

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa¹

A. M. Fonseca², M. V. Nunes³, L. Teles⁴, C. Martins², Constança Paúl⁴ & Alexandre Castro-Caldas³

O constructo Qualidade de Vida assumiu crescente relevância com a consciencialização de que “curar” uma doença não é o único resultado das intervenções de saúde. Torna-se importante possuir um instrumento de avaliação da qualidade de vida que seja apropriado, a nível psicométrico, para a avaliação do impacto de programas de intervenção na área da saúde. Foi realizada a validação para a população idosa portuguesa de um instrumento australiano de avaliação de Qualidade de Vida, o *The Assessment of Quality of Life Instrument (AQoL)*. Foram respeitadas as características da versão australiana na adaptação (factores e número de itens). A variância explicada pelos diferentes factores apresenta diferenças relativamente à versão original, sinalizando a seguinte ordem de valorização dos factores associados pelo IAQdV à qualidade de vida dos idosos portugueses: *Vida independente* > *Bem-estar psicológico* > *Sentidos* > *Doença* > *Relações sociais*. São discutidas variáveis condicionantes da qualidade de vida percebida nesta amostra.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Saúde; Envelhecimento.

1. Introdução

O processo de envelhecimento tem vindo a ser crescentemente estudado nas sociedades ocidentais, em parte devido a mudanças conceptuais na forma como se encara o próprio envelhecimento e a velhice (Fonseca, 2006) mas, sobretudo,

1 Projecto Caracterização de Perfis de Envelhecimento na População Portuguesa Normal, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, no âmbito do Financiamento de Projectos de Investigação em Neurociências (Área do Envelhecimento). Endereço para correspondência: António M. Fonseca. Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto. Rua Diogo Botelho, 1327, 4169-005 Porto (afonseca@porto.ucp.pt)

2 Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Educação e Psicologia

3 Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde

4 Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos

devido às já bem conhecidas mudanças de carácter demográfico que têm vindo a ocorrer. De acordo com as mais diversas projecções, no conjunto geral da população, o número de idosos deverá continuar a aumentar durante as próximas décadas. No caso da Europa, a população deixará de crescer em número, e em seguida começará a diminuir gradualmente. Para além disso, todas as previsões mostram não só que aumentará o número de idosos mas também que, dentro desta população, o ritmo de crescimento não será uniforme, sendo que os muito idosos constituirão o grupo em que o aumento será mais significativo.

Portugal, tal como a grande maioria dos países desenvolvidos, também apresenta uma população envelhecida em que a uma baixa natalidade se associa um aumento da longevidade. Nesse sentido, o aumento de idosos na distribuição total da população é exponencial e este envelhecimento demográfico é transversal a todas as regiões do país. O número de pessoas com mais de 55 anos no último censo em Portugal (Censos, 2001) é superior a 25% da população total. Se considerarmos a proporção de jovens entre 1991 e 2001, período que decorreu entre os dois últimos censos, verificamos que esta diminuiu de 20% para 16%. Pelo contrário, durante este período, a proporção de idosos aumentou de 13,6% para 16,4%. De acordo com os Censos 2001, estima-se que entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará.

Estas transformações implicam que se repense a forma como encaramos os serviços de saúde, na sua relação com o idoso. Embora os idosos sejam actualmente mais saudáveis do que no passado, nas idades superiores a 65 anos existe uma probabilidade acrescida de multipatologia e dependência, doenças neurológicas e neuropsiquiátricas. Para além disso, é também sobejamente sabido que recorrem aos serviços de saúde utentes com questões não especificamente relacionadas com a saúde mas sim com outras dimensões de cariz psocossocial, nomeadamente, solidão, isolamento, falta de papel social, entre outras. Estas situações têm um impacto significativo na utilização dos sistemas de saúde e têm levado à necessidade de se introduzirem alterações profundas na forma como se concebe a prestação de cuidados aos idosos e ao aparecimento gradual de novos paradigmas de cuidado, assentes numa abordagem integral, interdisciplinar e, quando possível, integrada na comunidade.

É usual dizer-se que o desafio, para os sistemas de saúde, para as comunidades e para a sociedade como um todo, não é já dar mais anos à vida mas mais vida aos anos, proporcionando a maior qualidade de vida possível às pessoas idosas. Este é um aspecto extraordinariamente complexo na medida em que a compreensão da qualidade de vida configura-se como um constructo multidimensional, que ultrapassa a problemática da saúde. Na própria conceptualização da OMS a qualidade de vida é definida de uma forma abrangente, como *“an individual’s perception*

of his or her position in life in the context of the culture and value system where they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept, incorporating in a complex way a person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features in the environment" (WHO Group, 1994).

Assim, quando interessados em avaliar indicadores relacionados com a qualidade de vida, surgem-nos modelos multidimensionais em que aspectos relacionados com diferentes domínios (saúde, variáveis psicológicas, e variáveis e circunstâncias sociais) são tomados em consideração (Bowling, Banister & Sutton, 2002). No entanto, estabelece-se frequentemente uma confusão entre estado de saúde física e qualidade de vida, acabando esta última, por vezes, por ser considerado uma consequência directa do próprio estado de saúde (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005). Embora o envelhecimento não tenha de ser encarado, necessariamente, como uma situação de vulnerabilidade, e sabendo que as pessoas mais velhas são hoje mais saudáveis do que anteriores gerações de idosos, é também verdade que as pessoas de idade avançada têm mais patologias, pelo facto de serem idosos. Apesar de alguma controvérsia relativamente ao real impacto do estado de saúde na qualidade de vida (Rothermund & Brandstadter, 2003), não é possível minimizar a variável saúde nesta população. Como é salientado no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, *"uma boa saúde é essencial para que as pessoas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade"* (Ministério da Saúde, 2004).

A introdução progressiva do conceito de qualidade de vida especificamente na área da saúde ocupa-se primariamente com os factores relacionados com a acção dos cuidadores e dos sistemas de saúde, podendo definir-se *grosso modo* como a percepção que o doente tem dos efeitos funcionais da sua doença, bem como dos efeitos associados aos tratamentos. É no entanto importante compreender que os *inputs* que determinam os resultados em termos de qualidade de vida relacionada com a saúde não podem ser controlados pelos clínicos ou pelos sistemas de saúde tal como tradicionalmente definidos (Wilson & Cleary, 1995). Em termos da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, passam a ser relevantes não só indicadores clínicos mas também a forma como o doente percebe e vive a sua situação, e que é influenciada por características individuais e do ambiente. Como salienta Ferrans (2007), referindo-se ao modelo de Wilson & Cleary, em rigor as componentes referentes às variáveis biológicas e fisiológicas não representam um tipo de medida de qualidade de vida, na medida em que são avaliadas usando indicadores objectivos e não percepções das pessoas. Na qualidade de vida, o facto de estarmos a falar de uma percepção implica forçosamente que está presente um carácter de subjectividade; funcionando fora do âmbito do modelo estritamente

biomédico, este constructo obriga a compreender que a adaptação a uma doença envolve outras dimensões existenciais (Moniz & Barros, 2005).

Assim, a introdução da qualidade de vida no domínio da saúde só foi possível graças à mudança do modelo de abordagem das questões da saúde e à passagem de uma ênfase biomédica para uma ênfase biopsicossocial, implicando que se compreenda a importância de não se avaliarem as intervenções médicas exclusivamente do ponto de vista dos resultados, em termos de mortalidade e morbidade, e de passar a integrar a melhoria do bem-estar geral, nomeadamente no que respeita às doenças crónicas (Paul & Fonseca, 2001).

Nesse sentido, a progressiva consciencialização de que “curar” uma doença não é o único resultado das intervenções de saúde e que muitos serviços estão concebidos para prevenir a possível deterioração da qualidade de vida (Bowling, 1991), tal implica a necessidade da avaliação explícita de intervenções relacionadas com a saúde, quer sejam de natureza primária, secundária ou terciária. O paradigma de saúde holística, característico da segunda metade do século XX, defende o interesse em avaliar as intervenções ao nível dos cuidados de saúde quantificando o cada vez mais importante aspecto da qualidade de vida no âmbito dos resultados obtidos com a implementação de programas de saúde.

A avaliação destas intervenções em termos de qualidade de vida assume cada vez mais importância, pois, à luz das alterações demográficas já referidas e da pressão que as mesmas implicam nos sistemas de saúde, permite que se possam direccionar os recursos no âmbito da saúde para aquilo que faz as pessoas sentirem-se melhor. Nesse sentido, pode informar decisões a um nível mais macro de políticas de saúde ou ser integrado a um nível mais micro na prática quotidiana dos profissionais de saúde, tendo em consideração que o papel da medição da qualidade de vida é complementar (e não substituir) provas epidemiológicas ou clínicas referentes à eficácia de programas de saúde, devendo proporcionar para isso estimativas do valor de ganhos em saúde

A importância actual da qualidade de vida relacionada com a saúde está patente no número de instrumentos de avaliação que foram já construídos. Muitos são específicos para determinadas doenças e focam problemas associados com doenças concretas com grupos de doentes ou áreas funcionais (Storck, Laupland, Read, Mah, Gill, Nevett & Louie, 2006). Apesar de terem a vantagem de poder informar a prática dos profissionais de saúde que trabalham com determinados doentes em concreto, não podem ser utilizados para comparações entre diferentes intervenções. Um número mais reduzido é de utilização genérica e fornece uma síntese da qualidade de vida relacionada com a saúde. No entanto, mesmo no caso dos instrumentos que são genéricos, a maioria não produz resultados que possam ser

utilizados para relacionar diferentes estados de saúde, tal como é exigido para uma avaliação económica. Para que estes instrumentos cumpram a sua função, importa que, para além das qualidades associadas a todos os instrumentos de medida, forneçam *outputs* fáceis de interpretar (Guyatt, Feeny & Patrick 1993), também em termos económicos. De facto, as decisões em termos de políticas de saúde requerem que se façam escolhas e opções relativamente à alocação de recursos o que implica uma comparação *standardizada* entre diferentes tratamentos (ex., medicação, cirurgia, reabilitação) e diferentes situações de saúde (ex., Parkinsonismo, asma) (Guyatt, Naylor, Juniper, Heyland, Jaeschke & Cook, 1997), de forma a permitir identificar ganhos em saúde comparáveis. Os ganhos em saúde podem traduzir-se de diferentes modos, nomeadamente, ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida) e diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou as suas sequelas, e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar vida aos anos), entre outros (Ministério da Saúde, 1998).

2. Objectivos

Considerando os diferentes aspectos referidos, torna-se assim importante possuir instrumentos de avaliação da qualidade de vida, aferidos para a população portuguesa, e que permitam, nomeadamente, avaliar as intervenções ao nível do cuidados de saúde, quantificando o aspecto da qualidade de vida no âmbito da implementação de programas de saúde.

Como parte de um projecto mais abrangente foi proposta a validação para a população idosa portuguesa de um instrumento australiano de avaliação da qualidade de vida, o *The Assessment of Quality of Life Instrument (AQoL)* da autoria de Graeme Hawthorne, Jeff Richardson, Richard Osborne e Helen McNeil (Hawthorne, Richardson & McNeil, 1997).

O objectivo do presente trabalho é proceder à validação do AQoL para a População Idosa Portuguesa, conseguindo assim um instrumento de avaliação da qualidade de vida que permita:

- (i) Cobrir, tanto quanto possível o universo da qualidade de vida relacionada com a saúde;
- (ii) Obedecer a parâmetros padrão no que diz respeito a medições fiáveis e válidas;
- (iii) Ser sensível a uma vasta gama de estados de saúde;
- (iv) Ser utilizado como um instrumento psicométrico produzindo resultados de estados de saúde.

Paralelamente, este estudo permitiu-nos identificar para a amostra da população portuguesa idosa avaliada, variáveis condicionantes da qualidade de vida percebida e suas correlações, contribuindo para uma melhor compreensão dos factores envolvidos na percepção da qualidade de vida pelos idosos portugueses.

3. Método

3.1 Tradução e Adaptação

A partir do instrumento original que considera a existência de cinco factores – *illness, independent living, social relationships, physical senses, psychological well-being* –, foi construída a versão portuguesa que designámos de *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida* (IAQdV). Para a tarefa de construção do IAQdV foi obtido consentimento dos autores. A tradução foi feita por um tradutor profissional, sendo depois revista por dois psicólogos especializados nos domínios da psicossociologia da saúde e da psicologia do envelhecimento. Com base na tradução para português foi efectuada ainda uma retroversão português-inglês, igualmente por um tradutor profissional. Foi ainda efectuado um teste piloto mediante a constituição de dois *focus-group* com indivíduos idosos, conduzidos por duas psicólogas com prática de investigação. A versão final de cada item inserido no IAQdV resultou sempre de um acordo completo entre os diversos intervenientes no processo de tradução e adaptação do instrumento original. Um exemplo de item do IAQdV original é apresentado na Figura 1.

6 Pensando sobre a forma como me movimento em casa e na rua:

- A. Movimento-me em casa e na rua sozinho(a) sem qualquer dificuldade.
- B. Tenho dificuldade em movimentar-me sozinho(a) tanto em casa como na rua.
- C. Não sou capaz de me movimentar na rua mas consigo movimentar-me em casa, embora com alguma dificuldade.
- D. Não sou capaz de me movimentar nem na rua nem em casa.

Figura 1. Exemplo de item do IAQdV.

O preenchimento do questionário faz-se colocando um círculo à volta da alternativa (A. B. C. ou D.) que a pessoa considera que melhor descreve a sua situação ao longo do último mês. A cada alternativa de resposta corresponde uma pontuação:

Alternativa A. – 0 (zero)

Alternativa B. – 1 (um)

Alternativa C. – 2 (dois)

Alternativa D. – 3 (três)

A versão portuguesa do IAQdV respeita, no geral, as características da versão australiana:

- é constituída por 15 itens, distribuídos por cinco categorias – *doença; vida independente; relações sociais; sentidos; bem-estar psicológico*
- é de auto-preenchimento, embora se considere igualmente a possibilidade de hetero-administração quando o sujeito respondente apresenta uma baixa escolaridade,
- a cotação de cada item faz-se numa escala de 0 (zero) a 3 (três).

Assim, também na versão portuguesa, quanto mais baixa a pontuação, melhor a avaliação da respectiva qualidade de vida, quer por factor quer em termos globais (obtém-se a qualidade de vida global pela soma das pontuações obtidas em cada item).

3.2 Amostra

Para a validação do IAQdV para a população portuguesa recorreu-se a uma amostra diversificada de pessoas idosas ($n=483$), recolhida na comunidade e junto de instituições (lares de idosos, centros de dia, universidades da 3.^a idade), que manifestaram disponibilidade para colaborar neste trabalho. A amostra ($n=483$) foi constituída por 314 participantes do sexo feminino e 169 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 60 e os 103 anos e distribuídos de acordo com o quadro 1. A média de idades é de 72,2 anos.

Quadro 1: Distribuição etária da amostra

	Frequência	Percentagem
Até 65 anos	51	10,6%
De 66 a 70 anos	149	30,9%
De 71 a 75 anos	146	30,3%
De 76 a 80 anos	100	20,7%
Mais de 80 anos	37	7,5%

Todos os participantes assinaram uma Declaração de Consentimento, onde se esclarecia quanto ao estudo em curso e se solicitava a respectiva colaboração, assegurando a confidencialidade e preservação do anonimato dos dados recolhidos. Aos participantes era também solicitado o preenchimento de uma ficha de identificação (o preenchimento do nome era facultativo) onde, para além da idade, eram recolhidos dados sócio-demográficos, nomeadamente estado civil (constituição final

da amostra: 53,3% casados; 30,2% viúvos; 8,3% solteiros; 7,1% divorciados; 1% outras situações) situação profissional (constituição final da amostra: 94,4% reformados; 5,6% activo), escolaridade (constituição final da amostra: 43,3 % ensino primário; 8,5% entre cinco e oito anos de escolaridade; 20,07% mais do que oito anos de escolaridade; 27,4% ensino superior), rendimento mensal (constituição final da amostra: 34,2% < um Salário Mínimo Nacional; 16,4% entre um e dois SMN; 12,4% entre dois e três SMN; 35,2% mais do que três SMN), local de residência (constituição final da amostra: 55,6% Grande Lisboa e Grande Porto; 15,2% noutras grandes cidades portuguesas; 22,3% em pequenas cidades ou vilas), com quem se vive (constituição final da amostra: 58,2% vivem com um cônjuge e/ou filhos; 20,9% vivem sozinhos; 16,6% vivem em lares de idosos, 4,6% vivem em apoio domiciliário), actividades que frequentam fora de casa (constituição final da amostra: 14,3% frequentam centros de dia; 7,9% frequentam centros de convívio; 26,7% frequentam universidades sénior.

3.3 Procedimentos de Aplicação da Prova

O IAQdV foi administrado individualmente ou em pequenos grupos, durante a primeira metade do ano de 2007. A maioria dos questionários foi preenchida pelos próprios sujeitos; nos casos de hetero-administração (devido essencialmente a dificuldades de leitura e compreensão), os entrevistadores (psicólogos e estudantes universitários de psicologia treinados para o efeito) procediam à leitura das questões e das possibilidades de resposta, assinalando a opção indicada pelos sujeitos.

4. Estudo factorial do IAQdV e resultados

Nos estudos de natureza factorial realizados com a versão original australiana (Hawthorne, Richardson & McNeil, 1997) foram identificados cinco factores – *illness*, *independent living*, *social relationships*, *physical senses*, e *psychological well-being*.

Seguindo o mesmo procedimento utilizado pelos autores australianos para a versão portuguesa – análise factorial com rotação *varimax* – e seleccionando apenas os factores cujos cujo *eigenvalue* (valor próprio) era superior a 1, como aconselha a literatura (Field, 2005), obtiveram-se apenas quatro factores. No entanto, a saturação de cada um dos itens em cada um dos factores identificados não era muito clara, havendo itens com saturações muito semelhantes em mais do que um factor. Para contornar este problema, alterou-se o critério de selecção de factores, “forçando-se” a identificação de cinco factores, tantos quantos os encontrados na escala original: *doença*, *vida independente*, *relações sociais*, *sentidos*, e *bem-estar psicológico*.

Os resultados dessa nova análise encontram-se no Quadro 2 e são muito semelhantes aos que se verificaram com a escala original.

Quadro 2: Matriz factorial do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
Factor 1: Doença					
1. Uso de medicamentos receitados	0,67				
2. Tratamento médico regular	0,84				
Factor 2: Vida Independente					
3. Ajudas ortopédicas		0,79			
4. Ajuda para cuidar de mim mesmo		0,88			
5. Tarefas domésticas		0,83			
6. Movimento em casa e na rua		0,81			
Factor 3: Relações Sociais					
7. Relações com amigos, companheiro ou familiares			0,82		
8. Relação com outras pessoas			0,62		
9. Saúde e relação com a família			0,56		
Factor 4: Sentidos					
10. Visão (já incluindo uso de óculos)				0,45	
11. Audição (já incluindo aparelho auditivo)				0,82	
12. Comunico com os outros				0,71	
Factor 5: Bem-Estar Psicológico					
13. Forma como durmo					0,64
14. Forma como me sinto em termos gerais					0,75
15. Quanta dor ou desconforto é que sinto					0,70
Valor Próprio (Eigenvalue)	1,14	4,12	0,94	1,23	2,07
Alpha de Cronbach (por factor)	0,55	0,86	0,57	0,53	0,59
Alpha de Cronbach (instrumento)			0,79		
Variância Explicada	7,62 %	27,44%	6,24%	8,21%	13,77%
Variância total explicada			63,28%		

Apenas um item da escala portuguesa – “Até que ponto é que preciso de ajudas ortopédicas” – saturou num factor diferente da escala australiana; na versão original saturou no *Factor 1 - Doença*, enquanto na escala portuguesa saturou no *Factor 2 - Vida independente*.

Já a variância explicada pelos diferentes factores apresenta diferenças consideráveis relativamente à versão original, ou seja, na versão portuguesa, *Vida independente* é o factor que explica maior variância da qualidade de vida (27,44%), seguida do *Bem-estar psicológico* (13,77%). Os outros três factores apresentam valores de variância explicada relativamente idênticos (*Sentidos* - 8,21%; *Doença* - 7,62%; *Relações sociais* - 6,24%), longe da importância da *Vida independente* e do *Bem-estar psicológico*.

Estes resultados são naturalmente relevantes sob o ponto de vista da estrutura global da qualidade de vida percebida dos idosos portugueses, sinalizando a seguinte ordem de valorização dos factores associados pelo IAQdV à qualidade de vida: *Vida independente* > *Bem-estar psicológico* > *Sentidos* > *Doença* > *Relações sociais*. É no entanto de notar que a construção da escala original foi efectuada junto de uma amostra mais vasta, em termos etários, do que a amostra que serviu de referência a este estudo de validação. Para além disso, cerca de metade da amostra original era constituída por pacientes de um hospital australiano, o que ajudará a explicar a importância atribuída pela amostra australiana à dimensão *Doença* como factor determinante da respectiva qualidade de vida.

Na sequência do estudo factorial, pôde concluir-se que todos os 15 itens do instrumento fazem sentido na versão portuguesa, sendo as respectivas saturações em cada factor relativamente elevadas e não existindo, praticamente, saturações idênticas de itens em mais do que um factor. Procedeu-se ainda à análise de consistência interna, através do Alpha de Cronbach, tendo-se obtido valores aceitáveis, sempre acima de .50 para cada um dos factores. A consistência interna do instrumento, na sua totalidade, mostrou-se bastante adequada (Alpha de Cronbach = .79).

Considerando as variáveis recolhidas na caracterização da amostra portuguesa e a sua relação da qualidade de vida obtiveram-se os seguintes resultados.

Relativamente à idade, como esperado, está significativamente correlacionada com o resultado global no IAQ, indicando que a idades mais elevadas correspondem níveis mais baixos de qualidade de vida percebida conforme o Quadro 3

Quadro 3: Qualidade de vida percebida de acordo com os diferentes grupos etários

		DOENÇA	VIDA INDEPEND.	RELAÇÕES SOCIAIS	SENTIDOS	BEM-ESTAR	ESCALA TOTAL
Até 65 anos	Média	2,29	0,37	0,73	0,31	1,84	5,65
	N	49	51	51	51	51	49
	DP	1,55	1,33	1,23	0,81	1,94	5,02
De 66 a 70 anos	Média	2,61	0,69	1,08	0,72	1,86	6,88
	N	149	147	147	149	149	145
	DP	1,51	1,91	1,56	1,01	1,84	5,11
De 71 a 75 anos	Média	3,03	1,14	0,96	0,77	2,23	8,18
	N	146	144	143	146	145	140
	DP	1,37	2,47	1,43	1,03	1,97	5,21
De 76 a 80 anos	Média	3,17	2,28	0,98	1,03	2,45	9,91
	N	100	99	100	100	100	99
	DP	1,46	3,50	1,20	1,18	2,16	6,21
Mais de 80 anos	Média	3,17	3,29	1,44	2,03	2,14	12,03
	N	36	35	36	36	36	35
	DP	1,13	3,49	1,80	2,01	2,04	6,98

A correlação (r) da idade com o resultado no IAQdV é de 0,31 ($p=0,00$). Analisando os cinco factores independentemente (i.e. doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem estar psicológico) (o *Factor 5 - Bem-estar psicológico* não se encontra significativamente correlacionado com a idade. A correlação do *Factor 3 - Relações sociais* com a idade é também baixa de 0,09 ($p=0,05$).

Ao observarmos como as outras variáveis consideradas influenciam a qualidade de vida percebida na amostra estudada verificámos que, em relação ao género, as mulheres obtiveram, em média, valores globais mais elevados no IAQdV, o que indica uma percepção de qualidade de vida mais baixa por parte do sexo feminino (teste t , $p=0,02$). Analisando os cinco factores independentemente, as diferenças entre géneros mostram-se significativas para o *Factor 1 - Doença* ($p=0,00$) e para o *Factor 5 - Bem-estar psicológico* ($p=0,00$). Em ambos os casos, a situação mais desfavorável corresponde ao sexo feminino.

Relativamente ao estado civil, as análises de variância (ANOVA) indicam que o estado civil tem um impacto significativo sobre todos os factores em análise. Relativamente ao *Factor 1 - Doença*, os viúvos e os divorciados apresentam resultados significativamente desfavoráveis face aos casados; relativamente ao *Factor 2 - Vida independente* e ao *Factor 4 - Sentidos*, os viúvos apresentam resultados significativamente desfavoráveis face aos casados; refira-se, no entanto, que quando a variável “idade” é controlada, o impacto sobre o *Factor 4 - Sentidos* deixa de ser significativo, o que pode querer dizer que o efeito do estado civil sobre este factor é mediado pela variável idade. No que respeita ao *Factor 3 - Relações sociais*, viúvos, solteiros e divorciados apresentam resultados significativamente desfavoráveis face aos casados. No que respeita ao *Factor 5 - Bem-estar psicológico*, os solteiros distinguem-se significativamente dos casados, pela negativa.

De acordo com os resultados dos testes t , ter ou não ter filhos não é um factor significativo na explicação das diferenças da qualidade de vida percebida, sob nenhum dos cinco aspectos aqui analisados. Todavia, ter pelo menos um filho do sexo feminino parece ter um impacto positivo sobre um dos aspectos avaliados, o *Factor 3 - Relações sociais* ($p=0,00$), o mesmo não acontecendo quando a mesma análise é feita apenas com filhos do sexo masculino.

Ter ou não ter netos não parece estar associado a diferenças de nível de qualidade de vida percebido, o mesmo não acontecendo relativamente aos bisnetos. Os idosos com bisnetos percebem menor qualidade de vida sob todos os aspectos aqui analisados ($p=0,00$), excepto sob o ponto de vista do *Factor 3 - Relações sociais*, em que não se verificam diferenças significativas entre indivíduos com e sem bisnetos. Poderíamos pensar que este efeito teria a ver com o facto de, com maior probabilidade, os idosos com bisnetos serem mais velhos, no entanto, quando o efeito da idade é controlado, as diferenças entre idosos com e sem bisnetos continuam a revelar-se significativas.

Relativamente à situação profissional, os participantes reformados apresentam resultados significativamente superiores aos não reformados no valor global do IAQdV ($p=0,00$), o que aponta para um nível de qualidade de vida percebido inferior. Numa análise factor a factor, encontram-se diferenças significativas entre não reformados e reformados no que respeita ao *Factor 2 - Vida independente* ($p=0,00$), *Factor 3 - Relações sociais* ($p=0,00$) e *Factor 4 - Sentidos* ($p=0,00$). Quando o efeito da idade é controlado, a reforma passa a estar associada a diferenças significativas apenas ao nível *Factor 3 - Relações sociais*.

A escolaridade e o rendimento mensal encontram-se intimamente associados ($r_s=0,77$). Ambos se correlacionam negativamente com o resultado em todos os factores no IAQdV, o que significa que têm uma associação positiva com a qualidade de vida percebida ($p=0,00$).

Relativamente ao local de residência, a ANOVA indica que os resultados no IAQdV variam significativamente de acordo com o local de residência dos participantes ($p=0,02$). Encarando os diferentes factores independentemente, verifica-se apenas um impacto significativo do local de residência sobre o *Factor 2 - Vida independente* ($p=0,00$). Os testes *post-hoc* indicam que os habitantes do/a grande Porto/Lisboa e os habitantes das aldeias se distinguem favoravelmente dos habitantes das Cidades/Vilas de Província no que toca a este aspecto.

Quando consideramos com quem se vive verificam-se diferenças significativas em função da situação em que os idosos vivem (com família, sós ou noutra situação) para todos os factores analisados. Para o *Factor 1 - Doença* e para o *Factor 3 - Relações sociais*, os testes *post-hoc* indicam que os idosos que vivem com cônjuge e/ou filhos distinguem-se favoravelmente dos restantes dois grupos. Para o *Factor 2 - Vida independente*, *Factor 4 - Sentidos* e *Factor 5 - Bem-estar psicológico*, os testes *post-hoc* apontam para diferenças significativas entre os idosos em “outra situação” e os restantes dois grupos, correspondendo aos primeiros a situação mais desfavorável.

Os idosos institucionalizados em lares percebem um nível de qualidade de vida significativamente inferior aos que não se encontram institucionalizados para todos os factores ($p=0,00$). Quando o efeito da variável idade é controlado, as diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados continuam a ser significativas, excepto no que respeita ao *Factor 4 - Sentidos*.

5. Discussão

Procedeu-se à validação do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida* junto de uma amostra diversificada de portugueses idosos de ambos os sexos ($n=483$),

residentes na comunidade e em lares de idosos. Através da realização de estudos de natureza factorial, pôde concluir-se que todos os 15 itens do instrumento fazem sentido na versão portuguesa, sendo as respectivas saturações em cada factor relativamente elevadas. A análise de consistência interna revelou um Alpha de Cronbach sempre acima de .50 para cada um dos quatro factores extraídos e a consistência interna do instrumento, na sua totalidade, atingiu um valor adequado (.79). Assim este instrumento configura-se adequado para, entre outras coisas, permitir estimar um valor de qualidade de vida global, permitindo discriminar quais os factores que mais contribuem para a mesma, tendo assim o potencial de orientar futuras intervenções.

A análise da variância explicada pelos diferentes factores mostra-nos que *Vida independente* é o factor que explica maior variância da qualidade de vida nesta amostra de idosos, seguida do *Bem-estar psicológico*. Com uma valorização menor surgem os *Sentidos*, a *Doença* e as *Relações sociais*. A estrutura global da qualidade de vida percebida destes idosos apresenta, pois, o seguinte aspecto quanto à importância dos factores que a explicam: *Vida independente* > *Bem-estar psicológico* > *Sentidos* > *Doença* > *Relações sociais*.

Uma análise às variáveis condicionantes da qualidade de vida percebida nesta amostra permite-nos destacar as seguintes ideias-chave:

- as mulheres assinalam uma percepção de qualidade de vida mais baixa do que os homens, sobretudo no que respeita à *doença* e ao *bem-estar psicológico*. A explicação para este resultado não é linear, existindo diversas fontes possíveis de enviesamento dos resultados na avaliação da qualidade de vida entre homens e mulheres (Frick & Jones, 2008). Estes autores referem que homens e mulheres respondem de forma diferenciada a estímulos dolorosos e fazem auto-relatos de dor diferentes, com as mulheres a reportarem níveis mais elevados de dor para o mesmo estímulo. Identificam ainda como potencial fonte de enviesamento o facto de existirem condições que só as mulheres experimentavam, ou que experimentavam com maior probabilidade que os homens, como sejam enxaquecas ou depressões. Um aspecto a salientar é que a diferença encontrada significa diferentes ganhos em saúde quando se faz a mesma intervenção, por exemplo de controlo da dor, nos dois géneros;

- a idade está significativamente correlacionada com a qualidade de vida, indicando que a idades mais elevadas correspondem níveis mais baixos de qualidade de vida percebida. Estes resultados são expectáveis e indicam a maior probabilidade de ocorrência de limitações ao nível das dimensões avaliadas com a idade, como sejam por exemplo os sentidos ou a vida independente;

- os indivíduos casados apresentam resultados significativamente mais favoráveis de qualidade de vida percebida do que os indivíduos vivendo noutra condição de estado civil. Mais uma vez esta diferença não deve ser interpretada de forma linear e em algumas populações, nomeadamente de doentes cardíacos e através de análise multivariada, as diferenças encontradas ao nível da qualidade de vida não eram explicadas pelo estado civil (Luttik, Jaarsma, Veeger & Van Velhuisen, 2006). Podemos no entanto esperar que as pessoas casadas percepcionem uma maior rede de apoio, nomeadamente, com base do que se sabe com base no perfil dos cuidadores informais, em que a coabitação é usualmente relatada como sendo uma condição necessária para a prestação de cuidados instrumentais (Lage, 2005);

- ter ou não ter filhos não é um factor significativo na explicação das diferenças da qualidade de vida percebida. Todavia, ter pelo menos um filho do sexo feminino parece ter um impacto positivo sobre as *relações sociais*, o que é consistente com a noção de que nas famílias multigeracionais o cuidado é usualmente prestado pela filha (Lage, 2005);

- os indivíduos reformados sinalizam um nível de qualidade de vida percebido inferior quando comparados com os indivíduos não reformados. De alguma forma, esta diferença pode reflectir o facto de muitas vezes a reforma surgir sem serem planeadas actividades alternativas associando-se, nomeadamente, a perda de relações sociais;

- a escolaridade e o rendimento mensal encontram-se intimamente associados e têm uma associação positiva com a qualidade de vida percebida; De acordo com resultados obtidos com outro instrumento numa amostra da população portuguesa, a escolaridade e o rendimento surgem igualmente associados à qualidade de vida dos idosos, nos seus vários domínios (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005);

- os resultados variam significativamente de acordo com o local de residência dos participantes, apresentando os habitantes do/a grande Porto/Lisboa e os habitantes das aldeias, resultados mais elevados de qualidade de vida percebida do que os habitantes das cidades/vilas de província;

- os indivíduos que vivem com cônjuge e/ou filhos distinguem-se favoravelmente dos que vivem sós ou em “outra situação”;

- os idosos institucionalizados em lares percebem um nível de qualidade de vida significativamente inferior aos que não se encontram institucionalizados. Mais uma vez estes resultados apoiam a noção, vigente ao nível das políticas do envelhecimento, de que a permanência do idoso no seu domicílio, é um factor que contribui para sua qualidade de vida, comprovando que os recursos se devem orientar também para apoios que permitam a manutenção do idoso no seu domicílio.

Sintetizando, com o presente trabalho realizámos a validação de *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida* junto de uma amostra da população idosa portuguesa, obtendo-se deste modo um instrumento adequado para, entre outras coisas, permitir estimar um valor de qualidade de vida global entre os idosos portugueses e permitindo discriminar quais os factores que mais contribuem para essa qualidade de vida.

Bibliografia

- Bowling, A. (1991). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. New York: Open University Press.
- Bowling, A., Banister D., Sutton S. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Mental Health*, 6, 355-371.
- Ferrans, C.E., (2007). Differences in what quality-of-life instruments measure. *JNCI Monographs*, 37, 22-26.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (2nd edition)*. London: Sage.
- Fonseca, A.M. (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica* (2.^a edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Frick, K., Jones, A. (2008) Gender bias in economic evaluation methods. Quality of life and family role effects. *Women's Health Issues*, 18, 4-6.
- Guyatt, G., Feeny, D., Patrick, D. (1993). Measuring health-related quality of life: Basic sciences review. *Annals of Internal Medicine*, 622-629.
- Guyatt, G., Naylor, C., Juniper, E., Heyland, D., Jaeschke, R., Cook, D. (1997). How to use articles about health related quality of life. *Journal of the American Medical Association*, 277 (15):1232-1237
- Hawthorne, G., Richardson, J., Osborne, R., McNeil, H. (1997). *The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument. Construction, initial validation & utility scaling*. Monash University: Centre for Health Program Evaluation.
- Lage, I. (2005). Cuidadores familiares a idosos. In C. Paul & A.M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Luttik, M., Jaarsma, T, Veeger, N., Van Velhuisen, D. (2006). Marital status, quality of life and clinical outcome in patients with heart failure. *Issues in Cardiovascular Nursing: Heart and Lung*, 35, 1, 3-8.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: MS/ Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (1998). *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa Ministério da Saúde.
- Moniz J., Barros L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Paúl, C., Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martin, I., Amado J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paul & A.M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

- Rothermund K., Brandtstadter J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18, 896-905.
- Storck, A., Laupland, K., Read, R., Mah, M., Gill, J., Nevett, D., Louie, J. (2006). Development of a Health Related Quality of Life Questionnaire (HRQL) for patients with extremity soft tissue infections. *BMC Infect Disease*, 6, 148.
- WHO Group (1994). *Statement developed by WHO Quality of Life Working Group*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, I., Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.

The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument: A validation study for the Portuguese population

The construct of Quality of Life assumed increased relevance with the awareness that “to cure” an illness is not the only result of health interventions. It becomes important to possess an instrument for the assessment of Quality of life, appropriate, at a psychometrical level, to evaluate the impact of programs of intervention in the area of health. The validation for the Portuguese aged population of an Australian assessment of quality of life Instrument (AQoL) was carried through. The characteristics of the Australian version had been respected (factors and number of items). The variance explained by the different factors presents differences relatively to the original version, signalling the following order of factors for the Portuguese aged population: *Independent Life* > *psychological well being* > *physical Senses* > *Illness* > *social relationships*. We finally present the variables that might interfere with perceived quality of life within this group of older people.

KEYWORDS: Quality of Life; Health; Aging.