

# Identificação de conteúdo comum entre o questionário do Inquérito de Saúde (ISA-SP) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

*Identification of common content between the questionnaire of the Health Survey (ISA-SP) and the International Classification of Functioning, Disability, and Health*

Shamyr Sulyvan Castro<sup>I</sup>, Luciana Castaneda<sup>II</sup>, Heitor Silveira<sup>III</sup>

**RESUMO:** O objetivo do presente artigo foi fazer a identificação de conteúdos comuns entre o Questionário do Inquérito de Saúde de São Paulo (Bloco de Deficiência Física e de Saúde Emocional) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A primeira etapa da pesquisa consistiu na busca dos módulos do Inquérito de Saúde de São Paulo, os quais abordavam a questão da deficiência, sendo que as partes referentes à temática da deficiência foram destacadas e inseridas em um novo arquivo. Na segunda etapa, os conteúdos significativos foram extraídos. Na última, aqueles destacados foram codificados para os códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por dois pesquisadores independentes. Para a análise estatística descritiva, foram utilizados números puros, porcentagens e frequências simples. O grau de concordância entre os dois profissionais que realizaram o processo de ligação foi calculado por meio do coeficiente de Kappa e do intervalo de confiança. Os domínios mais comuns foram o de funções e estruturas do corpo e o de atividades e participação; sendo que aquele dos fatores ambientais apresentou menor frequência de abordagem.

**Palavras-chave:** Inquéritos epidemiológicos. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Questionários.

<sup>I</sup>Departamento de Fisioterapia Aplicada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba (MG), Brasil.

<sup>II</sup>Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, *Laureate Universities* – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>III</sup>Laboratório de Neuropsiquiatria Geriátrica do Instituto de Psiquiatria Universitária Brasileira, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**Autor correspondente:** Shamyr Sulyvan Castro. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Faculdade de Fisioterapia. Rua Capitão Domingos, 309, Abadia, CEP: 38025-010, Uberaba, MG, Brasil. E-mail: shamyrulyvan@gmail.com

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

**ABSTRACT:** The purpose of this paper was to identify the common contents between São Paulo's Health Survey Questionnaire (Physical Disability and Emotional Health Blocks) and the International Classification of Functionality, Disability, and Health. The first stage of the research consisted of the search for the modules of São Paulo's Health Survey, which addressed the issue of disability, and the passages about this theme were highlighted and inserted into a new file. In the second stage, the significant contents were extracted. In the last one, these contents were codified to the codes of the International Classification of Functionality, Disability, and Health by two independent researchers. For the descriptive statistical analysis, crude numbers, percentages, and simple frequencies were used. The degree of agreement between the two professionals was calculated using Kappa's coefficient and the confidence interval. The most common domains were those about functions and body structures and about activities and participation, in which the domain of environmental factors presented a lower frequency of approach.

**Keywords:** Health surveys. International Classification of Functionality, Disability and Health. Questionnaires.

## INTRODUÇÃO

No decorrer das últimas décadas, em virtude das mudanças epidemiológicas e demográficas da população, houve um interesse em torno do desenvolvimento de indicadores com foco não só na mortalidade como também na morbidade. Eles estariam voltados para a habilidade de as pessoas desenvolverem seus papéis na sociedade e para a avaliação do bem-estar e satisfação com o estado de saúde, englobando não apenas os aspectos biológicos das doenças como também os mentais e sociais<sup>1</sup>. As informações sobre o que ocorre após o diagnóstico de uma doença ao longo do tempo, especialmente em relação às doenças crônicas e aos acidentes, são cada vez mais importantes na área de saúde. Ter conhecimento sobre as causas da morte e as doenças que ocorrem com maior frequência já não é mais suficiente para o planejamento das ações de saúde<sup>2</sup>.

Embora as fontes de dados secundários dos sistemas de informação sejam fundamentais, estas não conseguem responder às necessidades de informação em saúde. Sendo assim, os inquéritos de base populacional apresentam crescente importância, pois possibilitam o conhecimento do perfil de saúde da população e da distribuição dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças<sup>3</sup>, assim como daqueles que influenciam o estado de saúde das pessoas.

As mensurações de capacidade funcional e mobilidade são frequentemente utilizadas em inquéritos populacionais devido a sua relevância social e facilidade de interpretação, oferecendo uma maneira conveniente de comparação do impacto das diferentes doenças nas diversas populações em distintos períodos<sup>4</sup>. As medidas também podem ser utilizadas como preditores ou indicadores do prognóstico da habilidade de viver de modo independente e da necessidade de assistência no cuidado pessoal<sup>5</sup>. Embora exista uma crescente inclusão de parâmetros sobre os processos incapacitantes nos inquéritos populacionais, não existe um consenso sobre quais informações devem ser incluídas, o que dificulta a comparação de dados entre os diferentes inquéritos<sup>4</sup>, sendo esse dissenso tema de discussão na literatura científica<sup>6</sup>.

Tentando reduzir a disparidade entre as ferramentas disponíveis para mensurar a mortalidade e a morbidade e com o intuito de formular uma linguagem universal para a área, em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Segundo esta, a funcionalidade (termo modelo da CIF) utilizada no aspecto positivo engloba as funções e estruturas do corpo, atividade e participação. Por outro lado, a incapacidade seria o termo negativo do processo, resultado da interação entre a deficiência do indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição em sua participação em conjunto com os fatores ambientais (barreiras ou facilitadores da condição de saúde)<sup>7</sup>, como pode ser observado no Quadro 1.

A CIF foi proposta com o objetivo de servir como a ferramenta ideal para orientação do entendimento das medidas de resultado, baseadas em respostas de pacientes<sup>8</sup>. A classificação fornece uma perspectiva abrangente e universalmente aceita para concretizar e descrever os fenômenos que sucedem o diagnóstico em diferentes tipos de condições de saúde<sup>9</sup>. Há a possibilidade de utilizar o modelo da CIF nas avaliações multidimensionais e de estudos de base populacional relacionados aos processos de incapacidade, tendo assim uma visão mais ampla e abrangente de qual aspecto pode ser afetado pelos indivíduos e pelas populações<sup>10</sup>. Existe também a crescente necessidade de utilização e exploração da classificação no uso prático em pesquisas epidemiológicas<sup>4</sup>.

A identificação dos conteúdos comuns entre instrumentos para coleta de dados de inquéritos de base populacional e a CIF pode ser uma atividade metodologicamente interessante à pesquisa em saúde, à medida que evidencia a forma com que os inquéritos de saúde coletam as informações a respeito da deficiência. Estudos com propósitos semelhantes têm sido conduzidos em diversos países, usando metodologia semelhante à do presente artigo<sup>11-17</sup>. No Brasil, o método tem sido usado em pesquisas de diversas áreas ligadas à saúde ou à recuperação funcional<sup>18-21</sup>.

Além disso, tal processo de identificação pode determinar a forma de abordagem dos componentes do processo funcionalidade-incapacidade pelo inquérito de saúde.

Quadro 1. Definições da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (adaptado de OPAS/OMS<sup>7</sup>).

Componente	Definição
Funções do corpo (b)	Funções fisiológicas
Estruturas do corpo (s)	Estruturas anatômicas
Atividade (d)	Execução de uma tarefa ou ação
Participação (d)	Envolvimento de um indivíduo em uma situação real
Fatores ambientais (e)	Ambiente físico, social e de atitudes em que a pessoa vive
Fatores pessoais (não passíveis de classificação)	Histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo

Dessa forma, pode servir como um instrumento para verificar a abordagem da deficiência segundo o modelo proposto pela OMS. Em outros casos, a identificação dos conceitos dos inquéritos com a CIF pode fornecer uma linguagem universal para comparação entre estudos de diferentes países ou locais, mesmo com instrumentos díspares, já que o processo gera, como produto, códigos da CIF que podem ser semelhantes. Essas informações podem ser usadas para ajustes e reorientação da forma de coleta dos dados, quando necessário. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi fazer a descrição de conteúdos comuns entre o questionário do Inquérito de Saúde de São Paulo (ISA) (Bloco E – Deficiência Física e Bloco M – Saúde Emocional) e a CIF, apresentando os capítulos da CIF aos quais os conteúdos do questionário do ISA foram relacionados.

## MÉTODOS

Este estudo foi realizado identificando-se o conteúdo comum entre o questionário do ISA com a CIF. O ISA no Estado de São Paulo foi realizado em algumas áreas de tal estado, em 2003, com uma amostragem complexa, por conglomerados em dois estágios, o primeiro composto pelos setores censitários (70) e o segundo, por domicílios (2.249). Os moradores foram sorteados para compor a amostra de oito domínios demográficos (menores de 1 ano; 1 a 11 anos; 12 a 19 anos, masculino e feminino; 20 a 59 anos, masculino e feminino; e 60 anos ou mais, masculino e feminino). O tamanho da amostra no menor grupo (menores de um ano) foi de 300 crianças, definido com base em uma proporção a ser estimada de 50% ( $p = 0,50$ ), um intervalo de confiança de 95% (IC95%) ( $z = 1,96$ ), um erro de amostragem de sete pontos percentuais ( $d = 0,07$ ) e um efeito do delineamento de 1,5 ( $deff = 1,5$ )<sup>22</sup>.

Foram estudados dois municípios do interior do estado, Campinas e Botucatu, além disso, outras áreas de análise estão localizadas na região metropolitana da cidade de São Paulo, ou seja, as cidades de Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra, além do distrito de saúde do Butantã, localizado na cidade de São Paulo.

O instrumento de coleta dos dados consistia de um questionário composto pelos seguintes blocos: Bloco A (informações gerais sobre a composição familiar necessária para estabelecer os primeiros elementos das condições de vida); Bloco B (controle para a realização das visitas); Bloco C (morbidade referida para o período de 15 dias e demanda gerada aos serviços de saúde e sobre a satisfação, no Bloco C); Bloco D (diagnósticos de doenças crônicas, com outras duas subdivisões – D1 (hipertensão) e D2 (diabetes)); Bloco E (deficiência física e demanda aos serviços de saúde por este problema no Bloco E); Bloco F (acidentes ou violências nos 12 meses anteriores à entrevista); Bloco G (utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses e de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, ainda descreve os serviços de saúde utilizados); Bloco H (uso de serviços de saúde para exames preventivos para doenças como hipertensão arterial, câncer de mama, de útero e de próstata); Bloco I (dados sobre uso de vacinas e contém também algumas questões sobre conhecimento da transmissão e controle da dengue); Bloco J (consumo de medicamentos); Bloco K (hospitalizações nos 12 meses anteriores à entrevista e ainda descreve os serviços utilizados); Bloco L (estilo

de vida – atividade física, hábitos alimentares, fumo e consumo de álcool); Bloco M (Saúde Emocional); Bloco N (autoavaliação em saúde); Blocos O e Q (caracterização socioeconômica do entrevistado (O) e do chefe da família (Q)); Bloco P (características da família e do domicílio); Bloco R (gasto mensal familiar com a saúde) e Bloco S (pré-natal, parto e primeiro ano de vida para todos os menores de um ano)<sup>23</sup>.

A equipe de pesquisa que coordenou o projeto era composta por docentes e pesquisadores das Faculdades de Saúde Pública (FSP) e de Medicina, ambas pertencentes à Universidade de São Paulo (USP); Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Instituto de Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Estadual Paulista (Unesp). O inquérito inicial foi financiado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)<sup>23</sup>, proporcionando a realização de inquéritos subsequentes nas cidades de São Paulo e em Campinas<sup>24</sup>. Como resultado de tais estudos, artigos científicos foram publicados<sup>25-33</sup>. Além disso, cabe ressaltar que o ISA é fruto de um esforço coletivo entre academia, representada pelas universidades envolvidas, e gestão pública em saúde, evidenciada pelo apoio financeiro da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A presente pesquisa foi realizada em três etapas, usadas frequentemente em estudos como o presente<sup>11-17</sup>. A primeira delas consistiu na busca dos módulos do ISA que abordavam a questão da deficiência, os quais foram então selecionados e as questões referentes à temática da deficiência foram destacadas do instrumento total e inseridas em um novo arquivo. Em seguida, em uma segunda etapa, os conteúdos significativos foram extraídos dos trechos e colocados em evidência para a próxima etapa da pesquisa. Na última fase, realizou-se a codificação dos conteúdos destacados para os códigos da CIF. Esse processo foi executado por dois pesquisadores independentes, com conhecimento da CIF, sua taxonomia e experiência e treinamento no processo de codificação, segundo regras propostas e publicadas<sup>34</sup>. Ao final do trabalho dos codificadores, foi feita uma comparação entre os resultados e as discordâncias foram resolvidas por consenso entre ambos. As regras para codificação estão mostradas nos Quadros 2 e 3.

Para a análise estatística descritiva, foram utilizadas medidas como números puros, porcentagens e frequências simples. O grau de concordância entre as codificações produzidas pelos dois profissionais que realizaram o processo de ligação foi calculado por meio do coeficiente de Kappa e do intervalo de confiança. O software utilizado foi o SPSS, versão 7.0.

## RESULTADOS

Das 56 perguntas contidas nos módulos selecionados do ISA (Blocos E e M), foram extraídos 71 conteúdos significativos. Destes, 64,8% referiam-se ao primeiro e 35,2%, ao segundo bloco. Os resultados estão demonstrados na Figura 1.

A concordância percentual total foi de 53,5%, sendo de 60,1% para o Bloco E e 40% para o M. O valor do coeficiente de Kappa encontrado para a concordância total foi de 0,48 (IC95% 0,34 – 0,60); 0,58 (IC95% 0,41 – 0,71) para o Bloco E e de 0,44 (IC95% 0,32 – 0,58) para o M.

Quadro 2. Regras para codificação de conteúdos em códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde<sup>34</sup>.

Número	Regra
1.	Após uma pessoa fazer a ligação dos conceitos presentes com as categorias da CIF, uma outra deve ter bom conhecimento sobre os conceitos e as propriedades taxonômicas fundamentais da CIF, assim como dos capítulos, domínios, categorias e detalhes da classificação, incluindo suas definições.
2.	Cada conceito significativo deve ser ligado à categoria mais precisa da CIF.
3.	A denominação “outra especificada” representada unicamente pelo código de número oito não deve ser utilizada. Caso o conteúdo de um conceito significativo não seja expressamente indicado com a categoria da CIF correspondente, a informação adicional que não pode ser ligada deve ser documentada.
4.	A denominação “não especificada” representada pelo código de número nove não deve ser utilizada. Nesse caso, a categoria de menor nível hierárquico deve ser aplicada.
5.	Se a informação fornecida pelo conceito significativo não for suficiente para tomar uma decisão sobre a categoria da CIF mais precisa, o conceito deve ser ligado à denominação nd (não definida). Casos especiais para essa regra: Conceitos significativos referentes à saúde, física ou mental (emocional), as siglas nd-gh, nd-ph ou nd-mh (não definido – saúde geral, não definido – saúde física ou não definido – saúde mental) devem ser atribuídas, respectivamente. Conceitos significativos referentes à qualidade de vida devem ser atribuídos a nd-qol (não definido – qualidade de vida).
6.	Se o conceito significativo não estiver contido na CIF, mas for claramente um fator pessoal, a sigla pf (fator pessoal) deve ser atribuída.
7.	Se o conceito significativo não estiver contido na CIF e claramente não for um fator pessoal, a sigla nc (não coberto) deve ser atribuída. 8. Se o conceito significativo se referir a um diagnóstico ou a uma condição, de saúde, a sigla hc ( <i>health condition</i> ) deve ser atribuída.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Fonte: Adaptado de Cieza et al.<sup>34</sup>

Quadro 3. Regras específicas para ligação das medidas do estado de saúde.

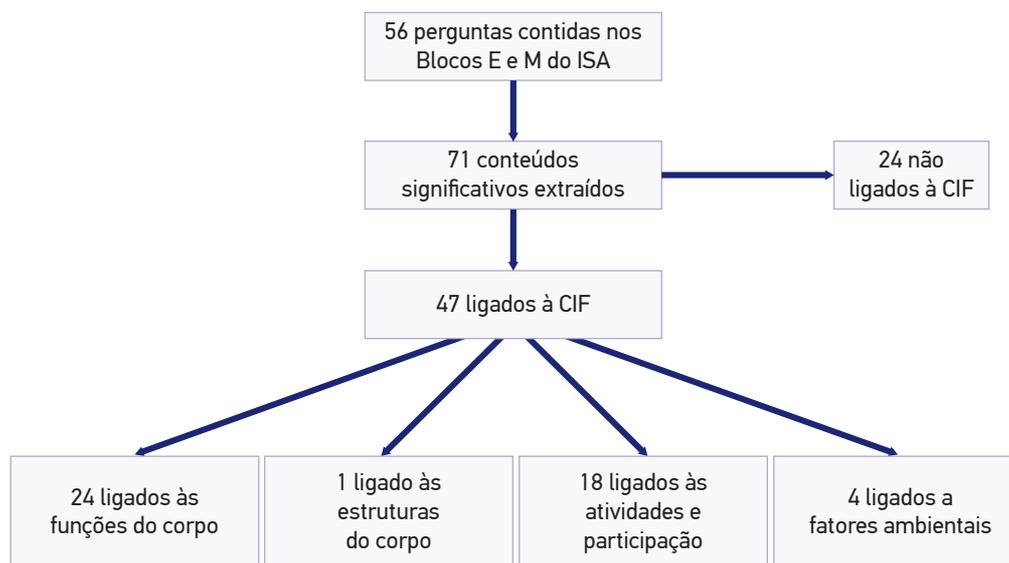
Nota	Regras específicas para medidas do estado de saúde
a.	Após iniciar o processo de ligação das medidas do estado de saúde com as categorias da CIF, identificar todos os conteúdos significativos dentro de cada item em consideração.
b.	As opções de resposta de um item devem ser ligadas às categorias da CIF, caso contenham conceitos significativos.
c.	O intervalo de tempo a que os itens se referem como “durante a semana passada” não deve ser ligado à CIF.
d.	Se um dos conceitos significativos de um item for explicado por meio de exemplos, tanto o conceito como o exemplo deve ser ligado. No entanto, a categoria da CIF a que os exemplos forem ligados deve ser colocada entre parênteses.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Fonte: Adaptado de Cieza et al.<sup>34</sup>

Para o Bloco E, dos 46 conteúdos extraídos e transformados em categorias da CIF, a maior parte se referia a atividades e participação (32,6%), seguido de funções corporais (19,5%). Apenas 8,7% dos conteúdos se relacionavam a fatores ambientais e 2,2% a estruturas corporais. Além disso, 19,5% dos conteúdos não puderam ser definidos precisamente com as categorias da CIF (sendo 8,7% referentes a fatores ambientais, 6,5% a pessoais e 4,3% a atividades e participação) e 17,4% dos conteúdos significativos não eram cobertos pelos domínios da classificação. Em relação ao Bloco M, 60% dos 25 conteúdos são referentes a funções corporais, 12% a atividades e participação. Para os conteúdos em que não se pôde determinar a categoria específica da CIF, a frequência foi de 24% (16% para fatores ambientais e 8% para atividades e participação). Apenas um conteúdo (4%) não era coberto pela classificação.

Após analisar os dois blocos, os resultados foram os seguintes: 33,8% dos conteúdos referentes a funções corporais, 25,3% a atividades e participação, 5,6% a fatores ambientais e somente 1,4% a estruturas corporais. Observou-se ainda que 21% dos conteúdos não foram precisamente ligados às categorias da CIF (9,8% deles são fatores pessoais e 11,2% são fatores ambientais e atividades e participação). Esses conteúdos tiveram os domínios a que pertencem identificados, entretanto, uma correspondência mais exata com os códigos de segundo ou terceiro nível não foi possível devido à inespecificidade apresentada por eles. A frequência de conteúdos que não são cobertos pela classificação foi de 12,7%, tais como tempo, nascença, papel útil na vida e doença, entre outros.



CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; ISA: Inquérito de Saúde.

Figura 1. Número de conteúdos significativos identificados no Inquérito de Saúde e suas distribuições entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

## DISCUSSÃO

Estudos transversais de base populacional têm sido amplamente usados para determinar prevalências e para diagnóstico em saúde tanto em nível nacional<sup>35-39</sup> quanto no internacional<sup>40-42</sup>. No caso dos inquéritos que abordam a questão da deficiência, a incorporação dos conceitos preconizados pela OMS, por meio da CIF, é de crucial importância para que a estimação da prevalência de deficiências não seja prejudicada e para que os resultados não sejam enviesados.

A discussão sobre o correto levantamento das prevalências de pessoas com deficiências em estudos populacionais tem sido alvo de discussão pela comunidade científica<sup>43-45</sup>. Nesse sentido, o Relatório Mundial sobre a Deficiência também apresenta prevalências variadas segundo local, nível de desenvolvimento e outras variáveis<sup>46</sup>. O aprimoramento dos instrumentos para coleta de dados se mostra imprescindível no processo de determinação da prevalência de deficiências entre os grupos populacionais estudados, uma vez que, em alguns casos, erros ou inconsistências podem ser gerados em decorrência da inadequação do instrumento de coleta<sup>47</sup>.

Considerando tais colocações, a discussão dos domínios ou facetas da funcionalidade/incapacidade abordados por inquéritos de saúde contribuirá no sentido de aprimorar os instrumentos de coleta de dados, melhorando, assim, a qualidade dos dados levantados por esses estudos. Nesse sentido, a detecção dos domínios usados na elaboração dos questionários ajudará a incorporar a esses instrumentos os domínios não incluídos, fazendo com que a proposta de multicausalidade da incapacidade passe a ser contemplada de forma satisfatória. A CIF, por sua vez, nos fornece subsídios teóricos para a melhor compreensão dos conceitos envolvidos na funcionalidade/incapacidade dos sujeitos, que já estão sendo incorporados aos inquéritos de saúde<sup>48,49</sup>.

Além de trazer novas concepções acerca da funcionalidade/incapacidade, a CIF foi proposta também com o objetivo de ser um instrumento para uso em áreas como relatórios nacionais e internacionais<sup>50</sup> sobre deficiências; pesquisas científicas em saúde<sup>51,52</sup>; uso clínico<sup>53,54</sup> e epidemiológico<sup>55,56</sup> e na área de políticas sociais, entre outros como a área educacional<sup>57</sup>.

Em uma recente revisão sistemática sobre as publicações que utilizam a metodologia de ligação de instrumentos com a CIF, os autores pontuaram que este tipo de trabalho é uma forma útil de aplicação da classificação em pesquisas científicas. Ressaltaram que foram publicados 100 artigos em 58 revistas científicas, distribuídos em 50 diferentes áreas de atuação. Observam ainda que a ferramenta tem demonstrado grande capacidade de utilização na descrição e comparação de informações sobre dados quantitativos e qualitativos relacionados aos processos de deficiência e incapacidade<sup>58</sup>.

Os resultados de nosso estudo apontam uma maior frequência das categorias referentes às funções corporais. Esse fato mostra uma maior afinidade da abordagem da deficiência do questionário do ISA-SP com o modelo biomédico, presente na maioria dos estudos quantitativos em saúde. Esta abordagem é reducionista<sup>59</sup> e é reflexo de um sistema de ensino superior e de pesquisa em saúde profundamente influenciado pelo cartesianismo, que prima pela atenção ao indivíduo, à doença e aos órgãos e funções corporais acometida<sup>60,61</sup>. O modelo biopsicossocial, contraponto ao biomédico, mesmo tendo sido proposto na década de 1970, continua com pouca introdução na área da pesquisa em saúde<sup>59</sup>. A abordagem proposta pela CIF busca

quebrar esse paradigma, oferecendo um arcabouço teórico com outros componentes além dos físicos ou biológicos. A OMS sugere que outros fatores, como psicológicos e sociais, têm tanta influência quanto os biológicos na funcionalidade/incapacidade<sup>62</sup>, enriquecendo sua abordagem à medida que amplia as formas de visualização da questão.

Observou-se, ainda, pelos resultados apresentados, que os fatores ambientais quase não são contemplados no instrumento. O meio ambiente é um componente do modelo explicativo do processo incapacitante proposto pela OMS e tem relação direta com esse processo e com outros componentes envolvidos<sup>34,63-65</sup>. É importante ressaltar que no momento em que o meio ambiente não é considerado na criação do instrumento de coleta, um importante fator limitante ou facilitador é excluído, aumentando as chances de viés no estudo. Futuras versões do ISA e de outros inquéritos populacionais de saúde deveriam incorporar de forma mais consistente o meio ambiente como construto e componente do processo incapacitante, para assim abordar tal processo de maneira mais satisfatória, conforme recomendado pela OMS.

Relatos da literatura mostram a concordância entre os codificadores, medida pelo coeficiente Kappa, variando de 0,67 (IC95% 0,56 – 0,78) a 1,00<sup>15</sup>. É digno de nota que a concordância total dos avaliadores do presente estudo foi de 0,48 (IC95% 0,34 – 0,60), valores que não podem ser considerados diferentes de 0,67, devido à análise dos intervalos de confiança apresentados. A baixa concordância para o bloco de saúde emocional verificada nesta pesquisa poderia ser explicada pela dificuldade de codificação dos conteúdos referentes ao Capítulo de Funções Mentais (b1) da CIF, decorrente do grau de subjetividade relativo a esses conceitos. Além disso, a reprodutibilidade entre avaliadores no processo de codificação de conteúdos apresenta divergências<sup>66,67</sup> ou valores abaixo ou acima dos encontrados aqui em diversos outros estudos<sup>68-70</sup>, sendo citadas até mesmo variações diferenciadas segundo o capítulo de cada domínio da CIF<sup>71</sup>. A não cobertura de conteúdos foi referida em outra pesquisa, que analisou oito escalas e encontrou porcentagens de não cobertura variando de 0 a 30%<sup>11</sup>, entre todas elas. A taxa da presente pesquisa foi de 12,7%, que está entre a variação mostrada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os domínios de funções e estruturas do corpo e de atividades e participação foram os que mais apresentaram códigos no questionário do estudo avaliado, sendo 'fatores ambientais' o menos abordado pela pesquisa. A presente investigação pode contribuir para o incremento da pesquisa em saúde no Brasil à medida que documenta os domínios da CIF presentes ou ausentes no questionário de inquérito de saúde, por meio de metodologias transparentes e revisadas por pares. Sendo assim, é possível criar uma base empírica para futuras discussões sobre conceitos que poderiam ou deveriam caber nas futuras realizações de inquéritos de saúde. Essas discussões não devem se restringir somente ao questionário do ISA, mas deve ser expandida para outros estudos com a mesma metodologia, os quais busquem informações a respeito da ocorrência de deficiência entre a população.

## REFERÊNCIAS

- Costa AJ. Metodologia e indicadores para avaliação da capacidade funcional: Análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. *Cienc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 927-40.
- Farias N, Buchalla C. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 187-93.
- Malta D, Leal M, Costa-Lima M, Neto O. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11 Suppl 1: 159-67.
- Raty S, Aroma A, Koponen P. Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys – ICF as a framework. National Public Health Institute, 2003. 171 p. Disponível em: [http://www.euhisid.org/docs/HISHESphase2\\_sub4.pdf](http://www.euhisid.org/docs/HISHESphase2_sub4.pdf). (Acessado em 5 de janeiro de 2011).
- Reuben DB, Sui AL. An objective measure of physical function of elderly outpatients. *The Physical Performance Test. J Am Geriatr Soc* 1990; 38(10): 1105-12.
- Altman BM, Gullely SP. Convergence and divergence: differences in disability prevalence estimates in the United States and Canada based on four health survey instruments. *Soc Sci Med* 2009; 69(4): 543-52.
- Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
- Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.
- Herrmann KH, Kirchberger I, Biering-Sørensen F, Cieza A. Differences in functioning of individuals with tetraplegia and paraplegia according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Spinal Cord* 2011; 49(4): 534-43.
- Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Seijo-Martínez M, Saz P, Sánchez-Sánchez F, Rojo-Pérez, et al. Prevalence of disability in a composite ≥75 year-old population in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning. *BMC Public Health* 2011; 23(11): 176-85.
- Alghwiri AA, Marchetti GF, Whitney SL. Content comparison of self-report measures used in vestibular rehabilitation based on the international classification of functioning, disability and health. *Phys Ther* 2011; 91(3): 346-57.
- Gradinger F, Glässel A, Bentley A, Stucki A. Content comparison of 115 health status measures in sleep medicine using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference. *Sleep Med Rev* 2011; 15(1): 33-40.
- Prodinger B, Cieza A, Williams DA, Mease P, Boonen A, Kersch-Schindl K, et al. Measuring health in patients with fibromyalgia: content comparison of questionnaires based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Arthritis Rheum* 2008; 59(5): 650-8.
- Rat AC, Guillemin F, Pouchot J. Mapping the osteoarthritis knee and hip quality of life (OAKHQOL) instrument to the international classification of functioning, disability and health and comparison to five health status instruments used in osteoarthritis. *Rheumatol* 2008; 47(11): 1719-25.
- Sigl T, Cieza A, Brockow T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Content comparison of low back pain-specific measures based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Clin J Pain* 2006; 22(2): 147-53.
- Stamm T, Geyh S, Cieza A, Machold K, Kollerits B, Kloppenburg M, et al. Measuring functioning in patients with hand osteoarthritis—content comparison of questionnaires based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Rheumatol* 2006; 45(12): 1534-41.
- Stucki A, Stucki G, Cieza A, Schuurmans MM, Kostanjsek N, Ruof J. Content comparison of health-related quality of life instruments for COPD. *Respir Med* 2007; 101(6): 1113-22.
- Cardoso AA, Magalhães LC, Lacerda TTB, Andrade PMO. Relação entre a Avaliação da Coordenação e Destreza Motora (Acoordem) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Fisioter Mov* 2012; 25(1): 31-45.
- 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.
- Polese JC, Nascimento LR, Faria CDCM, Laurentino GEC, Rodrigues-de-Paula F, Ada L, et al. Percepção de hemiplégicos crônicos sobre o uso de dispositivos auxiliares na marcha. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 30(3): 204-8.
- Andrade PMO. Avaliação das diretrizes curriculares conforme a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde. *Avaliação (Campinas)* 2010; 15(2): 121-30.

22. Segri NJ, Francisco PMSB, Alves MCGP, Azevedo Barros MB, Cesar CLG, Goldbaum M, et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL - São Paulo). *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Suppl 1): 31-43.
23. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.
24. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores/Hucitec; 2008.
25. Carvalho WO, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Inquéritos de saúde e uso de serviços de saúde em três municípios da Grande São Paulo. *Rev Pan Salud Pública* 2008; 24(5): 314-23.
26. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8): 1773-82.
27. Fisberg Regina M, Slater B, Barros RR, Lima FD, Cesar CLG, Carandina L, et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. *Rev Nutr* 2004; 17(3): 301-8.
28. Fisberg RM, Morimoto JM, Slater B, Barros MB, Carandina L, Goldbaum M, et al. Dietary quality and associated factors among adults living in the state of São Paulo, Brazil. *J Am Diet Assoc* 2006; 106(12): 2067-72.
29. Francisco PMSB, Donalísio MR, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(3): 347-55.
30. Francisco PMSB, Donalísio MR, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 428-35.
31. Francisco PMSB, Donalísio MR, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à vacinação contra a influenza em idosos. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 19(4): 259-64.
32. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(6): 1329-38.
33. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2): 285-94.
34. Cieza A, Geyh S, Chatterj IS, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update bases on lessons learned. *J Rehab Med* 2005; 37(4): 212-8.
35. Barata RB, Ribeiro MCSA, Cassanti AC, Grupo do Projeto Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(Suppl 2): s164-75.
36. Barata RB. Inquérito Nacional de Saúde: uma necessidade? *Cienc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 870-1.
37. Esteves FM, Silva-Vergara ML, Carvalho ACFB. Inquérito epidemiológico sobre teniase em população do programa saúde da família no município de Uberaba, MG. *Rev Soc Bras Med Trop* 2005; 38(6): 530-1.
38. Lima-Costa MF. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Cienc Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 857-64.
39. Ribeiro MTF, Rosa MAC, Lima RMN, Vargas AMD, Haddad JPA, Ferreira e Ferreira E. Edentulism and shortened dental arch in Brazilian elderly from the National Survey of Oral Health 2003. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5): 817-23.
40. Bollegala D, Perruccio AV, Badley EM. Combined impact of concomitant arthritis and back problems on health status: Results from a nationally representative health survey. *Arthritis Care Res* 2011; 63(11): 1584-91.
41. Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Med* 2011; 5(2): e94-103.
42. Ryan BL, Stewart M, Campbell MK, Koval J, Thind A. Understanding adolescent and young adult use of family physician services: a cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. *BMC Fam Pract* 2011; 12(1): 118.
43. Altman BM. A reply to: the myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service. *Disabil Health J* 2011; 4(3): 198.
44. McDermott S, Turk MA. A reply to reply to: the myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service. *Disabil Health J* 2011; 4(3): 198-9.
45. McDermott S, Turk MA. The myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service. *Disabil Health J* 2011; 4(1): 1-5.
46. World Health Organization. *World Report on Disability*. Switzerland: WHO – World Health Organization; 2011.
47. Ball AE, Russell EM, Seymour DG, Primrose WR, Garratt AM. Problems in using health survey questionnaires in older patients with physical disabilities. Can proxies be used to complete the SF-36? *Gerontol* 2001; 47(6): 334-40.

48. Madans JH, Loeb ME, Altman BM. Measuring disability and monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the work of the Washington Group on Disability Statistics. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 4): S4.
49. Mulhorn KA, Threats TT. Speech, hearing, and communication across five national disability surveys: results of a DISTAB study using the ICF to compare prevalence patterns. *Int J Speech Lang Pathol* 2008; 10: 61-71.
50. Ewert T. Report of the 8th national ICF user conference held on March 10, 2010 in Leipzig. *Rehabilitation (Stuttg)* 2010; 49(4): 256-8.
51. Grisbrook TL, Stearne SM, Reid SL, Wood FM, Rea SM, Elliott CM. Demonstration of the use of the ICF framework in detailing complex functional deficits after major burn. *Burns* 2012; 38(1): 32-43.
52. Harty M, Griesel M, van der Merwe A. The ICF as a common language for rehabilitation goal-setting: comparing client and professional priorities. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 87.
53. Tempest S, Harries P, Kilbride C, De Souza L. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disabil Rehabil* 2012 (no prelo).
54. Dalen HE, Nyquist A, Saebu M, Roe C, Bautz-Holter E. Implementation of ICF in goal setting in rehabilitation of children with chronic disabilities at Beitostolen Healthsports Centre. *Disabil Rehabil* 2012 (no prelo).
55. Oberhauser C, Escorpizo R, Boonen A, Stucki G, Cieza A. A statistical validation of the Brief ICF Core Set for osteoarthritis based on a large international sample of patients with osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012 (no prelo).
56. Dale C, Prieto-Merino D, Kuper H, Adamson J, Bowling A, Ebrahim S, et al. Modelling the association of disability according to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) with mortality in the British Women's Heart and Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(2): 170-5.
57. Hollenweger J. Development of an ICF-based eligibility procedure for education in Switzerland. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 4): S7.
58. Fayed N, Cieza A, Bickenbach JE. Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008. *Disab Rehab* 2011; 33(21-22): 1941-51.
59. Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Educ Couns* 2004; 53(2): 239-44.
60. Eaton JS Jr. The biopsychosocial model in education: discussion. *Psychosom Med* 1980; 42(Suppl 1): 131-3.
61. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Gen Hosp Psychiatry* 1979; 1(2): 156-65.
62. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(2): 324-35.
63. Balfour JL, Kaplan GA. Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 2002; 155(6): 507-15.
64. Keysor JJ, Jette AM, LaValley MP, Lewis CE, Torner JC, Nevitt MC, Felson DT; Multicenter Osteoarthritis (MOST) group. Community environmental factors are associated with disability in older adults with functional limitations: the MOST study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65(4): 393-9.
65. Tomey KM, Sowers MR. Assessment of physical functioning: a conceptual model encompassing environmental factors and individual compensation strategies. *Phys Ther* 2009; 89(7): 705-14.
66. van der Zee CH, Priesterbach AR, van der Dussen L, Kap A, Schepers VP, Visser-Meily JM, et al. Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF Measure of Participation and Activities Screener, the Participation Scale, and the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation. *J Rehabil Med* 2010; 42(8): 752-7.
67. Campos TF, Rodrigues CA, Farias IM, Ribeiro TS, Melo LP. Comparison of instruments for sleep, cognition and function evaluation in stroke patients according to the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Rev Bras Fisioter* 2012; 16(1): 23-9.
68. Lemberg I, Kirchberger I, Stucki G, Cieza A. The ICF Core Set for stroke from the perspective of physicians: a worldwide validation study using the Delphi technique. *Eur J Phys Rehabil Med* 2010; 46(3): 377-88.
69. 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. *Phys Ther* 2008; 88(7): 841-51.
70. Becker S, Kirchberger I, Cieza A, Berghaus A, Harréus U, Reichel O, et al. Content validation of the Comprehensive ICF Core Set for Head and Neck Cancer (HNC): the perspective of psychologists. *Psychooncology* 2010; 19(6): 594-605.
71. Grill E, Gloor-Juzi T, Huber EO, Stucki G. Assessment of functioning in the acute hospital: operationalisation and reliability testing of ICF categories relevant for physical therapists interventions. *J Rehabil Med* 2011; 43(2): 162-73.

Recebido em: 21/05/2012

Versão final apresentada em: 09/07/2012

Aprovado em: 31/10/2012