



**GRAZIELLA BATISTA DALAQUA**

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FALA E  
LINGUAGEM EM SUJEITOS PÓS AVC:  
INSTRUMENTO CLÍNICO BASEADO NA CIF**

CAMPINAS

2014

i





---

**Universidade Estadual de Campinas**

Faculdade de Ciências Médicas

**Graziella Batista Dallaqua**

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FALA E  
LINGUAGEM EM SUJEITOS PÓS AVC:  
INSTRUMENTO CLÍNICO BASEADO NA CIF**

**Orientador:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Yu Shon Chun

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre na área de concentração Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO  
DEFENDIDA PELA ALUNA GRAZIELLA BATISTA DALLAQUA E ORIENTADA PELA  
PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> REGINA YU SHON CHUN

---

Assinatura do(a) Orientador(a)

CAMPINAS, 2014

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

D161a Dallaqua, Graziella Batista, 1987-  
Avaliação das necessidades de fala e linguagem em sujeitos pós AVC :  
instrumento clínico baseado na CIF / Graziella Batista Dallaqua. – Campinas, SP :  
[s.n.], 2014.

Orientador: Regina Yu Shon Chun.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Acidente vascular cerebral. 2. Classificação Internacional de  
Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 3. Assistência à saúde. I. Chun, Regina  
Yu Shon, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências  
Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Assessment of speech and language needs in post-stroke subjects :  
instrument based on the ICF

**Palavras-chave em inglês:**

Stroke

International Classification of Functioning, Disability and Health

Delivery of health care

**Área de concentração:** Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Titulação:** Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Regina Yu Shon Chun [Orientador]

Rita de Cássia Ietto Montilha

Eucenir Fredini Rocha

**Data de defesa:** 28-08-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

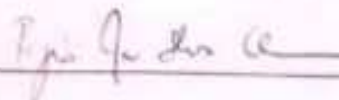
**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

GRAZIELLA BATISTA DALLAQUA

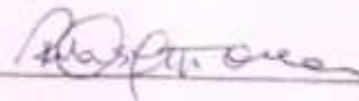
Orientador (a) PROF(A). DR(A). REGINA YU SHON CHUN

**MEMEROS:**

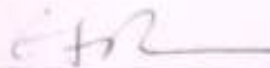
1. PROF(A). DR(A). REGINA YU SHON CHUN



2. PROF(A). DR(A). RITA DE CÁSSIA IETTO MONTILHA



3. PROF(A). DR(A). EUCENIR FREDINI ROCHA



Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 28 de agosto de 2014



## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela dádiva da vida.

À minha família, em especial minha mãe Iraci Batista, meu pai Antonio Luiz Dallaqua, meu irmão Breno Batista Dallaqua e meu namorado Leandro Forte que me auxiliaram, cada um à sua forma, na caminhada da construção desta pesquisa.

Agradeço imensamente a minha orientadora Profa Dra Regina Yu Shon Chun pela paciência, cuidado e dedicação.

Ao Prof Dr. Li Li Min pelo incentivo e disponibilização do Ambulatório de Neurologia Vascular do HC-UNICAMP para realização da pesquisa assim como a toda sua equipe pela acolhida e contribuição em diferentes etapas do trabalho.

Agradeço muito a todos os membros das bancas de qualificação e de defesa pelas orientações e conhecimento partilhado: Profa Dra Eucenir Fredini Rocha, Profa Dra Edinêis de Brito Guirardello, Profa Dra Rita de Cássia Ietto Montilha, Profa Dra Helenice Yemi Nakamura e Profa Dra Fátima Correa Oliver.

Aos professores do Programa de Mestrado Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, em particular ao Prof Dr Roberto Benedito de Paiva e Silva pela contribuição na pesquisa.

À todos os amigos que me ampararam e me incentivaram, em especial a Renata de Lima Ramos e Maria Tereza Maynard Santana.

Por fim agradeço de coração à todos os participantes desta pesquisa.





## RESUMO

Nas últimas décadas tem-se observado grandes mudanças em relação ao cuidado e as necessidades das pessoas com determinadas condições de saúde, tais como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo que as políticas públicas de saúde incluem como aspectos essenciais, questões de atividade, participação e fatores contextuais como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, proposto pela OMS, surge para abarcar tais questões e auxiliar os profissionais de Saúde para uma avaliação diferenciada, definição de metas, gerenciamento da intervenção e medida de resultados na atenção à Saúde. Dentre as DCNT, este estudo volta-se aos aspectos de fala e linguagem, participação e funcionalidade das pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral (AVC), no âmbito da fonoaudiologia, utilizando-se a CIF como base conceitual. Interessa um instrumento clínico baseado na perspectiva da funcionalidade humana, como propõe a CIF, que integre o uso da linguagem no contexto do indivíduo e que se inter-relacione aos diversos aspectos ambientais e pessoais relacionados ao uso da linguagem tendo em vista uma avaliação clínica diferenciada e a tomada de decisões clínicas centralizadas na pessoa que sofreu o AVC. Trata-se de estudo metodológico, com objetivo de propor um instrumento clínico para avaliação e classificação das necessidades de fala e linguagem, participação e funcionalidade no pós AVC baseado na CIF. Para tanto foram seguidas as etapas de: a) Seleção dos domínios da CIF relacionados à fala e a linguagem b) Elaboração das perguntas para cada domínio selecionado e dos critérios de qualificação, segundo a CIF c) Avaliação das perguntas para validade de conteúdo d) Construção das instruções de aplicação e) Aplicação de teste piloto e f) Estimativa da confiabilidade entre observadores. Como resultado obteve-se um instrumento clínico com 35 perguntas para avaliação e classificação dos aspectos de da fala, linguagem, participação e funcionalidade das pessoas que sofreram AVC com base na CIF. O instrumento apresentou validade de conteúdo e confiabilidade intra-observadores, demonstrando sua aplicabilidade.

A possibilidade de utilização de diversas fontes de informação (sujeito, familiar e profissional) e o tempo para aplicação do instrumento constituem fatores positivos e viáveis para sua utilização em diferentes ambientes clínicos em uma abordagem biopsicossocial centrada no sujeito e não na patologia. Os resultados reiteram a importância da utilização da CIF como base conceitual para uma intervenção clínica diferenciada em uma perspectiva de atenção integral e humanizada.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; CIF; Assistência à Saúde.

## **ABSTRACT**

During the last decades it has been observed great changes regarding care and needs of people with particular health conditions, such as noncontagious chronic diseases (NCCD), since Health Public Policies include as essential aspects, activity issues, participation and contextual factors as stated by World Health Organization (WHO). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), proposed by WHO, comes out to comprehend those factors and help health professionals to perform a singular assessment, determine targets, manage intervention and measure results in health assistance. Among the NCCD, this study turns to speech and language aspects, participation and functionality of people who have suffered a stroke, in Speech and Language Pathology field, using ICF as a conceptual foundation. It's important to have a clinical instrument based on human functionality perspective, as proposed by ICF, which integrates language use on the individual's context and relates itself with several environmental and personal aspects regarding language use aiming a differentiated clinical assessment and decision making process centered on the person who has suffered the stroke. It's a methodological study, proposing a clinical instrument to evaluate and classify speech and language needs, participation and functionality after a cerebral vascular disease based on ICF. Therefore we have followed the next stages: a) Selecting speech and language ICF domains, b) Formulating questions for each selected domain and qualification criteria, according to ICF c) Evaluating questions in order to validate their content, d) Developing application instructions, e) Pilot test application and f) Estimation of reliability among observers. The result was a 35 question clinical instrument to evaluation and classification of speech and language aspects, participation and functionality of people who have suffered a stroke, according to ICF. The instrument presented content validation and reliability among observers demonstrating its applicability. The possibility of using several sources of information (subject, family and professional) and the instrument application time are positive and practicable aspects to its utilization in different clinical

contexts in a bio-psycho-social approach centered on the subject and not on the pathology. The results confirm the importance of ICF utilization as a conceptual foundation to a differentiated clinical intervention on the perspective of an integral and human attention.

**Key words:** Stroke; International Classification of Functioning, Disability and Health; Delivery of Health Care.

# Sumário

AGRADECIMENTOS.....	vii
RESUMO .....	ix
ABSTRACT.....	xi
Sumário .....	xiii
LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....	xv
Capítulo I.....	1
INTRODUÇÃO .....	1
Capítulo II.....	7
CIF: NOÇÕES PRELIMINARES .....	7
Estrutura da CIF.....	9
Capítulo III .....	14
O USO DA CIF NA AVALIAÇÃO DE FALA E LINGUAGEM DAS PESSOAS COM AVC.....	14
Capítulo IV.....	17
OBJETIVO.....	17
Capítulo V .....	18
MÉTODO.....	18
5.1 Tipo de Pesquisa.....	18
5.2 Aspectos Éticos.....	18
5.3 Local da Pesquisa.....	18
5.4 Procedimentos de coleta de dados.....	18
Capítulo VI.....	27
RESULTADOS .....	27
6.1 Resultados Referentes à Parte A do Instrumento.....	27
6.2 Resultados Referentes à Parte B do Instrumento.....	28
<i>Resultados da 1ª. fase de Validação de Conteúdo do Instrumento com pessoas sem alterações de linguagem .....</i>	<i>34</i>

<i>Resultados da 2ª Fase: Validação de Conteúdo das Perguntas do Instrumento peos Juízes Especialistas</i> .....	35
6.3 Resultados da Adaptação dos Critérios de Qualificação da CIF do Instrumento .....	37
6.4 Resultados Relativos às Instruções elaboradas para o Instrumento .....	39
6.5 Resultados da Análise da confiabilidade intra-observadores na Aplicação do Instrumento.....	40
Capítulo VII.....	42
DISCUSSÃO .....	42
Capítulo VIII.....	45
CONCLUSÃO .....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
APÊNDICES .....	51
APENDICE 1 - INSTRUMENTO CLÍNICO PARA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FALA E LINGUAGEM, PARTICIPAÇÃO E FUNCIONALIDADE EM SUJEITOS PÓS-AVC BASEADO NA CIF ELABORADO NESTA PESQUISA.....	51
APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	67

## LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

- Quadro 1 - Visão Geral da CIF .....9
- Quadro 2 - Definição dos Termos Utilizados na CIF.....10
- Quadro 3 - Exemplo dos níveis de classificação da CIF.....11
- Quadro 4 - Qualificadores da CIF.....11
  
- Figura 1 - Fluxograma das Etapas de Construção do Instrumento Clínico de Avaliação e Classificação das Necessidades de Fala e Linguagem das pessoas pós AVC.....19
- Quadro 5 – Instrumento - Parte A: Pesquisa de Informações.....27
- Tabela 1 - Resultado dos domínios selecionados e das perguntas elaboradas.....32
- Tabela 2 - Resultado da 1ª. fase de validação das perguntas do instrumento por pessoas sem alterações de linguagem.....35
- Tabela 3 - Resultados da 2ª fase - validação das perguntas do instrumento pelos juízes especialistas.....36
- Quadro 6 - Instruções gerais do Instrumento.....39
- Tabela 4 - Resultados da análise de confiabilidade intra-observadores.....40





# Capítulo I

---

## ***INTRODUÇÃO***

O presente estudo volta-se ao cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito da fonoaudiologia.

Nas últimas décadas tem-se observado grandes mudanças em relação ao cuidado e as necessidades das pessoas com determinadas condições de saúde, tais como as DCNT, proporcionando uma mudança de paradigma em relação a definição de saúde e qualidade de vida.

Nos séculos XIX e começo do XX, compreende-se a saúde como ausência de doença e deste então, predomina um olhar dos profissionais de saúde em uma abordagem organicista no tratamento das pessoas com determinadas patologias (Oliveira e Silveira, 2011). Ao longo do tempo ocorrem diversas mudanças conceituais de saúde e sujeito com repercussão nos modos de intervenção à saúde.

Como explica Ayres (2004), as práticas mais comuns de lidar com a saúde estão enraizadas em uma gestão individual do profissional da saúde, o qual define o que é essencial para a reabilitação da pessoa, assumindo-se riscos em relação a integridade e desempenho funcional do corpo.

Tal visão se fundamenta no modelo biomédico de saúde, que foca na deficiência e na disfunção do corpo, e não na pessoa como um todo; considerando a incapacidade um desvio biológico (Sampaio e Luz, 2009). Neste caso, o paciente é um ser passivo que recebe cuidados e o controle da situação e da intervenção é do profissional da saúde (Leal, 2009).

O modelo biomédico tem origem na profissão médica. Nessa abordagem o interesse é voltado para as doenças que atingem o corpo orgânico e causam incapacidades e limitações funcionais para o sujeito, que fica à mercê dos cuidados dos profissionais da saúde, os quais são responsáveis por planejar intervenções tendo em vista curar ou minimizar os impactos da incapacidade (Sampaio e Luz, 2009 e Ayres, 2004). Desta forma, “a incapacidade é entendida como consequência biológica do mau funcionamento do organismo” (Sampaio e Luz, p. 476, 2009), foco da intervenção em saúde.

Tal perspectiva reduz a deficiência à categoria de doença corporal e foca no paciente, e não na pessoa, o que induz à uma desatenção nos aspectos psicossociais do adoecimento e do cuidado da pessoa (Ayres, 2004). Para este autor, a pessoa tem dúvidas, vontades, desejos, um conceito próprio de felicidade e qualidade de vida, que, muitas vezes, é renegado pelos profissionais da saúde.

A evolução da Saúde implicou um olhar mais amplo em relação à qualidade de vida das pessoas, levando a uma transformação de paradigmas, em que a qualidade de participação do sujeito no seu dia a dia e nas mais diversas atividades, passa a ser uma questão relevante como pontua Leal (2009).

A partir da diminuição da taxa de mortalidade, seguida do surgimento de doenças infectocontagiosas e de doenças crônicas, que previam a convivência com diferentes sequelas ao longo da vida, o foco de conhecer as doenças mais frequentes e as causas de morte, deixa de ser suficiente para o planejamento de ações em saúde (Sampaio e Luz, 2009).

Tais mudanças implicam que o profissional de saúde repense suas práticas frente à pessoa com uma determinada condição de saúde e amplie o olhar para além do corpo físico e inclua questões contextuais no processo terapêutico (Leal, 2009). Isto leva a reformulação a prática do cuidado, com a possibilidade de se criar um espaço aberto ao diálogo, em que o sujeito possa ter voz ativa no seu processo terapêutico, expondo seus anseios e demandas para que em parceria com o profissional da saúde, possa-se traçar um plano terapêutico adequado ao seu contexto e às suas reais condições de vida e saúde (Ayres, 2004).

Nesse contexto, o modelo biopsicossocial surge para dar conta das questões de saúde e do cuidado, em uma junção do modelo biomédico e do social, que preconiza a mudança de atitude do profissional da saúde frente ao sujeito e sua condição de saúde, incluindo os contextos ambientais, sociais e de participação, alinhados às vontades e desejos das pessoas em prol da melhora a assistência à saúde e favorecimento da qualidade de vida (Sampaio e Luz, 2009).

O modelo social tem suas origens na sociologia, em que se considera que a incapacidade está relacionada aos contextos sociais, culturais e psicológicos. Desta forma, se diferencia do modelo biomédico, como explicam Sampaio e Luz (2009, p. 476): “a incapacidade não prediz a interação social, mas o contexto social que dá significado à incapacidade, sendo uma forma de opressão social, causadas por barreiras atitudinais”.

Atualmente, diferentes abordagens tentam entender o fenômeno da incapacidade como relação complexa entre os fatores biológicos e sociais. Existem diversas denominações para esses estudos, adota-se aqui o modelo biopsicossocial, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Battistella e Brito, 2002).

Essa abordagem propicia uma mudança de paradigma importante para se repensar as ações em saúde. O modelo biopsicossocial possibilita integração das várias dimensões da saúde - biológica, individual e social. A funcionalidade e a incapacidade humanas são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais).

Farias e Buchalla (2005, p.189) explicam que, nesse modelo, a “incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação”, não podendo ser analisada de forma isolada, pois está entrelaçada ao contexto de cada pessoa, ou seja, em uma visão centrada no sujeito, e não na patologia (Gastão e Guerrero, 2010).

Essa polarização conceitual acerca da saúde, da doença, da incapacidade, da influência do meio na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa representa um ponto de tensão e discussão que se estende aos dias de hoje, e que tem sido importante para se repensar as práticas e cuidados em saúde (Sampaio e Luz, 2009).

O modelo biomédico ainda é hegemônico e prevalece nas ações dos profissionais de saúde, entretanto a inserção dos fatores contextuais na relação entre doença e incapacidade possibilitou o surgimento de novos rumos para entender a relação complexa existente entre “fatores biológicos e sociais, refinando a análise da relação entre deficiência e incapacidade, a partir da percepção do corpo como fenômeno biológico e produção social” (Sampaio e Luz, 2009, p.476).

Esse movimento científico e as mudanças de paradigmas na saúde levaram a OMS a desenvolver indicadores de saúde voltados não mais à mortalidade e morbidade, mas sim às consequências das doenças, abrangendo questões de funcionalidade, de participação e que permitam uma visão ampla da pessoa e do seu contexto nos variados aspectos relacionados à saúde (Farias e Buchalla, 2005). Para as autoras, havia a necessidade de se conhecer o que acontece com os pacientes após o diagnóstico, com o decorrer do tempo, principalmente nos casos das doenças crônicas, uma vez que essas pessoas passariam a conviver com sequelas que alterariam sua autonomia, participação nas atividades sociais e na interação em seu meio com familiares, amigos, colegas de trabalho, dentre outros, como abordam Farias e Buchalla (2005).

Desta forma, surge a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, que se propõe a retratar os aspectos de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas, embasada em uma abordagem biopsicossocial da saúde. Essa classificação assume que a funcionalidade de um indivíduo com uma determinada condição de saúde depende de aspectos corpóreos, bem como de fatores pessoais e ambientais (OMS, 2003), sendo um valioso instrumento para auxiliar os profissionais da saúde a traçarem o perfil da funcionalidade do sujeito e que pode ser aplicada

em vários aspectos da saúde. A CIF será abordada um pouco mais detalhadamente no próximo capítulo.

Transpondo-se essa discussão para o âmbito da Fonoaudiologia, no tocante às questões de fala e linguagem, funcionalidade e participação das pessoas pós AVC, observa-se uma carência de instrumentos clínicos fundamentados em uma abordagem de funcionalidade e que permitam um planejamento diferenciado e assistência à saúde das pessoas com AVC, em que se tenha atenção para além do comprometimento de linguagem, enfocando o sujeito, suas potencialidades e participação.

Desta forma, existe a necessidade de instrumentos que não enfatizem apenas os aspectos orgânicos, como também aspectos de funcionalidade e participação (contextuais, ambientais e pessoais), que o comprometimento de linguagem pode representar na vida de uma pessoa pós AVC.

Nesse sentido, a CIF revela-se como base conceitual preciosa para a assistência à saúde das pessoas que sofreram um AVC, importante problema de saúde pública. O AVC se configura como a principal causa de incapacidade físico-funcional em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Doyle, 2002; Lessa, 1999). A Reabilitação é considerada uma estratégia fundamental para “permitir que pessoas com deficiência alcancem e mantenham o máximo de independência (...) além de total inclusão e participação em todos os aspectos da vida” (CDPD, p.36, 2007).

As sequelas do AVC são variadas abrangendo comprometimentos visuais, auditivos, motores, de deglutição, de linguagem e fala, além de comprometimento dos aspectos emocionais e sociais (Chun *et al.* 2013). Dentre esses, as alterações de fala e linguagem se destacam, em especial as afasias, que possuem uma incidência que varia de 21% a 38% em pacientes crônicos (Bakheit *et al.*, 2007; Romero *et al.*, 2012; Gaber *et al.*, 2011).

A afasia pode ser definida como uma alteração de linguagem resultante de lesões cerebrais adquiridas, sendo responsável por dificuldades na compreensão e/ou produção da linguagem (escrita, oral e gestual), que limitam o desenvolvimento pessoal e restringem a participação na sociedade (Chun, 2010, Coudry, 2001), constituindo-se em forte preditor de uma pobre recuperação funcional pós AVC (Bakheit *et. al*, 2007).

Nesse sentido, o acompanhamento fonoaudiológico, no caso dos aspectos de fala e de linguagem, assume grande importância para as pessoas que sofreram AVC, sendo que estudos (Oliveira, 2009) mostram que a melhora da qualidade de vida também está relacionada com a melhora da linguagem. Ainda, segundo esse autor, cerca de 20% dos pacientes que sofreram um AVC apresentam comprometimentos de expressão ou de compreensão da linguagem, suficientemente graves para requerer investigação especializada e reabilitação. Acrescenta que cerca de 60% dos casos das alterações de fala e linguagem costumam ser devido a lesões vasculares cerebrais, o que reafirma e justifica o interesse na temática em foco.

Considerando-se a linguagem como constitutiva do sujeito e sabendo-se que por meio da linguagem o homem interage na sociedade (Franchi, 2011) e tem a possibilidade de expressar desejos, sentimentos e ideologia, pode-se inferir que quaisquer prejuízos na linguagem pode comprometer a participação social, familiar e afetiva, gerando impacto na qualidade de vida da pessoa e de quem convive com ela, seja em seu ambiente familiar, de trabalho ou na rede de amigos (Morato *et al.*, 2003).

Alterações de fala e linguagem não se tratam somente de uma questão de saúde, linguística ou cognitiva, mas, como torna-se também uma questão social, considerando-se que o prejuízo de comunicação se constitui em uma barreira social para essas pessoas (Morato *et al.*, 2003).

Santana (2001) destaca a importância da interação para o trabalho com a linguagem em uma abordagem discursiva de linguagem, por meio de atividades dialógicas e contextualizadas, perspectiva assumida neste estudo.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo propor um instrumento clínico para classificação das necessidades de fala e linguagem, participação e funcionalidade no pós AVC utilizando-se a CIF como base conceitual. Justifica-se pela contribuição dessa abordagem para uma intervenção clínica, particularmente no âmbito da fonoaudiologia com um olhar diferenciado, incluindo fatores contextuais e funcionalidade do sujeito no seu dia a dia, a partir dos fundamentos trazidos pela CIF.

Para melhor compreensão da aplicação da CIF no contexto clínico segue breve descrição no próximo capítulo.

### ***CIF: NOÇÕES PRELIMINARES***

Em 1972, a OMS elaborou um esquema relacionado às consequências das doenças. A partir deste esquema, houve diversas revisões e incorporação de outras classificações já existentes e surge em 1980, em caráter de estudo, a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID).

A CIDID aborda as consequências de uma determinada doença, porém de forma linear e unilateral, segundo o esquema abaixo (Di Nubila, 2007):

Doença → deficiência → incapacidade → desvantagem

A informação era centralizada no diagnóstico, sem relação entre seus domínios e não levava em conta os aspectos pessoais, sociais e ambientais (Farias e Buchalla, 2005; IETS, 2012).

A partir do lançamento dessa primeira versão da CIDID, iniciaram-se diversas revisões do instrumento, pautadas em estudos de campo, consultas internacionais e pesquisas com o objetivo de criar um instrumento que contemplasse um novo modo de olhar para a doença e para o sujeito. Assim, desde os anos de 1990, surgiram diversas versões da CIDID, cada uma trazia os conceitos de participação e funcionalidade, até que em 22 de maio de 2001 foi aprovada a versão mais nova dessa classificação, denominada de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Optou-se pela mudança de nome, por considerar que a CIF aborda aspectos mais positivos, relacionais e contextuais, e portanto, melhor representa esse novo olhar do sujeito, em que há um deslocamento da doença para a saúde,

permitindo entender condição de saúde dentro de um contexto específico (Di Nubila, 2007).

A CIF se diferencia da sua primeira versão (CIDID) porque evolui da concepção de consequência das doenças passando a voltar atenção para os diversos componentes da saúde (IETS, 2012), fornece uma base conceitual para a definição, mensuração e formulação de políticas para saúde e incapacidade, além de se mostrar como uma classificação universal de incapacidade e saúde para uso na Saúde e em setores relacionados à Saúde (SNRIPD, 2005).

A CIF se embasa no modelo biopsicossocial, assumindo que a funcionalidade de um indivíduo com uma determinada condição de saúde depende de aspectos corpóreos, bem como de fatores pessoais e ambientais, o que leva a um conceito mais amplo de saúde, em que se olha para a funcionalidade do indivíduo e não apenas, para sua incapacidade (OMS, 2003).

As noções de 'saúde' e 'incapacidade' são colocadas sob uma nova ótica na CIF, reconhecendo-se que todo ser humano pode experimentar uma perda ou diminuição na sua saúde e, portanto, experimentar alguma incapacidade.

Ao mudar o foco da causa para o impacto, a CIF coloca todas as condições de saúde em pé de igualdade, permitindo que sejam comparadas, usando uma medida comum – uma escala de saúde e incapacidade (OMS, 2002). Assim, a CIF permite a coleta de informações sobre as condições incapacitantes de uma forma estruturada e confiável (IETS, 2012).

Dada sua abrangência, a CIF vai além de um instrumento que meça o estado funcional dos indivíduos, permite avaliar suas condições de vida e fornece subsídios para políticas públicas, avaliações clínicas, encaminhamentos, dentre outras aplicações (Farias e Buchalla, 2005).

De acordo com a OMS (2003, p.9), a CIF pode ser usada para diferentes fins:

“- Como uma ferramenta estatística – na colheita e registro de dados (e.g. em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão).

- Como uma ferramenta na investigação – para medir resultados, a qualidade

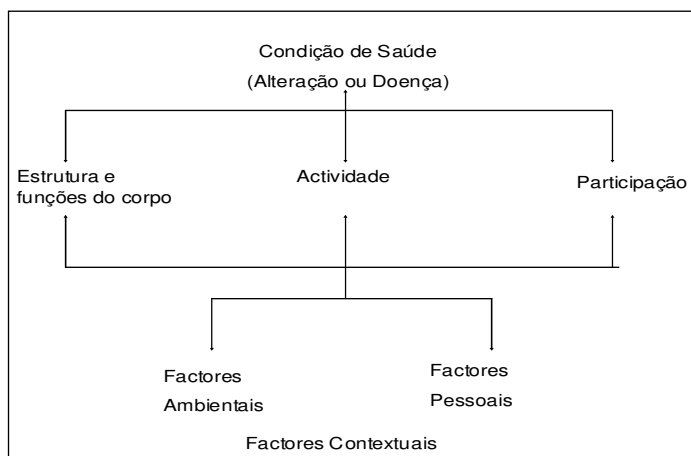


de vida ou os fatores ambientais.

- Como uma ferramenta clínica – avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados.
- Como uma ferramenta de política social – no planejamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas.
- Como uma ferramenta pedagógica – na elaboração de programas educacionais, para aumentar a consciencialização e realizar ações sociais”.

### ***Estrutura da CIF***

A CIF é uma classificação hierárquica descrita com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade. Ela é composta por 1454 domínios, relacionados a diferentes aspectos da saúde. Estes domínios estão dispostos em duas seções e cada seção se subdivide em dois componentes. A primeira sessão se refere à Funcionalidade e Incapacidade, sendo seus componentes, o “Corpo” e “Atividades e Participação”. A segunda seção se refere aos Fatores Contextuais, cujos componentes são “Fatores Ambientais” e “Fatores Pessoais” (OMS, 2003), como mostra a quadro 1:



**Quadro 1** – Visão geral da CIF (Fonte: OMS, 2003).

A definição de cada termo utilizado pela CIF, segue descrita no Quadro 2:

<p><b>Funções do Corpo</b> são funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo funções psicológicas)</p> <p><b>Estruturas do Corpo</b> são partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes.</p> <p><b>Deficiências</b> são problemas na função ou estrutura do corpo tais como uma perda ou desvio significantes.</p> <p><b>Atividade</b> é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.</p> <p><b>Participação</b> é o envolvimento em uma situação de vida.</p> <p><b>Limitações na Atividade</b> são dificuldades que um indivíduo pode ter para executar atividades.</p> <p><b>Restrições à Participação</b> são problemas que um indivíduo pode ter no envolvimento em situações de vida.</p> <p><b>Fatores Ambientais</b> são compostos pelo ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas.</p>
--

**Quadro 2** – Definição dos termos utilizados na CIF (Fonte: OMS, 2003, p.13).

Cada componente pode ser expresso em termos positivos e negativos. Portanto, a saúde e os estados relacionados à saúde de um indivíduo podem ser registrados por meio da seleção do código ou códigos da categoria e do acréscimo de qualificadores, sendo que o código representa uma determinada situação analisada. O qualificador representa qual a funcionalidade do sujeito nessa situação (OMS, 2003). Pode-se registrar aspectos positivos da interação entre um indivíduo e os fatores contextuais, bem como os aspectos negativos, em que a CIF usa o termo guarda-chuva de incapacidade, para representar as deficiências, limitações de atividade e restrições na participação.

A classificação é feita a partir uso de códigos e qualificadores. O código é formado por um sistema alfanumérico, no qual as letras indicam o componente que está sendo classificado da seguinte forma: funções do corpo

(b), estruturas do corpo (s), atividades e participação (d) e fatores ambientais (e). Cada letra é seguida por um código numérico, que se inicia com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos), pelo terceiro nível (um dígito) e pelo quarto nível (um dígito). Por exemplo vide quadro 3:

b2	Funções sensoriais e dor	Item do primeiro nível
b210	Funções visuais	Item do segundo nível
b2102	Qualidade da visão	Item do terceiro nível

**Quadro 3** - Exemplo dos níveis de classificação da CIF (Fonte: OMS, 2002)

Os níveis possibilitam que categorias mais amplas possam ter subcategorias mais detalhadas. Os códigos só estão completos pelo o uso dos qualificadores, que especificam a presença e o grau de gravidade de um problema da funcionalidade aos níveis do corpo, da pessoa e da sociedade; ou a extensão na qual um fator ambiental é um facilitador ou uma barreira (SNRIPD, 2005 e OMS, 2003). Para cada classificação, segue um ou mais qualificador.

O qualificador é representado por um número que varia de 1 a 4, sendo que 1 - representa que o sujeito não apresenta nenhuma dificuldade naquela situação, 2 – o sujeito apresenta dificuldade leve, 3 – dificuldade moderada e 4 – dificuldade grave, como explicado no quadro 4:

<b>Qualificador</b>	<b>Descrição</b>	<b>%</b>
xxx.0	não há problema	0 – 4
xxx.1	problema ligeiro	5 – 24
xxx.2	problema moderado	25 – 49
xxx.3	problema grave	50 – 95
xxx.4	problema completo	96 – 100
xxx.8	não especificado	

xxx.9	não aplicável	
Um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do domínio.		

**Quadro 4** – Qualificadores da CIF (Fonte: OMS, 2003).

Cabe ressaltar que esta classificação não define objetivamente os qualificadores, fornecendo uma noção de porcentagem, baseado na pessoa saudável, de modo que fica a cargo do aplicador escolher o qualificador mais apropriado para cada domínio. Além disso, a aplicação da CIF também pode variar, sendo possível extrair informações por meio de avaliação, observação direta, leitura de prontuários e perguntas a respondentes primários (próprio sujeito) e secundários (familiares, responsáveis legais e outros).

A classificação é feita com base na funcionalidade de pessoas e/ou grupo social saudáveis, levando-se em conta idade, tempo de escolaridade e condição econômica.

A utilização da CIF permite uma abordagem multidisciplinar, integral e centrada no indivíduo. Esta tem sido uma importante ferramenta epidemiológica e clínica aplicada na área da saúde e particularmente na medicina de reabilitação, nomeadamente a nível da neuro-reabilitação para facilitar a comunicação entre equipes multidisciplinares, estruturar o processo de reabilitação e estabelecer e avaliar objetivos além da documentação e registro das condições de saúde de diferentes grupos populacionais (Starrost *et al.*, 2008).

Alguns instrumentos que foram criados embasados na CIF para serem utilizados na prática clínica seguem descritos:

- A criação de listas resumidas para diferentes condições crônicas (Core Sets),
- O estabelecimento de regras de relacionamento entre as mensurações existentes e a CIF de maneira a possibilitar a utilização da classificação e a unificação da linguagem.
- A Checklist genérica da CIF desenvolvida pela OMS.

-O World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).

Apesar do interesse pela adoção da CIF, observa-se alguns desafios à sua implementação, tais como o fato de se constituir em uma classificação extensa e complexa, que apresenta certo grau de dificuldade de operacionalização.

Sampaio e Luz (2009) destacam que a OMS trata a abordagem biopsicossocial para integrar as várias perspectivas da funcionalidade, mas não detalha como isso acontece, por isso, deve-se tomar cuidado para não utilizar a CIF como base para instrumentos reducionistas sob o olhar biomédico.

Desta forma, torna-se importante ter instrumentos para classificar as necessidades de fala e linguagem, participação e funcionalidade pós AVC em sua complexidade, utilizando-se a CIF como base conceitual, de modo a favorecer sua aplicação em ambientes clínicos e ambulatoriais, em que pese o fato de que fatores como tempo de atendimento, disponibilidade de salas, conhecimentos dos profissionais sobre a CIF, acabam dificultando o uso de uma classificação tão ampla e complexa.

Segue breve discussão sobre o uso da CIF como complemento às avaliações específicas das áreas clínicas, como a fonoaudiologia, voltada para as pessoas pós AVC.

### ***O USO DA CIF NA AVALIAÇÃO DE FALA E LINGUAGEM DAS PESSOAS COM AVC***

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como no caso do AVC, implicam investigação e tratamento após o diagnóstico, dada sua repercussão na vida das pessoas (Lucena *et. al*, 2011); tornando-se fundamental pensar a atenção à saúde desse grupo populacional, visando maior eficácia na assistência e sua qualidade de vida.

Tais fatores implicam a busca de estratégias para diminuir as graves consequências que o AVC traz tanto para os indivíduos que são acometidos por ele, quanto para sua família, como também para o Sistema Público de Saúde (Leite, 2009). Os serviços de reabilitação inseridos nos diferentes níveis de saúde são uma das estratégias de saúde pública mais importantes (WHO, 2012).

Considerando-se que é na e pela linguagem que o sujeito se constitui e interage com o mundo (Franchi, 2011), entende-se que o acompanhamento terapêutico, nesses casos, deve ser focado nas reais necessidades de cada sujeito, indo além dos aspectos orgânicos e abranger a participação social em seus diferentes níveis e maior autonomia possível do sujeito em suas atividades cotidianas.

Para tanto é necessário conhecer o contexto de cada sujeito individualmente e estabelecer um plano terapêutico com prioridades e objetivos significativos e adequados para cada sujeito.

Nessa perspectiva, a CIF desponta como importante base conceitual por englobar diversos aspectos da saúde humana e componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar, o que permite a descrição de situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas restrições; facilita a

visualização da funcionalidade da pessoa e a interação entre os diferentes aspectos da saúde, em que a intervenção em um elemento pode levar a modificação de outros (OMS, 2003).

Um entendimento mais amplo da pessoa e de sua condição de saúde permite melhor prognóstico, inclusive em casos mais graves, pouco enfatizados na assistência a saúde, como nos casos mais comprometidos de AVC, dada suas restrições nos aspectos orgânicos e funcionais, sendo que mudanças nos componentes funcionais, pessoais e ambientais ou naqueles relacionados ao bem estar repercutem em suas condições de saúde além da sua qualidade de vida.

A utilização da CIF como base conceitual, torna-se um diferencial interessante para os profissionais da saúde, como os fonoaudiólogos que atuam com as alterações de fala e linguagem decorrentes do AVC, que influem nas condições de vida e saúde desse grupo populacional. Trata-se de visão relevante para o planejamento estratégico do profissional (Leal, 2009).

A CIF permite a utilização de diferentes fontes de informação em sua aplicação além do diálogo com o próprio sujeito, abrangendo seus cuidadores e familiares, o que favorece a mudança de foco na intervenção, incluindo aspectos de participação. Isso requer a comunicação entre o indivíduo e seus familiares/cuidadores e o profissional de saúde, de modo que o processo de tomada de decisão seja compartilhado entre as partes envolvidas, construindo-se o plano terapêutico de forma dialógica e contextualizada (Leal, 2009).

De acordo com Di Nubila (2007), as avaliações funcionais não podem continuar sendo realizadas apenas sob o olhar biomédico e focado no corpo, em que a CIF se apresenta como uma ferramenta mais adequada e abrangente para uma abordagem biopsicossocial. A autora pontua que a tendência atual é que a CIF se torne a base para avaliações multiprofissionais, definição de metas, gerenciamento das intervenções e medida de resultados, o que reitera a importância deste trabalho.

Justifica-se, ainda, a utilização da CIF na avaliação e planejamento da intervenção clínica de fala e linguagem das pessoas que sofreram AVC considerando-se que o modo como os profissionais abordam os usuários e seus problemas é influenciado pelos modelos conceituais que eles adotam.

Sampaio e Luz (2009, p. 481) pontuam que “frequentemente, os profissionais ignoram o poder desses modelos sobre seu pensamento e comportamento (...) no caso específico da funcionalidade humana, a linguagem que usamos para falar sobre doença, lesão, deficiência e incapacidade pode influenciar nossas decisões clínicas e a maneira como interagimos com nossos pacientes e com outros profissionais de saúde”.

Desta forma, interessa um instrumento clínico baseado na perspectiva da funcionalidade humana, como propõe a CIF, que integre o uso da linguagem no contexto do indivíduo e que se inter-relacione aos diversos aspectos ambientais e pessoais relacionados ao uso da linguagem tendo em vista uma avaliação clínica diferenciada e a tomada de decisões clínicas centralizadas na pessoa que sofreu o AVC.



## Capítulo IV

---

### ***OBJETIVO***

Propor um instrumento clínico para avaliação e classificação das necessidades de fala e linguagem, participação e funcionalidade no pós AVC baseado na CIF.

## **MÉTODO**

### **5.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de pesquisa de cunho metodológico, ou seja, estudos que se dedicam ao desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados (LoBiondo Wood e Haber, 2001).

### **5.2 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo CEP - Comitê de Ética em Pesquisa FCM/UNICAMP sob o nº. 208.192, seguindo os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos da CONEP, nos termos da Resolução 466/12.

### **5.3 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Programa de Mestrado Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, sendo que a coleta de dados ocorreu no Ambulatório de Neurologia Vascular do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

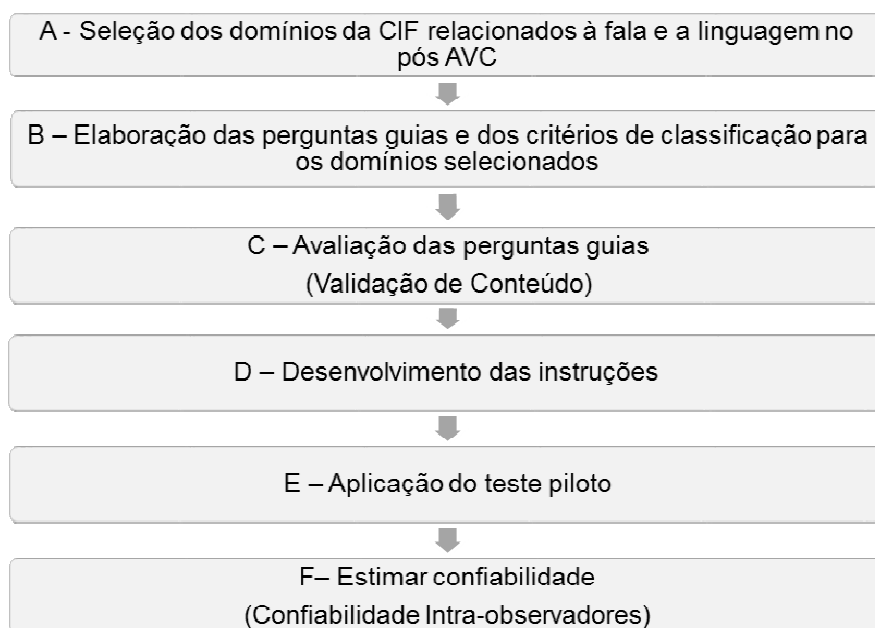
### **5.4 Procedimentos de coleta de dados**

Os procedimentos de coleta de dados para a construção do instrumento clínico para classificação das necessidades de fala e linguagem, participação e funcionalidade tendo a CIF como base conceitual, seguiram a proposta metodológica de LoBiondo Wood e Haber (2001) para esse fim.

Segundo os autores, o processo de construção de um instrumento de coleta de dados se norteia pelas etapas que se seguem:

- Definir o construto a ser medido
- Formular os questionamentos
- Avaliar os questionamentos para saber se há validade de conteúdo
- Desenvolver instruções para as pessoas que respondem e os usuários
- Pré-testar e aplicar teste piloto aos questionamentos
- Estimar a confiabilidade e a validade

Tais etapas foram adaptadas para alcançar os objetivos desta pesquisa, como mostra o fluxograma demonstrado na Figura 1:



**Figura 1** – Fluxograma das Etapas de Construção do Instrumento Clínico de Avaliação e Classificação das Necessidades de Fala e Linguagem das pessoas pós AVC

Apresenta-se breve descrição das etapas seguidas neste estudo.

### **Seleção dos Domínios Relacionados à Fala e a Linguagem**

Nesta etapa, a pesquisadora, após leitura exaustiva da CIF, selecionou domínios da classificação relacionados a fala e a linguagem, participação e funcionalidade relacionados ao AVC e depois, junto com a orientadora, chegou-se a um consenso dos itens mínimos para aplicação nesse grupo populacional.

### **Elaboração das Perguntas do Instrumento**

Após a seleção dos domínios da CIF, foram criadas perguntas para auxiliar a aplicação dos mesmos.

Note-se que esta etapa foi longa, porém muito importante, dada a preocupação em se construir perguntas norteadoras simples e de fácil entendimento e que mantivessem os conceitos trazidos pela CIF a respeito de cada domínio.

Para a elaboração dessas perguntas houve participação da pesquisadora, da orientadora e de outro profissional da saúde (um psicólogo). Foram realizadas várias reuniões com cada um desses profissionais, sendo que em cada encontro eram analisadas as perguntas previamente criadas pela pesquisadora e baseadas na descrição da CIF para cada domínio. Após discussão com cada profissional a pergunta era reescrita seguindo suas sugestões.

### **Adaptação dos Critérios de Qualificação da CIF**

Foi realizada uma pesquisa na literatura para averiguar os critérios de classificação utilizados em outros instrumentos (Silva *et al.*, 2009; Duarte, *et al.*, 2007; Machado, 2010; Costa *et al.*, 2011) bem como exaustiva releitura das

recomendações da CIF e da OMS. A partir desse levantamento, os critérios do instrumento foram elaborados pela própria pesquisadora utilizando-se a CIF como base conceitual.

Para a elaboração dos critérios houve a participação dos dois profissionais da saúde que participaram das fases anteriores (um psicólogo e uma fonoaudióloga). Foram realizadas 3 reuniões com cada um desses profissionais, para análise dos critérios previamente estabelecidos pela pesquisadora. Após discussão e reflexão com cada profissional os critérios foram ajustados e reescritos.

Desta forma, foi elaborado um breve descritivo do que se considerou esperado para classificar as pessoas pós AVC a partir dos qualificadores propostos pela CIF, a saber: 0 (normal), 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave) ou 4 (dificuldade completa), além de 8 (dificuldade não especificada) e 9 (não aplicável) para cada um dos 30 domínios avaliados.

### **Avaliação das Perguntas do Instrumento: Validade de Conteúdo**

Finalizada a etapa de elaboração das perguntas e dos critérios de qualificação, o instrumento passou pelo processo de validade de conteúdo, que é a forma mais simples de validação e que consiste em verificar se o conteúdo das perguntas engloba aquilo que se propõe.

Este processo foi dividido em duas fases. Na primeira, as perguntas foram aplicadas em forma de entrevista aos cuidadores dos pacientes pós AVC do HC/UNICAMP. Na segunda fase, o instrumento foi submetido a análise individual de juízes especialistas.

Segue descrição dessas duas fases.

#### **- 1ª Fase da Validade de Conteúdo: Aplicação com sujeitos sem alteração de linguagem**

Segundo Gil (1995), toda elaboração de questionário, formulário ou entrevista deve passar pela fase de pré-teste para tornar-se válido para utilização na pesquisa. No pré-teste, o instrumento é aplicado em um grupo representativo da população alvo para verificar se as perguntas medem o que se propõe, além de evidenciar possíveis falhas na redação do instrumento, como a complexidade das questões, a imprecisão da redação, constrangimentos ao informante e a exaustão de sua aplicação.

Para definição da população alvo desta fase do estudo, considerou-se que como, no presente estudo, a população alvo são pessoas na condição de pós AVC, em que se presume alteração de linguagem, portanto, optou-se por aplicar o instrumento em um grupo pessoas saudáveis, porém com vivência nas questões do AVC. Desta forma, participaram os acompanhantes dos pacientes que frequentam o Ambulatório de Neurologia Vascular do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

O instrumento foi aplicado individualmente, em forma de entrevista com objetivo de avaliar as facilidades e dificuldades de aplicação do mesmo. A entrevista foi aplicada pela própria pesquisadora e outra profissional de fonoaudiologia com treinamento para aplicação da CIF.

O número de participantes foi estabelecido no decorrer da coleta pelo princípio de saturação. O fechamento amostral feito por saturação teórica ocorre quando a inclusão de novos participantes é suspensa pelo pesquisador por considerar que as respostas obtidas apresentam redundância ou repetição, não sendo necessário persistir na coleta (Minayo, 1993).

A entrevista foi estruturada da seguinte forma:

- Texto de apresentação
- Dados do sujeito
- Questionário com as perguntas do instrumento
- Questões referentes à facilidade/dificuldade de compreensão das perguntas.

Na entrevista, as perguntas foram agrupadas por áreas temáticas semelhantes. A cada grupo de 5 ou 6 perguntas lidas em voz alta, os participantes respondiam as seguintes questões norteadoras:

- As perguntas estão claras e fáceis de entender?
- Tem alguma palavra que você não entendeu?
- Tem alguma pergunta que lhe causou constrangimento?
- Tem alguma sugestão?

Optou-se por dividir as questões em grupos devido ao grande número de perguntas, do tempo de aplicação e manutenção da atenção por parte dos entrevistados, buscando minimizar a possibilidade de cansaço dos participantes.

Durante aplicação da entrevista, as pesquisadoras anotavam os comentários e sugestões deste grupo de entrevistados.

### **- 2ª Fase da Validação de Conteúdo: Avaliação dos Juízes Especialistas**

Seguiu-se a segunda fase de validação de conteúdo, na qual realizou-se uma avaliação detalhada do conteúdo do instrumento com o objetivo de verificar se os itens propostos constituíam em uma amostra representativa do assunto que se desejava medir.

Esta avaliação foi realizada por juízes considerados especialistas na temática, os quais puderam sugerir a retirada, acréscimo ou modificação de itens. Foram convidados 5 juízes especialistas com experiência no atendimento de adultos com AVC para avaliação das perguntas do instrumento bem como dos resultados da Fase 1. Participaram como juízes: dois neurologistas, uma fisioterapeuta, um psicólogo e uma fonoaudióloga, profissionais do Ambulatório de Neurologia Vascular do HC/UNICAMP onde foi realizada a pesquisa, com exceção da fonoaudióloga que atua no serviço público da cidade de São Paulo.

Os critérios de seleção dos juízes abrangeram profissionais de diferentes áreas da saúde com experiência na atenção ao AVC.

Foi elaborado um roteiro para análise dos juízes, contendo a tabulação final da Fase 1 de validação de conteúdo, como se segue:

- Concorda com a validação do grupo saudável, no item "As perguntas estão claras e fáceis de entender?"
- Concorda com a validação do grupo saudável, no item "Tem alguma palavra que você não entendeu?"
- Concorda com a validação do grupo saudável, no item "Tem alguma pergunta que lhe causou constrangimento?"
- Concorda com a modificação proposta pelo grupo saudável, no item "Tem alguma sugestão?" Ou tem outra sugestão?
- A pergunta está clara, objetiva e de acordo com o domínio a ser avaliado?

Este roteiro foi explicado pessoalmente pela pesquisadora para cada juiz e enviado via email para análise. Em seguida foi realizada a compilação das respostas e sugestões de todos os juízes. Utilizou-se critérios de repetição e relevância para sistematização final das perguntas do instrumento. A seleção de respostas por repetição e relevância é uma metodologia utilizada em pesquisas qualitativas, em que o pesquisador seleciona as respostas mais significativas para o seu estudo (Minayo, 1993).

### **Avaliação da Concordância Entre Observadores**

Após definição das perguntas e dos critérios para qualificação dos domínios relacionados a fala e linguagem, foi realizado um teste piloto do instrumento para avaliar sua aplicabilidade, cujos resultados foram submetidos à análise estatística de confiabilidade intraobservadores.

Nesta fase, o instrumento foi aplicado em uma amostra de 50 participantes que tinham sofrido AVC. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de AVCi (AVC isquêmico) ou AVCh (AVC hemorrágico), com ou sem queixa de alterações de linguagem, idade acima de 18 anos e tempo de íctos acima de 3



meses, para caracterizar seqüelas crônicas de acordo com o conceito de Reabilitação. Foram excluídos sujeitos com outros diagnósticos neurológicos e declínio cognitivo anteriores ao AVC, segundo dados do prontuário médico.

Os dados foram coletados no Ambulatório de Neurologia Vascular do HC-UNICAMP no mesmo dia da consulta médica.

Os participantes foram selecionados de forma aleatória de acordo com o agendamento para consulta médica. Participaram da pesquisa aqueles que compareceram à consulta médica no Ambulatório de Neurologia Vascular, que contemplavam os critérios de inclusão e que concordaram em participar da pesquisa, independentemente de apresentarem ou não queixa de linguagem.

O instrumento foi aplicado em forma de entrevista, com o participante e seu acompanhante, em sala fechada, por duas fonoaudiólogas, sendo uma delas a própria pesquisadora.

Para classificação dos dados dos participantes foram utilizadas diferentes fontes de informação, conforme as condições linguísticas e cognitivas para responder as perguntas com ou sem ajuda. Fato que permitiu a aplicação do instrumento em participantes com graus variados de comprometimento linguístico, inclusive aqueles mais graves.

Foi anotado no instrumento as fontes utilizadas, a saber:

- ( ) registro escrito dos prontuários
- ( ) respondente primário (próprio sujeito)
- ( ) respondente secundário (cuidador, familiares, acompanhante, etc)
- ( ) observação direta ou avaliação do entrevistador

As pesquisadoras se revezavam para ler as perguntas do instrumento, cada uma lia para um sujeito da pesquisa e ambas realizavam, simultaneamente, a classificação dos dados, cada uma no seu próprio instrumento.

O tempo de aplicação teve a duração de 07 a 22 minutos.

Os dados foram submetidos a análise estatística de concordância intra-observadores, aplicando-se o coeficiente Tau de Kendall na maioria das perguntas, bem como o coeficiente Kappa, ambos possibilitam verificar o grau

de correspondência (concordância) entre as avaliações independentes das duas examinadoras.

# Capítulo VI

---

## **RESULTADOS**

Tomando por referência a CIF, o instrumento de avaliação e classificação das necessidades de fala e linguagem, participação e funcionalidade das pessoas pós AVC é composto por duas partes (A e B):

### **Parte A - Pesquisa de informações**

Composta por informações demográficas e informações específicas da condição de saúde.

### **Parte B – Funcionalidade**

Composta por 30 domínios relacionados à fala e linguagem, participação e funcionalidade da CIF.

## **6.1 Resultados Referentes à Parte A do Instrumento**

A **Parte A** do instrumento baseada no modelo da CIF é composta por informações relativas a dados pessoais, a situação de moradia e empregatícia, ao diagnóstico e a gravidade da doença, como mostrada a seguir no quadro 5:

<b>PARTE A: <u>PESQUISA DE INFORMAÇÕES</u></b>
<b>INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS</b>
Nome: _____
Data de nascimento: ____ / ____ / ____
Sexo: masculino ( ) feminino ( )
País de origem: _____

**País de residência:** \_\_\_\_\_

**Anos de educação formal:** \_\_\_\_\_

**Situação de moradia**

Paciente mora só? Sim ( ) não ( )

**Situação empregatícia:**

Empregado assalariado ( )

Aposentado ( )

Autônomo ( )

Trabalho não remunerado ( )

desempregado/afastado (por motivo de saúde) ( )

Estudante ( )

Desempregado/afastado (por outro motivo) ( )

Dona de casa ( )

O paciente que está afastado recebe algum tipo de compensação financeira em virtude de sequela do AVC? SIM ( ) NÃO ( )

**Data do diagnóstico :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**O evento foi:** 1º AVC ( ) AVC recorrente ( )

**Lado do corpo afetado:** direito ( ) esquerdo ( ) ambos ( )

**Gravidade da doença:**

O paciente perdeu a consciência dentro das 48h após a instalação do AVC? SIM ( ) NÃO ( )

Quantas cirurgias foram realizadas devido ao AVC? \_\_\_\_\_

Data da última cirurgia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pontue o grau atual de incapacidade do paciente usando a Escala Ranking: \_\_\_\_\_

**QUADRO 5: Instrumento - Parte A: Pesquisa de Informações**

**6.2 Resultados Referentes à Parte B do Instrumento**

Os resultados são apresentados conforme o processo de construção do instrumento.

## **Resultados dos Domínios Seleccionados da CIF para o Instrumento**

Foram seleccionados 30 itens relativos à fala, linguagem, participação e funcionalidade, relacionados as condições de saúde da pessoa que sofreu AVC, no âmbito da Fonoaudiologia para compor o instrumento, distribuídos da seguinte forma: 8 domínios de “Funções do Corpo – (b)”, 15 domínios de “Atividade e Participação – (d)” e 7 de “Fatores Ambientais –(e)”.

### ***Domínios seleccionados do componente “Funções do Corpo”:***

b114 - Funções de orientação

b144 - Funções da memória

b176 - Funções mentais de sequenciamento de movimentos complexos

b320 - Funções de articulação (da fala)

b310 - Funções da voz

b330 - Funções da fluência e ritmo da fala

b330 - Funções da fluência e ritmo da fala

b167 - Funções mentais da linguagem

b230 – Funções auditivas

### ***Domínios seleccionados do componente “Atividade e Participação”:***

d160 – Concentrar a atenção

d310 – Comunicação – Recepção de mensagens orais

d315 – Comunicação – Recepção de mensagens não verbais

d330 – Fala

d350 – Conversação

d325 – Comunicação – Recepção de mensagens escritas

d345 – Escrever mensagens

d115 – Ouvir

d360 – Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação

d450 – Andar

d750 – Relações sociais informais (iniciar relacionamento com os outros)

d760 – Relações familiares

d860 – Transações econômicas básicas

d910 – Vida comunitária

d920 – Recreação e lazer

***Domínios selecionados do componente “Fatores Ambientais”:***

e310 – Família imediata

e315 - Família ampliada

e320 – Amigos

e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade

e340 – Cuidadores e assistentes pessoais

e355 – Profissionais de saúde

A seleção desses domínios foi baseada em uma perspectiva de visão integral do sujeito, entendendo-se que a funcionalidade humana está interligada com diferentes aspectos relacionados ao corpo, ao ambiente e as atividades e que a alteração em um desses aspectos pode refletir em alterações nos demais aspectos.

Considerando-se especificamente nas alterações de fala e linguagem, sabe-se que há implicações em diversos domínios da funcionalidade humana, como nas relações familiares e interpessoais e participação em diferentes atividades sociais (lazer, familiares, trabalhistas, diárias). Portanto, entende-se que a linguagem sofre influência de outros aspectos relacionados a funções mentais e corporais e não pode ser vista como dissociada de outros fatores como a participação social e o relacionamento com outras pessoas.

Desta forma, é importante analisar as funções mentais e corporais presentes para se colocar a linguagem (oral e escrita) em funcionamento como orientação, memória, articulação, voz, sequencialização de movimentos complexos, fluência e ritmo de fala e audição, bem como questões de participação, pois é através do uso da linguagem que temos a capacidade de interagir com os outros e participar das mais diversas situações, sendo também importante a inclusão de domínios relativos a fala, conversação, compreensão, leitura, escrita, atenção, audição, capacidade de utilizar dispositivos de comunicação, de realizar transações econômicas e de se relacionar com outras pessoas.

### **Resultado das Perguntas Elaboradas para o Instrumento**

As perguntas referentes aos 30 domínios selecionados foram elaboradas de modo a contemplar os domínios do mesmo grupo de perguntas. Isto foi feito para evitar redundância de questões e tornar o instrumento mais compacto. Notou-se durante o processo de elaboração das mesmas que uma mesma pergunta poderia ser usada para classificação de diferentes domínios.

Formou-se 12 grupos e para cada um dos grupos foram elaboradas questões em número não definido previamente, de forma que contemplasse as descrições da CIF de cada domínio. Ao total foram elaboradas 35 questões para classificação dos 30 domínios selecionados.

As perguntas elaboradas são apresentadas na Tabela 1.

Domínio selecionado	Descrição da CIF	Perguntas guias finais
<b>ORIENTAÇÃO E MEMÓRIA</b>		
b114 - Funções de orientação	Funções mentais gerais relacionadas com o conhecimento e a determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente Inclui: funções de orientação em relação ao tempo, lugar e pessoa; orientação em relação a si próprio e aos outros; desorientação em relação ao tempo, lugar e pessoa.	1) Que horas você saiu de casa hoje? 2) Quem costuma te acompanhar nas consultas? 3) Onde esta sendo esta consulta de hoje? 4) Que dia é hoje?
b144 - Funções da memória	Funções mentais gerais relacionadas com o conhecimento e a determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente Inclui: funções de orientação em relação ao tempo, lugar e pessoa; orientação em relação a si próprio e aos outros; desorientação em relação ao tempo, lugar e pessoa	5) Depois do AVC, você esquece mais das coisas? Do que você esquece? Isso prejudica sua rotina?
<b>LINGUAGEM: COMPREENSÃO E ATENÇÃO</b>		
d160 – Concentrar a atenção	Concentrar, intencionalmente, a atenção em estímulos específicos, desligando-se dos ruídos que distraem	6) Depois o AVC você tem dificuldade para entender o que as pessoas falam?
d310 - Recepção de mensagens orais	Compreender os significados literais e implícitos das mensagens em linguagem oral	7) Você tem dificuldade para entender conversas mais demoradas?
d315 - Recepção de mensagens não verbais	Compreender os significados literais e implícitos das mensagens transmitidas por gestos, símbolos e desenhos	8) Você consegue se manter atento numa conversa? 9) Você consegue terminar as atividades que começa? 10) Você percebe se uma pessoa está brava ou feliz só pela sua expressão do rosto? 11) Você reconhece se o banheiro é de homem ou de mulher, só pelo desenho da placa?
<b>LINGUAGEM: EXPRESSÃO E FALA</b>		
d330 – Fala	Produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito	
d350 – Conversação	Iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizada através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formais ou informais	12) Você tem a iniciativa de encontrar e conversar com os seus familiares? Você tem a iniciativa de conversar com estranhos?
b176 - Funções mentais de seqüenciamento de movimentos complexos	Funções mentais específicas de encadeamento e coordenação de determinados movimentos complexos Inclui: deficiências como apraxia ideacional, ideomotora, oculomotora, da fala e do vestir	13) Você consegue falar frases completas com começo, meio e fim? Se sim: Você tem dificuldade para contar casos do passado?
b320 - Funções de articulação	Funções relacionadas com a produção de sons da fala Inclui: funções de enunciação, articulação de fonemas; disartria espástica, atáxica e flácida; anartria	14) Sua fala ficou diferente depois do AVC? Como?
b310 - Funções da voz	Funções da produção de vários sons pela passagem de ar através da laringe	15) Você percebe se as pessoas têm dificuldade para entender o que você fala?
b330 - Funções da fluência e ritmo da fala	Funções relacionadas com a produção do fluxo e do tempo da fala	
<b>LINGUAGEM: LER E ESCREVER</b>		
d325 - Recepção de mensagens escritas	Compreender os significados literais e implícitos das mensagens transmitidas através da linguagem escrita	16) Antes do AVC, você costumava ler e escrever? Se sim: Você consegue ler e escrever seu nome?
d345 – Escrever mensagens	Produzir mensagens com significado literal e implícito transmitidas através da linguagem escrita	Você consegue ler e escrever um bilhete? Você consegue ler e escrever cartas maiores?
<b>AFASIA</b>		
b167 - Funções mentais da linguagem	Funções mentais específicas de reconhecimento e utilização de sinais, símbolos e outros componentes de uma linguagem	não tem pergunta. Observação do avaliador e análise das respostas anteriores

Tabela 1: Resultado dos domínios selecionados e das perguntas elaboradas



<b>AUDIÇÃO</b>		
b230 – Funções auditivas	Funções sensoriais que permitem sentir a presença de sons e discriminar a localização, timbre, intensidade e qualidade dos sons	17) Depois o AVC, você percebe dificuldades em ouvir sons mais baixos? 18) Você costuma assistir T.V. num volume alto?
d115 – Ouvir	Utilizar, intencionalmente, o sentido da audição para captar estímulos auditivos, tais como, ouvir rádio, música ou uma palestra	19) Você pede para as pessoas falarem mais alto para você conseguir ouvir? 20) A audição atrapalha você em algum momento do seu dia?
<b>DISPOSITIVO DE COMUNICAÇÃO</b>		
d360 – Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	Utilizar dispositivos, técnicas e outros meios para comunicar, como por exemplo, ligar o telefone para um amigo	21) Você consegue conversar ao telefone? E fazer ligação? 22) Você tem dificuldade para mexer no computador depois do AVC?
e125 - Produtos e tecnologia para comunicação	Equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas em atividades de transmissão e recepção de informações	23) Você utiliza algum recurso para se comunicar? (prancha de comunicação, jornal de mercado, fotos, etc) Se sim: Te ajuda? Ou te prejudica?
<b>ANDAR</b>		
d450 – Andar	Mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia e caminha lentamente	24) Você precisa de ajuda para andar, como auxílio de outra pessoa ou suporte?
<b>INTER-RELAÇÕES</b>		
d750 – Relações sociais informais	Iniciar relacionamentos com outros, como por exemplo, relacionamentos ocasionais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou residência	25) Você se relaciona bem com seus vizinhos e com os seus familiares ou evita encontrá-los?
d760 – Relações familiares	Criar e manter relações de parentesco, como por exemplo, com membros da família nuclear e da família alargada	
<b>TRANSAÇÕES ECONÔMICAS BÁSICAS</b>		
d860 – Transações econômicas básicas	participar em qualquer forma de transação econômica simples, como utilizar dinheiro para comprar	26) Você faz compras sozinho? 27) Você consegue pagar e conferir o troco sozinho?
<b>VIDA COMUNITÁRIA E SOCIAL</b>		
d910 – Vida comunitária	Participar em todos os aspectos da vida social comunitária	28) Antes do AVC, você participava de alguma atividade na sua comunidade como religião ou trabalho voluntário? E agora? 29) Antes do AVC você participava de atividades de lazer como passeios em shopping, parques, artesanato ou atividades físicas? E agora ?
d920 – Recreação e lazer	Participar em qualquer forma de jogos, atividade recreativa ou de lazer	
<b>APOIO E RELACIONAMENTO</b>		
e310 – Família imediata	indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outro relacionamento reconhecido pela cultura como família próxima	30) As pessoas da sua família que moram com você te ajudam nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam?
e315 - Família ampliada	Indivíduos aparentados através de laços de família ou pelo casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura como parentes	31) Os familiares que não moram com você te ajudam nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam?
e320 – Amigos	Indivíduos que são conhecidos próximos, com relacionamento continuado caracterizado pela confiança e apoio mútuo	32) Seus amigos te ajudam nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam?
e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	Indivíduos com relações de familiaridade entre si, tais como, conhecidos, pares, colegas, vizinhos, e membros da comunidade	33) Seus vizinhos e conhecidos te ajudam nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam? 34) Você tem cuidador?
e340 – Cuidadores e assistentes pessoais	Indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas	Se sim: ele te ajuda nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam?
e355 – Profissionais de saúde	Todos os prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde.	Se não: por quê? 35) Você tem acesso a todos os profissionais de saúde que precisa? Se sim: Eles te ajudam ou te prejudicam? Se não: Por quê?

**Tabela 1:** Resultado dos domínios selecionados e das perguntas elaboradas

## **Resultados da Avaliação das Perguntas do Instrumento: Validação de Conteúdo**

Seguem resultados da validação de conteúdo por fase de aplicação, conforme o grupo estudado envolvido (acompanhantes dos usuários do Ambulatório de Neurovascular e juízes especialistas).

### ***Resultados da 1ª. fase de Validação de Conteúdo do Instrumento com pessoas sem alterações de linguagem***

Participaram desta fase 22 pessoas sem alterações de linguagem, acompanhantes dos usuários do Ambulatório de Neurovascular, sendo 16 do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com idade entre 20 e 75 anos, sendo a idade média de 48,72 anos. O número amostral foi definido por saturação.

Os anos de escolaridade dos participantes variou entre 0 e 13 anos, sendo a média de 6,09 anos de escolaridade.

Os participantes são residentes de 14 cidades diferentes que possuem o HC-UNICAMP como referência.

Das 35 questões elaboradas, houve sugestões de mudanças em 10 questões nesta fase.

Dessas, duas foram por dificuldade de compreensão da pergunta (q12 e q19), cinco por dificuldade de compreensão de alguma palavra ou expressão contida na pergunta (q5, q6, q10, q13 e q30), uma por repetição do conteúdo da pergunta (q25), outra por dificuldade de compreensão de palavra e repetição (q22) e uma foi sugestão do sujeito de acréscimo de atividade física (q29).

Segue a Tabela 2 com explicativo das mudanças das perguntas alteradas:

Número da pergunta	Pergunta	%	Dificuldade de compreensão de palavras e expressões	Dificuldade de compreensão da pergunta	Repetição de conteúdo	Outras sugestões
5	Após o AVC, você se esquece mais das coisas? Se sim: Comente	18,18	comente	**	**	**
		13,63	após	**	**	**
6	Após o AVC, você nota dificuldade para entender o que as pessoas falam?	13,63	após	**	**	**
10	Após o AVC, você reconhece se uma pessoa está brava ou feliz pela sua expressão facial?	13,63	após	**	**	**
12	Você consegue falar com as pessoas? Se sim: com estranhos também?	13,63	"falar com as pessoas"	**	**	**
13	Você consegue falar frases completas? Se sim: Você nota dificuldades para contar histórias?	22,72	"contar história"	**	**	**
19	Você pede para as pessoas falarem mais alto?	13,63	**	não entenderam a pergunta	**	**
22	Você usa telefone ou computador para conversar? Se sim: Depois do AVC você nota alguma dificuldade para usar esses dispositivos?	13,63	usar	**	**	**
		22,72	dispositivo	**	**	**
		9,09	**	**	pergunta repetida	**
25	Você conversa com seus familiares? Se não: Você encontra seus vizinhos e conhecidos? Você tem a iniciativa de ir cumprimentá-los ou puxar uma conversa?	22,72	**	**	início repetido	**
29	Você participava de atividades de lazer com passeio em shopping, parques, artesanato, etc? Se sim: e agora?	4,54	**	**	**	atividade física
30	Seus familiares próximos: Te ajudam? Ou te prejudicam?	13,63	"família próxima"	**	**	**
		13,63	**	não entenderam a pergunta	**	**

**Tabela 2:** Resultado da 1ª. fase de validação das perguntas do instrumento por pessoas sem alterações de linguagem

O instrumento com as mudanças nas perguntas propostas por esse grupo de participantes foi enviado para avaliação dos juízes especialistas.

### ***Resultados da 2ª Fase: Validação de Conteúdo das Perguntas do Instrumento pelos Juízes Especialistas***

Os juízes especialistas ratificaram os resultados da fase 1 e sugeriram outras mudanças que foram incluídas pelos critérios de relevância e/ou de repetição pela pesquisadora, como demonstrado na Tabela 3.

Número da Questão	Modificações Sugeridas			Concordância dos Juizes	Pergunta Final
	Modificar/trocar	Acrescentar	Excluir		
5	"comente" por "para do que voce esquece" "após" por "depois"	**	**	100%	Depois do AVC, você esquece mais das coisas? Do que você esquece?
6	"após" por "depois"	**	**	100%	Depois o AVC você tem dificuldade para entender o que as pessoas falam?
10	"expressão facial" por "expressão do rosto"	**	**	80%	Você percebe se uma pessoa está brava ou feliz só pela sua expressão do rosto?
12	"falar" por "conversar"	**	**	100%	Você consegue conversar com as pessoas familiares e com estranhos?
13	"história" por "caso do passado"	**	**	100%	Você consegue falar frases completas com começo, meio e fim? Se sim: Você tem dificuldade para contar casos do passado?
19	**	"para voce conseguir ouvir"	**	80%	Você pede para as pessoas falarem mais alto para você conseguir ouvir?
22	"usar" por "mexer" "dispositivo" por "telefone ou computador"	**	excluir "telefone" está 21	100%	Você tem dificuldade para mexer no computador depois do AVC?
25	**	**	"Você encontra seus vizinhos e conhecidos" e "voce conversa só com seus familiares" esta na 12	100%	Você tem a iniciativa de encontrar e conversar com vizinhos e amigos
29	**	"atividade física"	**	100%	Antes do AVC você participava de atividades de lazer como passeios em shopping, parques, artesanato ou atividades físicas? E agora ?
30	**	"que moram com você" "no que você precisa"	**	100%	As pessoas da sua família que moram com você te ajudam no que você precisa? Ou te prejudicam?

**Tabela 3:** Resultados da 2ª fase - validação das perguntas do instrumento pelos juízes especialistas

Seguem descrição das mudanças nas perguntas de ordem geral propostas pelos juízes:

- Retirar as expressões “você nota” e “você percebe” e perguntar diretamente
- Trocar o verbo “reconhecer” por “perceber”
- Acrescentar: “Nas atividades do dia a dia” no final das perguntas do capítulo “Apoio e Relacionamentos”

Os juízes também propuseram algumas mudanças em perguntas específicas:

- Trocar a palavra “longas” por “demoradas” na q7
- Retirar a palavra “concentrar” das perguntas q8 e q9, por ser redundante
- Acrescentar “com começo, meio e fim” no final da q13

- Modificar para: “A audição atrapalha você em algum momento do seu dia?” na q20

- Acrescentar “com auxílio de outra pessoa ou suporte” no final da q24

As demais perguntas não sofreram alterações.

Segue no Apêndice 1 o resultado final das perguntas do Instrumento.

### **6.3 Resultados da Adaptação dos Critérios de Qualificação da CIF do Instrumento**

Seguem resultados da adaptação dos critérios de qualificação da CIF para o instrumento constituído por cinco critérios, além de “não especificado” e “não aplicável” para cada um dos 30 domínios selecionados do instrumento, conforme os qualificadores e base conceitual da CIF.

Segue um exemplo de cada componente da CIF, a saber, *funções do corpo, atividade e participação* e *fatores ambientais*, sendo que os demais encontram-se no Apêndice 1.

#### ***Exemplo da adaptação dos critérios de qualificação para um domínio do componente - Funções do corpo***

##### **b144 - Funções da memória**

- 1) Depois do AVC, você esquece mais das coisas? Do que você esquece? Isso prejudica sua rotina?

( ) **0 – Normal** – Não apresenta deficiência

( ) **1 – Deficiência leve** – Às vezes esquece algumas coisas, porém isto não prejudica sua rotina

( ) **2 – Deficiência moderada** – Quase sempre esquece alguma coisa. Prejudica um pouco sua rotina

( ) **3 – Deficiência grave** – Sempre esquece alguma coisa. Prejudica sua rotina

( ) **4 – Deficiência completa** – Elevada perda de memória. Requer companhia

( ) **8 – Não especificado**

( ) 9 – Não aplicável

**Exemplo da adaptação dos critérios de qualificação para um domínio do componente - Atividade e Participação**

**d310 – Comunicação – Recepção de mensagens orais**

- ( ) 0 – **Normal** – Não apresenta dificuldade
- ( ) 1 – **Dificuldade leve** – Dificuldades na recepção de assuntos longos
- ( ) 2 – **Dificuldade moderada** – Dificuldades na recepção de frases e ordens complexas (entender quando alguém faz alguma brincadeira)
- ( ) 3 – **Dificuldade grave** – Dificuldade na recepção de frases e ordens simples. Não compreende uma brincadeiras.
- ( ) 4 – **Dificuldade completa** – Não compreende ordens, nem pedidos
- ( ) 8 – **Não especificado**
- ( ) 9 – **Não aplicável**

**Exemplo da adaptação dos critérios de qualificação para um domínio do componente - Fatores ambientais**

**e125 - Produtos e tecnologia para comunicação**

( )0 – Fator neutro:	( )+1- Facilitador leve	( ) +2- Facilitador moderado	( )+3- Facilitador Grave	( )+4- Facilitador completo	( )+8 – Facilitador Não especificado
Nem me ajuda e nem me atrapalha/ indiferente	Me ajuda um pouco	Me ajuda na maioria das vezes.	Me ajuda muito.	Me ajuda imensamente.	me ajuda, mas não dizer o quanto.

( )-1- Barreira leve	( ) -2- Barreira moderado	( )-3-Barreira Grave	( )-4-Barreira completo	( )-8 – Barreira não especificada	( ) 9- não se aplica
Me prejudica um pouco	Me prejudica na maioria das vezes.	Me prejudica muito.	Me prejudica imensamente.	Me prejudica mas não sei dizer o quanto.	

## 6.4 Resultados Relativos às Instruções elaboradas para o Instrumento

Seguem instruções para aplicação do instrumento com base na CIF. No início do instrumento apresenta-se uma instrução geral (vide quadro 6), sendo que para 3 perguntas (questão 1, 2 e 4) sentiu-se a necessidade de elaborar instruções específicas, como explicado a seguir.

**Para preencher esta classificação use todas as informações disponíveis, por favor, assinale o que for utilizar:**

- registro escrito dos prontuários
- respondente primário (próprio sujeito)
- respondente secundário (cuidador, familiares, acompanhante, etc)
- observação direta ou avaliação do entrevistador

Por favor, quantifique o grau de deficiência ou de dificuldade relacionadas nas próximas páginas levando em consideração todas as informações médicas sobre o/a paciente, além das informações obtidas a partir da observação direta e por meio das questões direcionadas ao paciente e aos seus parentes ou cuidadores.

Em caso de discordância de respostas entre paciente e familiar e/ou cuidador, o aplicador deverá realizar a classificação que considerar mais adequada, levando em conta seu conhecimento prévio e todas as informações disponíveis.

Em caso de dúvida entre 2 qualificadores, sempre optar pelo qualificador mais grave.

### **Quadro 6:** Instruções gerais do Instrumento

Foram construídas instruções específicas para as perguntas que se seguem, em função das peculiaridades próprias de cada uma dessas questões

**Questão 1** - Que horas você saiu de casa hoje?

**Instrução:** Confirmar resposta com acompanhante

**Questão 2** - Você sabe onde esta sendo esta consulta? Onde?  
**Instrução:** É necessário definir padrões aceitáveis de acordo com o local de aplicação, como: nome do hospital, clínica ou universidade.

**Questão 4** - Que dia é hoje?

**Instrução:** Aceita-se dia da semana e/ou do mês

## 6.5 Resultados da Análise da confiabilidade intra-observadores na Aplicação do Instrumento

Considerando-se que o instrumento foi aplicado por 2 examinadoras, foi realizada análise da confiabilidade intra-observadores.

Os resultados encontram-se na Tabela 4.

<b>COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA INTRA-OBSERVADORES</b>					
<b>DOMÍNIOS</b>		<b>Value</b>	<b>Error</b>	<b>P valor</b>	<b>Concord.</b>
e325-	conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos	0,989	0,009	0,000	excelente
d920-	recreação e lazer	0,985	0,010	0,000	excelente
d360-	utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	0,968	0,025	0,000	excelente
d860-	transações economicas básicas	0,946	0,023	0,000	excelente
b230-	funções auditivas	0,925	0,054	0,000	excelente
d450-	andar	0,919	0,064	0,000	excelente
d345-	escrever mensagens	0,918	0,027	0,000	excelente
b114-	funções de orientação	0,911	0,034	0,000	excelente
b144-	funções da memória	0,911	0,034	0,000	excelente
d750-	relações sociais informais	0,905	0,048	0,000	excelente
e310-	família imediata	0,897	0,044	0,000	bom
e315-	família ampliada	0,896	0,043	0,000	bom
d910-	vida comunitária	0,882	0,064	0,000	bom
b310-	funções da voz	0,876	0,082	0,000	bom
d325-	recepção de mensagens escritas	0,863	0,054	0,000	bom
d315-	recepção de mensagens não verbais	0,852	0,066	0,000	bom
e320-	amigos	0,848	0,109	0,000	bom
d310-	recepção de mensagens orais	0,847	0,062	0,000	bom
d350-	conversação	0,847	0,075	0,000	bom
b330-	funções da fluencia e ritmo de fala	0,840	0,084	0,000	bom
b167-	funções mentais da linguagem	0,825	0,063	0,000	bom
d330-	fala	0,813	0,058	0,000	bom
e355-	profissionais de saúde	0,806	0,089	0,000	bom
d160-	concentrar a atenção	0,755	0,077	0,000	bom
d115-	ouvir	0,746	0,110	0,005	bom
d760-	relações familiares	0,740	0,113	0,000	bom
b176-	fun. mentais de sequencialização de mov. Complexos	0,717	0,126	0,002	bom
b320-	funções da articulação	0,693	0,089	0,000	bom
e125-	produtos e tecnologia para comunicação	0,667	0,116	0,004	bom
e340-	cuidadores	0,567	0,187	0,072	regular

**Tabela 4:** Resultados da análise se confiabilidade intra-observadores



Houve concordância intra-observadores para todos os domínios analisados. Observa-se um nível de concordância excelente e bom para a maioria dos domínios, portanto para estes domínios os critérios de classificação, elaborados na primeira parte da pesquisa, estão claros e contemplam as respostas dos sujeitos na entrevista. Somente o domínio e340 (cuidadores) se apresenta regular, o que sugere necessidade de ajustes nos critérios de classificação desse domínio. Não houve discordância absoluta em nenhum dos domínios pesquisados, podendo-se concluir que a maioria critérios de respostas são confiáveis.

### **DISCUSSÃO**

A ênfase nas pessoas que sofreram um AVC decorreu da frequência de acometimento e da diversidade de sequelas, além das inúmeras incapacidades que poderão afetar não apenas o sujeito, mas, como também seus familiares e outras pessoas mais próximas, sendo importante a preocupação com medidas de reabilitação desse grupo populacional, como preconizado pelas políticas públicas (CDPD, 2007).

A inserção de domínios relacionados às questões de participação social, como atividades de lazer, beneficentes, compras, etc, dentre outros, no instrumento elaborado é de grande importância, uma vez que o isolamento social atinge o paciente e seus familiares, prejudicando sua qualidade de vida, como afirmam Brito e Rabinovich (2008).

Os achados também reafirmam a relevância da inclusão dos domínios dos fatores ambientais, como discute Martins (2010) a ideia de que a importância desses domínios está relacionada ao fato de poderem facilitar ou prejudicar a participação do sujeito em determinadas atividades. Porém, ainda verifica-se uma elevada escassez de investigação, pois existe uma grande dificuldade em medir algo tão “multifacetado e abrangente”, como coloca a mesma autora. Como a CIF possibilita a investigação desses fatores, no presente instrumento foram inclusos domínios sobre a utilização de tecnologias para auxiliarem na comunicação, além do apoio e relacionamento com outras pessoas, como familiares, amigos e profissionais.

No estudo de Alguren *et al* (2009) com sujeitos pós AVC, os familiares e amigos aparecem como principais facilitadores, seguidos das atitudes dos profissionais de saúde, ratificando a importância de terem sido incluídos esses domínios no presente instrumento.

Desta forma, os resultados mostram a relevância dos domínios selecionados por possibilitar visão integral do sujeito, com a inclusão de diversos domínios relacionados a saúde, tendo desde as funções corporais, atividades e participação, até os fatores ambientais.

O presente estudo apresenta a proposta de um instrumento para avaliar e classificar as necessidades de fala, linguagem, funcionalidade e participação de pessoas que sofreram um AVC tendo em vista ampliar o olhar para além das funções do corpo e envolver outras dimensões da saúde, como participação e fatores ambientais.

Obteve-se assim, um instrumento diferenciado dos tradicionais, os quais, como pontuam Schepers *et al.* (2007) ainda fornecem relativamente pouca atenção às questões de participação e funcionalidade. A utilização da CIF como base conceitual para o instrumento favoreceu um olhar mais amplo para o sujeito, podendo evidenciar, como reitera Oliveira e Silveira (2011) “fatores preocupantes e/ou situações que não são vistas em uma simples avaliação periódica”, mas que acabam interferindo na vida e na participação social após um AVC.

A utilização conceitual da CIF no instrumento aqui proposto, como abordam outros autores Oliveira e Silveira, (2011), Schepers *et al.* (2007) e Worrall *et al.* (2011), possibilita uma avaliação e intervenção diferenciadas, voltadas às necessidades de cada sujeito, ao analisar a relação entre as diversas dimensões de saúde e suas implicações na atividade e participação.

De modo que os resultados evidenciam a importância do referencial da CIF como base para uma avaliação integral e não apenas focada no diagnóstico clínico como pontuam alguns autores Sabino *et al.* (2008), Worrall *et al.* (2011) e Martins, (2010).

O estudo de Worrall *et al.* (2011), por exemplo, voltado a pessoas com afasia decorrente do AVC mostra que os objetivos principais de necessidade de Reabilitação relatados pelos sujeitos estão mais relacionados às atividades diárias, participação na comunidade e fatores ambientais do que em estruturas ou funções do corpo, sugerindo que a utilização da CIF é importante por conseguir capturar tais metas para esse grupo populacional.

Tais autores destacam a importância dos serviços de Reabilitação, em especial a fonoaudiologia, estarem atentos para as metas prioritárias desses sujeitos, incluindo fatores relatados por eles como principais, dentre os quais, amizade e isolamento social, que estão inclusos no instrumento aqui proposto, e perpassam por diversos aspectos da vida da pessoa pós AVC.

Os resultados quanto a alta concordância intra-observadores demonstra a consistência do instrumento, pois medem a concordância para além do que seria esperado tão somente pelo acaso como explicam Whitney e Killien (1987).

### **CONCLUSÃO**

O estudo apresenta uma proposta de instrumento clínico para avaliar as necessidades de fala e linguagem nas pessoas pós AVC, abrangendo questões de participação e funcionalidade desse grupo populacional tomando como base conceitual a CIF em uma perspectiva de atenção integral e humanizada.

As partes que compõem o instrumento visam abranger diferentes atividades relacionadas a fala, linguagem e suas implicações em participação e funcionalidade tais como conversar com familiares, amigos e vizinhos, participar de atividades sociais e de lazer, dentre outras.

A validação de conteúdo do instrumento foi realizada de forma criteriosa e cuidadosa, incluindo a participação de pessoas sem alterações de linguagem, além da população estudada, juízes especialistas e profissionais com expertise em AVC. Tais etapas foram relevantes para verificar e garantir, como mostram os resultados, uma boa compreensão das perguntas por parte das pessoas com AVC.

Além disso, considerando-se a complexidade e alto grau de dificuldade de operacionalização da CIF, a alta concordância entre os examinadores indica a consistência do instrumento para avaliar e classificar as necessidades de fala, linguagem, participação e funcionalidade das pessoas que sofreram AVC.

A possibilidade de utilização de diversas fontes de informação (sujeito, familiar e profissional) e o tempo para aplicação do instrumento constituem fatores positivos e viáveis para sua utilização em diferentes ambientes clínicos tendo em vista uma avaliação diferenciada, definição de metas, gerenciamento da intervenção clínica e medida de resultados em uma abordagem biopsicossocial centrada no sujeito e não na patologia.

Deste modo, os resultados reiteram a importância da utilização da CIF como base conceitual para uma intervenção clínica diferenciada em uma perspectiva de atenção integral e humanizada. Além disso, os achados evidenciam que o instrumento proposto pode contribuir para o processo de cuidado das pessoas que sofreram AVC, como instrumento complementar as avaliações específicas das áreas clínicas como a fonoaudiologia em uma abordagem diferenciada de saúde, participação e funcionalidade assim como para maior difusão da utilização da CIF como base conceitual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alguren B, Lundgren-Nilsson SA, Sunnerhagen KS. Facilitators and barriers of stroke survivors in the early post-stroke phase. *Disability and Rehabilitation*.2009;31(19):1584–1591.

Ayres JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface - Comunic. Saúde, Educ*. 2004;8(14):73-92.

Batistella LR, Brito CMM. Classificação internacional de funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*. 2002;9(2):98-101.

Bakheit SS, Carrington S, Griffiths S. The rate and extent of improvement therapy from the different types of aphasia in the first year stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2007;21:941-949.

Brito SE, Rabinovich PE. A família também adoce! Mudanças secundárias à ocorrência de acidente vascular encefálico na família. *Interface* 2008;12:783-94.

CDPD. Protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência Brasília. 2007.

Chun RYS. Processos de significação na afasia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):598-603.

Chun RYS, Moreira EC, Dallaqua GB, Ramos RL. Comunicação alternativa e/ou suplementar pós-AVC. In: Min LL (org). *AVC da pesquisa a aplicação clínica*. São Paulo. Plêiade.2013

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1341-1348.

Coudry, MIH. *Diário de Narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos*. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988..Edição consultada: 2001.

Di Nubila VBH. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP). Universidade de São Paulo. 2007.

Doyle PJ. Measuring health outcomes in stroke survivors. Arch. Phys. Med. and Rehabil. 2002;83(12):539-43.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O index de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2):317-25.

Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):187-93.

Franchi C. Linguagem: atividade constitutiva. In: Franchi E, Fiorin JL. Linguagem: atividade constitutiva: teoria e poesia. São Paulo: Parábola Editorial, 2011, p.33-75.

Gaber TAZK, Parsons F, Gautan V. Validation of the language component of the addenbrooke's cognitive examination. Revised (ACE-R) a screening tool for aphasia in stroke patients. Australasian J. 2011;30(3):156-8.

Gastão WSC, Guerrero AVP. Org. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo; Hucitec; 2010.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1995.

IETS - Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade. Relatório Final Elaboração de Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros. Rio de Janeiro, 2012.

Leal APS. Avaliação da afasia pelos terapeutas da fala em português. [Dissertação]. Portugal. Universidade de Aveiro. Portugal. 2009.

Leite SMA. Disseminação de Informações em ações específicas para o acidente vascular cerebral. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ). Escola Municipal de Saúde Pública Sergio Arouca. 2009.

Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo. 1999;4:509-18.

Lobiondo-Wood G.; Haber J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.



Lucena EMF, Moraes JD, Hermínio RLB, Luciana MM, Kátia SQRS, Robson FN, *et al.* A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade a reabilitação. *Acta Fisiatr.* 2011;18(3):112-118.

Machado FN. Capacidade e desempenho para atividades básicas de vida diária: Um estudo com idosos dependentes. [dissertação]. Minas Gerais (MG). Universidade de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2010.

Magalhães AL, Bilton LT. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. *Distúrbios da Comunicação.* 2004;16:65-81.

Martins AIG. Factores ambientais na funcionalidade das pessoas com AVC. [dissertação]. Portugal. Universidade de Aveiro. Secção autónoma das ciências da saúde. 2010

Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. Ed Hucitec. 1993

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil, 2007: Uma Análise da Situação de Saúde.* Brasília; Ministério da Saúde.2008.

Morato EM, Tubero AL, Santana AP, Damasceno B, Souza FF, Macedo HO. Sobre as afasias e os afásicos – subsídios teóricos e práticos elaborados pelo centro de convivência de afásicos. Campinas: Ed. UNICAMP.2003.

Oliveira AIC, Silveira KRM. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. *Rev Neurocienc.* 2011;19(4):653-662.

Oliveira FF. Diagnóstico localizatório preliminar da lesão vascular cerebral isquêmica com base em distúrbios de fala e linguagem. [Dissertação]. Campinas (SP). Universidade Estadual de Campinas. 2009.

Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia para principiantes: Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF. 2002.

Romero M, Sanches A, Marin C, Navarro MD, Ferri J, Noé E. Clinical usefulness of the spanish version of the Mississippi Aphasia Screenin Test (MASTsp): validation in stroke patients. *Neurologia*. 2012;27(4): 216-24.

Sabino SG, Coelho MC, Sampaio FR. Utilização da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. *Acta Fisiatr*. 2008;15:24-30.

Santana AP. A linguagem na clínica fonoaudiológica: implicações de uma abordagem discursiva. *Distúrbios da Comunicação*. 2001;13:161-174.

Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(3):475-483.

Schepers VPM, ketelaar M, Van de Port IGL, Visser-Meily JMA e Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*. 2007;29(3):221–230.

Silvia SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. *Fisioter Pesq*. 2009;16(2):120-5.

SNRIPD - Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Guia do Principiante para uma Linguagem Comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Lisboa, 2005.

Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos-Baumann A, Prosiegel M, *et al*. Interrater reliability of the extended icf *core set* for stroke applied by physical therapists. *Physical Therapy*. 2008;88(7):841-850.

Whitney JD, Killien MG. Establishing predictive validity of a patient classification system. *Nurs Manag*, 1987;18(5):80-6.

WHO. World Health Organization, The World Bank/ Relatório Mundial da Deficiencia; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos - São Paulo: SEDPcD, 2012.

Worrall L, Sherratt S, Rogers P, Howe T e Hersh D, Ferguson A e Davidson B. What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*. 2011;25(3):309-322.

## **APÊNDICES**

### ***APENDICE 1 - INSTRUMENTO CLÍNICO PARA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FALA E LINGUAGEM, PARTICIPAÇÃO E FUNCIONALIDADE EM SUJEITOS PÓS-AVC BASEADO NA CIF ELABORADO NESTA PESQUISA***

Segue instrumento clínico para avaliação das necessidades de fala e linguagem em sujeitos pós AVC baseado na CIF elaborado nesta pesquisa



---

**INSTRUMENTO CLÍNICO PARA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FALA E LINGUAGEM, PARTICIPAÇÃO E FUNCIONALIDADE EM SUJEITOS PÓS-AVC BASEADO NA CIF**

Elaborado por Graziella Batista Dallaqua com base na CIF e revisado por Regina Yu Shon Chun - 2014

**PARTE A: PESQUISA DE INFORMAÇÕES**

**INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo: masculino ( ) feminino ( )

País de origem: \_\_\_\_\_

País de residência: \_\_\_\_\_

Anos de educação formal: \_\_\_\_\_

**Situação de moradia**

Paciente mora só? Sim ( ) não ( )

**Situação empregatícia:**

Empregado assalariado ( )                      Aposentado ( )

Autônomo ( )                                      Trabalho não remunerado ( )

desempregado/afastado  
(por motivo de saúde) ( )

Estudante ( )                                      Desempregado/afastado

Dona de casa ( )                                      (por outro motivo) ( )

O paciente que está afastado recebe algum tipo de compensação financeira em virtude de seqüela do AVC? SIM ( ) NÃO ( )

**Data do diagnóstico :** \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

**O evento foi:** 1º AVC ( )                      AVC recorrente ( )

**Lado do corpo afetado:** direito ( )                      esquerdo ( )                      ambos ( )

**Gravidade da doença:**

O paciente perdeu a consciência dentro das 48h após a instalação do AVC? SIM ( ) NÃO ( )

Quantas cirurgias foram realizadas devido ao AVC? \_\_\_\_\_

Data da última cirurgia: \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Pontue o grau atual de incapacidade do paciente usando a Escala Ranking: \_\_\_\_\_

**PARTE B: FUNCIONALIDADE DO PACIENTE**

**Para preencher este Instrumento use todas as informações disponíveis, por favor, assinale o que for utilizar:**

- ( ) registro escrito dos prontuários
- ( ) respondente primário (próprio sujeito)
- ( ) respondente secundário (cuidador, familiares, acompanhante, etc)
- ( ) observação direta ou avaliação do entrevistador

Por favor, quantifique o grau de deficiência ou de dificuldade relacionadas nas próximas páginas levando em consideração todas as informações médicas e diagnósticas sobre o/a paciente, além das informações obtidas a partir da observação direta e por meio das questões diretamente direcionadas ao paciente e aos seus parentes ou cuidadores.

**ORIENTAÇÃO E MEMÓRIA**

**b114 - Funções de orientação**

- 1) Que horas você saiu de casa hoje? (Confirmar resposta com o acompanhante)
- 2) Quem costuma te acompanhar nas consultas?
- 3) Onde está sendo esta consulta de hoje? (Definir opções de respostas aceitáveis dependendo do local de aplicação)
- 4) Que dia é hoje? (Aceitar dia da semana e do mês)

( ) **0 – Normal** - Não apresenta deficiência

( ) **1 – Deficiência leve** - Apresenta dificuldade para 1 dos itens (lugar, data, pessoa ou horário)

( ) **2 – Deficiência Moderada** - Apresenta dificuldade para 2 dos itens (lugar, data, pessoa ou horário)

**3 – Deficiência Grave** – Apresenta dificuldade para 3 dos itens (lugar, data, pessoa ou horário)

**4 – Deficiência Completa** – Não consegue se orientar

**8 – Não especificado**

**9 – Não aplicável**

#### **b144 - Funções da memória**

5) Depois do AVC, você esquece mais das coisas? Do que você esquece? Isso prejudica sua rotina?

**0 – Normal** – Não apresenta deficiência

**1 – Deficiência leve** – Às vezes esquece algumas coisas, porém isto não prejudica sua rotina

**2 – Deficiência moderada** – Quase sempre esquece alguma coisa. Prejudica um pouco sua rotina

**3 – Deficiência grave** – Sempre esquece alguma coisa. Prejudica sua rotina

**4 – Deficiência completa** – Elevada perda de memória. Requer companhia

**8 – Não especificado**

**9 – Não aplicável**

#### **LINGUAGEM: COMPREENSÃO E ATENÇÃO**

6) Depois o AVC você tem dificuldade para entender o que as pessoas falam?

7) Você tem dificuldade para entender conversas mais demoradas?

8) Você consegue se manter atento numa conversa?

9) Você consegue terminar as atividades que começa?

10) Você percebe se uma pessoa está brava ou feliz só pela sua expressão do rosto?

11) Você reconhece se o banheiro é de homem ou de mulher, só pelo desenho da placa?

#### **d160 – Concentrar a atenção**

**0 – Normal** – Não apresenta dificuldade

**1 – Dificuldade leve** – Quase sempre mantém a atenção. Consegue terminar as atividades que começa

**2 – Dificuldade moderada** – Mantém atenção por curto período. Na maioria das vezes consegue terminar as atividades que começa

**( ) 3 – Dificuldade grave** – Mantém atenção por um curto período. Na maioria das vezes não termina as atividades que começa

**( ) 4 – Deficiência completa** – Não tem concentração nem atenção

**( ) 8 – Não especificado**

**( ) 9 – Não aplicável**

#### **d310 – Comunicação – Recepção de mensagens orais**

**( ) 0 – Normal** – Não apresenta dificuldade

**( ) 1 – Dificuldade leve** – Dificuldades na recepção de assuntos longos

**( ) 2 – Dificuldade moderada** – Dificuldades na recepção de frases e ordens complexas (entender quando alguém faz alguma brincadeira)

**( ) 3 – Dificuldade grave** – Dificuldade na recepção de frases e ordens simples. Não compreende uma brincadeira.

**( ) 4 – Dificuldade completa** – Não compreende ordens, nem pedidos

**( ) 8 – Não especificado**

**( ) 9 – Não aplicável**

#### **d315 – Comunicação – Recepção de mensagens não verbais**

**( ) 0 – Normal** – Não apresenta dificuldade

**( ) 1 – Dificuldade leve** – Tem noção que algumas informações são expressadas por gestos, símbolos e desenhos

**( ) 2 – Dificuldade moderada** – Nem sempre consegue perceber que várias situações do dia a dia são expressadas por gestos, símbolos e desenhos

**( ) 3 – Dificuldade grave** – Na maioria das vezes não compreende mensagens transmitidas por gestos, símbolos e desenhos

**( ) 4 – Dificuldade completa** – Não compreende mensagens não verbais

**( ) 8 – Não especificado**

**( ) 9 – Não aplicável**

### **LINGUAGEM: EXPRESSÃO E FALA (DISARTRIA, DISARTROFONIA, DISPRAXIA)**

12) Você tem a iniciativa de encontrar e conversar com os seus familiares?

Você tem a iniciativa de conversar com estranhos?

13) Você consegue falar frases completas com começo, meio e fim?

Se sim: Você tem dificuldade para contar casos do passado?

14) Sua fala ficou diferente depois do AVC? Como?

15) Você percebe se as pessoas têm dificuldade para entender o que você fala?

#### **d330 – Fala**

- 0 – Normal** – Não apresenta dificuldade
- 1 – Problema leve** – Apresenta dificuldade para transmitir mensagens longas e complexas
- 2 – Problema moderado** – Transmite mensagens simples. Fala palavras e frases
- 3 – Problema grave** – Transmite poucas mensagens. Como sim, não, oi, tchau, certo, eu quero, não quero, tudo bem, etc
- 4 – Problema completo** – Não fala
- 8 – Não especificado**
- 9 – Não aplicável**

#### **d350 – Conversação**

- 0 – Normal** – Não apresenta dificuldade
- 1 – Dificuldade leve** – Apresenta dificuldade em iniciar conversa, principalmente com pessoas estranhas
- 2 – Dificuldade moderada** – Apresenta dificuldade para conversar com pessoas estranhas e tem dificuldade para iniciar conversas com familiares
- 3 – Dificuldade grave** – Conversa o estritamente necessário. Não tem iniciativa discursiva
- 4 – Dificuldade completa** – Não conversa
- 8 – Não especificado**
- 9 – Não aplicável**

#### **b176 - Funções mentais de sequenciamento de movimentos complexos**

- 0 – Normal** – Não apresenta deficiência
- 1 – Deficiência leve** – Fala inteligível, mas troca e omite sílabas e fonemas (dispraxia leve oral e de fala)
- 2 – Deficiência moderada** – Apresenta ensaios orais para achar o ponto articulatório correto, consegue pronunciar palavras, mas apresenta dificuldade para falar frases
- 3 – Deficiência grave** – Não consegue falar frases. Fala palavras simples, não suficientes para se comunicar
- 4 – Deficiência completa** – Apraxia oral e de fala completa.
- 8 – Não especificado**



**( ) 9 – Não aplicável**

**b320 - Funções de articulação (da fala)**

**( ) 0 – Normal** – Não apresenta deficiência

**( ) 1 – Deficiência leve** – Fala inteligível. Apresenta distorções de alguns fonemas e leve redução na amplitude e na precisão articulatória

**( ) 2 – Deficiência moderada** – Fala parcialmente inteligível. Articulação imprecisa e com amplitude reduzida

**( ) 3 – Deficiência grave** – Pronuncia palavras isoladas, porém as frases são ininteligíveis

**( ) 4 – Deficiência completa** – Fala ininteligível

**( ) 8 – Não especificado**

**( ) 9 – Não aplicável**

**b310 - Funções da voz**

**( ) 0 – Normal** – Não apresenta deficiência.

**( ) 1 – Deficiência leve** – Esporadicamente ocorre mudança na voz e apresenta esforço para falar ( disfonia leve)

**( ) 2 – Deficiência moderada** – Frequentemente ocorrem mudanças na voz, como rouquidão ou perda da voz (disfonia moderada)

**( ) 3 – Deficiência grave** – Convive com problemas vocais graves. Sua voz esta sempre rouca,sente dor ao falar e ocorre perda de voz (disfonia grave)

**( ) 4 – Deficiência completa** – Pessoa afônica

**( ) 8 – Não especificado-**

**( ) 9 – Não aplicável –**

**b330 - Funções da fluência e ritmo da fala**

**( ) 0 – Normal** – Não apresenta deficiência

**( ) 1 – Deficiência leve** – Apresenta alteração de fluxo e ritmo de fala nos discursos mais longos (contar ou explicar algo)

**( ) 2 – Deficiência moderada** – Apresenta alteração de fluxo e ritmo de fala durante diálogo/conversa

**( ) 3 – Deficiência grave** – Apresenta alteração de fluxo e ritmo de fala, inclusive para falar palavras e respostas curtas

**( ) 4 – Deficiência completa** – Alteração completa de fluxo e ritmo da fala, de modo que ninguém entende

**( ) 8 – Não especificado**

**9 – Não aplicável**

### **LINGUAGEM: LER E ESCREVER**

16) Antes do AVC você costumava ler e escrever?

Se sim:

Você consegue ler e escrever seu nome?

Você consegue ler e escrever um bilhete?

Você consegue ler e escrever cartas maiores?

### **d325 – Comunicação – Recepção de mensagens escritas**

**0 – Normal** – Não apresenta dificuldade

**1 – Dificuldade leve** – Apresenta dificuldade para ler e compreender textos mais longos e complexos, como jornais e cartas

**2 – Dificuldade moderada** – Apresenta dificuldade para ler e compreender frases, como recados, bilhetes e receitas

**3 – Dificuldade grave** – Apresenta dificuldade para ler e compreender palavras, como placas e letreiros de ônibus

**4 – Dificuldade completo** – Não lê

**8 – Não especificado**

**9 – Não aplicável**

### **d345 – Escrever mensagens**

**0 – Normal** – Não apresenta dificuldade

**1 – Dificuldade leve** – Apresenta dificuldade para escrever textos mais longos e complexos, como cartas

**2 – Dificuldade moderada** – Apresenta dificuldade para escrever frases, como recados, bilhetes e receitas

**3 – Dificuldade grave** – Apresenta dificuldade para escrever palavras, como nomes

**4 – Dificuldade completa** – Não escreve

**8 – Não especificado**

**9 – Não aplicável**

### **AFASIA**

### **b167 - Funções mentais da linguagem**

( ) **0 – Normal** – Não apresenta deficiência.

( ) **1 – Deficiência leve** – Consegue comunicar-se verbalmente ou escrevendo, apresenta trocas de fonemas, mas isso não prejudica na manutenção de um diálogo. Apresenta dificuldade para compreender assuntos e textos mais longos. (Afasia leve de compreensão ou de expressão)

( ) **2 – Deficiência moderada** – Consegue falar frases automáticas e rotineiras. Pode apresentar discurso confuso e fazer uso de comunicação alternativa. Compreende apenas perguntas simples e relacionadas a assuntos rotineiros. (Afasia moderada de compreensão e/ou expressão)

( ) **3 – Deficiência grave** – Responde “sim” e “não”. Não consegue transmitir mensagens com significado. Apresenta mínima compreensão. (Afasia grave de compreensão e/ou expressão)

( ) **4 – Deficiência completa** – Afasia completa. Incapaz de compreender ou de expressar qualquer mensagem com significado

( ) **8 – Não especificado**

( ) **9 – Não aplicável**

#### **AUDIÇÃO**

17) Depois do AVC você percebe dificuldades em ouvir sons mais baixos?

18) Você costuma assistir T.V. num volume alto?

19) Você pede para as pessoas falarem mais alto para você conseguir ouvir?

20) A audição atrapalha você em algum momento do seu dia?

#### **b230 – Funções auditivas**

( ) **0 – Normal** – Não apresenta deficiência

( ) **1 – Deficiência leve** – Não ouve sons baixos (som do passarinho, torneira pingando)

( ) **2 – Deficiência moderada** – Dificuldade para ouvir a fala (conversa e televisão)

( ) **3 – Deficiência grave** – Não consegue ouvir a fala. Tem dificuldade para ouvir sons altos (cachorro latindo, telefone tocando, sirene)

( ) **4 – Deficiência completa** – Não ouve.

( ) **8 – Não especificado**

( ) **9 – Não aplicável**

#### **d115 – Ouvir**

( ) **0 – Normal** – Não apresenta dificuldade.

( ) **1 – Dificuldade leve** – Não evita participar de atividades que envolvam a audição, dentro e fora de casa, mas precisa de adaptações (aumentar volume, pedir para pessoa falar mais alto)

- ( ) **2 – Dificuldade moderada** – Evita fazer atividades que envolvem a audição fora de casa (festas, restaurantes)
- ( ) **3 – Dificuldade grave** – Evita fazer atividades que envolvem audição também dentro de casa (conversar com familiares, assistir televisão, falar ao telefone).
- ( ) **4 – Dificuldade completo** – Não participa de nenhuma atividade que envolve a audição, dentro e fora de casa.
- ( ) **8 – Não especificado**
- ( ) **9 – Não aplicável**

### DISPOSITIVO DE COMUNICAÇÃO

21) Você consegue conversar ao telefone? E fazer ligação?

22) Você tem dificuldade para mexer no computador depois do AVC?

### d360 – Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação

- ( ) **0 – Normal** – Não apresenta dificuldades
- ( ) **1 – Dificuldade leve** – Necessita de um tempo maior que o esperado
- ( ) **2 – Dificuldade moderada** – Às vezes, precisa de auxílio para usar os dispositivos
- ( ) **3 – Dificuldade grave** – Precisa sempre de auxílio para usar os dispositivos
- ( ) **4 – Dificuldade completa** – não consegue usar
- ( ) **8 – Não especificado**
- ( ) **9 – Não aplicável**

### e125 - Produtos e tecnologia para comunicação

23) Você utiliza algum recurso para se comunicar? (prancha de comunicação, jornal de mercado, fotos, etc)

Se sim: Te ajuda? Ou te prejudica?

( ) <b>0 – Fator neutro:</b>	( ) <b>+1- Facilitador leve</b>	( ) <b>+2- Facilitador moderado</b>	( ) <b>+3- Facilitador Grave</b>	( ) <b>+4- Facilitador completo</b>	( ) <b>+8 – Facilitador Não especificado</b>
Nem me ajuda e nem me atrapalha/ indiferente	Me ajuda um pouco	Me ajuda na maioria das vezes.	Me ajuda muito.	Me ajuda imensamente.	me ajuda, mas não dizer o quanto.

<b>( )+1- Barreira leve</b> Me prejudica um pouco	<b>( ) +2- Barreira moderado</b> Me prejudica na maioria das vezes.	<b>( )+3-Barreira Grave</b> Me prejudica muito.	<b>( )+4-Barreira completo</b> Me prejudica imensamente.	<b>( )+8 – Barreira não especificada</b> Me prejudica mas não sei dizer o quanto.	<b>( ) 9- não se aplica</b>
--	--	--	---	--	-----------------------------

## ANDAR

24) Você precisa de ajuda para andar, como auxílio de outra pessoa ou suporte?

### d450 – Andar

- ( ) 0 – Normal:** Não apresenta dificuldade
- ( ) 1 – Dificuldade leve:** Anda sem auxílio, porém necessita de um tempo maior que o esperado
- ( ) 2 – Dificuldade moderada:** Anda com auxílio de instrumentos (muleta, bengala, órteses ou próteses, andador)
- ( ) 3 – Dificuldade grave:** Anda com auxílio de outras pessoas.
- ( ) 4 – Dificuldade completa:** Não anda.
- ( ) 8 – Não especificado**
- ( ) 9 – Não aplicável**

## INTERRELAÇÕES

25) Você se relaciona bem com seus vizinhos e com os seus familiares ou evita encontrá-los?

### d750 – Relações sociais informais (iniciar relacionamento com os outros)

- ( ) 0 – Normal:** Não apresenta dificuldade.
- ( ) 1 – Dificuldade leve:** Encontra com vizinhos e conhecidos. Apresenta dificuldade para iniciar conversa e relacionamento
- ( ) 2 – Dificuldade moderada:** Encontra com vizinhos e conhecidos, não tem iniciativa, mas responde ao diálogo proposto
- ( ) 3 – Dificuldade grave:** evita encontrar vizinhos e conhecidos.
- ( ) 4 – Dificuldade completa:** Não mantém relações sociais informais
- ( ) 8 – Não especificado**
- ( ) 9 – Não aplicável**

### d760 – Relações familiares

- ( ) **0 – Normal:** Não apresenta dificuldade
- ( ) **1 – Dificuldade leve:** Não apresenta dificuldade para se relacionar com a família nuclear, mas evita relações com outros parentes
- ( ) **2 – Dificuldade moderada:** Apresenta dificuldade para se relacionar com a família nuclear
- ( ) **3 – Dificuldade grave:** relaciona-se apenas com 1 ou 2 pessoas da família
- ( ) **4 – Dificuldade completa:** Não se relaciona com os familiares.
- ( ) **8 – Não especificado**
- ( ) **9 – Não aplicável**

#### **TRANSAÇÕES ECONOMICAS BÁSICAS**

26) Você faz compras sozinho?

27) Você consegue pagar e conferir o troco sozinho?

#### **d860 – Transações econômicas básicas**

- ( ) **0 – Normal:** Não apresenta dificuldade
- ( ) **1 – Dificuldade leve:** Precisa de um tempo maior para conferir o dinheiro
- ( ) **2 – Dificuldade moderada:** Consegue comprar o precisa poucas vezes
- ( ) **3 – Dificuldade grave:** Necessita de ajuda
- ( ) **4 – Dificuldade completa:** Não realiza transações econômicas
- ( ) **8 – Não especificado**
- ( ) **9 – Não aplicável**

#### **VIDA COMUNITÁRIA E SOCIAL**

28) Antes do AVC, você participava de alguma atividade na sua comunidade como religião ou trabalho voluntário? E agora?

29) Antes do AVC você participava de atividades de lazer como passeios em shopping, parques, artesanato ou atividades físicas? E agora?

#### **d910 – Vida comunitária**

- ( ) **0 – Normal:** Não apresenta dificuldade
- ( ) **1 – Dificuldade leve:** Continua participando com certa dificuldade
- ( ) **2 – Dificuldade moderada:** Precisa de ajuda para participar de maioria das atividades
- ( ) **3 – Dificuldade grave:** As vezes participa de uma ou outra atividade, porém com muita ajuda
- ( ) **4 – Dificuldade completa:** Não consegue participar de nenhuma atividade que fazia antes

**( ) 8 – Não especificado**

**( ) 9 – Não aplicável:** Nunca teve vida comunitária.

#### **d920 – Recreação e lazer**

**( ) 0 – Normal:** Não apresenta dificuldade

**( ) 1 – Dificuldade leve:** Continua participando com certa dificuldade

**( ) 2 – Dificuldade moderada:** Precisa de ajuda para participar de maioria das atividades

**( ) 3 – Dificuldade grave:** As vezes participa de uma ou outra atividade, porém com muita ajuda

**( ) 4 – Dificuldade completa:** Não consegue participar de nenhuma atividade que fazia antes

**( ) 8 – Não especificado:**

**( ) 9 – Não aplicável:** Nunca teve vida comunitária.

#### **APOIO E RELACIONAMENTO**

##### **e310 – Família imediata**

30) As pessoas da sua família que moram com você te ajudam nas atividades do dia a dia?  
Ou te prejudicam?

Se ajuda:

<b>( )0 – Fator neutro:</b>	<b>( )+1- Facilitador leve</b>	<b>( ) +2- Facilitador moderado</b>	<b>( )+3- Facilitador Grave</b>	<b>( )+4- Facilitador completo</b>	<b>( )+8 – Facilitador Não especificado</b>
Nem me ajuda e nem me atrapalha/indiferente	Me ajuda um pouco	Me ajuda na maioria das vezes.	Me ajuda muito.	Me ajuda imensamente.	me ajuda, mas não dizer o quanto.

Se prejudicam:

<b>( )-1- Barreira leve</b>	<b>( ) -2- Barreira moderado</b>	<b>( ) -3-Barreira Grave</b>	<b>( )-4-Barreira completo</b>	<b>( )8 – Barreira não especificada</b>	<b>( ) 9- não se aplica</b>
Me prejudica um pouco	Me prejudica na maioria das vezes.	Me prejudica muito.	Me prejudica imensamente.	Me prejudica mas não sei dizer o quanto.	

##### **e315 - Família ampliada**

31) Os familiares que não moram com você te ajudam nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam?

Se ajudam

<b>( )0 – Fator neutro:</b> Nem me ajuda e nem me atrapalha/ indiferente	<b>( )+1- Facilitador leve</b> Me ajuda um pouco	<b>( ) +2- Facilitador moderado</b> Me ajuda na maioria das vezes.	<b>( )+3- Facilitador Grave</b> Me ajuda muito.	<b>( )+4- Facilitador completo</b> Me ajuda imensamente.	<b>( )+8 – Facilitador Não especificado</b> me ajuda, mas não dizer o quanto.
---	---	---	--	---	--

Se prejudicam

<b>( )-1- Barreira leve</b> Me prejudica um pouco	<b>( ) -2- Barreira moderado</b> Me prejudica na maioria das vezes.	<b>( ) -3- Barreira Grave</b> Me prejudica muito.	<b>( )-4- Barreira completo</b> Me prejudica imensamente.	<b>( )8 – Barreira não especificada</b> Me prejudica mas não sei dizer o quanto.	<b>( ) 9- não se aplica</b>
--	--	--	--	---	-----------------------------

### e320 – Amigos

32) Seus amigos te ajudam nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam?

Se ajudam

<b>( )0 – Fator neutro:</b> Nem me ajuda e nem me atrapalha/ indiferente	<b>( )+1- Facilitador leve</b> Me ajuda um pouco	<b>( ) +2- Facilitador moderado</b> Me ajuda na maioria das vezes.	<b>( )+3- Facilitador Grave</b> Me ajuda muito.	<b>( )+4- Facilitador completo</b> Me ajuda imensamente.	<b>( )+8 – Facilitador Não especificado</b> me ajuda, mas não dizer o quanto.
---	---	---	--	---	--

Se prejudicam

<b>( )-1- Barreira leve</b> Me prejudica um pouco	<b>( ) -2- Barreira moderado</b> Me prejudica na maioria das vezes.	<b>( ) -3- Barreira Grave</b> Me prejudica muito.	<b>( )-4- Barreira completo</b> Me prejudica imensamente.	<b>( )8 – Barreira não especificada</b> Me prejudica mas não sei dizer o quanto.	<b>( ) 9- não se aplica</b>
--	--	--	--	---	-----------------------------

### e325 – Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade

33) Seus vizinhos e conhecidos te ajudam nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam?



Se ajudam

<b>( )0 – Fator neutro:</b> Nem me ajuda e nem me atrapalha/ indiferente	<b>( )+1- Facilitador leve</b> Me ajuda um pouco	<b>( ) +2- Facilitador moderado</b> Me ajuda na maioria das vezes.	<b>( )+3- Facilitador Grave</b> Me ajuda muito.	<b>( )+4- Facilitador completo</b> Me ajuda imensamente.	<b>( )+8 – Facilitador Não especificado</b> me ajuda, mas não dizer o quanto.
---	---	---	--	---	--

Se prejudicam

<b>( )-1- Barreira leve</b> Me prejudica um pouco	<b>( ) -2- Barreira moderado</b> Me prejudica na maioria das vezes.	<b>( ) -3- Barreira Grave</b> Me prejudica muito.	<b>( )-4- Barreira completo</b> Me prejudica imensamente.	<b>( )8 – Barreira não especificada</b> Me prejudica mas não sei dizer o quanto.	<b>( ) 9- não se aplica</b>
--	--	--	--	---	-----------------------------

### e340 – Cuidadores e assistentes pessoais

34) Você tem cuidador?

Se sim: ele te ajuda nas atividades do dia a dia? Ou te prejudicam?

Se não: por quê?

Se te ajuda:

<b>( )0 – Fator neutro:</b> Nem me ajuda e nem me atrapalha/ indiferente	<b>( )+1- Facilitador leve</b> Me ajuda um pouco	<b>( ) +2- Facilitador moderado</b> Me ajuda na maioria das vezes.	<b>( )+3- Facilitador Grave</b> Me ajuda muito.	<b>( )+4- Facilitador completo</b> Me ajuda imensamente.	<b>( )+8 – Facilitador Não especificado</b> me ajuda, mas não dizer o quanto.
---	---	---	--	---	--

Se prejudica:

<b>( )-1- Barreira leve</b> Me prejudica um pouco	<b>( ) -2- Barreira moderado</b> Me prejudica na maioria das vezes.	<b>( ) -3- Barreira Grave</b> Me prejudica muito.	<b>( )-4- Barreira completo</b> Me prejudica imensamente.	<b>( )8 – Barreira não especificada</b> Me prejudica mas não sei dizer o quanto.	<b>( ) 9- não se aplica</b>
--	--	--	--	---	-----------------------------

### e355 – Profissionais de saúde

35) Você tem acesso a todos os profissionais de saúde que precisa?

Se sim: Eles te ajudam ou te prejudicam?

Se não: Por quê?

Se te ajudam:

<b>( )0 – Fator neutro:</b> Nem me ajuda e nem me atrapalha/ indiferente	<b>( )+1- Facilitador leve</b> Me ajuda um pouco	<b>( ) +2- Facilitador moderado</b> Me ajuda na maioria das vezes.	<b>( )+3- Facilitador Grave</b> Me ajuda muito.	<b>( )+4- Facilitador completo</b> Me ajuda imensamente.	<b>( )+8 – Facilitador Não especificado</b> me ajuda, mas não dizer o quanto.
---	---	---	--	---	--

Se prejudicam:

<b>( )-1- Barreira leve</b> Me prejudica um pouco	<b>( ) -2- Barreira moderado</b> Me prejudica na maioria das vezes.	<b>( ) -3- Barreira Grave</b> Me prejudica muito.	<b>( )-4- Barreira completo</b> Me prejudica imensamente.	<b>( )8 – Barreira não especificada</b> Me prejudica mas não sei dizer o quanto.	<b>( ) 9- não se aplica</b>
--	--	--	--	---	-----------------------------

## **APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar do projeto de pesquisa: **“Avaliação das necessidades de fala e linguagem em sujeitos pós AVC: Instrumento Clínico Baseado Na CIF”** sob responsabilidade da pesquisadora Graziella Batista Dallaqua (Mestranda do Programa Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação). Receberei uma cópia deste termo. Fui esclarecido(a) pela pesquisadora responsável e tenho ciência de que:

- Esta pesquisa justifica-se pela necessidade se ter um instrumento de fácil aplicação para medir as necessidades de fala e linguagem das pessoas pós AVC, devido sua importância na avaliação, planejamento interdisciplinar e medição de funcionalidade e participação. O objetivo da pesquisa é propor um instrumento para avaliar e classificar as necessidades de fala e linguagem das pessoa pós AVC - Os procedimentos adotados serão: Entrevista, observação durante atendimento médico e pesquisa nos prontuários. Participando deste estudo eu serei beneficiado com a avaliação da minha funcionalidade comunicativa, receberei orientações relacionadas à linguagem e a comunicação e serei encaminhado, quando necessário, para realizar avaliação e/ou tratamento fonoaudiológico na faculdade de Fonoaudiologia da Unicamp ou no serviço público de minha cidade de origem.

- O único desconforto previsto se refere ao tempo despendido para a entrevista, que deverá durar em torno de 20 minutos. Os procedimentos poderão ser interrompidos a qualquer momento pela pesquisadora ou por minha solicitação. A participação na pesquisa não implica em nenhum gasto adicional para mim nem aos meus familiares e, portanto, as pesquisadoras não prevêm nenhuma forma de reembolso nem nenhum tipo de ressarcimento para nós bem como estamos isentos de qualquer ônus financeiro referente à pesquisa. No caso de ocorrerem quaisquer despesas em função da participação na pesquisa, estas serão ressarcidas integralmente pela pesquisadora. O ressarcimento destina-se as despesas que eu ou minha família venhamos a ter pela participação exclusiva na pesquisa e que não teria se não participasse. Este item não se aplica aos gastos que temos na rotina do acompanhamento no ambulatório de Neurologia Vascular do HC-Unicamp como o transporte de casa para o atendimento.

- A pesquisadora responsável garante o sigilo da identidade do sujeito e de dados confidenciais ou que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos a mim como voluntário da pesquisa, garantindo que os dados serão utilizados exclusivamente para

fins didáticos e/ou científicos. Posso solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa e retirar qualquer dúvida referente aos procedimentos do estudo entrando em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone ou email deixado no final deste termo. Estou ciente de que o telefone do comitê de ética é divulgado para propiciar a mim uma eventual possibilidade de esclarecimento de dúvidas ou reclamações e denúncias referentes aos aspectos éticos do estudo. Posso interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem penalização ou prejuízos aos atendimentos recebidos na universidade.

Data:

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Contatos

Pesquisadora: (19) 35218807 e (11) 994971790

Email: gradallaqua@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: (19) 3521-8936

Endereço do Curso de Fonoaudiologia: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Barão Geraldo –  
Campinas/SP