

Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico

Christina Danielli Coelho de Moraes Faria,¹ Soraia Micaela Silva,²
João Carlos Ferrari Corrêa,² Glória Elizabeth Carneiro Laurentino³
e Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela¹

Como citar

Faria CDCM, Silva SM, Corrêa JCF, Laurentino GEC, Teixeira-Salmela LF. Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(4):338-44.

RESUMO

Objetivo. Identificar categorias do componente de participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que já foram sistematicamente relacionadas aos instrumentos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) comumente utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico (AVE) — Nottingham Health Profile (NHP), Short-Form Health Survey (SF-36) e Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL) — e sugerir a utilização dos mesmos para avaliar e/ou caracterizar tal componente nessa população.

Métodos. Por meio de busca nas bases de dados Medline, SciELO e Lilacs, foi realizado levantamento dos estudos que associavam os conceitos mensurados pelos itens do NHP, SF-36 e SS-QOL com os componentes e categorias da CIF.

Resultados. Dos 24 estudos identificados, quatro atenderam aos critérios estabelecidos: dois avaliaram os três instrumentos de QVRS, um avaliou o NHP e SF-36, e outro apenas o SS-QOL. Para cada instrumento, foram encontrados três estudos que associaram seus conceitos até, no mínimo, o segundo nível de hierarquia das categorias da CIF. Considerando os resultados concordantes entre os três estudos que avaliaram o mesmo instrumento, nove categorias de participação foram associadas ao NHP, sete ao SF-36 e 15 ao SS-QOL, sendo que apenas uma foi específica para o NHP, uma para o SF-36, e sete para o SS-QOL.

Conclusões. Para a avaliação da participação de indivíduos acometidos pelo AVE segundo a estrutura da CIF, o SS-QOL pareceu ser o instrumento mais adequado, pois, além de avaliar o maior número de categorias, também avalia o maior número de categorias distintas quando comparado aos outros dois instrumentos de QVRS, que acrescentam apenas uma categoria àquelas mensuradas pelo SS-QOL.

Palavras-chave

Acidente vascular cerebral; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; avaliação; qualidade de vida.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte (MG), Brasil. Enviar correspondência para: Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, cdcmt@ufmg.br

² Universidade Nove de Julho, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, São Paulo (SP), Brasil.

³ Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Fisioterapia, Recife (PE), Brasil.

Desde a aprovação da versão final da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 (1), vários estudos foram desenvolvidos com o objetivo de validar tal classi-

ficção em diferentes condições de saúde (2-4) e, assim, atingir suas múltiplas finalidades (1-4). Dentre essas finalidades, destaca-se a de “estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde,

para melhorar a comunicação e permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo” (1).

A CIF apresenta um modelo biopsiossocial do processo de funcionalidade e incapacidade humana e um sistema de classificação hierárquico, seguindo um esquema de ramificação, constituído por componentes (funções e estruturas do corpo, atividade e participação), domínios e categorias. Cada um dos componentes contém vários domínios e cada um dos domínios contém várias categorias, que são as unidades de classificação da saúde e dos estados da saúde. Dessa forma, as categorias designam os conceitos únicos, ou seja, as definições que especificam atributos essenciais da classificação. Categorias mais amplas possuem subcategorias que detalham seus atributos. Essa organização hierárquica é ordenada por níveis e cada domínio apresenta categorias de dois, três ou quatro níveis, identificadas por códigos distintos (1).

O acidente vascular encefálico (AVE) foi uma das primeiras condições de saúde a receber a atenção de diferentes grupos de pesquisa que trabalharam para que os objetivos propostos pela OMS para a CIF pudessem ser alcançados (5–14). Esse interesse pelo AVE pode estar relacionado ao fato dessa condição de saúde apresentar elevados índices de incidência e prevalência (15–19), além de ser considerada uma das maiores causas de incapacidades crônicas no mundo (15, 19–21) e o maior problema de saúde na América Latina (18). Em estudo quanto à sobrecarga das doenças em todo o mundo, realizado com a participação da OMS, o AVE foi apontado, dentre 107 condições de saúde, como a terceira maior causa de incapacidade ajustada aos anos de vida em países desenvolvidos e como a sexta maior causa em todo o mundo (22).

Os primeiros estudos desenvolvidos para facilitar o uso da CIF na abordagem dos indivíduos acometidos pelo AVE foram relacionados ao estabelecimento do agrupamento elementar dos códigos considerados de maior relevância para essa condição de saúde (7). Uma vez definido o agrupamento (*core set*), um caminho natural seria a identificação de instrumentos de medidas já desenvolvidos que pudessem ser utilizados, para que os conceitos relacionados a esses códigos pudessem ser mensurados. Ins-

trumentos que mensuram os desfechos em saúde são necessários para avaliar o impacto da condição de saúde no indivíduo e para acompanhar os resultados dos serviços de saúde de forma objetiva, sistemática e padronizada (23).

Após a divulgação do *core set*, alguns estudos foram publicados com a identificação de instrumentos de medidas já desenvolvidos que pudessem ser utilizados na avaliação de indivíduos acometidos pelo AVE, segundo os diferentes componentes da CIF (5, 10–12). Recentemente, foi estabelecida uma metodologia mais estruturada, para permitir identificação mais objetiva de quais conceitos associados ao instrumento poderiam estar relacionados a determinados componentes e categorias da CIF (8, 13, 24–26). Assim, instrumentos inicialmente apontados como os mais indicados para caracterizar determinado componente da CIF (5, 10–12) foram, posteriormente, relacionados aos seus diferentes componentes e categorias (8, 13, 24–26) de forma mais detalhada, objetiva e com uma metodologia desenvolvida especificamente para atender a tal objetivo (25, 27).

Dentre os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação da CIF, o último componente foi apontado como o mais complexo de se caracterizar, a partir dos instrumentos já existentes (28–30). Nesse contexto, foi sugerido o uso de instrumentos anteriormente desenvolvidos para medir o construto Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), para que o componente de participação pudesse ser caracterizado (28–30), inclusive nos indivíduos acometidos pelo AVE (11). Segundo Geyh et al. (8), tanto a QVRS quanto a participação são construtos orientados ao cliente, o que favorece o uso interposto desses conceitos e, possivelmente, esse foi um dos motivos para que, inicialmente, tais instrumentos de QVRS fossem apontados como os mais indicados para a avaliação da participação de indivíduos acometidos pelo AVE. Entretanto, QVRS e participação são construtos distintos: enquanto o primeiro se refere a como o indivíduo se sente em relação às suas limitações e restrições, o segundo está relacionado a restrições associadas a determinada condição de saúde (3, 8). Assim, os instrumentos de QVRS podem não ser os mais indicados para a avaliação do componente de participação, diferente do que se pensava anteriormente.

Em 2005, Salter et al. (11) e Barak e Duncan (5) indicaram os instrumentos de QVRS *Nottingham Health Profile* (NHP), *Short-Form Health Survey* (SF-36) e *Stroke Specific Quality of Life* (SS-QOL) como os mais indicados para a avaliação da participação pós-AVE. Entretanto, estudos mais recentes apontaram que os conceitos de alguns itens desses instrumentos não estavam relacionados ao componente de participação (8, 13, 24). Dada a ampla utilização desses instrumentos para a avaliação de indivíduos acometidos pelo AVE — possivelmente pelas adequadas propriedades psicométricas que apresentam, pela facilidade de seu uso, por apresentarem versões adaptadas em diferentes idiomas e por serem medidas orientadas ao cliente (8, 11, 13, 24, 31, 32) — torna-se necessário avaliar a potencialidade, assim como as limitações, que esses instrumentos apresentam para avaliar o componente de participação, o que ainda não foi realizado.

Os objetivos deste estudo foram identificar, a partir de uma revisão sistemática da literatura, quais categorias do componente de participação da CIF já foram sistematicamente relacionados aos conceitos mensurados pelos itens desses instrumentos de medida de QVRS e, se possível, sugerir uma forma de utilização dos mesmos para a avaliação/caracterização desse componente em indivíduos acometidos pelo AVE.

MÉTODOS

Para possibilitar esta revisão sistemática, foram realizadas buscas nas bases de dados Medline, SciELO e Lilacs, a fim de encontrar estudos que associavam os conceitos mensurados pelos instrumentos de QVRS comumente utilizados em indivíduos acometidos pelo AVE (NHP, SF-36 e SS-QOL) com os componentes e categorias da CIF. Essas bases de dados foram selecionadas por serem referências mundiais em publicação de estudos de QVRS e complementares (33–35).

Foi elaborada uma estratégia de busca para cada base de dados, utilizando palavras-chave combinadas: (“*Nottingham Health Profile*” or NHP or “*Stroke Specific Quality of Life Scale*” or SS-QOL or “*Short-Form Health Survey*” or SF-36 or “*health-related quality of life*”) and (“*international classification of functioning, disability and health*” or ICF) and (comparison or link or linking), sem restrições quanto ao idioma de publicação.

A seleção dos estudos a serem avaliados foi realizada sob os seguintes critérios: ter sido citado em pelo menos uma das referidas bases de dados até junho de 2010, sem restrição quanto à data de publicação; e ter sido realizada a comparação e/ou associação dos conceitos mensurados pelos itens dos instrumentos NHP, SF-36 ou SS-QOL com os componentes e categorias da CIF, segundo os guias metodológicos propostos por Cieza et al. (25, 27). Os guias propostos por Cieza et al. apresentam uma série de critérios específicos para a adequada associação entre os conceitos identificados nos itens dos instrumentos e as categorias da CIF. Dentre tais critérios, destacam-se a colaboração de dois examinadores independentes possuidores de conhecimento sobre estrutura conceitual e fundamentos taxonômicos da CIF; a identificação dos principais conceitos em cada item do instrumento antes de iniciar o processo de comparação/associação; a identificação de todos os construtos e a associação de cada um dos construtos identificados com as categorias da CIF.

Inicialmente, os títulos e os resumos dos estudos identificados foram avaliados por dois examinadores independentes. Os estudos potencialmente relevantes que geraram dúvidas foram selecionados para uma análise posterior e todos aqueles que claramente não atendiam aos critérios citados acima foram excluídos. Em seguida, todos os estudos incluídos na etapa anterior foram independentemente lidos na íntegra e aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos foram excluídos.

A seleção dos estudos, a extração dos dados e a avaliação dos resultados fornecidos sobre a associação entre os conceitos mensurados pelos itens dos instrumentos e os componentes e categorias da CIF foram realizadas por dois examinadores independentes. Na ausência de consenso, um terceiro examinador foi consultado. Para que a comparação entre os diferentes estudos pudesse ser realizada, foi considerado o mais alto nível hierárquico da CIF citado de forma comum por todos os estudos selecionados.

RESULTADOS

As buscas nas bases de dados retornaram 24 estudos. Após análise de seus títulos e resumos, 11 foram excluídos por não referirem a uma população específica de indivíduos acometidos pelo AVE. Dos 13 estudos restantes, apenas quatro (8, 13, 24, 36) cumpriram com os outros critérios determinados: dois estudos avaliaram os três instrumentos de QVRS (8, 36), um avaliou o NHP e o SF-36 (24) e o quarto avaliou apenas o SS-QOL (13). Portanto, para cada um dos instrumentos analisados, foram encontrados três estudos que associaram os conceitos mensurados por seus itens às categorias da CIF: três associaram a CIF aos itens do NHP e do SF-36 (8, 24, 36) e três aos itens do SS-QOL (8, 13, 36). Todos esses estudos associaram os conceitos identificados nos itens dos instrumentos até, no mínimo, o segundo nível hierárquico das categorias da CIF; portanto, a comparação entre seus resultados foi feita considerando esse nível.

Segundo os resultados apresentados pelos estudos incluídos, uma quantidade importante de conceitos especificados pela CIF foi mensurada pelos itens dos instrumentos (Tabela 1). Parte desses conceitos foi associada ao componente de função corporal da CIF, sendo: 10 (8), 21 (24) e 27 conceitos (36) mensurados pelos itens do NHP; três (8), 13 (24) e 15 conceitos (36) mensurados pelos itens do SF-36; 13 (13), 17 (8) e 18 conceitos (36) mensurados pelos itens do SS-QOL (Tabela 1). Além disso, tanto para o NHP quanto para o SS-QOL, houve pelo menos um estudo que associou conceitos mensurados por seus itens ao componente de fatores ambientais: três do NHP (8, 24) e três do SS-QOL (13) (Tabela 1).

O total de conceitos mensurados pelos itens do NHP associado ao componente de atividade e participação da CIF foi diferente nos três estudos: 14 (24), 22 (24, 36) e 25 conceitos (8) (Tabela 1). Esses conceitos foram associados a 13 categorias da CIF por dois estudos (24, 36) e a 16 categorias por um estudo (8). Dentre essas 13 categorias, nove foram citadas de forma comum pelos três estudos (Tabela 2). Entretanto, em cada um dos estudos, a quantidade de conceitos associados a essas categorias foi diferente.

Para os itens do SF-36, o total de conceitos identificados nos três estudos também foi diferente: 17 (24), 20 (8) e 25 conceitos (36). Esses conceitos foram associados a 11 categorias distintas da CIF por um estudo (36), a 12 por outro (24) e a 13 por um terceiro estudo (8). Sete dessas categorias foram citadas de forma comum pelos três estudos (Tabela 2). Entretanto, em cada um deles,

TABELA 1. Resultados dos estudos que associaram os conceitos mensurados pelos itens dos instrumentos e os diferentes componentes e categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Instrumento	Referência	Componentes					
		Função corporal		Atividade e participação		Fatores ambientais	
		Conceitos dos itens	Categorias da CIF	Conceitos dos itens	Categorias da CIF	Conceitos dos itens	Categorias da CIF
NHP	Geyh et al. (8)	10	6	25	16	3	3
	Cieza e Stucki (24)	21	5	14	13	3	3
	Schepers et al. (36)	27	5	22	13	0	0
SF-36	Geyh et al. (8)	3	3	20	13	0	0
	Cieza e Stucki (24)	13	3	17	12	0	0
	Schepers et al. (36)	15	3	25	11	0	0
SS-QOL	Geyh et al. (8)	17	12	35	26	0	0
	Cieza e Stucki (24)	13	8	24	21	3	3
	Schepers et al. (36)	18	8	34	23	0	0

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; NHP: *Nottingham Health Profile*; SF-36: *Short-Form Health Survey*; SS-QOL: *Stroke Specific Quality of Life*.

TABELA 2. Associação entre os conceitos mensurados pelos itens dos instrumentos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e as categorias em comum a todos os trabalhos analisados neste estudo, referente ao componente de atividade e participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Instrumento	Atividade e participação
NHP	d410 Mudar a posição básica do corpo
	d415 Manter a posição do corpo
	d445 Utilização da mão e do braço
	d450 Andar
	d455 Deslocar-se
	d540 Vestir-se
	d770 Relacionamentos íntimos
	d850 Trabalho remunerado
SF-36	d920 Recreação e lazer
	d230 Realizar a rotina diária
	d410 Mudar a posição básica do corpo
	d445 Utilização da mão e do braço
	d450 Andar
	d455 Deslocar-se
	d510 Lavar-se
	d920 Recreação e lazer
SS-QOL	d330 Falar
	d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação
	d410 Mudar a posição básica do corpo
	d415 Manter a posição do corpo
	d440 Utilização de movimentos finos da mão
	d445 Utilização da mão e do braço
	d450 Andar
	d510 Lavar-se
	d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção
	d540 Vestir-se
d550 Comer	
d630 Preparar refeições	
d750 Relacionamentos sociais informais	
d770 Relacionamentos íntimos	
d920 Recreação e lazer	

NHP: *Nottingham Health Profile*; SF-36: *Short-Form Health Survey*; SS-QOL: *Stroke Specific Quality of Life*.

tos mensurados por instrumentos de medida de QVRS indicados para avaliação da participação de indivíduos acometidos pelo AVE: NHP, SF-36 e SS-QOL. Segundo os resultados concordantes dos estudos de cada instrumento, apesar de três deles terem avaliado outros componentes além da participação, 18 categorias distintas relacionadas à participação foram associadas aos conceitos mensurados. Sendo assim, a utilização do NHP, do SF-36 e do SS-QOL para a avaliação da participação dos indivíduos acometidos pelo AVE é possível, desde que sejam identificados os itens que apresentam os conceitos associados à participação.

Um outro objetivo foi sugerir uma forma de utilização desses instrumentos para a avaliação/caracterização do componente de participação em indivíduos acometidos pelo AVE. Segundo os resultados reportados de forma concordante pelos estudos que avaliaram o mesmo instrumento, o SS-QOL pareceu ser o instrumento mais indicado para esse fim e o uso combinado do SS-QOL com um dos instrumentos genéricos (NHP ou SF-36) pareceu não acrescentar informações relevantes para a avaliação/caracterização da participação dessa população.

Os três instrumentos de QVRS analisados apresentaram conceitos associados ao componente de função da CIF, o que indica que os mesmos não avaliam exclusivamente o componente de participação. Possivelmente, esse resultado está relacionado à diferença existente entre as definições do construto QVRS e da participação. Apesar de não existir uma definição consensual para o termo QVRS, para a OMS, a QVRS refere-se à percepção do indivíduo de sua posição na vida (dentro de seu contexto cultural e de seu sistema de valores) e a seus objetivos, expectativas e padrões sociais (37). A QVRS é um construto subjetivo e de múltiplas dimensões, positivas e negativas (37, 38).

Apesar dessa multidimensionalidade do termo, é de consenso na literatura que a QVRS inclui, no mínimo, três dimensões: física, emocional e social (38). Por outro lado, o construto “participação” é definido como o envolvimento de um indivíduo em situações da vida (1). É clara a diferença entre as definições desses construtos, apesar de tanto a QVRS quanto a participação serem construtos orientados ao cliente. Portanto, conhecer

a quantidade de conceitos associados a essas categorias foi distinta.

O total de conceitos medidos pelos itens do SS-QOL também foi diferente nos três estudos: 24 (13), 34 (36) e 35 conceitos (8). Esses conceitos foram associados a 21 categorias distintas da CIF por um dos estudos (13), a 23 categorias por outro estudo (36) e a 26 categorias por um terceiro estudo (8). Dentre essas categorias, 15 foram citadas de forma comum pelos três estudos (Tabela 2). Entretanto, em cada um deles, a quantidade de conceitos identificados nos itens associados a essas categorias foi distinta.

Como pode ser observado na Tabela 2, segundo os resultados comuns dos três estudos incluídos, os três instrumentos analisados apresentaram conceitos que foram associados às mesmas quatro categorias da CIF: “d410 — mudar a posição básica do corpo”, “d445 — utilização da mão e do braço”, “d450 — andar”, “d920

— recreação e lazer”. Além disso, tanto o NHP quanto o SF-36 apresentaram uma categoria avaliada somente por seus conceitos: “d850 — trabalho remunerado” e “d230 — realizar a rotina diária”, respectivamente. Já o SS-QOL apresentou sete categorias unicamente associadas aos seus conceitos por todos os estudos que fizeram a associação de seus itens: “d330 — falar”, “d360 — utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação”, “d440 — utilização de movimentos finos da mão”, “d530 — cuidados relacionados aos processos de excreção”, “d550 — comer”, “d630 — preparar refeições” e “d750 — relacionamentos sociais informais”.

DISCUSSÃO

Um dos objetivos deste estudo foi identificar as categorias do componente de participação da CIF que já foram sistematicamente relacionadas aos concei-

os conceitos mensurados pelos instrumentos de QVRS que realmente estão relacionados à avaliação da participação da CIF é o primeiro procedimento que deve ser realizado pelos profissionais e/ou pesquisadores quando tais instrumentos forem utilizados com o objetivo de avaliação/caracterização da participação e não da QVRS.

Nos resultados de dois dos estudos sobre o NHP, a maioria dos conceitos mensurados por esse instrumento foi associada ao componente de função corporal e não ao componente de participação. Diferentemente do NHP, o SF-36 e o SS-QOL apresentaram um número maior de conceitos mensurados associados ao componente de participação, quando comparado ao componente de função corporal. Considerando esse critério de comparação, se o objetivo for a avaliação da participação a partir da aplicação desses instrumentos e se houver a necessidade de seleção de apenas um deles, o NHP não é o mais indicado.

Ao analisar os conceitos mensurados pelos instrumentos que foram associados às categorias do componente de participação, segundo os resultados reportados de forma concordante pelos estudos que avaliaram o mesmo instrumento, observou-se que o SS-QOL apresentou o maior número de categorias distintas (15 categorias), seguido pelo NHP (nove categorias) e pelo SF-36 (sete categorias). A maioria das categorias associadas ao componente de participação e avaliadas pelo NHP (sete em nove) e pelo SF-36 (cinco em sete) também é avaliada pelo SS-QOL. Finalmente, ainda considerando os resultados concordantes reportados pelos estudos que avaliaram um mesmo instrumento, sete categorias relacionadas à participação são avaliadas apenas pelo SS-QOL (“d330 — falar”; “d360 — utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação”; “d440 — utilização de movimentos finos da mão”; “d530 — cuidados relacionados com o processo de excreção”; “d550 — comer”; “d630 — preparar refeições”; e “d750 — relacionamentos sociais informais”), enquanto apenas uma é avaliada unicamente pelo NHP (“d850 — trabalho remunerado”) e outra pelo SF-36 (“d230 — realizar a rotina diária”).

Para a avaliação da QVRS, a literatura recomenda o uso combinado de instrumentos genéricos e específicos. Os ins-

trumentos genéricos objetivam refletir os aspectos gerais da saúde indicados para avaliação da QVRS de qualquer indivíduo/população. Por outro lado, os instrumentos específicos avaliam determinados aspectos da qualidade de vida inerentes a uma determinada condição de saúde ou a determinada população, sendo assim indicados para um(a) indivíduo/população-alvo específico(a). Dada a multidimensionalidade do construto QVRS e as características distintas entre instrumentos genéricos e específicos, é recomendado o uso combinado desses dois tipos de instrumentos para uma avaliação mais adequada da QVRS (39, 40).

Entretanto, para a avaliação da participação a partir do uso desses instrumentos, a combinação do instrumento específico com um dos genéricos recomendados para tal população, o NHP e o SF-36, parece não acrescentar muita informação. Segundo os resultados encontrados por essa revisão sistemática, somente as categorias “d455 — deslocar-se” (NHP ou SF-36), “d850 — trabalho remunerado” (NHP) e “d230 — realizar a rotina diária” (SF-36) são avaliadas apenas por esses instrumentos genéricos de QVRS. Dessa forma, caso o profissional tenha o interesse em avaliar especificamente essas categorias, esses instrumentos podem ser utilizados em associação ao SS-QOL. Se esse não for o objetivo, o SS-QOL deve ser o instrumento de escolha, não havendo a necessidade do uso combinado dos instrumentos.

Apesar das importantes informações obtidas, algumas possíveis limitações do presente estudo devem ser consideradas. A primeira está relacionada à diferença encontrada nos resultados dos estudos que utilizaram a mesma metodologia para realizar a associação entre os conceitos avaliados pelo mesmo instrumento de QVRS e os componentes e categorias da CIF. Como um dos objetivos desse estudo foi identificar as categorias do componente de participação que já foram sistematicamente relacionados aos conceitos mensurados por tais instrumentos de QVRS, optou-se por reportar apenas os resultados concordantes dos estudos relacionados ao mesmo instrumento. Não foi objetivo deste estudo avaliar a consistência da metodologia proposta por Cieza et al. (25, 27). As diferenças observadas apontam para a necessidade de futuros

estudos realizarem tal investigação e, se for o caso, propor procedimentos que aumentem a consistência dos resultados obtidos com o uso desta metodologia. Uma diferença simples que foi observada entre os estudos e que pode ser utilizada para sugerir padronizações foi o fato de cada estudo utilizar um nível diferente de categoria para realizar as associações: Cieza e Stucki (24) e Teixeira-Salmela et al. (13) classificaram os itens de cada instrumento até o terceiro nível de hierarquia da CIF, enquanto Geyh et al. (8) e Schepers et al. (36) limitaram-se ao segundo nível.

Outra característica que limitou a apresentação e discussão dos presentes resultados foi a ausência de uma apresentação clara de quais conceitos identificados estavam relacionados a quais itens do instrumento investigado. Dentre os quatro trabalhos incluídos, apenas o estudo de Teixeira-Salmela et al. (13) apresentou de forma clara quais conceitos identificados pelo SS-QOL estavam relacionados aos itens do instrumento. Considerando que uma das etapas da metodologia proposta por Cieza et al. (25, 27) é a identificação dos conceitos a partir das análises dos itens do instrumento, sugere-se que futuros estudos apresentem tais resultados de forma clara, para que o profissional/pesquisador que for utilizar o instrumento para a avaliação da participação possa determinar quais são os itens que apresentam conceitos que se associam à categoria da CIF de interesse.

CONCLUSÃO

Em síntese, considerando os principais resultados do presente estudo, conclui-se que, apesar do NHP, SF-36 e SS-QOL apresentarem itens que avaliam a categoria de participação da CIF em indivíduos acometido pelo AVE, o SS-QOL pareceu ser o mais adequado para a avaliação/caracterização desse componente nessa população. Além de avaliar o maior número de categorias de participação, o SS-QOL também avalia o maior número de categorias distintas quando comparado aos outros dois instrumentos comumente utilizados com esses indivíduos (NHP e SF-36). Além disso, quando comparados ao SS-QOL, esses dois instrumentos acrescentaram apenas uma categoria da CIF distinta daquelas mensuradas pelo SS-QOL.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp; 2003.
2. Cieza A, Ewert T, Ustün B, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*. 2004;(44 Suppl):9–11.
3. Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning, Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44(3):303–13.
4. Jette AM. Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther*. 2006;86(5):726–34.
5. Barak S, Duncan PW. Issues in selecting outcome measures to assess functional recovery after stroke. *NeuroRx*. 2006;3(4):505–24.
6. Bilbao A, Kennedy C, Chatterji S, Ustün B, Barquero JL, Barth JT. The ICF: Applications of the WHO model of functioning, disability and health to brain injury rehabilitation. *NeuroRehabilitation*. 2003;18(3):239–50.
7. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF Core Sets for stroke. *J Rehabil Med*. 2004;(44 Suppl): 135–41.
8. Geyh S, Cieza A, Kollerits B, Grimby G, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life measures used in stroke based on the international classification of functioning, disability and health (ICF): a systematic review. *Qual Life Res*. 2007;16(5):833–51.
9. Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E, et al. The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in daily practice of neurorhabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil Rehabil*. 2003;25(8):411–21.
10. Salter K, Jutai JW, Teasell R, Foley NC, Bitensky J. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Body Functions. *Disabil Rehabil*. 2005;27(4): 191–207.
11. Salter K, Jutai JW, Teasell R, Foley NC, Bitensky J, Bayley M. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Participation. *Disabil Rehabil*. 2005;27(9):507–28.
12. Salter K, Jutai JW, Teasell R, Foley NC, Bitensky J, Bayley M. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF activity. *Disabil Rehabil*. 2005;27(6): 315–40.
13. Teixeira-Salmela LF, Neto MG, Magalhães LC, Lima RC, Faria CD. Content comparisons of stroke specific quality of life based upon the international classification of functioning, disability and health. *Qual Life Res*. 2009;18(6):765–73.
14. Tempest S, McIntyre A. Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2006;28(10):663–7.
15. Mackay J, Mensah GA. *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Geneva: World Health Organization; 2002.
16. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 1999;9:509–18.
17. Zétola VHF, Nývák EM, Camargo CHF, Carrao Júnior H, Coral P, Muzzio JA, et al. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(3B):740–5.
18. Lavados PM, Hennis AJ, Fernandes JG, Medina MT, Legetic B, Hoppe A, et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. *Lancet Neurol*. 2007;6(4):362–72.
19. Chong JY, Sacco RL. Epidemiology of stroke in young adults: race/ethnic differences. *J Thromb Thrombolysis*. 2005;20(2):77–83.
20. Doyle PJ. Measuring health outcomes in stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(12 Suppl 2):S39–43.
21. World Health Organization. Regional Office for Europe. "State of the Heart" on Stroke Prevention, Management and Rehabilitation: Report on a Consultation. Copenhagen; 1993.
22. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9063):1436–42.
23. Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The ICF as a conceptual platform to specify and discuss health and health-related concepts. *Gesundheitswesen*. 2008;70(10):e47–56.
24. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Qual Life Res*. 2005;14(5):1225–37.
25. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 2005;37(4):212–8.
26. Schepers VP, Ketelaar M, van de Port IG, Visser-Meily JM, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2007;29(3):221–30.
27. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*. 2002;34(5):205–10.
28. Jette AM, Haley SM, Kooyoomjian JT. Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct? *J Rehabil Med*. 2003;35(3):145–9.
29. Jette AM, Tao W, Haley SM. Blending activity and participation sub-domains of the ICF. *Disabil Rehabil*. 2007;29(22):1742–50.
30. Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25(11–12):577–87.
31. Muus I, Williams LS, Ringsberg KC. Validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL): test of reliability and validity of the Danish version (SS-QOL-DK). *Clin Rehabil*. 2007;21(7):620–7.
32. Teixeira-Salmela LF, Magalhães L de C, Souza AC, Lima M de C, Lima RC, Goulart F. Adaptation of the Nottingham Health Profile: a simple measure to assess quality of life. *Cad Saude Publica*. 2004;20(4):905–14.
33. Berwanger O, Suzumura EA, Buehler AM, Oliveira JB. Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):475–80.
34. Montori VM, Szwedkowski MF, Cook DJ. Methodologic issues in systematic reviews and meta-analyses. *Clin Orthop Relat Res*. 2003;413:43–54.
35. Castro AA, Clark OA, Atallah AN. Optimal search strategy for clinical trials in the Latin American and Caribbean Health Science Literature Database (LILACS database): update. *Sao Paulo Med J*. 1999;117(3):138–9.
36. Schepers VP, Ketelaar M, van de Port IG, Visser-Meily JM, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2007;29(3):221–30.
37. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
38. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 79–84.
39. Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine Introduction. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1337–8.
40. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118(8):622–9.

Manuscrito recebido em 29 de outubro de 2010. Aceito em versão revisada em 26 de fevereiro de 2011.

ABSTRACT

Identification of ICF participation categories in quality-of-life instruments utilized in cerebrovascular accident victims

Objective. To identify the categories of the participation component of the International Classification of Functionality, Incapacity, and Health (ICF) which are currently related to Health-related Quality of Life (HRQOL) instruments commonly used in cerebrovascular accident (CVA) victims—*Nottingham Health Profile* (NHP), *Short-Form Health Survey* (SF-36), and *Stroke Specific Quality of Life* (SS-QOL)—and suggest the utilization of these instruments to assess and/or characterize that component in that population.

Methods. Through searches in the Medline, SciELO, and Lilacs databases, a compilation of studies which associated the concepts measured by the NHP, SF-36, and SS-QOL items with the ICF components and categories, was carried out.

Results. Of the 24 identified studies, four met the established criteria: two assessed the three HRQOL instruments, one assessed the NHP and SF-36, and the other just the SS-QOL. For each instrument, three studies were found which associated their concepts up to, at least, the second hierarchical level of the ICF categories. Considering the results that were in agreement between the three studies that assessed the same instrument, nine participation categories were associated with the NHP, seven with the SF-36, and 15 with the SS-QOL, although just one was specific to the NHP, one to the SF-36, and seven to the SS-QOL.

Conclusions. To assess the participation of CVA victims based upon the ICF framework, the SS-QOL appeared to be the most suitable instrument in that, in addition to assessing the greatest number of categories, it also assesses the greatest number of distinct categories, when compared to the other two HRQOL instruments, which added just one category to those measured by SS-QOL.

Key words

Stroke; International Classification of Functioning, Disability, and Health; evaluation; quality of life.
