas específicas. É um sistema de classificação, que, segundo a OMS “fornece uma abordagem de múltiplas perspectivas para a classificação da funcionalidade e incapacidade como um processo interativo e evolutivo...” nesse sentido, a CIF pode ser vista como uma linguagem; os textos elaborados com base nessa classificação dependem dos usuários, da sua criatividade e de sua orientação científica (OMS, 2003).

As transformações recentes na Audiologia, devido à estruturação da rede de Saúde Auditiva, têm trazido novos problemas a serem pesquisados e novas necessidades que viabilizem a prática sistemática nos serviços. A CIF poderá oferecer subsídios para os serviços de Saúde Auditiva, pois fornece uma visão geral da funcionalidade do indivíduo, além de levantar aspectos relacionados aos serviços e às políticas públicas. Pesquisas na área da Audiologia são necessárias, para que o uso da CIF possa ser viabilizado.

Referências

- Assayag FHM, Russo ICP. Avaliação subjetiva do benefício e dos efeitos proporcionados pelo uso de amplificação sonora em indivíduos idosos. *Distúrbios da Comunicação* 2006; 18(3): 383-390.
- Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica* 2003; 10(1): 29-31.
- Chair MV et al. Guidelines for the Audiologic Management of Adult Hearing Impairment. *Audiology Today* [periódico online] 2006; 18 (5). Disponível em: <http://www.audiology.org/NR/rdonlyres/5DE475B4-58F3-40A7-934E-584AC11EABE9/0/haguidelines.pdf>. (Consultado em 2007 Mai 15).
- Chisolm TH et al. A systematic review of health-related quality of life and hearing aids: final report of the American Academy of Audiology Task Force on the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults. *J Am Acad Audiol* 2007; 18: 151-183.
- Coenen M, Cieza A, Stamm TA, Amann E, Kollerits B, Stucki G. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. *Arthritis Res Ther* 2006; 8(4): 1-14.
- 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.
- Hickson L, Scarinci N. Older Adults with Acquired Hearing Impairment: Applying the ICF in Rehabilitation. *Semin Speech Lang* 2007; 28(4): 283-290.
- [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.
- Saunders GH, Chisolm TH, Abrams HB. Measuring hearing aid outcomes-Not as easy as it seems. *J Rehabil Res Dev* 2005; 42(4): 157-168.
- Silman S, Iório MCM, Mizhahi MM, Parra VM. Próteses auditivas: um estudo sobre seu benefício na qualidade de vida de indivíduos portadores de perda auditiva neurosensorial. *Distúrbios da Comunicação* 2004; 16(2): 153-165.
- Stephens D, Kerr P. Auditory Disabilities: An Update. *Audiology* 2000; 39: 322-332.
- Simeonsson RJ. Classification of communication disabilities in children: contribution of International Classification on Functioning, Disability and Health. *Int J Audiol* 2003; 42: S2-S8.
- Threats TT, Worrall L. Classifying communication disability using the ICF. *Advances in Speech-Language Pathology* 2004; 6(1): 53-62.
- Threats TT. The Conceptual Framework of ASHA's New Scope of Practice for Speech-language Pathology [serial online] 2003. Disponível em: http://www.speechpathology.com/articles/article_detail.asp?article_id=8. (Consultado em 28 de maio de 2007).
- [WHO] World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>. (Consultado em 28 de maio de 2007).
- [WHO] World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization; 2001.

Recebido em fevereiro/08; aprovado em agosto/08.

Endereço para correspondência

Marina Morettin
Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital
de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP)
Rua Silvio Marchione, 3-20, Caixa Postal 620
CEP 17043-900

E-mail: mmorettin@hotmail.com