



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
www.ufrgs.br

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: DESENVOLVIMENTO E
APLICAÇÃO DO MÓDULO WHOQOL-OLD E TESTE DO
DESEMPENHO DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF EM UMA
AMOSTRA DE IDOSOS BRASILEIROS**

EDUARDO CHACHAMOVICH

Porto Alegre, Dezembro de 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS : PSIQUIATRIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: DESENVOLVIMENTO E
APLICAÇÃO DO MÓDULO WHOQOL-OLD E TESTE DO
DESEMPENHO DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF EM UMA
AMOSTRA DE IDOSOS BRASILEIROS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas : Psiquiatria como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

EDUARDO CHACHAMOVICH

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Porto Alegre, Dezembro de 2005

Catalogação-na-Publicação

C431 Chachamovich, Eduardo
Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira / Eduardo Chachamovich. - 2005.
197 f.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck.

1. Qualidade de vida 2. Idosos I. Fleck, Marcelo Pio de Almeida II.
Título

NLM WA 30

(Bibliotecária responsável: Elise Maria Di Domenico Coser - CRB-10/1577)

“A natureza fez o pescoço com uma mobilidade de 360 graus.

Portanto devemos olhar a coisa de todos os ângulos”

(Millôr Fernandes, 2000)

AGRADECIMENTOS

Para a minha família Júlio, Jane, Régis e Lúcio, pelo suporte sempre presente e, especialmente, por ensinarem que as conquistas, sejam quais forem e em que âmbito ocorrerem, são para ser sentidas e aproveitadas. Enfim, que a vida é música.

Para a minha esposa Juliana, palheta de cores da minha vida.

Às famílias Luzardo Rigol, em especial a Dario Carlos, Gladys, Eliana e Marcos, pelo caloroso e sempre alegre acolhimento.

Aos colegas do Centro Brasileiro do Grupo de Qualidade de Vida, pelo apoio mútuo e pelas valiosas contribuições que trocamos ao longo dos trabalhos.

Aos amigos Jacques Zimmermann e Marcelo Berlim, pela profícua parceria marcada por agradáveis momentos.

À amiga Clarissa Trentini, um muito obrigado pelo trabalho conjunto e pela amizade desenvolvida.

À equipe de coleta de dados, especialmente às incansáveis Mônica Carvalho e Valéria Marchi, pela intensa entrega à difícil tarefa. Muito grato pela competência.

Ao meu orientador Marcelo Fleck, responsável pelo fundamental aprendizado de que ciência é meio. Expresso minha imensa gratidão por ter sido por ele acompanhado desde muito cedo nos diferentes papéis por que um pesquisador passa, o que é motivo de orgulho e gerador de importante vivência humana e científica. Do mesmo modo, agradeço a oportunidade de ter-me juntado ao grupo de pesquisa em qualidade de vida WHOQOL, outro motivo de orgulho e satisfação.

Ao Pós Graduação em Psiquiatria, pela criação de um espaço de desenvolvimento científico e humano.

Às instituições de idosos que, pronta e acolhedoramente, se puseram à disposição para colaborar.

Especialmente aos 424 idosos paciosos, que, com suas histórias e lembranças, fizeram este árduo projeto de pesquisa ganhar vida.

SUMÁRIO

Resumo	09
Abstract	12
1. Apresentação	15
2. Revisão de Literatura	
2.1 Epidemiologia do envelhecimento	16
2.2 Qualidade de vida	25
2.3 Qualidade de vida em idosos	30
3. O Projeto WHOQOL-OLD	44
3.1 Desenvolvimento do Módulo WHOQOL-OLD	46
3.2 Grupos Focais	47
3.3 Teste piloto do Módulo WHOQOL-OLD	49
3.3.1 Instrumentos	51
3.3.2 Método	51
3.4 Teste de campo	52
3.4.1 Instrumentos	54
3.5 A versão final do Módulo WHOQOL-OLD	54
4. Questões de pesquisa	59
5. Artigo 1 : Desenvolvimento e aplicação do módulo de avaliação de qualidade de vida em idosos da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-OLD	
5.1 Versão em português	60
5.2 Versão em inglês	85

6. Artigo 2 : Avaliação do desempenho psicométrico do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileira	
6.1 Versão em português	110
6.2 Versão em inglês	134
<hr/>	
7. Considerações finais	158
<hr/>	
8. Referências bibliográficas	160
<hr/>	
9. Anexos	
9.1 Termo de Consentimento	171
9.2 Ficha de dados sócio-demográficos	173
9.3 Ficha de avaliação de classe social	179
9.4 WHOQOL-BREF	181
9.5 WHQOL-OLD	186
9.6 Inventário de Depressão de Beck (BDI)	192
9.7 Escala de Desesperança de Beck (BHS)	194
9.8 Aprovação da Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA	196
<hr/>	

RESUMO:

Introdução: A presente dissertação de mestrado tem como foco a investigação de qualidade de vida em idosos. Não somente à expectativa de vida e à morbimortalidade, o interesse científico tem-se voltado a conferir qualidade aos anos de vida de uma população de idosos crescente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A definição do construto qualidade de vida não desfruta de consenso até o momento. Entretanto, é consensual que a população de idosos apresenta particularidades que, por conseguinte, se refletem na conceituação de qualidade de vida e na determinação de quais fatores contribuem para sua composição. Entretanto, diversos instrumentos utilizados em estudos de qualidade de vida em idosos não abrangem tais especificidades ou não apresentam propriedades psicométricas adequadamente testadas para esta população.

Objetivos: Os objetivos principais desta dissertação são dois. Primeiramente, desenvolver a versão em português do módulo de aferição de qualidade de vida em idosos da Organização Mundial de Saúde WHOQOL-OLD e descrever suas propriedades psicométricas em uma amostra de idosos brasileiros. Em segundo lugar, realizar a testagem do desempenho psicométrico do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF, originalmente gerado em uma população de adultos não-idosos e crescentemente utilizado em investigações geriátricas.

Método: 424 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos foram entrevistados, completando uma ficha de dados sócio-demográficos, os instrumentos WHOQOL-BREF, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Desesperança de Beck (BHS) e o módulo WHOQOL-OLD. A uma

subamostra de 51 sujeitos foi aplicado o Módulo WHOQOL-OLD após duas semanas.

Resultados: A amostra foi constituída predominantemente de mulheres (64,2%), de sujeitos vivendo na comunidade (84,4%) e de sujeitos que se consideram saudáveis (67,5%). O Módulo WHOQOL-OLD é composto por seis facetas e 24 itens, gerando escores em cada uma das facetas e um escore geral (overall). Os coeficientes de Cronbach indicam que todas as facetas e o conjunto de itens apresentam fidedignidade satisfatória, variando de 0,710 (faceta autonomia) a 0,885 (overall). As seis facetas e o escore overall mostram-se capazes de discriminar os idosos com diferentes níveis de depressão, bem como os que se percebem saudáveis daqueles que se percebem doentes. A validade concorrente, aferida através da correlação dos escores com os de sintomatologia depressiva e de desesperança, apresenta significância estatística. A comparação das médias dos escores do teste e reteste não indica diferenças, atestando a estabilidade do instrumento. Em relação ao desempenho do instrumento WHOQOL-BREF, todos seus quatro domínios demonstraram-se capazes de discriminar níveis de sintomas depressivos e de desesperança, bem como diferentes percepções de estado de saúde. Os coeficientes de correlação entre os domínios e os escores do BDI e BHS apresentaram significância estatística. Os coeficientes de fidedignidade de Cronbach assumem valores que variam de 0,614 (domínio relações sociais) a 0,925(conjunto de 26 itens). Em relação à validade de critério, O domínio Relações Sociais não apresentou significância estatística no modelo proposto de regressão linear múltipla ($p=0,061$). Os domínios físico, psicológico e de

meio-ambiente explicam 64,7% da variância do escore global, constituído por dois itens de qualidade de vida geral.

Conclusão: O módulo WHOQOL-OLD representa uma ferramenta adicional aos questionários genéricos de qualidade de vida WHOQOL-100 ou WHOQOL-BREF como uma alternativa útil na investigação de qualidade de vida de idosos, abrangendo aspectos relevantes e não abordados nos instrumentos desenhados originalmente para populações não-idosas. A testagem do desempenho psicométrico do instrumento WHOQOL-BREF demonstrou que este apresenta consistência interna, validade concorrente, validade discriminante e validade de critério satisfatórias em uma amostra de idosos brasileiros. Seus itens foram analisados previamente em grupos focais, em relação ao conteúdo e fraseamento, tendo sido considerados pelos idosos como relevantes para a aferição de qualidade de vida e de fácil entendimento. Assim sendo, o WHOQOL-BREF apresenta características que o colocam como um instrumento genérico de aferição de qualidade de vida com adequado desempenho psicométrico testado em idosos.

Descritores: qualidade de vida, idosos, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD

ABSTRACT:

Background: This master's dissertation focuses on the investigation on quality of life in older adults. Scientists have been more interested in providing quality of life to years of life in a growing population of older adults in developed and developing countries than solely increasing life expectancy and decreasing morbidity-mortality. There is no consensus on the definition of the quality of life construct up to the present. However, it is unanimous that the older adult population shows particularities that reflect on the quality of life concept and the determining of which factors contribute for its composition. Nevertheless, several instruments used in studies on quality of life in older adults do not comprehend these specificities or do not present psychometrical properties appropriately tested for this population.

Objectives: This study has two main goals. First of all, to develop the Portuguese version of the World Health Organization's WHOQOL-OLD and to describe its psychometrical properties in a sample of Brazilian older adults. Secondly, to carry out the testing of the psychometrical performance of the generic instrument for quality of life assessment WHOQOL-BREF, originally generated in a population of non-elderly adults and widely used in geriatric investigations.

Method: 424 subjects of sixty years old and over were interviewed, filling out a socio-demographic data form, the WHOQOL-BREF, Beck Depression Inventory (BDI), and the Beck Hopelessness Scale (BHS) instruments, as well as the WHOQOL-OLD module. The WHOQOL-OLD module was reapplied to a sub-sample of 51 subjects after two weeks.

Results: The sample was predominantly comprised of women (64.2%), community-dwelling subjects (84.4%) and subjects whom consider themselves healthy (67.5%). The WHOQOL-OLD module is comprised of six facets and 24 items, generating scores in each one of the facets and an overall score. Cronbach's coefficients indicate that all the facets and the set of items show suitable reliability, ranging from 0.710 (autonomy facet) to 0.885 (overall). The six facets and overall scores show the ability to discriminate older adults with different depression levels, as well as the ones who consider themselves healthy and the ones who consider themselves unhealthy. Concurrent validity, measured through the correlation of facet and overall scores with those of depressive and hopelessness scales, present statistical significance. The comparison of the test –retest mean scores does not indicate differences, proving the stability of the instrument. Concerning the WHOQOL-BREF instrument's performance, all its four domains showed the ability to discriminate depressive and hopelessness symptoms levels, as well as different perceptions of health status. The correlation coefficients among the domains and the BDI and BHS scores showed statistical significance. Cronbach's Alpha coefficients range from 0.614 (Social relationships domain) to 0.925 (set of 26 items). Concerning criterion validity, the Social Relationships domain did not show statistical significance in the multiple linear regression model proposed ($p=0.061$). The Physical, Psychological and Environmental domains explain 64.7% of the global score variance, comprised of two items of general quality of life.

Conclusion: The WHOQOL-OLD module represents an additional tool to the generic quality of life questionnaires WHOQOL-100 or WHOQOL-BREF as a

useful alternative, comprehending relevant aspects not covered in the instruments originally designed for non-elderly populations. The testing of the psychometrical performance of the WHOQOL-BREF instrument showed that it presents suitable internal consistency, concurrent validity, discriminant validity in a sample of Brazilian older adults. Its items were previously analyzed in focus groups concerning content and phrasing, considered by the older adults as relevant for the quality of life measurement and easy to understand. Therefore, WHOQOL-BREF is a useful alternative of generic instrument for quality of life instrument with appropriate psychometrical performance tested in older adults.

Keywords: quality of life, elderly, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD

Apresentação

A presente Dissertação de Mestrado tem como foco a medição de qualidade de vida em idosos. Trata-se da aproximação de um construto de crescente interesse científico a uma população também crescente em número e importância.

Para tanto, é composta de:

- a) uma introdução, abordando o construto qualidade de vida, sua aplicabilidade à população idosa e o projeto WHOQOL-OLD;
- b) proposição das questões de pesquisa a serem respondidas;
- c) um artigo que descreve o desenvolvimento e aplicação da versão em Português do Módulo WHOQOL-OLD de aferição de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (ARTIGO 1);
- d) um artigo que descreve o desempenho do instrumento WHOQOL-BREF de aferição de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde em uma população idosa (ARTIGO 2), e
- e) considerações finais
- f) referências bibliográficas.

1. Introdução: Revisão da Literatura

1.1 Epidemiologia do envelhecimento

O aumento da população de idosos é um fenômeno crescente e mundial. Iniciado em países desenvolvidos, passa atualmente a ser uma realidade também em países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. Nos países industrializados, as quedas das taxas de fecundidade e mortalidade, cujo princípio data do século XIX, foram resultados diretos das melhorias sociais, marcadamente nas áreas de saneamento básico, trabalho, alimentação e habitação. Deste modo, a alteração da distribuição populacional e a inversão paulatina da pirâmide etária se deram em consonância com uma série de medidas de estruturação social, o que viria a fornecer condições mais adequadas ao envelhecer. No Brasil, entretanto, foi a ação médico-sanitária que deu base à diminuição de mortalidade, permitindo então que uma população idosa maior permanecesse viva, mas sem as condições sociais que devem acompanhar o aumento da faixa etária idosa na população. Decorrente desta inversão, houve gradual diminuição de qualidade das condições de vida da população idosa no Brasil, especialmente nas primeiras décadas do século XX (Chaimowicz, 1997).

No período compreendido entre 1900 e 1940, a população brasileira manteve grande estabilidade de sua estrutura etária devido especialmente à reduzida oscilação das taxas de natalidade e mortalidade. A esperança ao nascer, por exemplo, passou neste período de 33,3 a 37,6 anos para homens e de 34,1 a 39,4 anos para mulheres (Chaimowitz, 1997). Neste mesmo período,

a população de idosos no Brasil representava somente cerca de 2,5% da população geral, enquanto o grupo etário de até quinze anos compreendia cerca de 46% (IBGE, 2005).

A partir da década de 1940, observa-se o início do processo de declínio rápido das taxas de mortalidade, que se estendeu até o final dos anos 70. A esperança de vida aumentou em 4 anos para homens e 6,8 anos para mulheres, atingindo para estas 53,7 anos em 1970. O processo de envelhecimento populacional tomou fôlego especialmente a partir de 1960, com o marcado declínio da fecundidade, inicialmente nas regiões mais desenvolvidas e, em seguida, espalhando-se às desfavorecidas. As taxas de fecundidade, por exemplo, caíram de 5,8 (em 1970) para 2,7 filhos (em 1991) por mulher em idade reprodutiva, acarretando um decréscimo do peso relativo dos jovens e um aumento da proporção de idosos de 3,1 para 4,8%. Concomitante ao aumento da representatividade dos idosos, o índice de envelhecimento populacional (calculado pelo número absoluto de indivíduos maiores de 64 anos multiplicado por 100 e dividido pelo número absoluto de menores de 15 anos, e indicador da tendência de envelhecimento ou rejuvenescimento populacional) passou de 6,4 em 1960 para 13,9 em 1991, denotando um incremento de quase 100% em apenas 30 anos (Chaimowitz, 1997).

A composição da população se dá por um fenômeno dinâmico, as chamadas “ondas jovens” que são coortes em que há um desequilíbrio da relação natalidade-mortalidade, determinando uma pendência em direção ao rejuvenescimento. As “ondas jovens” progridem com o decorrer dos anos, acarretando futuramente um momento posterior de envelhecimento. Deste

modo, espera-se que na próxima década ocorra um rápido e intenso incremento na proporção de idosos, que provavelmente passará de 5,1% a 14,2% da população total. Contribui para esta expectativa a persistente redução de fecundidade nos últimos 10 anos. Calcula-se que, em 2020, a esperança de vida deverá chegar a 75,5 anos no Brasil, sendo a população formada por 7,7% de idosos (cerca de 16,2 milhões de indivíduos) (Chaimowitz, 1997; Garrido et al, 2002; Ramos, 2003; Xavier, 2003).

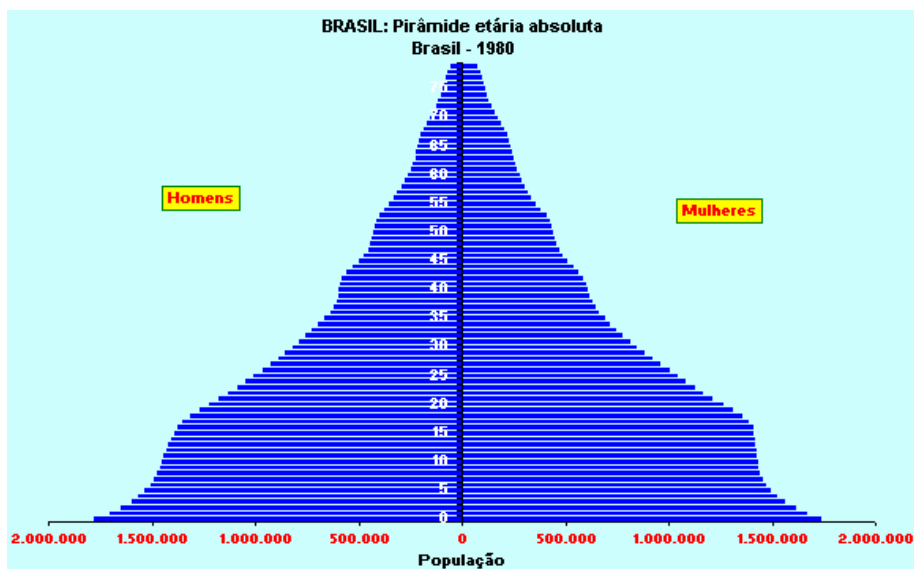
Dentro da explosão demográfica de idosos no Brasil, destaca-se que esta ainda não se dá às custas do aumento da população de “idosos muito velhos”, assim chamados os idosos com mais de 80 anos de idade. Em 1995, a proporção de idosos muito velhos em relação à população total de indivíduos com mais de 65 anos de idade era de 9% (IBGE, 2005). Tal aspecto é de fundamental importância no desenho de intervenções de saúde e alocação de recursos, uma vez que a população de mais idade necessita de um perfil distinto de cuidados e representa um custo significativamente mais elevado.

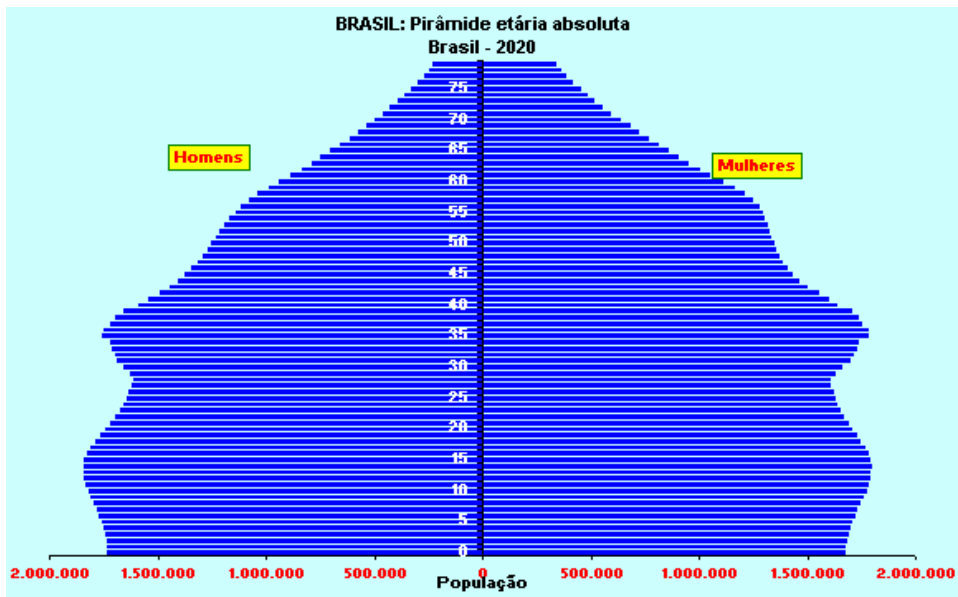
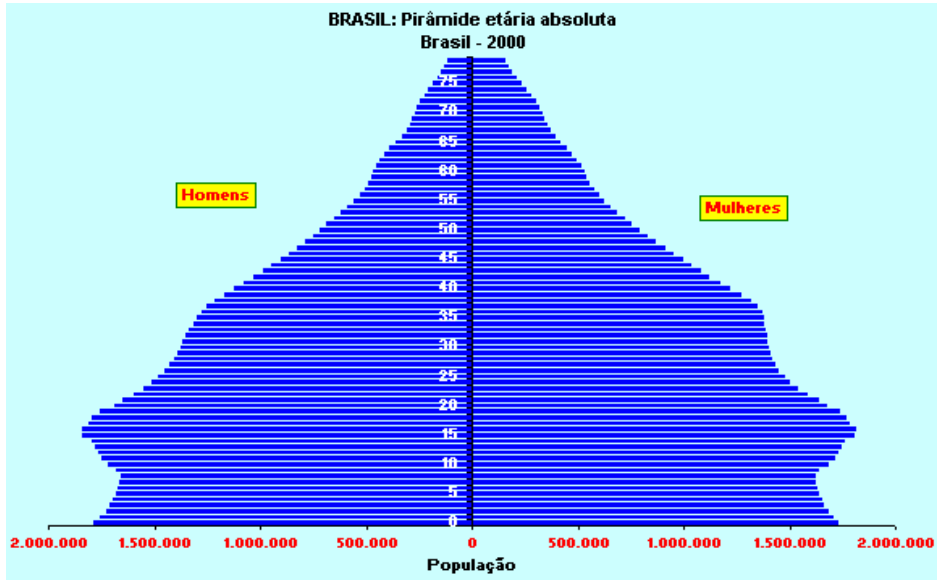
Em relação à distribuição dos idosos por sexo, assim como em outros países do mundo há uma preponderância na população idosa brasileira de mulheres. A proporção de mulheres na população acima de 60 anos é de 55%, sendo que esta diferença se acentua com o aumento de idade. A razão mulher homem é de 118/100 na faixa de 65-69 anos e de 141/100 no grupo de 80 anos ou mais. A esperança de vida ao atingir 60 anos também liga-se ao sexo. As mulheres têm em média esperança de 19,3 anos de vida, enquanto os homens vivem em média mais 16,8 anos (Garrido et al 2002).

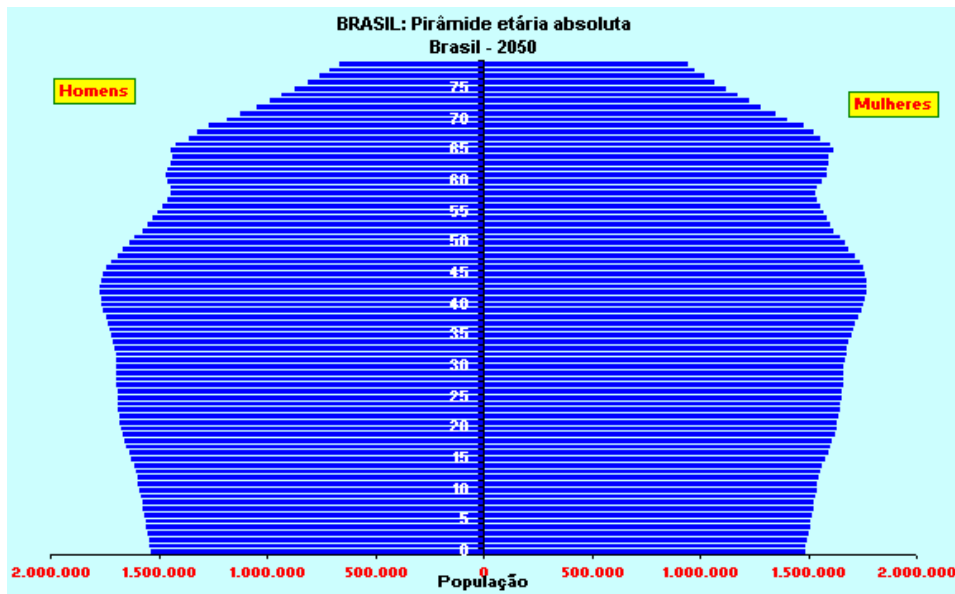
Tomando índices de envelhecimento de outros países como comparação, temos que a França, por exemplo, necessitará de 115 anos para

uplicar o número de idosos (85 anos na Suécia e 66 anos nos Estados Unidos). Calcula-se que o Brasil leve somente 30 anos para tal. Deste modo, o Brasil deve passar já em 2025 para o 6º colocado no mundo em número absoluto de indivíduos com mais de 60 anos, enquanto ocupava a 16ª posição em 1960 (Chaimowitz 1997; Paschoal, 2002; Ramos, 2003).

A tendência de retangularização da pirâmide etária, ocorrida desde 1970 no Brasil, traz impactos diretos na alocação de recursos em atendimento em saúde. Paulatinamente as doenças infecto-contagiosas, mais associadas à população jovem e cujo tempo de duração é reduzido (devido à dicotomia cura ou morte), passam a dar lugar a uma crescente prevalência de condições crônico-degenerativas, caracterizadas por um prolongado tempo de doença e por requerer uma série específica de amplos cuidados em saúde. Os gráficos abaixo, publicados pelo IBGE em sua página na internet, ilustram o processo de retangularização etária brasileiro.







A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística anualmente, foi oficialmente divulgada pela entidade em início de dezembro de 2005 (dados referentes ao ano de 2004). O total de idosos residentes no Brasil é de 17.461.495, correspondendo a 9,8% da população total. A esperança de vida ao nascer no Brasil alcançou os 71,7 anos (71 anos, 8 meses e 12 dias). Em relação a 2003 houve um acréscimo de 0,4 ano (4 meses e 24 dias). Entre 1980 e 2004 a esperança de vida do brasileiro apresentou um acréscimo de 9,1 anos, ao passar de 62,6 anos, para os atuais 71,7 anos. Assim, ao longo de 24 anos, a esperança de vida ao nascer no Brasil, incrementou-se anualmente, em média, em 5 meses. Em 2004, com uma esperança de vida ao nascer de 81,9 anos, o Japão liderava os 192 países que integram o *ranking* da ONU, no qual o Brasil ocupa a 82ª posição – sete posições acima da que ocupava em 2000, quando

estava em 89º lugar, com uma esperança de vida ao nascer de 70,5 anos. Em 2004, um brasileiro que completasse os 20 anos de idade tinha ainda pela frente 54,6 anos, em média, perfazendo 74,6 anos de expectativa de vida. Já um indivíduo com 50 anos de idade em 2004 poderia viver até os 78,3 anos, e aqueles com 60 anos viveriam além dos 80 anos de idade. Mas os diferenciais por sexo mudam de acordo com as idades: as mulheres que completassem vinte anos em 2004 viveriam, em média, sete anos mais que os homens, enquanto as sexagenárias viveriam apenas 3,1 anos a mais (IBGE, 2005).

Tal mudança de direção tem reflexos, há mais tempo, no direcionamento de recursos financeiros nos países desenvolvidos. De modo geral, um terço dos recursos destinados aos cuidados individuais na saúde dos Estados Unidos em 1989 foram investidos nos 12% de idosos da população norte-americana. Na Inglaterra, onde se calcula que o gasto *per capita* com o idoso é cerca de três vezes maior do que com adultos jovens, os idosos (cerca de 17% da população total) recebiam 60% dos investimentos nacionais de saúde na década de 80 (Chaimowitz 1997).

Além de investigar e determinar o ritmo de envelhecimento populacional, há também a preocupação de estudar a qualidade do envelhecimento e, em um segundo momento, desenhar intervenções capazes de provocar impacto em direção a um processo de envelhecimento saudável. Como destaca Litvak, “o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida. As metas são promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida do indivíduo” (Litvak, 2000, p1). Segundo Neri (2000), o envelhecimento bem sucedido seria produto de uma condição de bem estar

físico e social em nível individual e de grupo, sendo levados em conta os valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e as circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário.

Papalia e Olds (2000) propõem três aspectos gerais que, somados aos fatores individuais, contribuem para a caracterização do processo de envelhecimento. Aumento nas perdas físicas, indicado como primeiro deles, relaciona-se especificamente com o prejuízo das capacidades motoras e do funcionamento dos sentidos, modulando a interface do idoso com o mundo externo. Em segundo lugar, colocam as perdas sociais acumulativas como fonte de alterações nas configurações de amizades e de posicionamento no círculo social. Por fim, como terceiro aspecto, destacam a percepção de finitude da vida e de limite de tempo a ser vivido. Este último já fora citado como um dos conflitos básicos da velhice por Erikson (1968), que destacava a ambivalência de integridade de Ego e desespero como a tarefa a ser realizada neste estágio da vida, ao qual chamou maturidade.

Rowe e Kahn (1987) indicaram a necessidade de diferenciação entre o que chamam de envelhecimento bem sucedido e usual. Destacam que os fatores que caracterizam o processo de envelhecimento como bem sucedido dividem-se basicamente em dois grandes grupos: primeiro, os fisiológicos e de vitalidade (em que se inserem capacidades físicas, alterações metabólicas, capacidades cognitivas) e, segundo, os psicológicos (que englobam capacidade de lidar com perdas afetivas, resiliência, suporte social). Assim, concluem que o envelhecimento bem sucedido depende de uma série de aspectos interligados e interdependentes. Dez anos decorridos, os mesmos autores revisariam o modelo primeiramente proposto, acrescentando um

aspecto ambiental e redefinindo os componentes determinantes de um envelhecimento bem sucedido. Em 1997, propõem então que a definição de envelhecimento bem sucedido inclui três componentes: primeiro, baixa probabilidade de doenças ou limitações decorrentes de patologias; segundo, manutenção das capacidades cognitivas e físicas e; terceiro, engajamento ativo com a vida. Deste modo, a inclusão do terceiro componente indica a tendência de que o envelhecimento bem sucedido não está associado somente a ausência de prejuízos e nem se dá de forma passiva, mas é determinado ativamente pela postura do idoso (Rowe & Kahn, 1997).

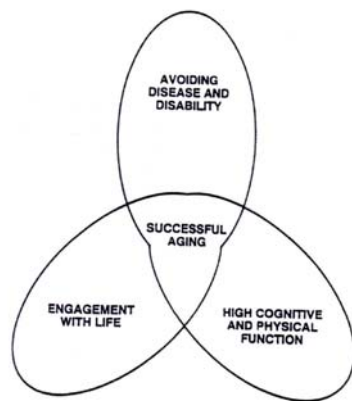


Figura retirada de Rowe e Kahn, 1997

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em publicação intitulada “*WHO policy framework on active ageing*” (2002), há uma substituição do paradigma de envelhecimento de um modelo de necessidades (*needs based approach*) para um de direitos ativamente conquistados (*rights based approach*).

Neste contexto de valorização do processo de envelhecimento bem sucedido, que propõe uma ruptura do entendimento prévio de que a velhice era

sinônimo da presença de patologias físicas e emocionais, a aplicação do construto de qualidade de vida em investigações de idosos passou a despertar interesse crescente.

1.2 Qualidade de vida

Qualidade de vida tem sido recentemente reconhecida como um dos objetivos centrais do atendimento em saúde (Katschnig, 1997). Historicamente, o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida perpassou fases de interesse científico distintos, criando um solo fértil e dinâmico que levou ao estabelecimento de um corpo sólido teórico e prático acerca de Qualidade de Vida, sem que, no entanto, se tenha chegado próximo a um consenso conceitual.

As pesquisas em temas relacionados a construtos de percepção subjetiva de satisfação iniciaram-se na literatura internacional em 1953, com a publicação de uma série de estudos conduzidos por Jones, um psicólogo americano da Universidade de Harvard, reunidos no livro *The Pursuit of Happiness* (Jones, 1953). Guryin e colaboradores (1960) seguiram as pesquisas em felicidade, determinando desde então que tal conceito compunha-se de dimensões positivas e negativas, sendo importantes determinantes não somente a presença da primeira, mas também a ausência da última. A presença das dimensões positiva e negativa na composição do construto felicidade também se verifica no construto qualidade de vida, aspecto em que os dois conceitos se aproximam. Farquhar (1995) destaca, em relação à definição de qualidade de vida, que o termo “qualidade” traz consigo uma conotação positiva que não se aplica ao construto qualidade de vida, sendo

este último um indicativo de um estado e não necessariamente de um estado positivo de vida.

Paralelamente aos estudos em felicidade, nas décadas de 1960 e 1970, filósofos, políticos e cientistas sociais investiram esforços no desenvolvimento de pesquisas em indicadores sociais como resposta especialmente a um panorama de percepção de má distribuição de renda da população norte-americana e a conseqüente insatisfação de uma parcela desfavorecida desta população (Albrecht et al, 1994). Nos anos seguintes à Segunda Guerra Mundial, com o fenômeno do reaquecimento econômico, indicadores objetivos, tais como taxas de delinqüência e números de venda de eletrodomésticos e carros, passaram inicialmente a ser utilizados como mensuração da qualidade da vida da população (especialmente nos Estados Unidos e Europa Ocidental) (Farquhar, 1995). Ademais, a evolução do estado de bem estar social estimulou pesquisas abordando indicadores de bem-estar, particularmente em relação à qualidade do trabalho, vida familiar e lazer, criando um arcabouço do que viria a constituir pontos de interesse da pesquisa em qualidade de vida. Como ilustração do vértice social do termo qualidade de vida em um contexto político de bem estar, Lyndon Johnson, durante corrida presidencial norte-americana de 1964, brada em seu discurso que “...esses objetivos não podem ser medidos pela magnitude dos nossos balancetes bancários; só podem ser medidos pela qualidade de vida que a nossa população leva” (tradução livre) (Katschnig, 1997).

Outro momento científico que acarretou reflexão foi a publicação, em 1948, do conceito de saúde da Organização da Saúde (Testa et al., 1996). Nesta, a saúde é definida como “um estado de bem-estar físico, mental e social

e não meramente a ausência de doença e enfermidade” (OMS, 1948). Tal conceituação, além de determinar uma ampliação do conceito de saúde, enfatiza o caráter subjetivo da avaliação. Assim, introduz de modo inequívoco a percepção de bem-estar subjetivo como um dos pilares do conceito de saúde.

A partir da década de 1990, a avaliação de resultados de intervenções em saúde através do ponto de vista do paciente cresceu muito em importância. Tal tendência teve início ainda na década de 1970, com um movimento de insatisfação dos pacientes, enquadrados como consumidores de serviços médicos inseridos em uma crescente visão mercantilista das práticas de saúde. Tal insatisfação embasava-se, parcialmente, na crescente onda intervencionista focada em necessidades e indicações estritamente técnicas e despreocupada com o bem-estar, autonomia e satisfação do paciente (Katschnig, 1997).

Ultimamente, a avaliação subjetiva dos resultados de intervenções médicas por parte dos pacientes a elas submetidas (chamada *Patient Reported Outcomes*) passou a ser parâmetro fundamental. Como exemplo de tal importância, a Food and Drug Administration (órgão norte-americano responsável pela regulamentação e aprovação de intervenções na área da saúde) exige que os estudos de eficácia e eficiência de intervenções incluam alguma medida de desfecho realizada a partir de pacientes (além das clássicas medidas de redução de sintomatologia e morbi-mortalidade) (Wiklund, 2004; FDA, 2005,). Deste modo, a tendência de valorização subjetiva dos pacientes passou a ter maior relevância no contexto científico, o que também viria a

provocar impacto na conceituação teórica do construto qualidade de vida (Brenheim, 1999).

Assim, a importância da valorização da percepção subjetiva e não somente de parâmetros exclusivamente objetivos, bem como a necessidade de ampliar o espectro de investigação na área da saúde para além de aspectos unicamente clínicos e focados em doença e sintomas, compuseram o panorama científico de onde emergiu o conceito de qualidade de vida e suas diferentes definições e utilizações.

A primeira citação do termo qualidade de vida em um jornal médico data de 1966, quando JR Elkinton publicou um editorial no periódico *Annals of Internal Medicine* intitulado *Medicine and Quality of Life*. Nesse, o autor criticava a prática médica vigente na época, a qual dava demasiado peso aos desenvolvimentos tecnológicos e técnicos em detrimento da preocupação com o bem-estar e o grau de satisfação que tais conquistas poderiam proporcionar aos pacientes (Katschnig 1997). Três anos mais tarde, Fairweather e colaboradores (1969) incluíram pela primeira vez medidas subjetivas de satisfação e bem-estar (associadas a medição de desfechos objetivos clássicos) em uma pesquisa de campo que visava a avaliar o impacto de um programa de tratamento comunitário nos Estados Unidos. A partir de então, e de modo mais acentuado a partir da década de 80, a necessidade de avaliação subjetiva de desfechos viria a ser abordada pelo desenvolvimento dos conceitos teóricos do construto qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida não desfruta de consenso até o presente momento (Bowling, 1995; Wilson et al., 1995; Testa et al., 1996;

Hunt, 1997; Katschnig, 1997; Berlim, 2003). Há distintas teorias que conferem conceituações particulares e partem de bases teóricas diversas.

A Organização Mundial de Saúde, representada pelo Grupo WHOQOL, publicou em 1994 o conceito de qualidade de vida que adota e que, portanto, dá embasamento teórico ao desenvolvimento de seus instrumentos. Para a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL-Group, 1994). Tal definição traz consigo três áreas de fundamentação, sobre as quais o conceito foi desenvolvido.

Primeiramente, a percepção subjetiva do indivíduo recebe especial destaque no conceito de qualidade de vida da OMS e é incorporada em sua definição em três níveis. Um primeiro nível diz respeito à percepção subjetiva de uma condição objetiva (por exemplo, a percepção da adequação de uma situação social). O segundo nível relaciona-se com a percepção global subjetiva de funcionamento (por exemplo, o quão bem um indivíduo dorme). E, em terceiro nível, há uma avaliação específica da percepção subjetiva (por exemplo, o quão satisfeito um indivíduo está com seu sono) (WHOQOL-Group, 1995).

Como segunda área de fundamentação do conceito, salienta-se a multidimensionalidade do construto. Por este princípio, os instrumentos de aferição de qualidade de vida desenvolvidos pela OMS são compostos de domínios (por exemplo, domínios físico, psicológico e relacionamento social), ilustrando o entendimento de que qualidade de vida é um produto da interação de diversas áreas independentes da vida do indivíduo.

Em terceiro lugar, há o reconhecimento que o construto é composto de dimensões positivas (por exemplo, funcionalidade, mobilidade) e negativas (por exemplo, sentimentos negativos, dependência de medicações). Uma adequada aferição de qualidade de vida deve abordar a percepção subjetiva de ambas as dimensões (WHOQOL-Group, 1995).

Uma vez que esta dissertação tem como foco o desenvolvimento e a avaliação de instrumentos de qualidade de vida da OMS, utilizará como base teórica conceitual a definição de qualidade de vida acima transcrita.

1.3 Qualidade de vida em idosos

O processo de envelhecimento e a vivência da velhice são experiências particulares de cada idoso. Erik Erikson, como já supracitado, caracterizou a etapa da velhice como a luta pela resolução do conflito desespero versus integração (Erikson, 1968). Sobre esta consideração, Kimmel e colaboradores (1974) resumem o posicionamento emocional do idoso frente à velhice ao colocar que “se o indivíduo idoso consegue construir um senso seguro de ego e uma percepção de seu legado, seja através dos filhos ou do trabalho, ele manterá a integridade do ego. Por outro lado, a incapacidade de obter solução para este conflito resulta simultaneamente em desapontamento com seu *self* e, portanto, desespero” (tradução livre, Kimmel et al., 1974).

A década de 1940 testemunhou o início do interesse científico, e o conseqüente desenvolvimento de estudos, na área do envelhecimento saudável (ou do envelhecer bem), particularmente na Escola de Chicago. Segundo tais pesquisadores, o “envelhecer bem” caracterizava-se por estar satisfeito com o status atual de vida e ter planos ou perspectivas para o futuro.

A partir destes estudos, a percepção da satisfação passou a representar a dimensão mais estudada em relação ao bem-estar na velhice. Na década de 1960, entretanto, a atenção voltou-se também à investigação da participação de possuir atividades na determinação do bem-estar em idosos. Tal mudança sofreu influências dos estudos publicados pela Escola de Kansas, em 1953, em especial o *Kansas City Studies of Adult Life* (Neri, 1993).

Rede social também tem sido destacada como um fator associado a desfechos positivos na velhice. Segundo Bosch (2003), uma das principais ações a ser implementada pelo governo espanhol para melhoria da qualidade de vida em idosos é o investimento na ampliação de redes sociais. Dados espanhóis indicam que cerca de 50% das mulheres e 20% dos homens acima de 65 anos vivem sozinhos, proporção que apresenta rápido crescimento (visto que, de modo geral, o número de idosos que vivem sós passou de 12,6% em 1998 para 20,1% em 2001). Garcia e colaboradores (2005), em um estudo de base populacional conduzido na Espanha, investigaram o impacto da rede social na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), partindo de dados de literatura que evidenciam que redes sociais insatisfatórias estão associadas a pior percepção subjetiva de saúde, piores escores de componentes mentais de QVRS em mulheres e piores escores de componentes físicos de QVRS em homens. Entrevistando 4.000 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos selecionados por amostragem probabilística multiestágios por *clusters*, reportaram que viver sozinho estava associado com seis dos oito domínios componentes do instrumento SF-36 (Ware et al., 1992). Apontam que o efeito positivo da rede social pode ser explicado por sua capacidade de amortecer impactos emocionais negativos, pela percepção do indivíduo de que conta com

suporte e companhia quando necessário e pela sensação de segurança decorrente do senso de pertencimento e integração (Garcia et al., 2005).

Eizirik realizou investigação do papel da rede social, estado mental e contratransferência em uma região de Porto Alegre. Por amostragem aleatória sistemática, 344 idosos com idade igual ou superior a 60 anos foram entrevistados através de instrumentos para detecção de estado de saúde e rede social, capacidade cognitiva, sintomas depressivos e contratransferência dos entrevistadores. Os resultados indicam que as mulheres fazem mais uso da rede social, consideram os filhos como principais confidentes e relatam sentimentos de solidão com frequência maior do que os homens idosos. Verificou-se, também, associação entre não ter filhos e maior intensidade de sintomas depressivos (Eizirik, 1997).

O considerável impacto de sintomatologia depressiva sobre a desfechos de satisfação e qualidade de vida tem sido evidenciado por diversos autores (Ormel et al., 1998; McKenna et al., 2001; Demyttenaere et al., 2002; Berlim et al., 2005). Heinonen e colaboradores (2004) estudaram o papel do estado emocional em relação à avaliação de qualidade de vida global, com o intuito de testar a adequação do modelo de quatro dimensões proposto por Cella e colaboradores (1993). O estudo envolveu 10.000 finlandeses de diferentes faixas etárias, com média de 45 anos. Na população estudada, os autores demonstraram que o estado emocional constituiu o fator de maior impacto nos escores de qualidade de vida. De modo semelhante, Sullivan e colaboradores (2001) referem que sintomas de ansiedade e depressão são preditores de qualidade de vida relacionada à saúde de magnitude comparável à percepção do estado de saúde em populações de idosos.

Mesmo diante do fato de não haver consenso em relação à definição de qualidade de vida ou a seus componentes, parece haver certa concordância com a presença de dois grupos de fatores envolvidos na determinação de qualidade de vida. O primeiro diz respeito a mecanismos internos psicológicos e fisiológicos, produzindo grau de satisfação e gratificação na vida, tanto em nível pessoal como comunitário. O segundo refere-se a fatores externos, capazes de desencadear os primeiros (Rogerson, 1995). A noção da importância dos fatores externos (ambientais) como componentes do construto qualidade de vida indica uma distinção entre qualidade de vida (genérica) e qualidade de vida relacionada à saúde, uma vez que a última não engloba em sua definição aspectos não relacionados diretamente à área da saúde.

Mais recentemente, com o destaque do construto qualidade de vida em diferentes populações, os pesquisadores na área da geriatria passaram a demonstrar interesse em determinar quais fatores são relevantes para a qualidade de vida em idosos (Xavier et al., 2003). Ainda assim, é notável a escassez de artigos científicos em bases de pesquisa (MEDLINE e PSYCHINFO), como também se destaca que a maioria dos artigos científicos que pretendem investigar qualidade de vida em idosos o fazem na presença de uma doença clínica, como medidor de impacto de diversas intervenções. De acordo com Hyland e Sodergren, medidas de satisfação de vida são mais utilizadas em populações saudáveis, enquanto o construto qualidade de vida é mais investigado em populações clínicas doentes (Heinonen et al., 2004). Perlman e colaboradores (1988) colocam que os muitos instrumentos utilizados na aferição de qualidade de vida não levam em conta áreas de vida

identificadas pelos próprios idosos como fundamentais, tal como relacionamento familiar.

Deste modo, como destacaram Gill e Feinstein (1994) em relação à qualidade dos artigos em qualidade de vida em geral, há uma tendência na literatura internacional de abreviar a etapa de discussão filosófica e de conceituação, passando rapidamente à utilização prática de uma medida ainda não bem estabelecida. No mesmo sentido, Haywood e colaboradores (2005) demonstraram, ao realizar uma revisão estruturada de instrumentos de saúde em idosos, que diversos instrumentos frequentemente utilizados em investigações de populações idosas não apresentam propriedades psicométricas adequadamente testadas para esta população (nominalmente validade, confiabilidade e taxas de resposta).

Bowling (1995) investigou, em base populacional, quais fatores são importantes na conceituação e determinação de qualidade de vida em adultos de diversas idades. Ao analisar as respostas, dadas de forma espontânea a questões abertas, identificou que os fatores determinantes de boa qualidade de vida variavam de acordo com o estrato etário. Marcadamente, a percepção de saúde (avaliada como fator importante por 65% dos indivíduos com idade entre 65-75 anos e por 38% dos indivíduos com 45-55 anos), o padrão de vida (63% dos indivíduos com 45-55 anos e 35% dos com idade maior do que 75 anos) e a habilidade para trabalho (22% de indivíduos com 45-55 anos e 4% dos com 65-75 anos) foram os fatores de maior divergência entre as faixas etárias. De modo geral, a proporção de indivíduos em cada faixa etária que avaliaram sua vida como sendo “muito boa” ou “a melhor que poderia ser” aumenta com a idade, indicando que a satisfação com a vida, na população estudada, aumenta

com o envelhecimento. Este estudo demonstra, entre seus achados, que os idosos constituem uma população particular, portanto com especificidades, e que, deste modo, necessita de uma abordagem diferenciada em relação à definição conceitual de qualidade de vida e aos instrumentos de pesquisa a serem a ela aplicados. Com uma metodologia semelhante à utilizada por Bowling, outros autores realizaram investigações com o objetivo de definir, a partir dos indivíduos idosos (população em estudo), quais fatores são relevantes na conceituação de qualidade de vida.

Browne e colaboradores (1994), baseado-se no Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life (SEIQoL), um modelo no qual cada indivíduo aponta domínios importantes na determinação de sua qualidade de vida particular e pontua o grau de importância que cada domínio possui, realizou um estudo para propor itens relevantes para a qualidade de vida de idosos saudáveis. Arrolou também em seu estudo uma amostra de adultos jovens (com média de idade de 28,8 anos e variação de 19-51 anos), com o objetivo de identificar áreas de discrepância entre as duas faixas etárias. Assim, demonstrou que os fatores destacados pelos idosos como fundamentais para a qualidade de vida foram família (89% da amostra), atividades sociais e de lazer (95% da amostra), saúde (91% da amostra), condições ambientais de vida (80% da amostra) e religião (75% da amostra). A amostra de jovens enfatizou também relacionamentos (86% da amostra), finanças (60% da amostra), felicidade (48% da amostra) e trabalho (38% da amostra). Este artigo, além de corroborar com a tendência de determinar fatores relevantes para qualidade de vida a partir da população estudada (e não somente por *experts*) e de reafirmar a população idosa como particular, apresenta uma

amostra saudável e não-clínica, posicionando qualidade de vida como tema de interesse amplo e não necessariamente estritamente relacionado a contextos de saúde.

Farquhar (1995) realizou uma investigação em que, através de cinco perguntas abertas padronizadas, visou a identificar definições sobre qualidade de vida em indivíduos acima de 65 anos. As questões, semelhantes às utilizadas por Bowling (1995), Xavier (2003), Sousa (2003), Fleck (2003) e Evans (2005), foram as seguintes:

a) Como o(a) senhor(a) descreve a sua qualidade de vida? Baseado em que fatores o(a) senhor(a) pensa nisso?

b) Que fatores acrescentam qualidade à sua vida?

c) Que fatores retiram qualidade de sua vida?

d) Que fatores fazem a sua qualidade de vida melhor?

e) Que fatores fazem a sua qualidade de vida pior?

Os dados foram analisados de forma estratificada, formando duas faixas etárias (65-85 anos e acima de 85 anos), havendo também uma amostra de indivíduos entre 65-85 anos de outra região da Inglaterra (Essex), com o objetivo de permitir comparações entre uma região urbana (Londres) e uma rural. A avaliação global de qualidade de vida não variou entre as duas faixas etárias, tendo a maioria avaliado como positiva ou muito positiva (67% dos indivíduos entre 65-85 anos e 56% com mais de 85 anos). Entre os fatores que determinam a positividade da qualidade de vida, os idosos destacaram, em ordem de importância, contato social, saúde/mobilidade/habilidade, circunstâncias materiais e atividades para ambas as faixas etárias. Por outro lado, os indivíduos com percepção negativa de sua qualidade de vida colocam

que tal percepção se deve pelos seguintes fatores, em ordem de importância: desesperança/saúde ruim, infelicidade, desejo de ser mais jovem e circunstâncias materiais (de forma uniforme nas duas faixas etárias).

Sousa e colaboradores (2003) realizaram um estudo exploratório em Portugal com o intuito de investigar a definição de qualidade de vida e de bem-estar a partir de entrevistas com 1.354 idosos com 75 anos ou mais, utilizando o sistema de avaliação de idosos EASY (Elderly Assessment System), que avalia a percepção dos indivíduos em relação às suas capacidades em diversas áreas da vida. Descrevem como resultados, através da análise de componentes principais, a detecção de quatro fatores básicos, que explicam cerca de 65% da variância da avaliação de qualidade de vida: atividades da vida diária, bem-estar, mobilidade e comunicação.

Xavier e colaboradores (2003), em um estudo com idosos acima de 80 anos em Veranópolis-RS, entrevistaram 67 idosos arrolados por amostragem aleatória, representando um total de 219 octogenários daquela comunidade. Utilizaram as cinco questões propostas por Farquhar para determinar os fatores implicados no entendimento de qualidade de vida nesta população. Do total de sujeitos entrevistados, 57% classificaram sua qualidade de vida como positiva, enquanto 18% a classificaram como negativa. A comparação da subamostra que se considera tendo qualidade de vida positiva indica que esta apresenta sintomatologia depressiva menos intensa (aferida pela Geriatric Depression Scale – GDS, Yesavage et al, 1983), mais problemas de saúde e condições de vida inferiores, quando comparada com a subamostra que se considera tendo qualidade de vida negativa. Os determinantes de uma qualidade de vida positiva foram saúde satisfatória (43% da amostra), bom

relacionamento com familiares (32% da amostra) e segurança financeira (28% da amostra). Por outro lado, os fatores determinantes de uma avaliação de qualidade de vida negativa foram problemas de saúde (96% da amostra, trabalho (17% da amostra) e insatisfação com família e amigos (13% da amostra). A diferença entre a natureza dos fatores determinantes de qualidade de vida positiva e negativa, e não simplesmente a presença ou ausência dos mesmos fatores, indicam que estas possam constituir categorias distintas. Os autores colocam que “parece inadequado definir que qualidade de vida negativa seja o inverso da positiva” na população investigada. Sugerem que, para idosos, qualidade de vida negativa possa estar relacionada à perda de saúde, enquanto qualidade de vida positiva parece associada a uma variação maior de categorias.

Evans e cols (2005), ao descrever a metodologia de desenvolvimento de um instrumento para aferição de qualidade de vida em idosos (QuiLL), realizou uma etapa de geração de itens através de grupos de discussão com idosos. Utilizando questões abertas sobre mudanças de vida decorrentes do envelhecimento, fatores que aumentam o diminuem qualidade de vida em idosos, fatores que implementariam qualidade de vida se presentes e que diminuiriam qualidade de vida se não estivessem presentes. Relatam que os elementos determinantes de qualidade de vida agrupam-se em 11 domínios. Destacam que auto-estima, disposição, modo como é tratado pelos outros, transporte e mobilidade são domínios indicados como específicos da velhice. De modo complementar, os domínios ocupação do tempo, lazer, vida social, saúde, finanças, ambiente em que vive, segurança, fé e religião são indicados como relevantes, mas não específicos da velhice (mas sim também presentes

em populações mais jovens). Os profissionais entrevistados referiram com maior frequência fatores relacionados a dignidade e autonomia, bem como caracterizaram qualidade de vida de idosos como determinada mais pelos aspectos que os idosos não têm e pelas habilidades que os idosos não apresentam (e não valorizando tanto os aspectos presentes). De fato, houve uma tendência de os profissionais avaliarem a qualidade de vida dos idosos como mais negativa do que a percepção dos próprios idosos. Em um estudo brasileiro comparando a qualidade de vida avaliada pelo idoso e por seu cuidador, os achados obtidos corroboram os de Evans e indicam que os cuidadores percebem a qualidade de vida dos idosos como mais negativa do que os próprios idosos a avaliam (Trentini, 2004).

Em nosso meio, uma pesquisa realizada como parte inicial dos artigos a serem apresentados nesta dissertação (Fleck et al, 2003) também abordou a definição de qualidade de vida e seus determinantes em uma população idosa. Através de metodologia qualitativa e de grupos focais conduzidos com idosos saudáveis, doentes (de acordo com a percepção subjetiva de cada indivíduo) e com cuidadores, os achados indicam que a definição de qualidade de vida apresenta-se associada a bem-estar, saúde e independência. A tabela abaixo descreve os achados dos grupos focais, divididos pelos grupos e sujeitos em cada grupo focal.

Tabela 1. Resultados dos Grupos Focais (retirado de Fleck et al., 2003).

Grupos Focais	Definição de Qualidade de Vida	O que é importante para Qualidade de Vida	O que prejudica seu bem-estar	O que melhoraria sua Qualidade de Vida
60-80 doentes	Bem estar, dinheiro, sentir-se bem	Saúde, dar suporte social aos outros	Não ter permissão para ajudar, problemas de saúde	Condições financeiras estáveis, trabalhar, ser ativo
60-80 saudáveis	Ter alegria na vida, amor, amizade	Ter atividades voluntárias, religião, saúde, bom relacionamento com a família, uma atividade, suporte dos outros, atividade com outros idosos, aprender, ler e comer bem	Falta de oportunidades de trabalho, política, falta de respeito para com os idosos, falta de atenção aos sistemas de saúde e educação, falta de senso de humor	
80+ doentes	Independência, a cabeça funcionando bem, liberdade e saúde	Saúde (especialmente mental), motivação, contato com os filhos e netos, comer bem, dinheiro	Doença, dor, ansiedade	Comer bem, caminhadas, amizade, orações, ser capaz de ajudar os outros e obter gratidão, saúde, ter boas condições físicas, ter possibilidade de compartilhar sentimentos
80+ saudáveis	Saúde, espiritualidade, ter boas condições de vida	Participar de alguma organização social, sentir-se feliz	Falta de interesse, problemas no casamento, não ter um bom relacionamento com a família	Ter vontade de fazer as coisas
Cuidadores	Viver bem (sem doenças), ter atividade intelectual, expectativas para o futuro, ser respeitado		Falta de atenção e amor, dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos	Valorização, preparação dos jovens para lidar com a velhice, amor e contato por parte da família, motivação para aprender

Outra questão destacada na literatura internacional é até que ponto os idosos se apresentam capazes de responder de modo satisfatório instrumentos

auto-aplicáveis de qualidade de vida. Dempster e colaboradores (2000) realizaram um estudo exploratório com o objetivo de investigar tal questão. Utilizam o instrumento SeiQol e o Modified Patient Generated Index (MPGI, Ruta et al., 1994) como intervenção a ser medida, e concluem que a população estudada (36 sujeitos com idade superior a 75 anos) mostrou-se capaz de completar adequadamente os itens fenomenológicos.

Em relação aos instrumentos específicos para aferição de qualidade de vida em idosos, destaca-se que há uma marcada escassez de questionários ou escalas adequadamente desenhados e/ou testados nesta população. Como apontam Garratt e colaboradores (2002), há um crescimento notável do desenvolvimento de instrumentos de saúde avaliados pelo paciente, sendo vários focados a idosos. Paradoxalmente, a maioria não apresenta propriedades psicométricas disponíveis que embasem cientificamente seu uso, causando confusão aos clínicos e pesquisadores.

Paschoal (2002) realça a necessidade do desenvolvimento de instrumentos multidimensionais suficientemente sensíveis para captar a variabilidade dos diferentes grupos de idosos e de sua qualidade de vida. Destaca como importantes fatores as especificidades dessa faixa etária, tais como situações sociais (aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, dentre outras) e perda de capacidades físicas não relacionada a doenças.

Haywood e colaboradores (2005b) testaram, em uma revisão estruturada, instrumentos utilizados para aferição de status de saúde e qualidade de vida, incluindo 46 artigos no estudo. Do total de 18 instrumentos analisados, apenas 4 apresentam validade, confiabilidade e taxas de resposta

adequadas (OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, Philadelphia Geriatric Centre Multilevel Assessment Instrument, Self-Evaluation of Life Function e Quality of Life Profile Senior Version). Por fim, destacam que, de modo geral, instrumentos desenhados para populações adultas não idosas têm sido mais utilizados em idosos do que os instrumentos desenvolvidos especificamente para esta população. A tabela 2 sumariza os achados referentes aos conceitos de qualidade de vida em idosos.

Tabela 2. Revisão da definição de qualidade de vida em idosos na literatura.

Autores	Variação de idade (anos)	N	Definições de qualidade de vida
Browne et al. (1994)	65-90	81	Família, atividades de lazer e sociais, saúde, condições de vida
Bowling (1995)	16-75	2033 (não especificado o n por faixa etária)	Saúde, segurança financeira, relacionamento com familiares e amigos
Farquhar (1995)	≥65	210	Contatos sociais, saúde, mobilidade, condições materiais, atividades
Xavier et al. (2003)	≥80	77	Saúde, família, renda, trabalho, amigos
Sousa et al. (2003)	≥75	1665	Atividades da vida diária, bem-estar, mobilidade, comunicação
Fleck et al. (2003)	≥60	23	Bem-estar, alegria na vida, condições de vida, atividade
Evans et al. (2005)	≥65	100	Auto-estima, transporte, mobilidade, solidão, lazer, atividades, família, saúde, segurança

Os dados acima citados, quando avaliados em conjunto, indicam que: a) não há consenso acerca da definição de qualidade de vida em idosos e dos fatores determinantes desta; b) há carência na literatura internacional de instrumentos para aferição de qualidade de vida em idosos, e; c) muitos

instrumentos utilizados não foram adequadamente validados e não têm propriedades psicométricas testadas e publicadas. Frente a esta lacuna, e decorrente da crescente importância que a população idosa assume, o Projeto WHOQOL-OLD foi proposto e desenvolvido.

2. O Projeto WHOQOL-OLD

O projeto WHOQOL-OLD é um estudo internacional multicêntrico iniciado em 1999. Tem como objetivo principal desenvolver e testar um módulo específico de avaliação de qualidade de vida em idosos com propriedades de uso transcultural. O projeto foi conduzido pelo Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group), contando com a participação de 22 centros, representando todos os continentes.

A metodologia de desenvolvimento do instrumento seguiu a preconizada pelo Grupo WHOQOL, previamente aplicada aos outros instrumentos WHOQOL. Contrariamente às metodologias clássicas do *modelo seqüencial* (em que um instrumento desenvolvido em um idioma é submetido a um processo de tradução e retrotradução, sem levar em conta as possíveis diferenças culturais) e do *modelo paralelo* (em que um conjunto comum de itens é gerado por discussão de *experts* de diferentes culturas e, em seguida, a formulação dos itens é realizada em um idioma, com posterior tradução), o Grupo WHOQOL propõe uma metodologia chamada de *simultânea*. Esta se caracteriza pela participação dos diferentes centros, representantes dos distintos contextos culturais, na definição de todos os aspectos a serem considerados relevantes para a determinação de qualidade de vida, assim como na geração de itens, formulação (fraseamento) destes e nos testes piloto

e de campo, assegurando uma metodologia mais capaz de permitir investigações transculturais (Bullinger et al., 1996; Power et al., 1999).

A descrição das etapas do projeto, apresentada a seguir, baseia-se em recente publicação do Grupo WHOQOL (Power et al., 2005), acrescida de informações pertinentes ao centro brasileiro (Fleck et al, 2003; Chachamovich et al, in prep).

Inicialmente, o projeto WHOQOL-OLD partiu da constatação de que a validade da utilização de instrumentos desenvolvidos inicialmente com base em uma população de adultos jovens para aferição de qualidade de vida em idosos permanece uma questão em aberto na literatura. Poucos estudos têm sido realizados com este propósito; ainda assim, Brazier e colaboradores (1996) reportaram que dois instrumentos de uso comum (EuroQol e SF-36) podem ser utilizados com desempenho razoável em idosos. Ressaltaram, no entanto, que alguns pontos apresentam certo prejuízo, particularmente forma de administração, consistência de respostas e efeito teto em algumas subescalas. A amostra utilizada em tal estudo era predominantemente composta por idosos saudáveis, o que pode conferir limitações aos resultados (Coast et al., 1998).

Alguns achados (Lam et al, 1991; Stewart, 1996) apontam que, contrariamente ao estereótipo do idoso insatisfeito e poliqueixoso, a população idosa relata maior grau de satisfação com relacionamentos sociais e melhor saúde mental quando comparados com adultos jovens. Tais achados sugerem a necessidade de aprofundar o estudo da adequada composição dos domínios de qualidade de vida em idosos.

Outra questão de extrema relevância para a investigação de QV, e ainda não investigada, é determinar se há áreas específicas de maior importância

para a população idosa (Baltes & Baltes 1990) e, portanto, se há necessidade de alguma suplementação de itens adicionais a um instrumento genérico de aferição de qualidade de vida. Como exemplo, cita-se duas facetas originalmente propostas para o instrumento WHOQOL-100 e posteriormente excluídas em função de seu desempenho psicométrico insatisfatório em adultos jovens: problemas do funcionamento sensorial e comunicação. Tais facetas mantêm-se não relevantes para idosos?

Em conclusão, o objetivo principal do Projeto WHOQOL-OLD foi responder a três questões em relação à aferição de qualidade de vida em idosos: a) As formas genéricas dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) têm desempenho satisfatório na população idosa; b) Há necessidade de adicionar itens específicos a esta população, e; c) Propor um módulo adicional específico e testá-lo na população de idosos.

2.1 Desenvolvimento do Módulo WHOQOL-OLD

O Grupo Coordenador do projeto, sediado na Universidade de Edimburgo, produziu inicialmente um protocolo baseado nas experiências prévias do Grupo em conduzir pesquisas internacionais colaborativas no desenvolvimento dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998a, 1998b, Fleck et al., 1999, Fleck et al, 2000). Tal protocolo foi repassado e estudado por cada um dos 22 centros, de modo a ser atingido um consenso de metodologia a ser aplicada.

2.2 Grupos focais

O passo inicial para o desenvolvimento do módulo foi composto pela realização de grupos focais. O objetivo desta etapa foi o de discutir diretamente com a população a ser estudada acerca das instruções e dos itens do WHOQOL-100 (em relação à relevância do conteúdo dos itens e de sua formulação semântica, de modo a serem adequadamente compreendida pelos idosos). A metodologia aplicada nos grupos focais do centro brasileiro e o resultado das discussões em tais grupos encontram-se detalhadamente descritos em outra publicação (Fleck et al, 2003). Em resumo, foram realizados grupos focais com idosos em lares de moradia, hospitais e na comunidade. Ao todo, conduziram-se cinco grupos focais e um exercício de questionamentos com um grupo de profissionais da área da saúde identificados com cuidados de idosos. A tabela abaixo demonstra as características dos idosos participantes dos cinco grupos focais. Destaca-se que, em consonância com a valorização da percepção subjetiva do embasamento teórico da definição de qualidade de vida do Grupo WHOQOL, a categorização dos idosos entre “saudáveis” ou “doentes” se deu a partir da percepção do próprio idoso acerca de seu estado de saúde.

Tabela 3. Descrição das características dos participantes dos grupos focais.

Grupos	n	mulheres	idade média (mín. e máx.)	média de escolaridade (anos)	média do n de filhos	procedência
60-80a saudáveis	5	4	68 (65-71)	13,3	2,3	Coral de idosos
60-80a doentes	4	1	71 (63-77)	3,7	6	Hospital
80+ saudáveis	3	1	84,6 (80-90)	13,6	3,6	Coral de idosos
80+ doentes	6	6	87,8 (80-94)	6,1	4,1	Lar de idosos
Cuidadores	5	5	55 (39-78)	14,4	-	Lar de idosos

A discussão em grupos focais incluiu quatro momentos: (a) a discussão aberta a respeito de o que é considerado importante para a qualidade de vida de idosos; (b) a discussão sobre cada faceta e item componentes do WHOQOL-100; (c) avaliação da pertinência dos itens adicionais propostos na discussão internacional do protocolo; (d) a sugestão dos participantes de outros itens relevantes não abordados no WHOQOL-100 e não presentes nos itens adicionais propostos.

Os resultados desta atividade no nosso centro apontaram para a presença de uma tendência de associação entre qualidade de vida e bem-estar ou sentir-se bem. Ao serem questionados sobre os aspectos relevantes na definição de qualidade de vida em idosos, as respostas espontâneas incluíram os 6 domínios propostos no WHOQOL-100 reforçando, a multidimensionalidade do construto. Das 24 facetas componentes do instrumento, dezenove foram consideradas relevantes, sendo que as 5 facetas não espontaneamente lembradas distribuíram-se em mais de um domínio, reforçando a importância conceitual dos domínios. Ao serem perguntados sobre a importância de cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100, os participantes dos grupos focais consideraram-nas todas relevantes. Sugeriram, entretanto, algumas modificações em 5 facetas para torná-las mais adequadas a sua aplicação a idosos. Itens adicionais também foram examinados e considerados relevantes para a avaliação de qualidade de vida em idosos, tanto pelos idosos entrevistados como pelos cuidadores.

Tais achados vêm ao encontro da hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades de importante relevância para a qualidade de vida. Portanto, um instrumento adequado para a

avaliação da qualidade de vida de idosos tem que necessariamente contemplar estes aspectos (Fleck et al, 2003).

2.3 Teste Piloto do Módulo WHOQOL-OLD

O teste piloto foi conduzido em 22 diferentes centros no mundo. Cada centro coletou dados de no mínimo 300 sujeitos utilizando amostragem por conveniência e obedecendo estratificação segundo gênero (número igual de homens e mulheres), idade (número igual de faixas etárias 60-69 anos, 70-79 anos e 80 ou mais anos) e percepção subjetiva de estado de saúde (número igual de sujeitos que se percebem doentes e saudáveis).

Tabela 4. Descrição geral das amostras do teste piloto WHOQOL-OLD em todos os centros participantes (N = 7.401).

Centro	Amostra	Idade	Gênero	Estado saúde
			(Mulheres)	(saudável) *
	N	<i>M ± SD</i>	%	%
Edinburgo (Escócia)	303	73.3 ± 8.2	68.5	83.8
Bath (Inglaterra)	331	74.3 ± 8.0	59.5	84.5
Leipzig (Alemanha)	433	72.3 ± 8.2	43.6	65.6
Barcelona (Espanha)	302	74.5 ± 7.5	56.6	63.6
Copenhague (Dinam.)	467	71.3 ± 8.3	52.5	83.6
Paris (França)	130	73.3 ± 8.2	55.9	93.0
Praga (Rep Tcheca)	350	74.1 ± 8.2	50.3	62.0
Budapeste (Hungria)	304	74.7 ± 8.1	65.1	41.1
Oslo (Noruega)	372	73.5 ± 6.6	74.6	73.2
Victoria (Canada)	430	74.4 ± 8.6	73.0	89.3
Melbourne (Australia)	364	74.9 ± 7.9	55.1	82.0
Seattle (EUA)	235	72.8 ± 7.6	63.4	57.9
Beer-Sheva (Israel)	312	73.0 ± 8.3	52.4	71.3
Toquio (Japão)	410	70.8 ± 8.0	55.7	78.6
Umea (Suécia)	315	73.3 ± 6.6	54.6	74.2
Guangzhou (China)	478	73.6 ± 8.5	48.5	61.5
Hong Kong (China)	319	72.5 ± 6.9	63.7	64.4
Porto Alegre (Brasil)	339	73.4 ± 8.3	56.0	57.5
Montevideo (Uruguai)	256	71.6 ± 7.4	61.3	72.3
Izmir (Turquia)	345	70.3 ± 5.8	52.2	57.4
Geneva (Suíça)	161	74.7 ± 8.3	75.8	90.6
Vilnius (Lituânia)	445	73.3 ± 9.4	52.4	54.8
<i>Total</i>	<i>7401</i>	<i>73.1 ± 8.0</i>	<i>57.8</i>	<i>70.1</i>

Nota: * "saudável" ou "doente" definidos subjetivamente.

2.3.1 Instrumentos

O objetivo do teste piloto foi coletar dados sobre os itens do módulo WHOQOL-OLD para a testagem de cada item e posterior redução de itens. Os instrumentos incluídos nesta fase foram o WHOQOL-100, um conjunto de 40 itens do módulo OLD gerados a partir dos grupos focais, um conjunto de questões para avaliar a importância de cada faceta do WHOQOL-OLD para o respondente e um questionário de dados sócio-demográficos.

No centro brasileiro, associou-se a estes instrumentos o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o módulo de Espiritualidade / Religiosidade / Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB) e um instrumento adaptado de medição da percepção da qualidade de vida do idoso a partir de seu cuidador, gerando dados adicionais relevantes para o teste de outras hipóteses (Trentini, 2004).

2.3.2 Método

A abordagem básica da análise estatística foi combinar as potencialidades da metodologia de análise clássica e moderna (teoria de resposta ao item). Seguindo a metodologia utilizada pelo Grupo WHOQOL (The WHOQOL Group 1998b), as análises examinaram as distribuições das respostas aos itens, *missings*, correlações entre escores e análise de confiabilidade. Esta etapa de análise estatística foi conduzida pelo Centro Coordenador (Edimburgo), tendo como base os dados gerados em todos os centros participantes. O resultado das estratégias de análise estatística foi a geração de um instrumento com 33 itens extraídos dos 40 previamente testados, de acordo com parâmetros psicométricos previamente definidos (Power et al, 2005).

2.4 Teste de campo

O teste de campo envolveu a aplicação de um conjunto de instrumentos básicos com o objetivo de testar as propriedades do módulo WHOQOL-OLD. Neste momento, cada centro adicionou ao conjunto básico de instrumentos outros que geraram dados pertinentes aos interesses de pesquisa de cada centro. O teste de campo foi conduzido com uma amostra total de 5.566 sujeitos em 20 diferentes centros (Guangzhou e Hong Kong não participaram desta etapa).

Tabela 5. Descrição (tamanhos de amostra, características sócio-demográficas) do teste de campo do WHOQOL-OLD em cada centro participante (N = 5.566).

Centro	Amostra	Idade	Gênero (Mulheres)	Estado saúde ("saudável")
	N	<i>M ± SD</i>	%	%
Edinburgo (Escócia)	116	77.59 ± 10.47	67.2 %	82.1 %
Bath (Inglaterra)	145	69.65 ± 7.10	62.8 %	91.6 %
Leipzig (Alemanha)	354	72.73 ± 8.65	46.7 %	63.4 %
Barcelona (Espanha)	271	71.96 ± 7.44	59.4 %	67.4 %
Copenhague (Dinam.)	384	72.35 ± 8.29	49.9 %	81.7 %
Paris (França)	164	76.65 ± 8.39	47.0 %	65.8 %
Praga (Rep Tcheca)	325	71.36 ± 7.72	59.7 %	61.1 %
Budapeste (Hungria)	333	73.80 ± 8.68	69.1 %	42.9 %
Oslo (Noruega)	324	75.14 ± 8.01	52.7 %	88.2 %
Victoria (Canada)	202	72.93 ± 8.52	54.0 %	84.4 %
Melbourne (Australia)	376	75.63 ± 6.92	58.2 %	83.7 %
Seattle (EUA)	295	72.00 ± 8.35	58.0 %	73.9 %
Beer-Sheva (Israel)	250	70.32 ± 7.58	66.1 %	81.3 %
Toquio (Japão)	188	69.39 ± 5.70	53.5 %	60.7 %
Umea (Suécia)	455	72.74 ± 8.21	53.4 %	76.2 %
Guangzhou (China)	-	-	-	-
Hong Kong (China)	-	-	-	-
Porto Alegre (Brasil)	328	71.78 ± 7.74	67.4 %	82.3 %
Montevideo (Uruguai)	248	73.19 ± 7.08	72.6 %	78.0 %
Izmir (Turquia)	327	70.97 ± 5.31	52.3 %	45.3 %
Geneva (Suíça)	139	74.34 ± 7.32	55.8 %	88.5 %
Vilnius (Lituânia)	342	68.66 ± 6.67	69.6 %	57.0 %
<i>Total</i>	<i>5566</i>	<i>72.52 ± 8.01</i>	<i>58.5 %</i>	<i>71.5 %</i>

2.4.1 Instrumentos

O conjunto de medidas incluído em todos os 20 centros foi composto de WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group 1998), o módulo WHOQOL-OLD de 33 itens, questões sócio-demográficas e de estado de saúde. A opção pela utilização do WHOQOL-BREF se deu em função do tamanho do instrumento, uma vez que os centros incluíram outros questionários além dos acima citados, de acordo com o interesse científico de cada centro participante.

O centro brasileiro adicionou ao conjunto de medidas citadas acima o Inventário de Depressão de Beck (Beck et al, 1961; Cunha , 2001), a Escala de Desesperança de Beck (Beck et al, 1974; Cunha , 2001), o SF-12 (Ware et al., 1996), a Escala de Depressão Geriátrica GDS (Yesavage et al, 1983). A inclusão de tais medidas permitirá a obtenção de dados importantes para o teste de outras hipóteses de pesquisa, assim como possibilitará o controle de potenciais vieses de confusão, particularmente a influência de diferentes graus de sintomatologia depressiva no desempenho das escalas de qualidade de vida e nos modelos estatísticos que visam a identificar determinantes da variação dos escores de qualidade de vida. Tais hipóteses serão objetos de outras publicações futuras.

2.5 A versão final do módulo WHOQOL-OLD

O módulo WHOQOL-OLD é composto por 24 itens com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada faceta é composta por 4 itens, gerando então escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas combinados com as respostas aos 24 itens geram também um escore overall (total). A análise dos dados gerados no teste de campo

internacional indica que o módulo WHOQOL-OLD pode ser utilizado como adicional tanto ao WHOQOL-100 quanto ao WHOQOL-BREF.

A tabela 6 descreve os principais componentes teóricos de cada faceta do módulo OLD.

Tabela 6. Conceitos e conteúdo das facetas do módulo WHOQOL-OLD.

<i>Faceta</i>	<i>Abrev</i>	<i>Conceito/conteúdo</i>
<i>Funcionamento dos sentidos</i>	SAB	Funcionamento dos sentidos, impacto da perda do funcionamento dos sentidos na QV
<i>Autonomia</i>	AUT	Independência do idoso; ser capaz e livre de viver de modo autônomo e de tomar as próprias decisões
<i>Atividades passadas, presentes e futuras</i>	PPF	Satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados
<i>Participação social</i>	SOP	Participação em atividades da vida diária, especialmente na comunidade
<i>Morte e morrer</i>	DAD	Preocupações e medos acerca da morte e morrer
<i>Intimidade</i>	INT	Ser capaz de ter relacionamentos íntimos e pessoais

A tabela 7 descreve a estrutura do instrumento em sua versão final de 24 itens (itens e facetas).

Tabela 7 – Facetas e itens do WHOQOL-OLD

Faceta 1 – Funcionamento dos sentidos

1. Perdas nos sentidos afetam a vida diária
2. Avaliação do funcionamento dos sentidos
3. Perda de funcionamento dos sentidos afeta a participação em atividades
4. Problemas com o funcionamento dos sentidos interferindo na habilidade de interagir

Faceta 2 – Autonomia

5. Liberdade para tomar suas próprias decisões
6. Sente que controla seu futuro
7. Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer
8. Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade

Faceta 3 – Atividades passadas, presentes e futuras

9. Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente
10. Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações
11. Recebeu o reconhecimento que merece na sua vida
12. Satisfeito com aquilo que alcançou em sua vida

Faceta 4 – Participação Social

13. Satisfeito com a maneira com a qual você usa seu tempo
14. Satisfeito com o seu nível de atividade
15. Tem o suficiente para fazer em cada dia
16. Satisfeito com as oportunidades para participar de atividades na comunidade

Faceta 5 – Morte e morrer

17. Preocupado com a maneira pela qual irá morrer
18. Medo de não poder controlar a sua morte
19. Medo de morrer
20. Teme sofrer dor antes de morrer

Faceta 6 – Intimidade

21. Tem um sentimento de companheirismo em sua vida
22. Sente amor em sua vida
23. Oportunidades para amar
24. Oportunidades para ser amado

Ao ser aplicado aos respondentes, o instrumento pode ser auto-administrado, assistido pelo entrevistador ou completamente aplicado pelo entrevistador. O entrevistador deve inicialmente checar a habilidade do respondente de compreensão, capacidade de leitura (acuidade visual e alfabetização) e de assinalar as respostas (habilidade motora). A partir de então, deve optar pelo meio mais eficaz de administração. Sugere-se que, para

fins de pesquisa, sejam desconsiderados questionários com uma proporção de itens incompletos de mais de 20% (The WHOQOL Group 1998 a e b).

O Módulo WHOQOL-OLD pode ser empregado em uma série de desenhos de pesquisa, incluindo investigações de base epidemiológica, de aferição do impacto da implementação de serviços ou intervenções e ensaios clínicos nos quais a medição de qualidade de vida seja desfecho de interesse.

Idealmente, poderá servir como ferramenta para a medição da eficácia de condutas em saúde pública, tais como protocolos de tomada de decisões, alocação de recursos e modificações ou implementações de serviços destinados a idosos.

Destaca-se que a metodologia transcultural do desenvolvimento do instrumento, em que centros de diferentes contextos culturais participam da fase de idealização do módulo e alimentam-no com dados coletados a partir da população alvo nos distintos centros, permite a utilização do Módulo WHOQOL-OLD em investigações transculturais, diminuindo o risco de viés cultural (Skevington, 2004, The WHOQOL Group 1998b). Tal abordagem de pesquisa resta muito prejudicada quando se utilizam instrumentos que, ao pretenderem medir um construto tão subjetivo, multidimensional e dependente do contexto cultural (qualidade de vida), são desenvolvidos em uma única cultura (habitualmente Inglaterra ou Estados Unidos) e diretamente traduzidos para um outro idioma, assumindo que o significado do conteúdo de cada item se mantém inalterado mesmo em contextos culturais diferentes. Deste modo, a metodologia aplicada no desenvolvimento do módulo WHOQOL-OLD mostra-se particularmente importante para fins de pesquisa em que a percepção subjetiva das questões ligadas à cultura seja fator de interesse.

Os resultados da validação do módulo WHOQOL-OLD na população brasileira e o desempenho psicométrico do instrumento são descritos no Artigo 1 desta dissertação.

3. Questões de pesquisa

3.1) Partindo de: a) a caracterização da população idosa como possivelmente particular e, portanto, apresentando especificidades, e; b) as possíveis limitações do instrumento de aferição de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) para abordar adequadamente todas as áreas relevantes para a medição de qualidade de vida em idosos (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003), desenvolver e validar em nosso meio o módulo WHOQOL-OLD.

3.2) Determinar se o instrumento genérico de medição de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), originalmente desenvolvido com base em uma população adulta jovem, tem um desempenho psicométrico satisfatório em uma população idosa.

ARTIGO 1

**DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DO MÓDULO DE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – WHOQOL-OLD**

Versão em português

DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DO MÓDULO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – WHOQOL-OLD

Chachamovich, E¹; Trentini CM¹; Fleck MPA¹

¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Submetido à Revista de Saúde Pública USP

RESUMO:

Introdução: O aumento da proporção de idosos na população geral e as particularidades que esta faixa etária apresenta apontam para a necessidade do desenvolvimento de instrumentos específicos para a aferição de qualidade de vida em idosos. O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu o módulo WHOQOL-OLD, que consta de 24 itens divididos em seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. O objetivo do presente artigo é descrever o desenvolvimento e a aplicação da versão em português do Módulo WHOQOL-OLD.

Métodos: O Módulo WHOQOL-OLD, o instrumento WHOQOL-BREF, BDI e BHS foram aplicados em uma amostra de 424 idosos na cidade de Porto Alegre.

Resultados/Conclusões: O instrumento demonstrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. A validade de critério apresentou achados que necessitam complementação de futuras investigações. O Módulo WHOQOL-OLD representa uma alternativa útil e com bom desempenho psicométrico na investigação de qualidade de vida em idosos.

Descritores: qualidade de vida, idosos, WHOQOL-OLD

INTRODUÇÃO

A população de idosos tem apresentado crescimento marcado, não somente nos países desenvolvidos, mas também nos em desenvolvimento. No Brasil, a população geral vem envelhecendo significativamente nos últimos 40 anos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em dezembro de 2005 (dados referentes ao ano de 2004), demonstra que o total de idosos residentes no Brasil é de cerca de 17 milhões, correspondendo a 9,8% da população total. A esperança de vida ao nascer no Brasil alcançou os 71,7 anos, representando um acréscimo de 9,1 anos em relação a 1980 (IBGE, 2005).

O processo de envelhecimento acarreta relevantes alterações nas demandas e necessidades do sistema de saúde brasileiro (Chaimowitz, 1997). A retangularização da pirâmide etária traz impactos diretos na alocação de recursos em atendimento em saúde. Paulatinamente as doenças infecto-contagiosas, mais associadas à população jovem e cujo tempo de duração é reduzido (devido à dicotomia cura ou morte), passam a dar lugar a uma crescente prevalência de condições crônico-degenerativas (Ramos, 2003).

Além de investigar e determinar o ritmo de envelhecimento populacional, há também a preocupação de estudar a qualidade do envelhecimento e, em um segundo momento, desenhar intervenções capazes de provocar impacto em direção a um processo de envelhecimento saudável. Assim, os pesquisadores na área da geriatria passaram a demonstrar crescente interesse em determinar quais fatores são relevantes para a qualidade de vida em idosos

(Xavier et al, 2003, Farquhar, 1995; Browne, 1994; Sousa, 2003; Fleck, 2003; Santos, 2002; Evans 2005).

Fleck e cols (2003) realizaram um estudo em grupos focais para a investigação da conceituação e dos fatores determinantes para a qualidade de vida em idosos brasileiros. Seguindo metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde (Power et al, 2005), evidenciaram que o conceito de qualidade de vida se relaciona principalmente a bem-estar, sentimentos positivos e saúde. Os resultados indicaram que os itens componentes do instrumento WHOQOL-100 são adequados e relevantes para a medição de qualidade de vida em idosos, mas não suficientemente abrangentes. Há aspectos fundamentais na composição da qualidade de vida de idosos não incluídos no instrumento WHOQOL-100 (e conseqüentemente no WHOQOL-BREF, uma vez que este último se origina de uma redução do primeiro). Deste modo, os grupos focais destacam que a população idosa apresenta particularidades, que, para a adequada aferição de qualidade de vida, devem ser contemplados nos instrumentos utilizados para tal fim. Perlman e cols (1988) corroboram os achados de Fleck e cols ao colocarem que os muitos instrumentos utilizados na aferição de qualidade de vida não levam em conta áreas de vida identificadas pelos próprios idosos como fundamentais, tal como relacionamento familiar.

Power e cols (2005), representando o Grupo WHOQOL, destacam que, devido às especificidades apresentadas pela população de idosos nos diferentes centros envolvidos na coleta internacional dos dados, há a necessidade de desenvolver uma medida de qualidade de vida direcionada aos idosos e testá-la em contexto transcultural.

O presente artigo tem como objetivo descrever o desenvolvimento e a aplicação no Brasil do módulo WHOQOL-OLD. Trata-se de um instrumento complementar e específico para avaliação de qualidade de vida em idosos, capaz de suplementar as informações pertinentes à qualidade de vida desta população específica.

O módulo WHOQOL-OLD

O desenvolvimento internacional do projeto WHOQOL-OLD está descrito mais detalhadamente em outra publicação (Power et al, 2005). A seguir, serão colocados os dados referentes ao centro brasileiro.

O protocolo de desenvolvimento do instrumento seguiu a experiência prévia do Grupo WHOQOL em conduzir projetos colaborativos internacionais com WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998), através de metodologia transcultural simultânea (Guillemin et al, 1993, Bullinger et al, 1996, Power et al, 1999). A etapa inicial foi de discussão entre os 22 centros participantes para que se obtivesse consenso a respeito do construto e dos fatores a serem estudados.

Posteriormente, realizaram-se grupos focais e geração de itens (Fleck et al, 2003), que foram analisados em conjunto com os itens internacionais para o desenvolvimento de um módulo piloto. O processo de tradução do instrumento, realizado em cada centro, obedeceu à metodologia proposta pela OMS para tal fim descrita com detalhes em outras publicações (Fleck et al, 1999; Fleck et al, 2000).

Procedeu-se, então, o refinamento e a redução de itens e teste piloto da versão inicial de 40 itens. O teste piloto foi realizado no Brasil com 339 sujeitos

[.1] Comentário: Acho melhor botar em letra minúscula para ser entendido como sub-divisão da Introdução.

DÚVIDA: Acho que algum revisor pode nos dizer que isto é MÉTODOS

(média de idade de 73,4±8,3 anos, 56% de mulheres, 57,5% com percepção subjetiva de estado de saúde saudável).

Seguiu-se a esta aplicação a análise psicométrica do desempenho dos itens, de modo a desenvolver a versão de campo a ser testada nos 20 centros participantes desta etapa, envolvendo ao todo 5566 sujeitos. O teste de campo envolveu a aplicação do módulo contendo 33 itens, além do instrumento WHOQOL-BREF.

Após re-análise dos dados obtidos no teste de campo, a versão final do instrumento restou composta de 24 itens com resposta por escala tipo Likert de 5 pontos, divididos em seis facetas. Cada faceta é composta por 4 itens, gerando, pois, escores independentes que variam de 4 a 20 pontos (transformados por sintaxe em escala 0-100). Os escores das seis facetas combinados com as respostas aos 24 itens geram também um escore geral (overall) do instrumento. Como nos demais instrumentos WHOQOL, escores mais altos representam melhor qualidade de vida nas determinadas facetas.

O módulo WHOQOL-OLD pode ser auto-respondido, aplicado com o auxílio do entrevistador ou aplicado integralmente pelo entrevistador. Nos casos em que há participação do entrevistador, este é orientado a não interferir no entendimento do sujeito a respeito dos itens, bem como não rephrasear ou fornecer sinônimos às palavras utilizadas no instrumento, com o intuito de preservar suas características originais (UFRGS, 2005).

Tabela 1

MÉTODO

Sujeitos e procedimentos

O Protocolo do Projeto WHOQOL previa uma amostra mínima de 300 sujeitos a ser arrolada em um hospital universitário, lares de convivência e comunidade. Esta amostra deveria ser estratificada por sexo (50% de mulheres e 50% de homens), faixa etária (60-69 anos, 70-79 anos e 80 ou mais anos de idade) e percepção subjetiva de estado de saúde (50% que se percebem como saudáveis e 50% que se percebem como doentes). A estratificação teve como objetivo permitir sub-amostras mínimas que possibilitassem a avaliação do desempenho do instrumento em condições distintas. Os sujeitos foram recrutados e entrevistados entre o período de Setembro de 2003 a Março de 2005.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram idade igual ou superior a 60 anos e capacidade clínica de entender e responder aos instrumentos aplicados. Os sujeitos entrevistados respondiam à questão “De modo geral, o(a) senhor(a) se considera saudável ou doente?”, frente ao que eram estratificados como saudáveis ou doentes exclusivamente de acordo com sua percepção subjetiva, e não sendo considerado seu estado objetivo de saúde. Esta metodologia vem ao encontro da base teórica dos instrumentos de qualidade de vida desenvolvidos pela OMS, uma vez que o construto qualidade de vida é entendido como multidimensional e eminentemente subjetivo (The WHOQOL Group, 1998; Fleck et al, 1999).

Da amostra total, cinquenta e um sujeitos selecionados por conveniência foram re-entrevistados duas semanas após a entrevista inicial, sendo aplicado novamente o módulo WHOQOL-OLD, com o objetivo de avaliar a fidedignidade teste-reteste do instrumento.

A todos os respondentes foram informados os objetivos do estudo e a confidencialidade dos dados obtidos. Os sujeitos receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do hospital estudado. Os entrevistadores eram estudantes de medicina e psicologia previamente treinados para a aplicação dos instrumentos utilizados.

Instrumentos

Os instrumentos citados a seguir foram aplicados aos sujeitos de modo transversal.

- a) Ficha de Dados sócio-demográficos
- b) WHOQOL-BREF: Instrumento genérico de medição de qualidade de vida, desenvolvido pela OMS a partir do instrumento WHOQOL-100 e validado para o Português (Fleck et al, 2000).
- c) Inventário de Depressão de Beck (Beck et al, 1961): Instrumento que avalia presença e grau de sintomatologia depressiva. Validado em Português (Cunha, 2001), mostrou-se adequado para estudo de populações clínicas e não-clínicas. Fornece um índice de 0-63 que indica a severidade dos sintomas depressivos presentes
- d) Escala de Desesperança de Beck (Beck et al, 1974): Instrumento que avalia a presença e severidade de sintomas de desesperança. Também validado em Português (Cunha,

2001), fornece um índice de 0-20, que indica a intensidade dos sintomas de desesperança.

e) Módulo WHOQOL-OLD

RESULTADOS

Demografia

A amostra recrutada foi de 424 sujeitos, cujas características demográficas e clínicas encontram-se descritas na Tabela 2. Destaca-se que as médias dos escores do BDI e BHS demonstram que a amostra é predominantemente composta de idosos não deprimidos e sem sintomas de desesperança.

Tabela 2

Consistência Interna

A consistência interna do módulo WHOQOL-OLD foi avaliada através do Coeficiente alfa de Cronbach. As facetas foram analisadas individualmente e foi determinado o coeficiente de fidedignidade também para o conjunto de 24 itens, conforme ilustra a Tabela 3. Os coeficientes apresentam-se satisfatórios quando avaliados por facetas ou pelo conjunto dos itens, variando de 0,710 (faceta autonomia) a 0,885 (overall).

Tabela 3

Validade discriminante

Compararam-se os escores médios de cada faceta e overall entre o grupo de idosos com intensidade de sintomatologia depressiva mínima ou maior que mínima (leve, moderada ou grave) avaliada pelo BDI. Do mesmo modo, testou-se a diferença entre as médias dos escores de cada faceta e overall entre os grupos que se percebiam saudáveis ou doentes. A Tabela 4 apresenta os dados referentes à análise de validade discriminante. Todas as facetas e o escore overall demonstraram diferenças significativas quando comparados entre os grupos, o que evidencia sua capacidade discriminante satisfatória.

Tabela 4

Validade de critério

A regressão linear múltipla evidencia que os quatro domínios do instrumento WHOQOL-BREF apresentam significância no modelo proposto, utilizando a variância da resposta a pergunta “Como você avaliaria a sua qualidade de vida” (item G1 no instrumento WHOQOL-BREF) como variável dependente. Entre as seis facetas do módulo OLD, entretanto, 4 mostram nível de significância estatística (utilizando $\alpha=0,1$, medida menos conservadora por se tratar de uma análise exploratória do instrumento). O presente modelo explica 51,1% da variância da variável dependente.

Deste modo, as facetas funcionamento dos sentidos e intimidade não demonstram significância estatística neste modelo ($p < 0,1$).

Tabela 5

Validade concorrente

Para a avaliação da validade concorrente, analisaram-se os coeficientes de correlação entre os escores totais das escalas BHS e BDI e os escores das seis facetas e o escore overall do módulo WHOQOL-OLD. Todas as correlações apresentam níveis significativos. Observa-se que os coeficientes negativos indicam que quanto maiores os níveis de desesperança e sintomas depressivos, piores são os escores das facetas de qualidade de vida.

A faceta Morte e Morrer apresenta os menores coeficientes de correlação com ambas as escalas, enquanto as demais facetas e o escore overall possuem desempenho semelhante e satisfatório, como ilustra a tabela 6.

Tabela 6

Fidedignidade Teste-Reteste

Não houve diferenças significativas nas médias dos escores das facetas e overall entre as avaliações de teste e reteste (Tabela 7).

A tabela 8 apresenta os coeficientes de correlação entre os escores das facetas e overall do teste e reteste, indicando valores satisfatórios e estatisticamente significativos. Os dados analisados em conjunto indicam que o instrumento apresenta boa fidedignidade teste-reteste.

Tabela 7

Tabela 8

DISCUSSÃO

O presente artigo tem como objetivo apresentar a versão em Português do Módulo WHOQOL-OLD, bem como descrever suas propriedades psicométricas em uma população idosa.

O instrumento apresenta boa consistência interna, medida pelo coeficiente α de Cronbach, tanto em cada faceta quanto em relação ao conjunto de itens. Os coeficientes mostram-se próximos aos descritos para a amostra internacional total (Power et al, 2005), e mais elevados do que os encontrados nos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF em seus processos de validação (Fleck et al, 1999; Fleck et al, 2000), atestando a adequação da consistência do módulo.

O módulo WHOQOL-OLD discriminou, entre os idosos, níveis de depressão (em todas as facetas) e a percepção subjetiva de saúde (em todas as facetas, com exceção à Morte e Morrer). Os coeficientes de correlação entre os escores das facetas e os de desesperança e depressão evidenciam significância estatística, sendo que os coeficientes demonstram correlação inversa. Deste modo, níveis mais elevados de depressão e desesperança relacionam-se com escores menores de qualidade de vida nas diversas facetas.

A fidedignidade teste-reteste foi satisfatória, indicando que não houve diferenças significativas entre os escores de todas as facetas nos testes e retestes. Os coeficientes de correlação entre os escores teste-reteste apresentaram significância estatística, com valores variando de 0,558 a 0,820.

Em relação à validade de critério, observou-se que quatro das seis facetas fazem parte do modelo de regressão linear múltipla e explicaram, junto

com os quatro domínios do WHOQOL-BREF, 51,1% da variância. Uma vez que as facetas incluídas no módulo WHOQOL-OLD foram sugeridas e analisadas pelos grupos focais, verificou-se uma discrepância entre a fundamentação teórica dos itens e seu desempenho psicométrico. Levantamos 4 possíveis razões para que estas duas facetas não fossem incluídas no modelo:

Uma primeira hipótese, de natureza conceitual, sugere que seja possível que tais facetas (Funcionamento dos Sentidos e Intimidade) não tenham de fato relevância para a qualidade de vida de idosos e, por isto, não entrariam no modelo. Entretanto, estas facetas foram corroboradas em grupos focais do centro brasileiro e de diferentes centros internacionais, e existe literatura consistente sugerindo que são aspectos relevantes e que interferem na qualidade de vida do idoso (Farquhar, 1995; Bowling et al, 2002), além de já terem sido destacadas nas discussões originais teóricas do instrumento WHOQOL-100 (Power et al, 2005).

A segunda hipótese se relaciona com a escolha da variável dependente no modelo de regressão. A utilização de uma única pergunta geral de qualidade de vida como variável dependente pode ser objeto de questionamentos a partir da crítica de sua robustez. Bowling (2005) coloca que itens robustos parecem ser fidedignos em sua medição, trazendo uma série de vantagens em relação a instrumentos longos. Um outro argumento contrário a esta hipótese é o de que o domínio “overall” do WHOQOL-100 e a pergunta genérica de qualidade de vida do WHOQOL-BREF foram incluídos nos instrumentos com o intuito de permitir aos pesquisadores uma avaliação geral de qualidade de vida (The WHOQOL GROUP, 1998). Cabe lembrar que estas

perguntas genéricas foram também utilizadas para testar a validade de critério nos teste de campo de ambas as versões (Fleck et al., 1999; Fleck et al, 2000).

A terceira hipótese baseia-se nas características de nossa amostra, que provém da comunidade e se considera saudável em sua maioria. Poder-se-ia supor que as duas facetas que não entraram no modelo apresentariam relevância ao examinarmos uma amostra com preponderância de idosos com muita restrição em sua funcionalidade.

A quarta hipótese, ao nosso ver a mais provável, é a existência de fatores de confusão ou de colinearidade no modelo, que possam acarretar diminuição do impacto das facetas. As correlações entre os escores dos domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do módulo WHOQOL-OLD mostraram-se relativamente homogêneas e de intensidade fraca a moderada (variando de 0,17 a 0,62) (dado não mostrado em tabelas), refutando pois a noção de que altas correlações pudessem enfraquecer a participação das facetas no modelo de regressão. No entanto, é possível que outras variáveis não incluídas neste modelo possam exercer tal papel. O impacto da presença de sintomatologia depressiva na avaliação de qualidade de vida, evidenciada em populações idosas (Xavier, 2003; Trentini, 2004), é um potencial confundidor. Pretendemos estudar especificamente este impacto em outra publicação

O presente estudo apresenta, juntamente com os achados relatados pelos autores em outra publicação (Fleck et al, 2003), uma metodologia de desenvolvimento de instrumentos na área da saúde que propõe a associação de uma abordagem qualitativa (geradora de questões) a uma abordagem quantitativa (de mensuração objetiva do desempenho do instrumento). Tal

associação proporciona que os sujeitos aos quais o instrumento se destina possam participar ativamente do processo de geração de itens, de ponderação da importância dos itens propostos pelos pesquisadores e de avaliação da formulação dos itens (em relação aos termos utilizados e à compreensibilidade do fraseamento).

O módulo WHOQOL-OLD representa uma ferramenta adicional aos questionários WHOQOL-100 ou WHOQOL-BREF como uma alternativa útil na investigação de qualidade de vida de idosos, abrangendo aspectos relevantes e não abordados nos instrumentos desenhados originalmente para populações não-idosas. Uma vez que a validação de um instrumento é um processo continuado, estudos testando o desempenho do WHOQOL-OLD em populações idosas com diferentes perfis são necessários.

Referências

1. Bowling A, Banister, D, Sutton S, Evans O, Windsor J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*,6(4):355-371.
2. Bowling A. (2005). Just one question: If one question works, why ask several?. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 59:342-345.
3. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce RB, McDonald NJ O'Malley K et al. (1994). Individual quality of life in the health elderly. *Quality of Life Research*, 3:235-244.
4. Bullinger M, Power M, Aaronson NK, Cella DF, Anderson RT. (1996). Creating and evaluating cross-cultural instruments. In B. Spilker (Ed), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 659-668). Hagerstown, MD. Lippincott-Raven.
5. Chaimowitz F (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 31(2):184-200.
6. Evans S, Gately C, Huxley P, Smith A, Banerjee S. (2005). Assessment of quality of life in later life: development and validation of the QuiLL. *Quality of Life Research*, 14(5):1291-300.
7. Farquhar M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science Medicine*, 41(10):1439-1446.
8. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini CM. (2003). WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev. Saúde Pública*,37(6): 793-799.

9. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL* 1999;21:19-28
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*; 34(2):178-83.
11. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*; 46,12:1417-1432.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [capturado 2005 dez 01]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2004/default.shtm>
13. Perlman RA, Uhlmann RF (1988). Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *J Gerontol*, 43:M25-M30. Perlman RA, Uhlmann RF (1988). Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *J Gerontol*, 43:M25-M30.
14. Power M, Bullinger M, Harper A, The World Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the Universality of Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide. *American Psychological Association*, 18(5):495-505.

15. Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQOL-OLD Group. (2005) Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14:2197-2214.
16. Ramos LR. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*, 19(3):793-798.
17. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MER. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 10(6):757-764.
18. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3):364-371.
19. The WHOQOL group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties, 1998. *Soc Sci Med*;46:1569-85.
20. Trentini CM. (2004). Qualidade de Vida em Idosos. [tese de doutorado]. UFRGS. PPG Psiquiatria.
21. UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [capturado 2005 dez 01] Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html>
22. Xavier MF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy N, Moriguchi E. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1)31-9.

Tabela 1 – Facetas e itens do WHOQOL-OLD

Faceta 1 – Funcionamento dos sentidos

1. Perdas nos sentidos afetam a vida diária
2. Avaliação do funcionamento dos sentidos
3. Perda de funcionamento dos sentidos afeta a participação em atividades
4. Problemas com o funcionamento dos sentidos interferindo na habilidade de interagir

Faceta 2 – Autonomia

5. Liberdade para tomar suas próprias decisões
6. Sente que controla seu futuro
7. Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer
8. Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade

Faceta 3 – Atividades passadas, presentes e futuras

9. Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente
10. Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações
11. Recebeu o reconhecimento que merece na sua vida
12. Satisfeito com aquilo que alcançou em sua vida

Faceta 4 – Participação Social

13. Satisfeito com a maneira com a qual você usa seu tempo
14. Satisfeito com o seu nível de atividade
15. Tem o suficiente para fazer em cada dia
16. Satisfeito com as oportunidades para participar de atividades na comunidade

Faceta 5 – Morte e morrer

17. Preocupado com a maneira pela qual irá morrer
18. Medo de não poder controlar a sua morte
19. Medo de morrer
20. Teme sofrer dor antes de morrer

Faceta 6 – Intimidade

21. Tem um sentimento de companheirismo em sua vida
 22. Sente amor em sua vida
 23. Oportunidades para amar
 24. Oportunidades para ser amado
-

Tabela 2 . Características gerais da amostra (n=424)

Idade	N (%) ou M (SD)
60-69 anos	173 (40,9)
70-79 anos	153 (36,2)
80+ anos	97 (22,9)
Sexo	
Masculino	152 (35,8)
Feminino	272 (64,2)
Percepção de saúde	
Saudável	286 (67,5)
Doente	138 (32,5)
Estado civil	
Solteiro	29 (6,8)
Casado	212 (50,0)
Separado	30 (7,1)
Viúvo	128 (30,2)
Nível de escolaridade	
Analfabeto	7 (1,7)
Ensino Fundamental	165 (38,9)
Ensino Médio	110 (25,9)
Superior	90 (21,2)
BDI	9,05 (7,08)
BHS	4,80 (4,16)

Tabela 3. Coeficiente de fidedignidade de Cronbach (n=424)

Facetas ou Itens	Coeficiente de Cronbach	Numero de itens
<i>Funcionamento dos sentidos</i>	0,795	4
<i>Autonomia</i>	0,710	4
<i>Atividades passadas, presentes e futuras</i>	0,785	4
<i>Participação social</i>	0,830	4
<i>Morte e morrer</i>	0,835	4
<i>Intimidade</i>	0,880	4
24 questões	0,885	24

Tabela 4. Comparação dos escores das facetas em relação à intensidade de sintomas depressivos e à percepção subjetiva de saúde (n = 424).

Facetas	Sintomas depressivos				Percepção subjetiva de saúde			
	Média (DP) BDI mínimo (0-11)	Média (DP) BDI > mínimo (>12)	T	p	Média (DP) saudável	Média (DP) doente	t	P
Funcionamento dos sentidos	77,99 (19,36)	64,39 (22,50)	6,06	,000	78,85 (18,42)	63,09 (23,01)	7,01	,000
Autonomia	70,79 (15,63)	54,88 (18,91)	8,46	,000	69,93 (15,53)	57,24 (20,47)	6,43	,000
Ativid. passadas, presentes e fut.	71,82 (15,41)	55,45 (17,65)	9,21	,000	71,70 (14,47)	56,29 (19,18)	8,32	,000
Participação social	71,13 (15,64)	50,79 (19,34)	10,63	,000	70,78 (15,07)	52,26 (21,17)	9,21	,000
Morte e morrer	66,85 (23,75)	57,89 (27,59)	3,23	,001	65,21 (24,88)	61,59 (26,16)	1,38	,168
Intimidade	72,57 (19,53)	53,43 (22,96)	8,32	,000	70,00 (20,98)	59,42 (23,85)	4,44	,000
Overall	71,79 (11,30)	56,17 (12,24)	12,41	,000	71,00 (11,01)	58,37 (14,71)	8,90	,000

Tabela 5. Regressão linear múltipla entre as diferentes facetas em relação ao questão “Como você avaliaria a sua qualidade de vida” (item G1 WHOQOL-BREF)

Domínios / Facetas	β	T	P
Físico	,275	5,56	,000*
Psicológico	,179	3,31	,001*
Relações Sociais	,084	1,83	,067*
Meio-Ambiente	,171	3,57	,000*
Funcionamento dos sentidos	,024	0,58	,561
Autonomia	-,062	-1,34	,100*
Atividades passadas, presentes e futuras	,097	1,69	,091*
Participação Social	,118	2,07	,038*
Morte e morrer	-,082	- 2,25	,024*
Intimidade	,014	,345	,730

* $p \leq 0,1$, $R^2=51,1\%$

Tabela 6. Correlação entre os escores totais da BDI e BHS e os escores das facetas do WHOQOL-OLD e overall

	Faceta 1 (Func. Sentidos)	Faceta 2 (Autonomia)	Faceta 3 (Ativ. pas, pres e fut)	Faceta 4 (Particip. Social)	Faceta 5 (Morte e morrer)	Faceta 6 (Intimidade)	Overall
BDI	-,411	-,431	-,499	-,534	-,222	-,420	-,615
BHS	-,317	-,406	-,485	-,444	-,124	-,291	-,505

* todas as correlações apresentam $p < 0,001$

Tabela 7. Comparação teste-reteste entre os escores das facetas e overall (n=51)

Facetas	Média (DP)		t	P
	Teste	Reteste		
Funcionamento dos sentidos	74,39 (25,03)	74,03 (24,61)	,132	,89
Autonomia	65,86 (15,87)	62,13 (14,02)	1,95	,056
Atividades passadas, presentes e futuras	68,26 (17,62)	64,90 (16,93)	1,90	,062
Participação Social	65,65 (19,39)	63,70 (17,76)	,79	,43
Morte e morrer	61,89 (23,87)	66,10 (25,28)	- 1,62	,11
Intimidade	68,01 (21,01)	68,01 (19,51)	,000	1,0
Overall	67,40 (13,53)	66,21 (12,24)	1,08	,28

Tabela 8. Coeficiente de correlação entre os escores das facetas e overall nas medidas teste e reteste

Facetas	Coeficiente de correlação (Pearson)	P
Funcionamento dos sentidos	,685	,000
Autonomia	,584	,000
Atividades passadas, presentes e futuras	,730	,000
Participação Social	,558	,000
Morte e morrer	,771	,000
Intimidade	,584	,000
Overall	,820	,000

ARTIGO 1

**DEVELOPMENT AND APPLICATION OF THE PORTUGUESE
VERSION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY
OF LIFE ASSESSMENT FOR OLD PEOPLE – THE WHOQOL-
OLD MODULE**

Versão em Inglês

**DEVELOPMENT AND APPLICATION OF THE PORTUGUESE VERSION OF
THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT
FOR OLD PEOPLE – THE WHOQOL-OLD MODULE**

Eduardo Chachamovich¹, Clarissa Trentini¹, Marcelo Fleck¹

¹ Department of Psychiatry and Legal Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Hospital de Clinicas de Porto Alegre.

ABSTRACT:

Background: The rise in the proportion of older adults in the general population and the particularities presented by this age group show the need for the development of specific instruments to measure quality of life in older adults. The World Health Organization Quality of Life Group developed the WHOQOL-OLD module, which is comprised of 24 items divided into six facets: sensory abilities, autonomy, past present and future activities, social participation, death and dying and intimacy. This study aims at describing the development and application of the WHOQOL-OLD module Portuguese version.

Methods: The WHOQOL-Old module, the WHOQOL-BREF, BDI and BHS instruments were applied in a sample of 424 older adults in the city of Porto Alegre.

Results/conclusions: The instrument showed suitable characteristics of internal consistency, discriminant validity, concurrent validity and test-retest reliability. Criterion validity presented findings that need further studies. The WHOQOL-Old module represents a useful alternative with good psychometrical performance in the investigation of quality of life in older adults.

Keywords: quality of life, older adults, WHOQOL-OLD

Background

Older adult population has been growing remarkably, not only in developed countries, but also in the developing ones. In Brazil, the population in general has been aging significantly in the last 40 years. The “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios” published by the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística in 2005 (data referring to 2004), shows that the total number of older adults living in Brazil is approximately 17 million, corresponding to 9.8% of the total population. Life expectancy at birth in Brazil has reached 71.7 years, which adds up 9.1 years comparing to 1980 (IBGE, 2005).

The aging process causes relevant alterations in the demands and needs of the Brazilian health system (Chaimowitz, 1997). The rectangularization of the population pyramid brings direct impacts on the resource allocation for health policies. Infectious diseases, more associated to the young population and whose time of duration is reduced, are slowly being replaced by an increasing prevalence of chronic-degenerative diseases (due to the healing or death dichotomy)(Ramos, 2003).

Besides investigating and determining the pace of the population’s aging, there is also the concern about studying the quality of aging and, later, design interventions able to cause impact towards a healthy aging process. Therefore, researchers in the geriatrics area start showing increasing interest in determining which factors are relevant for the quality of live in older adults (Xavier et al, 2003, Farquhar, 1995; Browne et al., 1994; Sousa et al., 2003; Fleck et al., 2003; Santos, 2002; Evans et al., 2005).

Fleck and collaborators (2003) carried out a study with focus groups for the investigation of the concept and the determining factors for quality of life in Brazilian older adults. According to the methodology suggested by the WHO, it was shown that the concept of quality of life is especially related to wellbeing, positive feelings and health. Results indicated that the items of the WHOQOL-100 instrument are appropriate and relevant for the measurement of quality of life in older adults, but not comprehensive enough. There are fundamental aspects in the composition of quality of life in older adults which are not included in the WHOQOL-100 instrument (and consequently in the WHOQOL-BREF, once the latter comes from the reduction of the former). Thus, the focus groups stress that the elderly population shows particularities that must be present in the instruments used so that quality of life is properly measured, Perlman and collaborators (1988) corroborate Fleck and collaborators' findings by pointing out that several of the instruments used in the measurement of quality of life do not take into consideration areas of life which are identified as fundamental by the older adults, such as family relationships.

Power and collaborators (2005), representing the WHOQOL group, emphasize that, due to the specificities shown by the population of older adults in the different centers involved in the international data collection, there is a need to develop quality of life measurement directed to older adults and test it in a transcultural context.

This study aims at describing the development and application of the WHOQOL-OLD module in Brazil. It is a complementary and specific instrument for the assessment of quality of life in older adults able to supplement the information concerning quality of life in this specific population.

WHOQOL-OLD MODULE

The international development of the WHOQOL-OLD project is described in more details elsewhere (Power et al, 2005). Data referring to the Brazilian center follow below.

The instrument's development followed the previous experience of the WHOQOL Group in international collaborative projects with WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF (The Whoqol Group, 1988), through simultaneous transcultural methodology (Guillemin et al, 1993; Bullinger et al, 1996; Power et al, 1999). The first phase was a discussion among the 22 participating centers in order to obtain consensus about the construct and the factors to be studied.

After that, focus groups and item generation were carried out (Fleck et al, 2003), which were analyzed with the international items for the development of a pilot module. The instrument's translation was performed in each center, following the methodology proposed by the WHO which is described in details elsewhere (Fleck et al, 1999; Fleck et al, 2000).

The next step was the refining, item reduction and pilot testing of the initial 40-item version. The pilot test was performed in Brazil with 339 subjects (average age 73.4, +- 8.3, 56% women, 57.5% subjects with healthy perceived status). After this application, the psychometrical analysis of the items' performance was run in order to develop the field version to be tested at the 20 centers that participated in this phase, involving a total of 5566 subjects. The field test involved the application of the 33- item module, as well as the WHOQOL-BREF instrument.

After the re-analysis of the data obtained in the field test, the final version of the instrument was comprised of 24 items recorded on a 5-point Likert scale, divided into six facets. Each facet is comprised of 4 items, and generate, therefore, independent scores ranging from 4 to 20 points (transformed through syntax into a 0 – 100 scale). The six facets scores, combined with the answers to the 24 items, also produce an overall score of the instrument. As in the other WHOQOL instruments, higher scores represent better quality of life in the facets.

The WHOQOL-OLD module can be self-reported, administered with the interviewer's help or completely administered by the interviewer. In cases where the interviewer's participation is needed, he is asked not to interfere with the subjects's understanding of the items as well as not rephrasing or supplying synonyms to the words used in the instrument, in order to keep its original characteristics (UFRGS, 2005).

Table 1

METHOD

Subjects and procedures

A minimal sample of 300 subjects stratified by gender (50% women and 50% men), age (60-69 years of age, 70-79 years of age and over 80) and perceived health status (50% considering themselves healthy and 50% unhealthy) should be selected at a university hospital, nursing homes, and

community according to the WHOQOL-OLD project. Convenience sampling was used. The stratification process provided minimum subsamples that allowed for the instrument's assessment in different conditions. The subjects were recruited and interviewed between September 2003 and March 2005.

The inclusion criteria were age 60 or above and clinical ability to understand and respond to the instruments administered. The subjects interviewed answered the question "in general, do you consider yourself healthy or unhealthy?", and were later stratified as healthy or unhealthy solely according to their subjective perception, not considering their actual health status. This methodology is based on the theory for the quality of life instruments developed by the WHO, once the quality of life construct is seen as multidimensional and basically subjective (The WHOQOL Group, 1998; Fleck et al, 1999).

From the total sample, fifty-one subjects selected by convenience sampling were re-interviewed two weeks after the initial interview. The WHOQOL-OLD module was re-administered in order to assess the test-retest reliability of the instrument.

All respondents were informed about the objectives of the study and the confidentiality of the data obtained. The subjects received and signed the Informed Consent approved by the Research and Ethics Committee of the university hospital in which the study was carried out. The interviewers were medicine and psychology undergraduates previously trained for the application of the instruments used.

Instruments

The instruments mentioned below were applied to subjects cross-sectionally.

- a) Socio-demographic data Form
- b) WHOQOL-BREF: generic instrument for quality of life measurement developed by the WHO devised from the WHOQOL-100 instrument and validated to Portuguese (Fleck et al, 2000).
- c) Beck Depression Inventory (Beck et al, 1961): Instrument that assesses the presence and level of depressive symptomatology. Validated to Portuguese (Cunha, 2001), it proved suitable for study in clinical and non-clinical populations. It supplies a 0-63 index that shows the severity of depressive symptoms.
- d) Beck Hopelessness Scale (Beck et al, 1974): Instrument that assesses the presence and severity of hopelessness symptoms. Also validated to Portuguese (Cunha, 2001), it supplies a 0-20 index that shows the intensity of hopelessness symptoms.
- e) WHOQOL-OLD Module

RESULTS

Demography

The sample recruited was 424 subjects whose demographic and clinical characteristics are described in Table 2. It is pointed out that the BDI and BHS score means showed that the sample is predominantly comprised of non-depressed older adults without hopelessness symptoms.

Table 2

Internal Consistency

The internal consistency of the WHOQOL-OLD was assessed through Cronbach's Alpha Coefficient. The facets were individually analyzed and the reliability coefficient was also determined for the set of 24 items, according to Table 3. The coefficients are suitable when assessed by facet or by the set of items, ranging from 0.710 (autonomy) to 0.885 (overall).

Table 3

Discriminant Validity

The mean scores of each facet and overall between the group of older adults with minimum and higher than minimum intensity of depressive symptoms (mild, moderate or severe) were compared. Similarly, the difference of the mean scores of each facet and overall between the groups that considered themselves healthy and unhealthy was tested. Table 4 shows data referring to the analysis of discriminant validity. All facets and overall scores indicated significant differences when compared between the groups, which shows suitable discriminant capacity.

Table 4

Criterion Validity

Multiple linear regression shows that the four domains of the WHOQOL-BREF present significance in the proposed model, using the variance of the answer to the question “How would you rate your quality of life” (G1 item in the WHOQOL-BREF instrument) as a dependent variable. Among the six facets of the OLD module, however, 4 are statistically significant (using $\alpha=0.1$, a less strict value, once it is an exploratory analysis). The current model explains 51.1% of the dependent variable variance.

Therefore, the facets “sensory abilities” and “intimacy” do not present statistical significance in this model.

Table 5

Concurrent Validity

For the assessment of concurrent validity, the correlation coefficients between the total scores of the BHS and BDI scales and the scores of the six facets and overall of the WHOQOL-OLD module were analyzed. All correlations show significant levels. The negative coefficients indicate that the higher the hopelessness and depressive symptoms levels, the worse the quality of life facets scores.

The facet Death and Dying shows the lowest correlation coefficients with both scales, while the other facets and overall have similar and satisfactory performance, as shown in table 6.

Table 6

Test-Retest Reliability

There were no significant differences in the score means of the facets and overall between the test and retest assessments (Table 7) .

Table 8 shows correlation coefficients of the scores of the facets and overall between test and retest, showing suitable and statistically significant values. Data analyzed as a whole show that the instrument present good test-retest reliability.

Table 7

Table 8

DISCUSSION

This study aims at presenting the Portuguese version of the WHOQOL-OLD, as well as describing its psychometrical properties in an older adult population.

The instrument shows good internal consistency measured by Cronbach's Alpha Coefficient in each facet as well as in the set of items. The coefficients are close to the ones described for the total international sample (Power et al, 2005) and higher than the ones found in the WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF in their validation processes (Fleck et al, 1999; Fleck et al, 2000), proving the appropriateness of the module's consistency.

The WHOQOL-OLD module discriminated, among the older adults, depression levels (in all facets) and perceived health status (in all facets, except for Death and Dying). The correlation coefficients among the facet and the hopelessness and depression scores show statistical significance and the coefficients indicate inverse correlation. Therefore, higher levels of depression and hopelessness are related to lowest scores of quality of life in the different facets.

Test-retest reliability was satisfactory, showing that there were no significant differences among the scores of all facets in tests and retests. The correlation coefficients between the test-retest scores showed statistical significance, with values ranging from 0.558 to 0.820.

Concerning the criterion validity, four out of six facets are part of the multiple linear regression module and explained, as well as the four domains of WHOQOL-BREF, 51.1% of the variance. Once the facets included in the WHOQOL-OLD module were suggested and analyzed by the focus groups, there was discrepancy between the theoretical basis of the items and their psychometrical performance. We have raised four hypotheses which can be implicated in these findings.

The first one, of conceptual nature, suggests that these facets (Sensory Ability and Intimacy) may not be in fact relevant to the quality of life in older adults, and, therefore, are not significant in the regression model. However, their importance has been reinforced in Brazilian and in several international focus groups, and there is consistent literature describing they are relevant to and interfere with quality of life of elderly (Farquhar, 1995; Bowling et al, 2002).

The second hypothesis is related to the choice of the dependent variable in the regression model. The utilization of a single quality of life item as the dependent variable may be questioned, based on its robustness. Bowling (2005) states that robust items seem to produce reliable measurements, presenting several advantages compared to long instruments. Another important fact contrary to this hypothesis is that the WHOQOL-100 overall score and the WHOQOL-BREF generic quality of life item were included in these instruments to permit a global quality of life assessment to researchers (The WHOQOL GROUP, 1998). It is important to point out that these global items were used to test criterion validity in the field testing of both versions (Fleck et al., 1999; Fleck et al, 2000).

The third hypothesis is based on the characteristics of the sample studied, which basically is composed of community-dwelling elderly who consider themselves healthy. One could suggest that the two facets not included in the regression model would present relevance if a predominant functionality restricted old adult sample was examined.

The fourth hypothesis, which we believe is the most probable one, is the existence of confounding factors or colinearity in the model that may cause decreasing facets impact. Correlations between WHOQOL-BREF domains and

WHOQOL-OLD facets proved relatively homogeneous and of mild to moderate intensity (varying from 0.17 to 0.62) (data not shown), which refute the notion that high correlations could decrease the facets' impact in the model. However, it is possible that other variables not included in the model may play that role. The depressive symptomatology impact in the quality of life, shown in older populations (Xavier et al., 2003; Trentini, 2004), is a relevant potential confounder. This issue will be addressed in another publication.

With the findings reported by the authors in another article (Fleck et al, 2003), this study presents a methodology for the development of health instruments that proposes the association of a quality approach (item generating) and a quantitative approach (objective measurement of the instrument's performance). Through this association, the subjects to whom the instrument is devised is able to actively participate in the item generating, determination of the importance of the items proposed by the researchers and the evaluation of the item formulation (concerning the terms used and understanding of phrasing).

The WHOQOL-OLD module represents an additional tool to the WHOQOL-100 or WHOQOL-BREF as a useful alternative in the investigation of quality of life in older adults, comprehending relevant aspects not covered by the instruments originally designed for non-elderly populations.

Once an instrument's validation is a continued process, further studies testing the WHOQOL-OLD's performance on older adult populations of different profiles are needed.

References:

1. Bowling A, Banister, D, Sutton S, Evans O, Windsor J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*,6(4):355-371.
2. Bowling A. (2005). Just one question: If one question works, why ask several?. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 59:342-345.
3. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce RB, McDonald NJ O'Malley K et al. (1994). Individual quality of life in the health elderly. *Quality of Life Research*, 3:235-244.
4. Bullinger M, Power M, Aaronson NK, Cella DF, Anderson RT. (1996). Creating and evaluating cross-cultural instruments. In B. Spilker (Ed), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 659-668). Hagerstown, MD. Lippincott-Raven.
5. Chaimowitz F (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 31(2):184-200.
6. Evans S, Gately C, Huxley P, Smith A, Banerjee S. (2005). Assessment of quality of life in later life: development and validation of the QuiLL. *Quality of Life Research*, 14(5):1291-300.
7. Farquhar M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science Medicine*, 41(10):1439-1446.
8. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini CM. (2003). WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev. Saúde Pública*,37(6): 793-799.

9. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL* 1999;21:19-28
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*; 34(2):178-83.
11. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*; 46,12:1417-1432.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [capturado 2005 dez 01]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2004/default.shtm>
13. Perlman RA, Uhlmann RF (1988). Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *J Gerontol*, 43:M25-M30. Perlman RA, Uhlmann RF (1988). Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *J Gerontol*, 43:M25-M30.
14. Power M, Bullinger M, Harper A, The World Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the Universality of Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide. *American Psychological Association*, 18(5):495-505.

15. Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQOL-OLD Group. (2005) Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14:2197-2214.
16. Ramos LR. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*, 19(3):793-798.
17. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MER. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 10(6):757-764.
18. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3):364-371.
19. The WHOQOL group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties, 1998. *Soc Sci Med*;46:1569-85.
20. Trentini CM. (2004). Qualidade de Vida em Idosos. [tese de doutorado]. UFRGS. PPG Psiquiatria.
21. UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [capturado 2005 dez 01] Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html>
22. Xavier MF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy N, Moriguchi E. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1)31-9.

Table 1 - Final set of items for the WHOQOL-OLD module

Facet I Sensory Abilities

OLD-01 Impairments to senses affect daily life
 OLD-02 Loss of sensory abilities affect participation in activities
 OLD-10 Problems with sensory functioning affect ability to interact
 OLD-20 Rate sensory functioning

Facet II Autonomy

OLD-03 Freedom to make own decisions
 OLD-04 Feel in control of your future
 OLD-05 People around you are respectful of your freedom
 OLD-11 Able to do things you'd like

Facet III Past, Present and Future Activities

OLD-12 Satisfied with opportunities to continue achieving
 OLD-13 Received the recognition you deserve in life
 OLD-15 Satisfied with what you've achieved in life
 OLD-19 Happy with things to look forward to

Facet IV Social Participation

OLD-14 Have enough to do each day
 OLD-16 Satisfied with the way you use your time
 OLD-17 Satisfied with level of activity
 OLD-18 Satisfied with opportunity to participate in community

Facet V Death and Dying

OLD-06 Concerned about the way you will die
 OLD-07 Afraid of not being able to control death
 OLD-08 Scared of dying
 OLD-09 Fear pain before death

Facet VI Intimacy

OLD-21 Feel a sense of companionship in life
 OLD-22 Experience love in your life
 OLD-23 Opportunities to love
 OLD-24 Opportunities to be loved

Table 2 . Sociodemographic and clinical characteristics (n=424)

		N (%) or M (SD)
Age		
	60-69 y.o.	173 (40,9)
	70-79 y.o.	153 (36,2)
	80y.o.	97 (22,9)
Gender		
	Male	152 (35,8)
	Female	272 (64,2)
Perceived Health Status		
	Healthy	286 (67,5)
	Unhealthy	138 (32,5)
Marital Status		
	Single	29 (6,8)
	Married	212 (50,0)
	Separated	30 (7,1)
	Widowed	128 (30,2)
Educational Level		
	Illiterate	7 (1,7)
	Basic Level	165 (38,9)
	High School	110 (25,9)
	College	90 (21,2)
BDI		9,05 (7,08)
BHS		4,80 (4,16)

Table 3. Cronbach's alpha internal consistency (n=424)

Facets or Items	Cronbach's alpha	Number of items
<i>Sensory Abilities</i>	0,795	4
<i>Autonomy</i>	0,710	4
<i>Past, Present and Future Activities</i>	0,785	4
<i>Social Participation</i>	0,830	4
<i>Death and Dying</i>	0,835	4
<i>Intimacy</i>	0,880	4
<i>All 24 items</i>	0,885	24

Tabela 4. Comparison of WHOQOL-OLD facets scores according to depressive symptoms level and perceived health status (n = 424).

Facets	Depressive Symptoms				Perceived Health Status			
	Mean (SD) BDI minimal (0-11)	Mean (SD) BDI > minimal (>12)	T	p	Mean (SD) Healthy	Mean (SD) Unhealthy	t	P
Sensory Abilities	77,99 (19,36)	64,39 (22,50)	6,06	,000	78,85 (18,42)	63,09 (23,01)	7,01	,000
Autonomy	70,79 (15,63)	54,88 (18,91)	8,46	,000	69,93 (15,53)	57,24 (20,47)	6,43	,000
Past, Pres and Fut.	71,82 (15,41)	55,45 (17,65)	9,21	,000	71,70 (14,47)	56,29 (19,18)	8,32	,000
Social Part.	71,13 (15,64)	50,79 (19,34)	10,63	,000	70,78 (15,07)	52,26 (21,17)	9,21	,000
Death and Dying	66,85 (23,75)	57,89 (27,59)	3,23	,001	65,21 (24,88)	61,59 (26,16)	1,38	,168
Intimacy	72,57 (19,53)	53,43 (22,96)	8,32	,000	70,00 (20,98)	59,42 (23,85)	4,44	,000
Overall	71,79 (11,30)	56,17 (12,24)	12,41	,000	71,00 (11,01)	58,37 (14,71)	8,90	,000

Table 5. Results of Multiple Linear Regression between WHOQOL-BREF domains and WHOQOL-OLD facets and item G1 "How would you rate your quality of life" (WHOQOL-BREF)

Domains / Facets	β	T	P
Physical	,275	5,56	,000*
Psychological	,179	3,31	,001*
Social relationship	,084	1,83	,067*
Environmental	,171	3,57	,000*
Sensory abilities	,024	0,58	,561
Autonomy	-,062	-1,34	,100*
Past, present and future act.	,097	1,69	,091*
Social participation	,118	2,07	,038*
Death and dying	-,082	-2,25	,024*
Intimacy	,014	,345	,730

* $p \leq 0,1$, $R^2=51,1\%$

Table 6. Correlation between BDI and BHS scores and WHOQOL-OLD facets and overall

	Facet 1 (Sens. Abilities)	Facet 2 (Autonomy)	Facet 3 (Past, pres & fut act.)	Facet 4 (Social part.)	Facet 5 (Death & dying)	Facet 6 (Intimacy)	Overall
BDI	-,411	-,431	-,499	-,534	-,222	-,420	-,615
BHS	-,317	-,406	-,485	-,444	-,124	-,291	-,505

* $p < 0,001$ for all correlations

Table 7. Comparison between test and retest facets and overall scores (n=51)

Facets	Mean (SD)		t	P
	Test	Retest		
Sensory Abilities	74,39 (25,03)	74,03 (24,61)	,132	,89
Autonomy	65,86 (15,87)	62,13 (14,02)	1,95	,056
Past, present and future act.	68,26 (17,62)	64,90 (16,93)	1,90	,062
Social participation	65,65 (19,39)	63,70 (17,76)	,79	,43
Death and dying	61,89 (23,87)	66,10 (25,28)	- 1,62	,11
Intimacy	68,01 (21,01)	68,01 (19,51)	,000	1,0
Overall	67,40 (13,53)	66,21 (12,24)	1,08	,28

Table 8. Correlation between test and retest facets and overall scores (n=51)

Facets	Pearson Coefficient	P
Sensory Abilities	,685	,000
Autonomy	,584	,000
Past, present and future act.	,730	,000
Social participation	,558	,000
Death and dying	,771	,000
Intimacy	,584	,000
Overall	,820	,000

ARTIGO 2

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO PSICOMÉTRICO DO
INSTRUMENTO WHOQOL-BREF EM UMA AMOSTRA DE
IDOSOS BRASILEIRA**

Versão em português

Avaliação do desempenho psicométrico do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileira

Eduardo Chachamovich¹, Clarissa Trentini¹, Marcelo Fleck¹

¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Submetido ao International Psychogeriatrics

RESUMO

Introdução: A tendência de envelhecimento da população tem sido observada em todo o mundo. Medidas de qualidade de vida têm despertado crescente interesse em investigações transversais e na avaliação de desfechos de intervenções em idosos. Diversos instrumentos utilizados na medição de qualidade de vida em idosos não foram adequadamente testados nesta população.

Objetivo: Descrever as propriedades psicométricas do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros

Método: 424 idosos foram arrolados por amostragem de conveniência e completaram os instrumentos WHOQOL-BREF, BDI, BHS e ficha de dados sócio-demográficos. Foram analisadas validade discriminante, validade concorrente, validade de critério e consistência interna.

Resultados: A amostra foi constituída predominantemente de mulheres (64,2%) vivendo na comunidade (84,4%) e que se consideram saudáveis

(67,5%). Todos os domínios do instrumento demonstraram-se capazes de discriminar níveis de sintomas depressivos e de desesperança, bem como diferentes percepções de estado de saúde. Os coeficientes de correlação entre os domínios e os escores do BDI e BHS apresentaram significância estatística. Os coeficientes de fidedignidade assumem valores que variam de 0,614 a 0,925.

Conclusão: O instrumento WHOQOL-BREF apresenta desempenho psicométrico satisfatório em uma amostra de idosos brasileiros, constituindo-se em alternativa útil na aferição de qualidade de vida em tal população.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade que se estende de modo global, não constituindo mais um processo restrito aos países desenvolvidos (Osborne et al., 2003). No Brasil, as últimas quatro décadas têm observado uma mudança da composição etária populacional, determinando acelerado aumento da proporção de idosos na população (Chaimowitz, 1997), que atualmente representam 9,8% do total (aproximadamente 17 milhões de indivíduos) (IBGE, 2005). O crescente número de idosos e o incremento da expectativa de vida determinam marcadas alterações nas políticas de saúde, alocação de recursos para a saúde pública e prevenção. Em alguns países, como o Reino Unido, idosos já são os maiores usuários do sistema de saúde, determinando a necessidade de ajuste do sistema de modo a contemplar as necessidades deste grupo específico (Haywood et al., 2005b).

Há um incremento do interesse na literatura internacional em estender as investigações de qualidade de vida à população idosa. A medição de desfechos clássicos de saúde, tais como morbi-mortalidade e diminuição de sintomatologia, mostra-se insuficiente nesta população. As intervenções em idosos visam a possibilitar a manutenção da mobilidade, independência, nível de atividade, participação social e capacidade de responder adequadamente às demandas físicas e psicológicas da velhice. O objetivo principal seria, ao fim, propiciar qualidade de vida aos anos de vida restantes (Bowling et al., 2002).

O conceito de qualidade de vida não desfruta de consenso até o presente momento (Berlim, 2003; Bowling, 1995; Hunt, 1997; Katschnig, 1997; Testa et al., 1996; Wilson et al., 1995). A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Grupo WHOQOL, define qualidade de vida como “a

percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995). Tal conceito tem como embasamento a multidimensionalidade do construto, a presença de dimensões positivas e negativas e a valorização da percepção subjetiva (The WHOQOL Group, 1998).

Pesquisadores na área da geriatria passaram a demonstrar a necessidade de determinar o conceito de qualidade de vida em idosos e identificar quais fatores são relevantes para a melhora ou piora da qualidade de vida, uma vez que os velhos constituem uma população particular com características específicas. De modo geral, a conceituação, formulada a partir de grupos de idosos, engloba os seguintes determinantes: saúde, participação social, atividades, auto-estima, mobilidade e condições de vida satisfatórias (Browne, 1994; Bowling, 1995; Evans et al., 2005; Farquhar, 1995; Fleck et al., 2003; Sousa et al., 2003; Xavier et al., 2003).

Ainda que a potencial relevância da investigação de qualidade de vida em idosos tenha sido reconhecida, a metodologia para tal não se encontra suficientemente desenvolvida. Muitos instrumentos utilizados na aferição de qualidade de vida em idosos não levam em conta áreas de vida identificadas pelos próprios idosos como fundamentais (Perlman et al., 1988). Haywood e colaboradores (2005a) demonstraram que diversos instrumentos frequentemente utilizados em investigações de populações idosas não apresentam propriedades psicométricas adequadamente testadas (validade, confiabilidade e taxas de resposta).

Outra questão metodológica relevante é a utilização de instrumentos de aferição de qualidade de vida originalmente desenvolvidos para uma população de adultos jovens em idosos (Power et al., 2005). Brazier e colaboradores (1996), ao utilizar os instrumentos SF-36 e EuroQol em uma população de idosos, relataram desempenho insatisfatório em algumas subescalas, indicando que há necessidade de testar e calibrar os instrumentos para populações específicas.

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico de medição de qualidade de vida desenvolvido pela OMS (The WHOQOL Group, 1998). Gerado a partir de metodologia simultânea transcultural (Guillemin et al., 1993; Bullinger et al., 1996), mostra-se adequado para sua utilização em estudos de base populacional e em investigações transculturais (Power et al., 1999; Fleck et al., 2000). Naumann e colaboradores (2004) testaram o desempenho psicométrico do WHOQOL-BREF em uma amostra de 39 idosos deprimidos, indicando validade e fidedignidade satisfatórias em três de seus quatro domínios e forte correlação dos escores dos domínios com os níveis de sintomas depressivos. Apontam como possível limitação o tamanho reduzido da amostra, indicando a necessidade de investigações com amostras mais amplas. Hwang e colaboradores (2003) realizaram investigação de base populacional com a versão taiwanesa do WHOQOL-BREF, reportando propriedades satisfatórias de validade discriminante, validade de construto, taxas de resposta e consistência interna. Entretanto, indicaram que dois itens (atividade sexual e capacidade de trabalho) apresentaram índices elevados de *missings*, sugerindo-os como problemáticos em idosos.

O objetivo do presente estudo é avaliar o desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros e determinar suas propriedades psicométricas em tal população.

Métodos

Sujeitos

Foram arrolados no estudo 424 idosos recrutados em um hospital universitário, asilos, grupos comunitários de idosos e em seus domicílios. A amostragem se deu por conveniência, adotando estratificação prévia determinada por percepção subjetiva do estado de saúde (50% saudáveis e 50% doentes), sexo (50% feminino) e faixas etárias (60-69 anos, 70-79 anos e 80 ou mais anos). Os critérios de inclusão adotados foram idade superior a 60 anos e capacidade de entendimento dos instrumentos aplicados.

Tomando como base o conceito de qualidade de vida do Grupo WHOQOL-OMS, que privilegia a concepção subjetiva do construto, os sujeitos eram solicitados a responder à questão “De modo geral, o(a) senhor(a) se considera saudável ou doente?” e, de acordo com sua percepção, eram estratificados como tal, a despeito de sua condição clínica objetivamente aferida. Todos os indivíduos foram informados dos objetivos do estudo e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do hospital universitário em que o estudo foi realizado.

Instrumentos

Os instrumentos foram aplicados por estudantes de medicina e psicologia previamente treinados. Os sujeitos completaram um instrumento de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), um instrumento de aferição de sintomatologia depressiva (Inventário de Depressão de Beck - BDI) e um instrumento de aferição de sintomatologia de desesperança (Escala de Desesperança de Beck- BHS) , além de uma ficha de dados sócio-demográficos. Todos os instrumentos são auto-aplicáveis, e os entrevistadores foram orientados a fornecer auxílio quando necessário sem, no entanto, interferir com o entendimento do sujeito acerca dos itens e sem fornecer qualquer sinônimo ou explicação das palavras constantes nos questionários. Tal orientação visa a manter a formulação original dos instrumentos e, portanto, não causar alterações capazes de prejudicar a avaliação do desempenho de tais instrumentos (UFRGS, 2005).

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico de qualidade de vida composto de 26 itens com escala de resposta tipo Likert de 5 pontos. É composto por quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente) e em um escore global (overall). Conta com uma versão em Português validada em uma população adulta não-idosa (Fleck et al., 2000) e em uma população de pacientes adultos não-idosos deprimidos (Berlim et al., 2005).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um instrumento de 21 itens que avalia a presença de sintomas depressivos. É composto de duas escalas (cognitivo-afetiva e somática-desempenho) (Beck et al., 1961). Foi validada para o Português, mostrando-se capaz de discriminar entre diferentes níveis de sintomatologia depressiva (Cunha, 2001). Fornece um escore único que varia

de 0-63 pontos, caracterizando níveis mínimos (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63) de sintomatologia depressiva.

A Escala de Desesperança de Beck (BHS) é um instrumento composto de 20 itens de resposta dicotômica (certo ou errado) (Beck et al., 1974). Foi validada para o Português (Cunha, 2001), e apresenta propriedades psicométricas satisfatórias. Fornece um escore único de 0-20, divididos em níveis de sintomatologia mínima (0-3), leve (4-8), moderada (9-14) e grave (15-20).

Resultados

Dos 424 idosos entrevistados, 64,2% eram mulheres, 50% eram casados e 40,9 % tinham entre 60-69 anos de idade. Em relação à percepção subjetiva de saúde, 67,5% se percebiam como saudáveis no momento da entrevista. Em relação à procedência da amostra, 9,4% dos idosos estavam internados, 3,1% estavam em atendimento de ambulatório e 84,4% eram provenientes da comunidade. A Tabela 1 ilustra os dados sócio-demográficos e os escores do BDI e da BHS da amostra. A taxa de respostas aos itens do instrumento foi consideravelmente alta. Os itens que apresentaram valores de *missings* mais altos foram atividade sexual (4,2%), sentimentos negativos (1,4%) e relacionamentos pessoais (1,1%).

Tabela 1

Consistência Interna

A consistência interna foi avaliada através do Coeficiente de Fidedignidade de Cronbach. Foram analisadas a consistência interna para os

domínios individualmente e para o conjunto de 24 itens, conforme ilustra a Tabela 2. Destaca-se que os coeficientes assumem valores elevados quando tomados por domínios ou pelo conjunto dos itens, conferindo ao instrumento consistência interna satisfatória. O domínio Relações Sociais mostra o coeficiente mais baixo.

Tabela 2

Validade discriminante

Para determinar a capacidade discriminante do instrumento, compararam-se os escores médios de cada domínio e overall entre o grupo de idosos com intensidade de sintomatologia depressiva e de desesperança mínima ou maior que mínima (leve, moderada ou grave). Ademais, compararam-se os escores médios de cada faceta e overall entre os grupos que se percebiam saudáveis ou doentes. Espera-se que o instrumento testado seja capaz de diferenciar populações com características distintas, atestando uma habilidade do instrumento de ser sensível a, e medir adequadamente, variações clínicas e subjetivas relevantes. A Tabela 3 apresenta os dados referentes à análise de validade discriminante. Todos os domínios e o escore overall demonstraram diferenças significativas quando comparados entre os grupos, o que evidencia sua capacidade discriminante satisfatória. A tabela 4 demonstra a validade discriminante entre os grupos de idosos que se percebem como sendo saudáveis e doentes. O instrumento mostra-se capaz de discriminar o estado de saúde percebido em todos os domínios e no escore total.

Tabela 3

Tabela 4

Validade de critério

O domínio Relações Sociais não apresentou significância estatística no modelo proposto de regressão linear múltipla ($p=0,061$). Os domínios físico, psicológico e de meio-ambiente explicam 64,7% da variância do escore global, constituído por dois itens de qualidade de vida geral. As correlações entre os domínios e o escore overall demonstram coeficientes moderados e altos, indicando coesão dos domínios no modelo proposto. As tabelas 5 e 6 descrevem os dados citados.

Tabela 5

Tabela 6

Validade concorrente

A validade concorrente foi avaliada através do grau de correlação entre escores dos quatro domínios e overall e os níveis de sintomatologia depressiva e de desesperança. Houve correlações estatisticamente significativas entre todos os domínios. Todos os coeficientes são negativos, o que indica que quanto maiores forem os níveis de sintomatologia depressiva e/ou de desesperança, menores serão os escores de qualidade de vida em todos os domínios.

Tabela 7

Discussão

O presente artigo avaliou o desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros. Ainda que desenvolvido primariamente em uma população adulta não idosa, o instrumento demonstrou propriedades psicométricas e desempenho satisfatórios em uma amostra heterogênea de idosos, incluindo sujeitos hospitalizados e na comunidade.

A despeito de o nível de escolaridade não ser elevado na população estudada, contando inclusive com analfabetos, as taxas de *missings* em todos os itens foram mínimas. Entre os itens que apresentaram *missings*, a questão relativa a atividade sexual foi a que se mostrou com maiores números de não resposta. A complexidade do item atividade sexual repete os achados de Hwang e cols (2003) e Power e cols (2005). Entretanto, as taxas de *missing* descritos para tal item na população taiwanesa foi de 17% (e 4,2% no presente estudo). Gott e colaboradores (2003) utilizaram o instrumento WHOQOL-100 (Skevington, 1999) para investigar o quão importante os idosos consideram o sexo na velhice, demonstrando que este representa invariavelmente um componente de um relacionamento emocional íntimo, refutando o estereótipo do “idoso assexuado”. A repetição do maior número de não respostas neste item sugere que o modo como o item é proposto possa necessitar de modificações. Grupos focais realizados com idosos e cuidadores indicaram que o item enfatiza marcadamente a atividade sexual, caracterizando-a como o intercurso sexual em detrimento de um conceito mais amplo de sexualidade (Fleck et al., 2003). A substituição do item “atividade sexual” por “intimidade”

(que engloba oportunidade de dar e receber carinhos íntimos) é uma alternativa proposta pelo Grupo WHOQOL no desenvolvimento do módulo WHOQOL-OLD, que visa a testar um novo modelo de investigação do peso da sexualidade na qualidade de vida de idosos (Power et al., 2005; Chachamovich et al., 2005 (in prep)).

Assim como ocorrido com o desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra brasileira de adultos não idosos (Fleck et al., 2000), o domínio Relações Sociais não se mostrou estatisticamente significativo no modelo de regressão linear múltipla, quando utilizado o escore global como variável dependente. Este escore é calculado a partir dos itens que questionam a avaliação global da qualidade de vida e satisfação do estado de saúde. Utilizando somente o item “Como você avalia a sua qualidade de vida?” como variável dependente, o domínio Relações Sociais passa a apresentar significância estatística ($p=0,03$, $R^2 = 48,7\%$, dados não descritos). Tal discrepância de achados pode indicar que a inclusão do item de satisfação com a saúde no modelo altere o perfil de fatores determinantes, diminuindo a importância do domínio de relações sociais e mantendo a significância dos domínios físico, psicológico (envolvidos diretamente na determinação da satisfação com a saúde) e meio-ambiente. Este último apresenta itens que se relacionam com o processo saúde-doença (como satisfação com acesso a serviços de saúde e satisfação com o local onde mora), também implicados na determinação da satisfação com o estado de saúde.

Naumann e cols (2004) também descreveram coeficientes de correlação significativos dos escores dos domínios físico, psicológico e de meio-ambiente com os de escalas de depressão (Geriatric Depression Scale e Hamilton

Depression Rating Scale), de atividades de vida diária (Instrumental Activities of Daily Living) e de funcionamento cognitivo (Mini Mental State Examination). De modo semelhante, em uma amostra de idosos deprimidos, relataram que o domínio Relações Sociais não mostrou correlação com tais medidas clínicas, reforçando a hipótese de que este domínio apresenta correlação frágil com desfechos relacionados à saúde.

O WHOQOL-BREF mostrou-se capaz de discriminar idosos com diferentes níveis de sintomatologia depressiva e de desesperança. Mostrou-se também adequado na discriminação de idosos que se percebem como saudáveis daqueles que se consideram doentes.

A amostragem por conveniência deve ser entendida como uma potencial limitação deste estudo, uma vez que pode trazer como consequência a constituição de uma amostra pouco representativa da população total de idosos. No entanto, ela garante que os principais estratos demográficos dos idosos estejam representados no processo de amostragem

O instrumento demonstrou apresentar consistência interna, validade concorrente, validade discriminante e validade de critério satisfatórias. Seus itens foram analisados previamente em grupos focais, em relação ao conteúdo e fraseamento, tendo sido considerados pelos idosos como relevantes para a aferição de qualidade de vida e de fácil entendimento (Fleck et al., 2003). Assim sendo, constitui-se em uma alternativa útil de instrumento genérico de aferição de qualidade de vida com adequado desempenho psicométrico testado em idosos.

Referências:

1. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
2. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
3. Berlim MT, Fleck MPA (2003). Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(4):249-252.
4. Berlim MT, Pavanello D, Caldieraro M, Fleck MPA. (2005) Reliability and validity of the WHOQOL-BREF in a sample of brazilian outpatients with major depression. *Quality of Life Research*, 14:561-564.
5. Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*; 6(4):355-371.
6. Bowling A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. *Social Science Medicine*, 41(10):1447-1462.
7. Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. (1996). Using the SF-36 and EuroQol on an elderly population. *Quality of Life Research*, 5:195-204.
8. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce RB, McDonald NJ O'Malley K et al. (1994). Individual quality of life in the health elderly. *Quality of Life Research*, 3:235-244.

9. Bullinger M, Power M, Aaronson NK, Cella DF, Anderson RT. (1996). Creating and evaluating cross-cultural instruments. In B. Spilker (Ed), Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials (pp. 659-668). Hagerstown, MD. Lippincott-Raven.
10. Chachamovich E, Trentini CM, Fleck MPA (2005). Desenvolvimento e aplicação do módulo de avaliação de qualidade de vida de idosos da OMS - WHOQOL-OLD .(in prep.)
11. Chaimowitz F (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 31(2):184-200.
12. Cunha JA (2001). Manual da Versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
13. Evans S, Gately C, Huxley P, Smith A, Banerjee S. (2005). Assessment of quality of life in later life: development and validation of the QuiLL. *Quality of Life Research*, 14(5):1291-300.
14. Farquhar M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science Medicine*, 41(10):1439-1446.
15. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL* 1999;21:19-28
16. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini CM. (2003). WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 37(6): 793-799.

17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*; 34(2):178-83.
18. Gott M, Hinchliff S. (2003) How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56:1617-1628.
19. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*; 46,12:1417-1432.
20. Haywood KL, Garrat AM, Fitzpatrick R. (2005a). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*, 14:1651-1668.
21. Haywood KL, Garrat AM, Fitzpatrick R. (2005b). Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(4):315-327.
22. Hunt SM.(1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6(3):205-212.
23. Hwang H, Liang W, Chiu Y, Lin M. (2003). Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and Ageing*; 32:593-600
24. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [capturado 2005 dez 01]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2004/default.shtm>

25. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (1997). Quality of life in mental disorders. New York : John Wiley & Sons.
26. UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [capturado 2005 dez 01] Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html>
27. Naumann VJ, Byrne GJA (2004). WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Psychogeriatrics*, 16:2, 159-173.
28. Osborne RH, Hawthorne G, Lew E, Gray L (2003). Quality of life assessment in the community-dwelling elderly: Validation of the Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument and comparison with the SF-36. *J Clin Epidemiol*, 56:138-147.
29. Perlman RA, Uhlmann RF (1988). Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *J Gerontol*, 43:M25-M30.
30. Power M, Bullinger M, Harper A, The World Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the Universality of Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide. *American Psychological Association*, 18(5):495-505.
31. Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQOL-OLD Group. (2005) Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14:2197-2214.
32. Skevington SM (1999). Measuring quality of life in Britain: introducing the WHOQOL-100. *J Psychosom Res*;47(5):449-59.
33. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3):364-371.

34. Statistical Package for the Social Sciences (1999). SPSS for Windows, Version 10.0. Chicago: SPSS Inc.
35. Testa M, Simonson DC. (1996). Assessments of quality of life outcomes. *Current Concepts*, 334(13):835-840.
36. The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10):1403-1409.
37. The WHOQOL group (1988). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties, 1998. *Soc Sci Med*;46:1569-85.
38. Wilson I, Cleary PD. (1995). Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA*, 271(1):59-65.
39. Xavier MF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy N, Moriguchi E. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1)31-9.

Tabela 1 . Características gerais da amostra (n=424).

	N (%) ou M (SD)
Idade	
60-69 anos	173 (40,9)
70-79 anos	153 (36,2)
80+ anos	97 (22,9)
Sexo	
Masculino	152 (35,8)
Feminino	272 (64,2)
Percepção de saúde	
Saudável	286 (67,5)
Doente	138 (32,5)
Estado civil	
Solteiro	29 (6,8)
Casado	212 (50,0)
Separado	30 (7,1)
Viúvo	128 (30,2)
Nível de escolaridade	
Analfabeto	7 (1,7)
Ensino Fundamental	165 (38,9)
Ensino Médio	110 (25,9)
Superior	90 (21,2)
BDI	9,05 (7,08)
BHS	4,80 (4,16)

Tabela 2. Coeficiente de fidedignidade de Cronbach do WHOQOL-BREF (n=424).

Itens	Coeficiente de Cronbach	Numero de itens
D. Físico	0,871	7
D. Psicológico	0,729	6
D. Relações Sociais	0,614	3
D. Meio-Ambiente	0,782	8
Itens dos domínios	0,914	24
26 questões	0,925	26

Tabela 3. Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à intensidade de sintomas depressivos e de desesperança (n = 424).

Domínios	Sintomas depressivos				Sintomas de desesperança			
	BDI mínimo	Média (DP) BDI > mínimo	T	P	BHS mínimo	Média (DP) BHS > mínimo	t	P
Físico	71,40 (17,33)	49,71 (19,18)	11,48	,000	71,29 (17,04)	54,95 (21,37)	8,34	,000
Psicológico	74,23(11,91)	57,10(15,77)	11,07	,000	74,72(11,80)	60,39(16,13)	9,93	,000
Rel Sociais	73,38(15,00)	60,30 (17,01)	7,93	,000	74,09(15,19)	62,32 (16,54)	7,51	,000
Meio-ambiente	71,44(12,75)	50,70(13,96)	8,48	,000	71,439(13,20)	62,51(14,00)	6,61	,000
Overall	74,39(16,23)	52,16(21,12)	10,76	,000	73,94(17,08)	58,04(21,75)	8,06	,000

Tabela 4. Comparação dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF em relação à percepção subjetiva do estado de saúde.

Domínios	Média (DP)		T	P
	Saudável	Doente		
Físico	73,84 (14,60)	45,62 (17,79)	16,11	,000
Psicológico	73,71 (12,72)	58,92 (15,77)	9,57	,000
Rel. Sociais	73,46 (14,85)	60,70 (17,26)	7,42	,000
Meio-ambiente	71,94 (12,60)	59,19 (13,49)	9,49	,000
Overall	76,53 (14,16)	48,55 (19,16)	15,25	,000

Tabela 5. Regressão linear múltipla entre os domínios do WHOQOL-BREF em relação ao escore global (n=424).

Domínios	β	T	P
Físico	,483	12,47	,000
Psicológico	,263	6,22	,000
Rel. Sociais	,068	1,88	,061
Meio-ambiente	,131	3,31	,001

Porcentagem da variância explicada (R^2) = 64,7%

Tabela 6. Correlação entre os domínios e overall do WHOQOL-BREF.

Domínios	Físico	Psicológico	Rel. Sociais	Meio-ambiente	Overall
Físico					
Psicológico	,602				
Rel. Sociais	,430	,551			
Meio-ambiente	,565	,607	,491		
Overall	,744	,667	,481	,595	

Todas as correlações apresentam $p < 0,001$

Tabela 7. Correlação entre os escores dos domínios e overall com sintomas depressivos e de desesperança.

	D. Físico	D. Psicológico	D. Social	D. Ambiental	Overall
Escala de Desesperança de Beck	-,406	-,510	-,408	-,337	-,435
Inventário de Depressão de Beck	-,612	-,611	-,468	-,449	-,602

Todas correlações com $p < 0.01$

ARTIGO 2

**ASSESSMENT OF THE PSYCHOMETRICAL PERFORMANCE OF
THE WHOQOL-BREF INSTRUMENT IN A SAMPLE OF
BRAZILIAN OLDER ADULTS**

Versão em inglês

Assessment of the psychometrical performance of the WHOQOL-BREF instrument in a sample of Brazilian older adults

Eduardo Chachamovich¹, Clarissa Trentini¹, Marcelo Fleck¹

¹ Department of Psychiatry and Legal Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Hospital de Clinicas de Porto Alegre.

ABSTRACT

Background: The population's aging trend has been observed all over the world. Measurements of quality of life have been raising growing interest in cross-section investigations and the assessment of intervention outcomes in older adults. Several instruments used in the measurement of quality of life in older adults were not appropriately tested in this population.

Purpose: To describe the psychometrical properties of WHOQOL-BREF in a sample of Brazilian older adults.

Method: 424 older adults were selected through convenience sampling and filled out the instruments WHOQOL-BREF, BDI, BHS and socio-demographic data form. Discriminant validity, concurrent validity, criterion validity and internal consistency were analyzed.

Results: The sample was predominantly comprised of women (64.2%), community-dwelling subjects (84.4%) and subjects who consider themselves healthy (67.5%). All domains in the instrument showed the ability to discriminate levels of depressive symptoms and hopelessness, as well as different perceptions of their health status. The correlation coefficients among the

domains and the BDI and BHS scores were statistically significant. The reliability coefficients present scores ranging from 0.614 to 0.925.

Conclusion: The WHOQOL-BREF instrument shows suitable psychometrical performance in a sample of Brazilian older adults, becoming a useful alternative in the measurement of quality of life in this population.

Background

The aging of the population is a global reality which is not only restricted to developed countries (Osborne et al., 2003). In Brazil, there has been a change in the population pyramid determining, in the last four decades, a rapid growth of the proportion of older adults in the population (Chaimowitz, 1997) who currently represent 9.8% of the total (approximately 17 million individuals) (IBGE, 2005). The growing number of older adults and the increase in life expectancy determine remarkable changes in health policies, resource allocation for public health and prevention. In some countries, such as the United Kingdom, older adults are already the major users of the public health system, establishing the necessity for a change in it in order to meet the needs of this specific group (Haywood et al., 2005).

International literature has been increasingly interested in expanding the quality of life investigations to the elder population. The measurement of classical health outcomes, such as morbimortality and decrease in symptomatology, is insufficient in this population. Interventions in older adults aim at maintaining mobility, independence, level of activity, social participation and ability to respond to the physical and psychological demands of old age properly. The main goal would be, at last, "to add quality of life to years of life". (Bowling et al., 2002).

The concept of quality of life has no consensus up to the present (Berlim, 2003; Bowling, 1995; Hunt, 1997; Katschnig, 1997; Testa et al., 1996; Wilson et al., 1995). The WHOQOL Group on behalf of The World Health Organization (WHO), defines quality of life as "the individual's perception of his position in life in the context of his culture and the value systems of the society in which he

lives compared to his objectives, expectations, standards and concerns". (The WHOQOL Group, 1995). Such concept is based on the multidimensionality of the construct , the presence of positive and negative dimensions and the importance of subjective perception (The WHOQOL Group, 1998).

Researchers in the Geriatrics area started showing the need to determine the concept of quality of life in older adults and identify what factors are relevant for increasing or decreasing quality of life, once older adults are a particular population with specific characteristics. Generally speaking, the concept devised from groups of older adults, comprehends the following determining factors: health, social participation, activities, self-esteem, mobility, and satisfactory conditions of life (Browne, 1994; Bowling, 1995; Evans et al., 2005; Farquhar, 1995; Fleck et al., 2003; Sousa et al., 2003; Xavier et al., 2003).

Although the potential relevance of the investigation on quality of life in older adults has been recognized, the methodology for that is not sufficiently developed. Many instruments used in the measurement of quality of life do not take into consideration several aspects of life that older adults consider fundamental (Perlman et al., 1988). Haywood and collaborators (2005) showed that several psychometrical properties of the instruments frequently used in investigations on older adult populations have not been appropriately tested (validity, reliability and responsiveness rates).

Another relevant methodological question is the use of measurement instruments for quality of life that were originally developed for a population of young adults in older adults (Power et al., 2005). Brazier and collaborators (1996), when using the SF-36 and EuroQol instruments in a population of older

adults, reported unsuitable performance in some subscales, showing the need for testing and calibrating these instruments for specific populations.

WHOQOL-BREF is a generic instrument for quality of life measurement developed by the WHO (WHOQOL Group, 1998). Devised from a transcultural simultaneous methodology, (Guillemin et al., 1993; Bullinger et al., 1996) it shows appropriateness for use in population epidemiological studies and in transcultural investigations (Power et al., 1999; Fleck et al., 2000). Naumann and collaborators (2004) tested the psychometrical performance of WHOQOL-BREF in a sample of 39 depressed older adults, showing suitable validity and reliability in three of its four domains and strong correlation between the domain scores and the levels of depressive symptoms. A possible limitation is the reduced size of the sample, indicating the need for investigations with larger samples.

Hwang and collaborators (2004) carried out a population-based investigation with the Taiwanese version of WHOQOL-BREF, reporting satisfactory properties of discriminant validity, construct validity, response rates and internal consistency. However, they showed that two items (sexual activity and working capacity) presented high missing rates, which possibly indicate inappropriateness.

This study aims at assessing the performance of WHOQOL-BREF in a sample of Brazilian older adults and determining its psychometrical properties in this population.

Methods

Subjects

Subjects were interviewed between September 2003 and March 2005. 424 old adults were recruited at a university hospital, nursing homes, elderly community groups and their own homes. Convenience sampling was used adopting previous stratification determined by subjective perception of health status (50% healthy ones and 50% unhealthy ones), gender (50% female) and age (60-69 years of age, 70 years of age and over 80 years of age). The inclusion criteria used were age over 60 and ability to understand the instruments applied.

Based on the quality of life concept of the WHOQOL Group, which is based on the subjective conception of the construct, subjects were asked to answer the question "In general, do you consider yourself healthy or unhealthy?" and they were stratified according to their perception, despite their actual clinical condition. All individuals were informed about the objectives of the study and signed the Informed Consent approved by the Research and Ethics Committee of the university hospital in which the study was carried out.

Instruments

Instruments were administered by medicine and psychology undergraduates who were previously trained. Subjects filled out a quality of life instrument (WHOQOL-BREF), a depressive symptomatology measurement instrument (Beck Depression Inventory-BDI) and a hopelessness symptomatology measurement instrument (Beck Hopelessness Scale) as well as a socio-demographic data form. All instruments are self-reported and interviewers were told to provide help whenever necessary without interfering with the subjects' understanding of the items or supplying any synonyms or

explanations on the words in the questionnaires. Such instruction aims at keeping the original formulation of the instruments, therefore, not causing any alterations that may harm the assessment of the instruments' performance (UFRGS, 2005).

WHOQOL-BREF is a generic quality of life instrument comprised of 26 items recorded on a 5-point Likert scale. It is composed of 4 domains (Physical, Psychological, Social Relationships and Environment) and an overall score (Fleck et al., 2000). There is also a Portuguese version validated in a non-elderly adult population (Fleck et al., 2000) and in a population of depressed non – elderly adult patients (Berlim et al., 2005).

Beck Depression Inventory (BDI) is an instrument of 21 items which assesses the presence of depressive symptoms. It is comprised of two scales (cognitive-affective and somatic-performance) (Beck et al., 1961). It was validated for Portuguese, and it is able to discriminate among several levels of depressive symptomatology (Cunha, 2001). It provides one single score that ranges from 0-63 points, showing minimum (0-11), mild (12-19), moderate (20-35) and severe (36-63) levels of depressive symptomatology.

Beck hopelessness Scale (BHS) is an instrument comprised of 20 items of true or false answers (Beck et al., 1974). It was validated to Portuguese (Cunha, 2001), and shows needed suitable psychometrical properties. It provides a single 0-20 score, divided into minimum (0-3), mild (4-8), moderate (9-14) and severe (15-20) levels of symptomatology.

Results

Out of the 424 older adults interviewed, 64.2% were women, 50% were married and 40.9% were between 60-69 years of age. Concerning the subjective perception of health, 67.5% considered themselves healthy at the time of the interview. Concerning the origin of the sample, 9.4% of the older adults were inpatients, 3.1% were outpatients and 84.4% were community-dwelling ones. Table 1 shows the socio-demographic characteristics and the BDI and BHS scores of the sample. The response rate to the items was considerably high. The items showing the highest missing values were sexual activity (4.2%), negative feelings (1.4%) and personal relationships (1.1%).

Table 1

Internal Consistency

Internal consistency was assessed through Cronbach's Alpha Coefficient. Internal consistency was analyzed taking the domains individually and the set of 24 items according to Table 2. It is pointed out that the coefficients present high values when taken by domain or by the set of items, which proves the instrument's with suitable internal consistency. The Social Relationships domain shows the lowest coefficient.

Table 2

Discriminant Validity

In order to determine the instrument's discriminant capacity of the instrument, the overall and each domain scores were compared between the group of older adults with a minimum intensity of depressive and hopelessness symptomatology and higher than minimum (slight, moderate/mild or severe). Besides that, the mean scores of overall and each facet were compared between the groups of those who considered themselves healthy and unhealthy. The instrument tested is expected to be able to differ populations with distinct characteristics, stating the instrument's ability to be sensitive to, and measure clinical and subjective relevant variations properly.

Table 3 shows data referring to the discriminant validity analysis. All domains and overall score showed significant difference when compared between the groups, which indicates its suitable discriminant capacity. Table 4 shows the discriminant validity between groups of older adults who consider themselves healthy and unhealthy. The instrument showed ability to discriminate the perceived health status in all domains and total scores.

Table 3

Table 4

Criterion Validity

The Social Relationships domain did not show statistic significance in the multiple linear regression model ($p=0,061$). The Physical, Psychological and Environmental domains explain 64.7% of the global score variance, comprised by two items of general quality of life. The correlations among the domains and

the overall scores present high and moderate coefficients showing the domains' cohesion of the domains in the model proposed. Tables 5 and 6 describe the data mentioned.

Table 5

Table 6

Concurrent Validity

Concurrent validity was assessed through the level of correlations among the scores of the four domains and overall and the of depressive symptomatology and hopelessness levels. There were statistically significant correlations among all the domains. All coefficients are negative, which shows that the higher the depressive symptomatology and /or hopelessness, the lower the quality of life scores in all domains.

Table 7

Discussion

This study assessed the performance of the instrument WHOQOL-BREF in a sample of Brazilian older adults. Although originally developed for a population of non-elderly adults, the instrument showed suitable psychometrical properties and performance in a heterogeneous sample of older adults, including inpatients and community-dwelling subjects.

Despite the fact that the educational level is not high in the studied population, the missing rates in all items were minimal. Among the items that

show missings, the question concerning sexual activity was the one that showed the lowest responsiveness. The complexity of the item sexual activity corroborates the findings of Hwang and collaborators (2003) and Power and collaborators (2005). Nevertheless, the missing rate described for such item in the Taiwanese population was 17% (and 4.2% in this study). Gott and collaborators (2003) used the instrument WHOQOL-100 (Skevington, 1999) to investigate how important sex is in the old age, showing that it means intimate relationship (and not only sexual intercourse) and it is considered relevant, refuting the “stereotype of an asexual older person”. The repetition of the highest number of missings in this item suggests that the way the item is proposed may need changes. Focus groups carried out in older adults and caregivers showed that the item strongly emphasizes sexual activity defining it as sexual intercourse instead of a wider concept of sexuality (Fleck et al., 2003). The substitution of the item sexual activity for “intimacy” (which comprehends the opportunity of exchanging intimate caress) is an alternative proposed by the WHOQOL group in the development of the WHOQOL-OLD module and it aims at testing a new approach of sexuality in the quality of life of older adults (Power et al., Chachamovich et al., 2005 (in prep)).

As well as the performance of the instrument WHOQOL-BREF in a Brazilian sample of non-elderly adults (Fleck et al., 1999), the Social Relationships domain was not statistically significant in the multiple linear regression model, when the global score is used as an dependent variable. This score is calculated based on the items that question the global assessment of quality of life and health status satisfaction. Using only the item “How do you rate your quality of life?” as a dependent variable, the Social Relationships

domain shows statistic significance ($p=0.03$; $R^2=48.7\%$ data not shown). Such discrepancy of findings may indicate that the inclusion of the item health satisfaction in the model changes the profile of determining factors, reducing the importance of the Social Relationships and keeping the significance of the Physical, Psychological (directly involved in determining health satisfaction) and Environmental domains. The last one includes items that are related to the health – disease process (such as satisfaction with health services and satisfaction with the place where they live), also implied in determining the health status satisfaction.

Naumann and collaborators (2004) also described significant correlation coefficients among the scores for the Physical, Psychological and Environmental domains and the depression scales (Geriatric Depression Scale and Hamilton Depression Rating Scale), activities of daily living (Instrumental Activities of Daily Living) and cognitive functioning (Mini Mental State Examination). Similarly, in a sample of depressed older adults, it was reported that the Social Relationships domain did not show correlation with such clinical measures, reinforcing the hypothesis that this domain shows fragile correlation with health-related outcomes.

WHOQOL-BREF showed ability to discriminate older adults with different depressive and hopelessness symptomatology levels. It also proved suitable for the discrimination of older adults that consider themselves healthy and the ones who consider themselves unhealthy.

Convenience sampling is considered a potential limitation in this study, once it can turn the sample not representative enough. Nevertheless, it ensures that the main demographic groups are represented in the sample.

The instrument showed suitable internal consistency, concurrent validity, discriminant validity and criterion validity. Its items were previously analyzed in focus groups concerning content and phrasing. The older adults considered it relevant for the measurement of quality of life as well as easy to understand (Fleck et al., 2003). Therefore, it is a useful alternative of generic instrument for measurement of quality of life with appropriate psychometrical performance tested in older adults.

References:

1. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
2. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
3. Berlim MT, Fleck MPA (2003). Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(4):249-252.
4. Berlim MT, Pavanello D, Caldieraro M, Fleck MPA. (2005) Reliability and validity of the WHOQOL-BREF in a sample of brazilian outpatients with major depression. *Quality of Life Research*, 14:561-564.
5. Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*; 6(4):355-371.
6. Bowling A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. *Social Science Medicine*, 41(10):1447-1462.
7. Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. (1996). Using the SF-36 and EuroQol on an elderly population. *Quality of Life Research*, 5:195-204.
8. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce RB, McDonald NJ O'Malley K et al. (1994). Individual quality of life in the health elderly. *Quality of Life Research*, 3:235-244.

9. Bullinger M, Power M, Aaronson NK, Cella DF, Anderson RT. (1996). Creating and evaluating cross-cultural instruments. In B. Spilker (Ed), Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials (pp. 659-668). Hagerstown, MD. Lippincott-Raven.
10. Chachamovich E, Trentini CM, Fleck MPA (2005). Desenvolvimento e aplicação do módulo de avaliação de qualidade de vida de idosos da OMS - WHOQOL-OLD .(in prep.)
11. Chaimowitz F (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 31(2):184-200.
12. Cunha JA (2001). Manual da Versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
13. Evans S, Gately C, Huxley P, Smith A, Banerjee S. (2005). Assessment of quality of life in later life: development and validation of the QuiLL. *Quality of Life Research*, 14(5):1291-300.
14. Farquhar M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science Medicine*, 41(10):1439-1446.
15. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL* 1999;21:19-28
16. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini CM. (2003). WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 37(6): 793-799.

17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*; 34(2):178-83.
18. Gott M, Hinchliff S. (2003) How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56:1617-1628.
19. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*; 46,12:1417-1432.
20. Haywood KL, Garrat AM, Fitzpatrick R. (2005a). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*, 14:1651-1668.
21. Haywood KL, Garrat AM, Fitzpatrick R. (2005b). Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(4):315-327.
22. Hunt SM. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6(3):205-212.
23. Hwang H, Liang W, Chiu Y, Lin M. (2003). Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and Ageing*; 32:593-600
24. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [capturado 2005 dez 01]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2004/default.shtm>

25. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (1997). Quality of life in mental disorders. New York : John Wiley & Sons.
26. UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [capturado 2005 dez 01] Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html>
27. Naumann VJ, Byrne GJA (2004). WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Psychogeriatrics*, 16:2, 159-173.
28. Osborne RH, Hawthorne G, Lew E, Gray L (2003). Quality of life assessment in the community-dwelling elderly: Validation of the Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument and comparison with the SF-36. *J Clin Epidemiol*, 56:138-147.
29. Perlman RA, Uhlmann RF (1988). Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *J Gerontol*, 43:M25-M30.
30. Power M, Bullinger M, Harper A, The World Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the Universality of Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide. *American Psychological Association*, 18(5):495-505.
31. Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQOL-OLD Group. (2005) Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14:2197-2214.
32. Skevington SM (1999). Measuring quality of life in Britain: introducing the WHOQOL-100. *J Psychosom Res*;47(5):449-59.
33. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3):364-371.

34. Statistical Package for the Social Sciences (1999). SPSS for Windows, Version 10.0. Chicago: SPSS Inc.
35. Testa M, Simonson DC. (1996). Assessments of quality of life outcomes. *Current Concepts*, 334(13):835-840.
36. The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10):1403-1409.
37. The WHOQOL group (1988). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties, 1998. *Soc Sci Med*;46:1569-85.
38. Wilson I, Cleary PD. (1995). Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA*, 271(1):59-65.
39. Xavier MF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy N, Moriguchi E. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1)31-9.

Table 1 . Socio-demographic and clinical characteristics (n=424)

Age	N (%) or M (SD)
60-69 y.o.	173 (40,9)
70-79 y.o.	153 (36,2)
80y.o.	97 (22,9)
Gender	
Male	152 (35,8)
Female	272 (64,2)
Perceived Health Status	
Healthy	286 (67,5)
Unhealthy	138 (32,5)
Marital Status	
Single	29 (6,8)
Married	212 (50,0)
Separated	30 (7,1)
Widowed	128 (30,2)
Educational Level	
Illiterate	7 (1,7)
Basic Level	165 (38,9)
High School	110 (25,9)
College	90 (21,2)
BDI	9,05 (7,08)
BHS	4,80 (4,16)

Table 2. Cronbach's alpha internal consistency (n=424)

Items	Cronbach coefficient	Number of items
Physical Domain	0,871	7
Psychological Domain	0,729	6
Social Relationships Domain	0,614	3
Environmental Domain	0,782	8
24 domain items	0,914	24
26 instrument items	0,925	26