

Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais

Adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the Portuguese population: Results of focus groups implementation

MANUELA VILAR¹, MÁRIO R. SIMÕES¹, MARGARIDA P. LIMA¹, CATARINA CRUZ²,
LILIANA B. SOUSA³, ANA RITA SOUSA³, Y LUÍS PIRES³

- 1) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- 2) Mestre em Psicologia (especialização em Psicogerontologia Clínica).
- 3) Bolseiro(a) de Doutoramento FCT.

Contacto: mvilar@fpce.uc.pt

RESUMO

No âmbito dos estudos de adaptação e validação do WHOQOL-OLD, foram implementados oito grupos focais, num total de 33 participantes, em amostra de conveniência: um com profissionais em formação (N=4), um com cuidadores (N=4) e seis grupos com adultos idosos (N=25; quatro com idosos da comunidade e dois com idosos institucionalizados). Os resultados corroboram a natureza multidimensional do constructo QdV. Foram evocados espontaneamente os seis domínios do WHOQOL-100 e todas as suas facetas (exceptuando *Actividade sexual*), bem como as seis facetas do WHOQOL-OLD. Com maior frequência, os

adultos idosos destacam *Qualidade de vida e saúde geral e dimensões de Relações sociais, Ambiente, Psicológico, Aspectos espirituais e Autonomia*; os cuidadores referem *dimensões de Autonomia, Saúde, Ambiente e Relações sociais*; e os profissionais destacam *Saúde, Nível de independência, Ambiente e Relações sociais*. Por todos os grupos foi apontada a dimensão “*Família/Vida familiar*”, que poderá constituir-se como uma nova faceta do módulo WHOQOL-OLD português.

Palavras - Chave: WHOQOL-OLD, Qualidade de Vida, Adultos Idosos, Metodologia de Grupos Focais.

ABSTRACT

In the context of the WHOQOL-OLD validation studies with Portuguese (Portugal) population, this paper describes the process and results from 8 focus groups (N=33). One group with professionals (N=4), one with caregivers (N=4), and six with older adults (N=25; four groups living in community; two groups living in institutional context) were conducted. The sampling procedure was done according to convenience. The results corroborate the multidimensional nature of QoL. In free-form QoL discussion all the WHOQOL-100 domains and facets were referred (except for Sexual activity), as well as the six facets of the WHOQOL-OLD. Older adults referred more frequently Quality of life and general health, and dimensions from Social relationships, Environment, Psychological, Spirituality and Autonomy; caregivers relate Autonomy, Health, Environment and Social relationships; and professionals relate Health, Independence, Environment and Social relationships. All the groups indicated the dimension “Family/Family life” that can likely constitute a new facet of the Portuguese WHOQOL-OLD module.

Keywords: WHOQOL-OLD, Quality of Life, Older Adults, Focus Groups Methodology.

INTRODUÇÃO

O Grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group/*World Health Organization Quality of Life Group*) tem desenvolvido um conjunto sistemático de investigações sobre Qualidade de Vida (QdV), visando estabelecer um paradigma de referenciação e de enquadramento teórico, a delimitação conceptual do constructo, sua operacionalização e a elaboração metodologicamente fundamentada de instrumentos de avaliação, transculturalmente válidos e fiáveis. O Grupo WHOQOL define QdV como *a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL Group, 1995, p.1405). Neste âmbito, e reflectindo a multidimensionalidade do constructo, foram primeiramente construídas as medidas genéricas de QdV: o WHOQOL-100 e a versão breve WHOQOL-Bref [instrumentos já validados para a população portuguesa (cf. Canavarró et al., 2006, 2009; Vaz Serra et al., 2006a, 2006b)].

Posteriormente, sendo valorizadas as especificidades desenvolvimentais e atendendo ao conceito de QdV como dinâmico ao longo do ciclo vital, foi considerada a necessidade de estudar as medidas genéricas em amostras

representativas de adultos idosos e a possibilidade de elaborar um módulo específico para avaliação da QdV desse grupo etário. A esta decisão não foi alheia a importância que este grupo adquire actualmente (considerando o progressivo envelhecimento populacional, o aumento do número de idosos, da esperança média de vida e da longevidade) e os desafios que coloca (em termos económicos, sociais, de saúde e, inclusive, éticos) e aos quais urge dar resposta, adquirindo a questão da QdV particular relevância. Foi, assim, criado o Grupo/Projecto WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life – Old Module*), com início em 1999 e envolvendo inicialmente 22 Centros de estudo a nível mundial, tendo como principais objectivos adaptar as medidas genéricas de QdV à população idosa e desenvolver um módulo adicional, a ser utilizado com adultos idosos, conceptualizado como complementar aos instrumentos gerais referidos (Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005).

Tendo por base uma matriz transcultural de abordagem (Power, 2003, 2008; Power et al., 2005; Skevington, Sartorius, Amir, & The WHOQOL Group, 2004; WHOQOL Group, 1995), à investigação estiveram, então, subjacentes as seguintes questões: (i) são os instrumentos genéricos de QdV elaborados para a população adulta mais jovem passíveis de uma utilização vá-

lida com adultos idosos?; (ii) há áreas ou domínios específicos de QdV mais relevantes para adultos idosos?; e (iii) é possível desenvolver um único módulo (transcultural) ou será necessário construir um módulo específico e diferenciado, atendendo às especificidades culturais de cada Centro/país?.

A pesquisa seguiu a metodologia estabelecida pelo Grupo WHOQOL: (i) revisão do conceito de QdV, especificamente, considerando as particularidades dos adultos idosos, e de outras questões acerca da utilização dos instrumentos de QdV que pudessem ser relevantes para esta população, sugerindo itens adicionais e criando directrizes para a realização de grupos focais; (ii) realização de grupos focais (com profissionais, cuidadores e idosos), com vista à elaboração da versão inicial do módulo WHOQOL-OLD; (iii) estudo piloto, para testar e refinar o instrumento construído; e (iv) estudo de campo, com a finalidade de validar e estabelecer as propriedades psicométricas do instrumento. Em cada uma destas fases, considerando o envolvimento de diversos países, com línguas diferentes, foi valorizada a tradução de materiais a utilizar, seguindo, para o efeito, as directivas estabelecidas (cf. Sartorius & Kuyken, 1994).

O módulo WHOQOL-OLD obtido, neste processo, é constituído por 6 facetas [num total de 24 itens, 4 por faceta, com escala de resposta tipo *Likert*

de cinco pontos (1-5)]: *Funcionamento sensorial* (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em actividades e na interacção); *Autonomia* (avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões); *Actividades passadas, presentes e futuras* (avalia a satisfação com objectivos alcançados na vida e projectos a realizar); *Participação social* (avalia a participação em actividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade); *Morte e morrer* (avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer); e *Intimidade* (avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas). O WHOQOL-OLD permite obter um resultado global e um resultado por faceta, correspondendo a valores mais elevados, uma QdV mais elevada. Os estudos concluem que apresenta boas propriedades psicométricas (Chachamovich, Trentini, Fleck, Schmidt, & Power, 2008; Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006; Power et al., 2005).

Tendo em conta o contexto descrito e na sequência da já referida validação do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Bref para a população portuguesa, surge como incontornável e justificada a relevância/pertinência de investigação relativa ao WHOQOL-OLD no nosso país. Assim, no âmbito dos estudos de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa (cf. Vilar et al., 2010; Cruz, 2009), e do

Projecto “Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida”, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian [Proc. 74569], o presente trabalho tem como objectivo descrever a metodologia e os resultados da implementação de grupos focais com profissionais, cuidadores e adultos idosos. Visando situar esta etapa do processo, detalharemos primeiramente as directrizes propostas pelo projecto original e que guiaram os procedimentos implementados neste estudo.

A METODOLOGIA DE GRUPOS FOCALIS NO WHOQOL-OLD

Os grupos focais dizem respeito a um método qualitativo de investigação, tendo constituído uma etapa importante no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação de QdV do Grupo WHOQOL. Consiste, usualmente, num procedimento exploratório inicial que sustenta as fases posteriores de análise quantitativa. No caso particular de adaptação e validação de instrumentos do Grupo WHOQOL, por um Centro de investigação que não integrou os estudos originais, é estabelecido um protocolo metodológico, que inclui a tradução de materiais/instrumentos segundo directivas estabelecidas (cf. Sartorius & Kuyken, 1994),

a implementação de grupos focais e a realização de estudos quantitativos, como referido anteriormente. O recurso à metodologia de grupos focais é justificada, já que se considera que a validação transcultural preconizada pressupõe que a estrutura-base do modelo e o constructo de QdV da OMS (considerando domínios e facetas dos instrumentos) seja aceite e compreensível na cultura a que se destina; ainda, que cada cultura pode, caso se revele pertinente, acrescentar facetas e/ou itens ao instrumento em estudo, de forma a melhor representar a QdV e sua avaliação nesse contexto. Neste sentido, a implementação de grupos focais é o procedimento metodológico estabelecido/sugerido para o efeito.

No caso concreto do WHOQOL-OLD, o recurso a grupos focais tem como objectivo principal evidenciar a perspectiva subjectiva dos idosos face à temática da QdV. Adicionalmente, esta perspectiva é complementada com as percepções/indicações recolhidas junto de cuidadores (informais) e de profissionais de saúde que desenvolvam actividades com aquela população, solicitando-lhes que se expressem em referência à QdV de adultos idosos e de aspectos que considerem que estes valorizam. Particularmente, a participação de cuidadores e profissionais é relevante tendo em conta as suas experiências específicas de contacto com adultos idosos (no âmbito de prestação

de cuidados informais, de processos de avaliação e de intervenção, por exemplo), que podem enriquecer e permitir aprofundar a análise da problemática da QdV naquele grupo etário.

O Grupo WHOQOL-OLD estabeleceu que cada Centro/país deveria efectuar pelo menos seis grupos (com 4 a 6 participantes, cada, em amostra de conveniência): um grupo focal com profissionais; um com cuidadores; e um mínimo de quatro grupos focais com idosos, com número similar de sujeitos considerando as variáveis *idade* (“60-80 anos” e “mais de 80 anos”), *género* (“homens” e “mulheres”) e *estado de saúde* (“saúdáveis” e “doentes”). Esta última refere-se à percepção subjectiva de estado de saúde do indivíduo, independentemente de condições objectivas da mesma.

A fim de garantir a estandardização de procedimentos, foi elaborado pelo Centro Coordenador um protocolo para realização de grupos focais (“directrizes de grupos focais”), que serve de “guia” para delinear e implementar o processo em cada Centro. Para a realização de grupos focais com profissionais, a estrutura incide, particularmente, em questões relativas às dimensões de QdV que consideram ser valorizadas pelos idosos, à relevância do uso de instrumentos de QdV com esta população e às características que um instrumento deve possuir para ser considerado útil e utilizável. No caso

dos grupos de cuidadores e idosos, a estrutura prevê quatro partes ou momentos de discussão: (i) discussão geral não estruturada acerca dos aspectos de QdV relevantes para adultos idosos; (ii) discussão estruturada acerca das facetas/itens do WHOQOL-OLD e sua relevância; (iii) sugestão de novos itens e/ou áreas adicionais de QdV relativa a adultos idosos, não abordados nos momentos anteriores; e (iv) indicação da dimensão mais valorizada ou importante na determinação da QdV de pessoas idosas (Hawthorne, Davidson, Quinn, McCrate, & Winkler, 2006; Murphy & Hawthorne, 2001; Power et al., 2005; Quinn, 2001).

Assim, no primeiro momento deste processo, para efeitos de iniciar e “focar” posteriormente a discussão, está previsto o recurso a um conjunto de questões: “O que é/entende por QdV?”; “O que considera importante para a sua QdV?”; “O que torna pior/pode prejudicar a sua QdV?”; “O que melhoraria a sua QdV?”. O papel dos moderadores consiste em dinamizar a discussão e a interacção entre os participantes, sem interferir ou influenciar o sentido das opiniões e sugestões dos sujeitos. Isto é, não deve interferir nos conteúdos da discussão, mas sim potenciar a participação equitativa dos vários elementos do grupo e a partilha e aprofundamento do tópico/tema em debate. Na discussão estruturada, o instrumento WHOQOL-OLD (e, se necessário, o WHO-

QOL-100) serve de guião para debater a relevância das facetas e itens que o constituem. Relativamente à sugestão de novas dimensões/itens de QdV, caso surjam, é solicitado aos sujeitos que especifiquem a sua importância. Finalmente, a indicação da dimensão mais relevante para a QdV de adultos idosos serve de síntese/conclusão do processo de discussão.

No presente estudo, as discussões possibilitadas por este método têm, então, como objectivos: i) apreender se a percepção de QdV de/em referência a adultos idosos da população portuguesa valida o modelo e o constructo de QdV da OMS; ii) verificar, especificamente, a pertinência das facetas e itens da versão original do WHOQOL-OLD, previamente traduzidos; e iv) identificar nova informação, passível de sugerir/constituir novas facetas para a versão portuguesa do WHOQOL-OLD. A constituição dos grupos focais com idosos institucionalizados, adicional aos quatro grupos focais pré-estabelecidos no estudo original com idosos residentes na comunidade, pretende averiguar a existência de diferenças ao nível dos domínios de QdV valorizados, em função da diferente condição de vida/habitação.

METODOLOGIA

Amostra

Num total de 33 participantes, em amostra de conveniência, foram realizados oito grupos focais: um com profissionais em formação, da área de especialização em Psicogerontologia Clínica (N= 4); um com cuidadores (N= 4); e seis com adultos idosos (N= 25).

No caso dos profissionais em formação, todos estavam a desenvolver investigação em temáticas relacionadas com o envelhecimento, no âmbito de Doutoramento e do Mestrado Integrado. Estes profissionais em formação tinham já realizado estágio curricular, que incluiu actividades de avaliação (neuro)psicológica e de intervenção com adultos idosos, em contexto comunitário e/ou hospitalar (centro de dia, consultas de Neurologia e de Gerontopsiquiatria) e um dos participantes tinha também experiência em elaboração de processos avaliativos com idosos em contexto forense. Quanto aos cuidadores (informais), foram recrutados por intermédio da directora de um lar de idosos na Figueira da Foz. Dois dos participantes prestam cuidados ao cônjuge e dois à mãe.

No caso dos adultos idosos, foram constituídos quatro grupos focais com idosos da comunidade e dois com ido-

sos institucionalizados: grupo 1. “60 ou mais anos, saudáveis, em instituição”; grupo 2. “60-80 anos, saudáveis, em comunidade”; grupo 3. “Mais de 80 anos, saudáveis, em comunidade”; grupo 4. “60 ou mais anos, doentes, em instituição”; grupo 5. “60-80 anos, doentes, em comunidade”; e grupo 6. “Mais de 80 anos, doentes, em comunidade”. É de referir que, relativamente à constituição dos grupos da condição “em instituição”, apenas foi usado o critério *estado de saúde*, atendendo a que no caso de sujeitos mais velhos institucionalizados era frequente a presença de declínio cognitivo significativo e de demência(s), factores que se constituíam como critérios de exclusão. Todos os grupos foram constituídos por quatro participantes, excepto os grupos “60-80 anos, saudáveis, em comunidade” e “Mais de 80 anos, doentes, em comunidade” constituídos, respectivamente, por seis e três participantes (neste último caso, com número abaixo do limite inferior de participantes requerido, devido ao facto de um dos sujeitos recrutados ter sofrido uma

queda, na véspera da realização do grupo focal, que o impossibilitou de estar presente). Os critérios de exclusão estabeleceram a não selecção de sujeitos idosos com doenças terminais, declínio cognitivo significativo ou demência (Quinn, 2001). De notar que 54% dos indivíduos que apresentam condições objectivas de morbilidade/co-morbilidade (de acordo com o levantamento efectuado com o questionário de informação sociodemográfica e relativa à saúde) se percebem, não obstante, como “saudáveis”, seguindo, aliás, ainda que de forma menos vincada, a mesma linha de dados do estudo original, cujo respectivo valor corresponde a 92% (Power et al., 2005). Os participantes do grupo “60-80 anos, saudáveis, em comunidade” foram recrutados na Universidade Sénior da Cúria, os participantes dos grupos de idosos institucionalizados na Unidade de Saúde de Coimbra, e os participantes dos restantes grupos no Centro de Dia do Ateneu de Coimbra. O Quadro 1 evidencia a caracterização da amostra total.

Quadro 1. Características da amostra total (adultos idosos, profissionais e cuidadores)

N	Adultos Idosos (N=25)	Profissionais em formação (N=4)	Cuidadores Informais (N=4)
Idade	M=74,68 A [DP=8,66, Amplitude 60-88A]	M=23,25 A [DP=0,96; Amplitude 22-24 A]	M=69,75 A [DP=13,82; Amplitude 56-88 A]
Género	Feminino: 16 (64%) Masculino: 9 (36%)	Feminino: 3 (75%) Masculino: 1 (25%)	Feminino: 4 (100%)
Estado civil	Solteiro: 4 (16%) Casado: 9 (36%) Viúvo: 10 (40%) Divorciado: 2 (8%)	Solteiro: 4 (100%)	Casado: 3 (75%) Viúvo: 1 (25%)
Nº de filhos	Nenhum: 5 (20%) Um: 10 (40%) Dois: 5 (20%) Três: 5 (20%)		
Nº de netos	Nenhum: 7 (28%) Um: 5 (20%) Dois: 7 (28%) Três: 3 (12%) Quatro: 1 (4%) Seis: 2 (8%)		
Escolaridade (níveis educacionais)	Analfabetos: 2 (8%) Primeiro ciclo (1-4 anos): 10 (40%) Segundo ciclo (5-6 anos): 2 (8%) Terceiro ciclo (7-9 anos): 2 (8%) Ensino secundário (10-12 anos): 4 (16%) Ensino Superior (> 12 anos): 5 (20%)	Ensino Superior: 4 (100%)	Primeiro ciclo: 1 (25%) Ensino Superior: 3 (75%)
Residência	Predominantemente urbana: 19 (76%) Moderadamente urbana: 6 (24%)		
Condição actual de vida/habitação	Com companheiro(a): 4 (16%) Sozinho: 2 (8%) Centro de dia (vive com companheiro(a)): 4 (16%) Centro de dia (vive sozinho): 6 (24%) Centro de dia (vive com estudantes a quem arrenda casa): 1 (4%) Enfermaria de cuidados continuados de longa duração: 8 (32%)		
Situação laboral	Reformado: 24 (96%) Não-reformado: 1 (4%)		
Profissão desempenhada durante mais tempo	Comerciante: 6 (24%) Professora: 5 (20%) Costureira: 5 (20%) Empregado na Indústria Hoteleira: 2 (8%) Outra: 7 (28%)		
Percepção/ estado de saúde	Saudável: 14 (56%) Doente: 11 (44%)		Saudável: 1 (25%) Doente: 3 (75%)
Problemas actuais de saúde	Sem problemas de saúde: 1 (4%) Com problemas de saúde mas não afectam a QdV: 5 (20%) Com problemas de saúde que afectam a QdV: 19 (76%)		
Uso de medicação	Sim: 23 (92%) Não: 2 (8%)		Sim: 4 (100%)
Uso de outras substâncias	Sim: 3 (12%) Não: 22 (88%)		Não: 4 (100%)

Instrumentos e procedimento

A implementação dos grupos focais ocorreu no decurso de 2009-2010 (segundo a sequência: grupo de profissionais, grupos de adultos idosos e grupo de cuidadores). Foi solicitado o consentimento informado, para efei-

tos de participação. A todos os sujeitos foi aplicado o protocolo de condução de grupos focais. Como já referimos, este apresentava uma estrutura diferenciada, para profissionais, cuidadores e idosos. No Quadro 2, apresentamos o procedimento relativo aos idosos e cuidadores.

Quadro 2. Grupos focais com adultos idosos e cuidadores: Fases do procedimento

Fase	Min.	Objectivo
<i>Introdução e obtenção do consentimento dos participantes</i>	5	Estabelecer relação e obter consentimento informado
<i>Parte 1</i>		
<i>Discussão geral não estruturada sobre QdV</i>	20	Conseguir que o grupo se foque nas dimensões de QdV
<i>Pausa</i>	15	
<i>Parte 2</i>		
<i>a) Revisão do WHOQOL-OLD</i>	30	Conseguir que o grupo se foque no WHOQOL-OLD (facetas e itens)
<i>Pausa</i>	15	
<i>Parte 2</i>		
<i>b) Sugestão de outros itens e/ou facetas</i>	25	Obter ideias dos participantes para facetas e/ou itens adicionais WHOQOL-OLD; adicionalmente, selecção e apresentação de facetas e/ou itens do WHOQOL-100 para discussão (pertinência para avaliação da QdV em adultos idosos)
<i>Parte 2</i>		
<i>c) Conclusão</i>	5	Obter, dos participantes, a dimensão que mais valorizam na determinação da sua QdV
<i>Encerramento</i>	5	Agradecer o envolvimento dos participantes no estudo
<i>Documentação da sessão</i>		Preenchimento dos formulários pelos moderadores

Segundo esta estrutura, o tempo estimado por sessão é de 2 horas. No entanto, na prática, a duração do grupo de cuidadores foi de 90 minutos (o grupo de profissionais teve igual duração), e a duração média dos grupos de idosos foi de apenas 58 minutos (a duração

máxima foi de 77 minutos e a mínima de 40 minutos), uma vez que em nenhum deles foram realizadas as pausas previstas. Tal opção justificou-se pelo facto dos grupos terem sido realizados em locais/instituições cujo dinamismo assenta na implementação de horá-

rios rigorosos de funcionamento (por exemplo, aulas, fisioterapia, período de visitas), pelo que a duração dos mesmos foi rentabilizada, sob pena de se perder a disponibilidade dos sujeitos, tendo, no entanto, sido respeitada a sua vontade de se manterem em tarefa. Cada um dos grupos foi implementado no respectivo local/instituição em que ocorreu o recrutamento. Pretendeu-se, desta forma, proporcionar um ambiente familiar, reduzindo a presença de eventuais estímulos distractores. Ao longo de todo o processo, os participantes mantiveram atenção, disponibilidade, interesse e colaboração activa. Foram, todavia, observadas algumas dificuldades com os grupos de idosos, no que respeita à fluência da discussão, nomeadamente na fase não estruturada. Para reportarem dimensões de QdV, foi comum o recurso a exemplos concretos de histórias/experiências de vida, o que “diluiu”, por vezes, o foco do tema. Excepção feita ao Grupo focal 2 (“60-80 anos, saudáveis, em comunidade”), atendendo ao seu nível mais elevado de escolaridade, a participação de idosos analfabetos e/ou com baixa escolaridade exigiu que se optasse, exclusivamente, por uma apresentação oral dos instrumentos, de modo a facilitar a discussão em torno dos domínios, facetas e itens.

A coordenação foi feita por dois moderadores com experiência na condução de grupos e por um elemento au-

xiliar/observador (excepto nos grupos “60-80 anos, doentes, em comunidade” e “Mais de 80 anos, doentes, em comunidade”, cuja coordenação foi feita apenas por um moderador e pelo elemento auxiliar). Para que não fosse perdida qualquer informação, as sessões foram gravadas em formato áudio: o gravador era ligado assim que o grupo tinha início, com a respectiva autorização dos participantes, sendo somente desligado após todos terem saído do local. Este aspecto permite o registo de potenciais comentários relevantes que eventualmente ocorram após o término formal do grupo (Quinn, 2001).

Para efeitos de discussão, foram usados os instrumentos/materiais WHOQOL-OLD e WHOQOL-100. Foi, ainda, aplicado um questionário de informação sócio-demográfica a todos os participantes. Este questionário era diferenciado relativamente a indicadores contemplados, em função do grupo a que se dirigia. No caso dos adultos idosos, incluía: idade, género, estado civil, número de filhos, número de netos, nível máximo de escolaridade alcançado, área de residência, condição actual de vida/habitação, situação laboral, profissão desempenhada durante mais tempo, percepção (subjectiva)/estado de saúde, problemas actuais de saúde, uso de medicação e uso de outras substâncias. No caso dos sujeitos idosos, a informação assim obtida permitia, para além da caracterização

específica da amostra, fundamentar a decisão de inclusão dos sujeitos nos grupos previstos. No sentido de melhor sistematizar essa decisão (critérios de inclusão/exclusão), foram ainda usados os seguintes instrumentos: Exame Breve do Estado Mental (*Mini Mental State Examination* – MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; normas para a população portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, & Garcia, 1994); Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale* – GDS; Yesavage et al., 1983; cf. estudo exploratório português, em Andrade, 2007; cf. tradução portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008); teste de Vocabulário/WAIS-III (Wechsler, 2008); Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI; Sousa, Simões, & Vilar, em preparação).

Para efeitos de análise estatística (descritiva) foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0, de 2008, para Windows. A análise qualitativa dos dados remeteu para a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2007; Ghiglione & Blanchet, 1991), considerando categorias pré-definidas (estabelecidas com base nos domínios e facetas de QdV do WHOQOL-OLD e do WHOQOL-100) e categorias *a posteriori* (facetas ou dimensões de QdV sugeridas pelos grupos e que não são abrangidas pelos instrumentos referidos). Assim, para efeito

de categorização das respostas obtidas (os exemplos reportados referem-se às respostas mais frequentes), os domínios e facetas do WHOQOL-100 considerados são:

- Domínio I *Físico*, que inclui as facetas 1. *Dor e desconforto* (ex., sentir dores; sentir desconforto); 2. *Energia e fadiga* (ex., ter energia para fazer as coisas; sentir-se desperto para a vida); 3. *Sono e repouso* (ex., ter dificuldades em adormecer; dormir/não dormir bem; ter descanso);

- Domínio II *Psicológico*, que inclui as facetas 4. *Sentimentos positivos* (ex., sentir-se bem/bem disposto; ter alegria/boa disposição; ter satisfação; ser otimista; encarar tudo com serenidade; gostar de viver; sentir felicidade); 5. *Pensamento, aprendizagem, memória e concentração* (ex., aprender; capacidade para resolver problemas; ter lucidez; ter boa memória); 6. *Auto-estima* (ex., sentir-se bem/não se sentir bem consigo mesmo; estar satisfeito consigo próprio; confiar em si/nas suas capacidades; gostar/não gostar de nós mesmos); 7. *Imagem corporal e aparência* (ex., ter boa aparência; estar bem arranjado); 8. *Sentimentos negativos* (ex., sentir preocupação/tristeza; sentimentos negativos; depressão/andar triste; ansiedade/angústia);

- Domínio III *Nível de independência*, que inclui as facetas 9. *Mobilidade* (ex., dependência física; ter mobilidade/andar bem; continuar/ não continuar

a poder andar); 10. *Actividades de vida quotidiana* (ex., ter/não ter capacidade para desempenhar as actividades do dia-a-dia; fazer a lida da casa; tomar banho/arranjar-se sozinho; comer pela própria mão); 11. *Dependência de medicação ou tratamentos* (ex., tomar muitos medicamentos; não ter falta de medicamentos/tratamentos); 12. *Capacidade de trabalho* (ex., trabalhar/cumprir com obrigações de trabalho);

- Domínio IV *Relações sociais*, que inclui as facetas 13. *Relações pessoais* (ex., dar-se bem/estar com os outros; ter companhia das pessoas/ter com quem falar; bom entendimento entre todos/familiar; bom ambiente entre todos/familiar; ter/não ter boas relações com os outros; ter/não ter amizade; ajudar os outros; solidão/isolamento); 14. *Apoio social* (ex., ter/não ter apoio dos outros; ter/não ter suporte da família); 15. *Actividade sexual* (esta faceta não foi evocada espontaneamente; reporta-se a aspectos da relação e da actividade sexual);

- Domínio V *Ambiente*, que inclui as facetas 16. *Segurança física e protecção* (ex., ter segurança; ter mais protecção); 17. *Ambiente no lar* (ex., ambiente do local; condições da instituição; ter comodidades/ter condições em casa); 18. *Recursos financeiros* (ex., aspectos financeiros; ter dinheiro para as despesas mensais; ter algum/mais dinheiro); 19. *Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualida-*

de (ex., ser bem tratado/atendido (na instituição); ter/não ter apoio social/técnico/da instituição; melhor funcionamento das instituições; ter cuidados de saúde/sociais); 20. *Oportunidades de adquirir novas informações e competências* (ex., poder ver coisas novas; adaptar-se; aprender novas coisas); 21. *Participação em/e oportunidades de recreio/lazer* (ex., divertirmo-nos/ter diversão; ter/não ter actividades; ter/apreciar os tempos livres; descontrair e aproveitar o tempo); 22. *Ambiente físico* (poluição, ruído, trânsito, clima) (ex., ruído/barulho; respirar ar puro); 23. *Transporte* (ex., ter carro/transporte);

- Domínio VI *Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais*, que inclui a faceta 24. *Espiritualidade/religião/crenças pessoais* (ex., maneira de estar na vida; ter princípios e valores; religião; ter a graça de Deus/crer em Deus; ter a santa unção e comungar);

- e Faceta QdV *e saúde geral* (ex., ter saúde/mais saúde; ter bem-estar/o nosso bem-estar; viver bem, com saúde/ter uma boa vida; ter/não ter doenças).

As facetas do WHOQOL-OLD consideradas são:

- *Funcionamento sensorial* (ex., ouvir mal; ter dificuldades de audição);

- *Autonomia* (ex., ser respeitado; não ser respeitado/ouvido nas decisões; ter liberdade para tomar decisões; ter liberdade para fazer coisas; ser in-

dependente; sentir que tem vontade própria; poder decidir da vida; gerir a nossa vida; fazer o que se quer, sem dar satisfações a ninguém; poder voltar para casa/usar o dinheiro; preservar a dignidade da pessoa);

- *Actividades passadas, presentes e futuras* (ex., ter/não ter o reconhecimento merecido por parte dos outros; sentimento de dever cumprido; ter em conta o que a pessoa fez na vida; preocupação com o futuro; ter planos para o futuro; ter pequenos projectos para ocupar o dia-a-dia; saber com o que se conta daqui em diante; saber aceitar o presente e a incerteza do futuro; viver um dia de cada vez);

- *Participação social* (ex., saber ocupar o tempo; sair de casa, dar passeios; poder passear/viajar mais; fazer convívios/festas; estar entretido; estar em grupo, conviver, participar);

- *Morte e morrer* (ex., ter medo de sofrer na morte; poder morrer descansado);

- *e Intimidade* (ex., ter carinho; ter amor; ter alguém que goste de nós e de quem nós gostamos; ter um(a) companheiro(a); boa relação conjugal; ter afecto).

As categorias elaboradas para as novas dimensões sugeridas são: *Observação de patologia nos pares* (ex., ver os outros utentes a ficar muito mal); *Alimentação* (ex., boa alimentação; comer bem; ter de comer, quando se precisa); *Questões políticas* (ex., ter

governantes honestos no país; decisões dos políticos para a nossa vida; políticas que não nos prejudiquem); *e Morte/doença/bem-estar/saúde de outros significativos* (ex., bem-estar dos netos/filhos; saúde dos netos/filhos/parceiro; morte do marido/mulher/filhos; doença do marido/mulher/filhos).

RESULTADOS

No grupo de profissionais, foi salientada a importância de os instrumentos de avaliação de QdV serem breves (por exemplo, não excederem os 25 itens), simples e rápidos de aplicar e interpretar. A aplicação em módulo de entrevista é sugerida como mais indicada para adultos idosos. A avaliação da QdV é apontada como uma dimensão relevante para estabelecer programas/intervenções clínicas. Os factores mais relevantes para a QdV, que o grupo considera serem usualmente valorizados pelos idosos, remetem para Saúde geral (incluindo o bem-estar físico e psicológico), para os domínios *Nível de independência* (capacidade funcional), *Ambiente* (incluindo recursos financeiros e disponibilidade de serviços/cuidados de saúde e sociais) e *Relações sociais* (em especial, as relações familiares). Reconhecem, ainda, que a preocupação com a saúde e bem-estar de outros significativos (ex., filhos e ne-

tos) pode influenciar a QdV de adultos idosos. Sugerem, por fim, que factores de personalidade não devem ser descuidados quando se avalia a QdV.

Considerando a totalidade dos grupos de cuidadores e de idosos, na discussão não estruturada são evocados espontaneamente todos os domínios do WHOQOL-100 e todas as suas facetas, à excepção da faceta Actividade sexual (evocada apenas na fase estruturada da sessão, emergindo integrada na discussão em torno da faceta *Intimidade* do WHOQOL-OLD).

Os cuidadores evocam mais frequentemente *Qualidade de vida e saúde geral*, *Ambiente* (com destaque para recreio/lazer) e *Relações sociais* (relações familiares e apoio social), surgindo também a importância da *Espiritualidade* mas apenas na fase estruturada.

As facetas espontaneamente evocadas com maior frequência pelos adultos idosos reportam-se a *Qualidade de vida e saúde geral* e aos domínios *Relações sociais* (em especial, relações pessoais/familiares), *Ambiente* (com destaque para disponibilidade de serviços/cuidados de saúde e sociais e recreio/lazer), *Psicológico* (sentimentos positivos) e *Aspectos espirituais* (Espiritualidade/ religião/crenças pessoais). O *Nível* de independência (actividades de vida diária) é também destacado como relevante.

Numa análise mais discriminativa,

considerando a totalidade dos grupos de adultos idosos, e no que se refere aos resultados por variável idade, destaca-se especificamente a valorização de aspectos relacionais e psicológicos para os participantes de “60-80 anos” (ex., apoio dos outros, como factor potenciador de QdV; e sentimentos negativos, como ansiedade, enquanto factor que a prejudica). Os participantes com “Mais de 80 anos” valorizam o domínio *Ambiente* (ex., aspectos financeiros, cuidados de saúde/sociais), ainda que também destaquem o apoio da família e aspectos psicológicos (ex., sentir-se bem).

Considerando a variável *estado de saúde*, idosos saudáveis salientam, particularmente, a dimensão relacional (ex., dar-se com os outros, amizade) e os que se percebem como doentes valorizam a independência/capacidade funcional (ex., ter capacidade para desempenhar as actividades do dia-a-dia).

Atendendo à variável *condição actual*, idosos na comunidade valorizam, predominantemente, aspectos relativos à saúde, ainda que reportem a importância das relações sociais (ex., relações familiares), sendo estas evidenciadas como a dimensão mais importante para os idosos institucionalizados, adicionalmente ao ambiente (ex., aspectos financeiros, estar em casa), à capacidade funcional (ex., mobilidade, actividades quotidianas) e à autonomia (ex., ser ouvido e respeitado

na tomada de decisão).

Do WHOQOL-OLD, foram evocadas espontaneamente as 6 facetas que o constituem. No entanto, as facetas *Funcionamento sensorial e Morte e morrer* foram mencionadas com menor frequência, destacando-se a faceta *Autonomia* como a mais reportada, quer por idosos, quer por cuidadores. De referir, ainda, a relevância da *Participação Social* e de *Actividades passadas, presentes e futuras*. Na discussão estruturada, todas as facetas foram consideradas importantes para a QdV de pessoas idosas.

A faceta *Autonomia* surge, no geral, associada à dimensão relacional e à questão da liberdade e do respeito por parte dos outros. Atendendo a que avalia a capacidade para viver de forma autónoma e tomar decisões, ganha relevo a importância atribuída ao apoio social e aos cuidados de saúde/sociais, sobretudo quando a capacidade funcional/nível de independência dos idosos está mais afectado.

A faceta *Participação social* surge associada aos domínios *Físico* (ex., energia e fadiga), *Relações sociais* (na medida em que a participação em/e oportunidades de recreio/lazer, bem como as actividades na comunidade implicam frequentemente o contacto interpessoal) e *Psicológico* (ex., sentimentos positivos e pensamento, aprendizagem, memória e concentração).

Em *Actividades passadas, presen-*

tes e futuras, foi salientada a importância do reconhecimento por parte dos outros e o sentimento de realização (profissional e/ou familiar), bem como o ter projectos futuros.

Na faceta *Intimidade*, à excepção do grupo de idosos “Mais de 80 anos, doentes, em comunidade”, todos os participantes destacaram a importância da relação conjugal para a QdV. Atendendo a que a grande maioria daqueles é viúva ou solteira, pode ser entendida a desvalorização dada a esta temática. Porém, independentemente da importância atribuída a este tipo de relação, foi evidente, em todos os grupos, a relevância de diferenciar as categorias *relações de casal/intimidade, relações pessoais e relações familiares*. Estas últimas, salientadas de forma mais diferenciada, parecem assumir um papel importante na QdV (ex., importância da presença e do apoio prestado pelos familiares). No geral, à presença e disponibilidade dos elementos da família (ex., filhos e netos) surgem ligados sentimentos positivos, enquanto que sentimentos negativos se associam à ausência ou ao desprezo por parte daqueles.

No que diz respeito ao *Funcionamento sensorial*, idosos e cuidadores consideram que as perdas podem afectar os níveis de independência (ex., realização de actividades de vida quotidiana), sendo também frisado o impacto negativo que têm a nível social, quer ao nível do relacionamento com os outros,

quer em termos de participação social. Os recursos financeiros são reportados como essenciais para aceder aos aparelhos que permitem a correcção e/ou compensação das perdas sensoriais.

Na faceta *Morte e morrer*, mais do que a sua própria morte – de salientar alguma desvalorização do tema quando considerado este aspecto – é a preocupação com a morte de outros significativos (sobretudo familiares) que mais influência exerce na QdV dos idosos. Alguns sujeitos focaram a preocupação com a possibilidade de poder vir a sofrer antes de morrer e/ou de estarem sozinhos nesse processo, bem como a preocupação com o impacto que a sua morte poderá causar noutros significativos (ex., filhos). A dimensão religiosa surge como influenciando a forma como o tema é encarado (ex., aceitação da morte).

No decorrer dos grupos focais, foram sugeridas algumas dimensões de QdV não incluídas nos instrumentos originais. Estas remetem para *Observação de patologia nos pares*, *Alimentação*, *Questões políticas e Morte/ doença/bem-estar/saúde de outros significativos*. Sendo mencionada por todos os grupos, esta última dimensão pode vir a constituir uma nova faceta da versão portuguesa do WHOQOL-OLD. Finalmente, as dimensões consideradas mais importantes na determinação da QdV de adultos idosos são: *Saúde*, *Relações sociais* (ex., relações

pessoais, familiares e de intimidade) e aspectos relativos a *Autonomia* (incluindo independência/capacidade funcional).

DISCUSSÃO

Considerando que evidenciar a perspectiva dos idosos face à temática da QdV constitui o objectivo principal da metodologia de grupos focais, daremos particular relevância aos dados dos grupos de adultos idosos na discussão de resultados, sendo as informações de cuidadores e profissionais integradas de forma complementar.

Se considerarmos os resultados da totalidade dos grupos, os dados sustentam o modelo de QdV do Grupo WHOQOL e a natureza *multidimensional* do constructo, estabelecendo a sua relevância para a avaliação da QdV em adultos idosos, ao ser evocada a totalidade de domínios e facetas do WHOQOL-100, exceptuando *Actividade sexual*. Este dado vai ao encontro dos resultados obtidos no estudo original, no qual a faceta relativa a *Actividade sexual* se revelou inadequada para caracterizar a QdV na população idosa. Foi, aliás, a partir desta constatação que a faceta Intimidade foi proposta para integrar o WHOQOL-OLD, e cujo conteúdo aborda questões relacionadas com a intimidade sem, no entanto, re-

ferir explicitamente o “contacto físico/sexualidade” (Fleck et al., 2003; Murphy & Hawthorne, 2001; Power et al., 2005).

Em relação à importância que adquire a Saúde Geral (entendida por todos os participantes como comportando aspectos físicos e mentais), este resultado é constatado noutros estudos (cf. Bowling, 1995; Ceremnych, 2003; Eser, Eser, Ozyurt, & Fidaner, 2005; Figueira, Figueira, Mello, & Dantas 2008). Aliás, a saúde é frequentemente considerada uma das dimensões de relevo da QdV, particularmente, no caso dos idosos (cf. Farquhar, 1995; Paül et al., 2005) ou, mesmo, que a saúde, a percepção de saúde ou a satisfação com a mesma dizem respeito ao factor com maior peso para a QdV do ser humano (Chatterji & Bickenbach, 2008).

Relativamente ao *Ambiente* – claramente evidenciado como sendo um determinante importante na QdV dos adultos idosos – sobressai, neste estudo, na sua valência “social-relacional”. Parece de extrema relevância a participação em actividades lúdicas e/ou na comunidade, saber ocupar o tempo, sair e passear. Se considerarmos os dois grupos de idosos em condição de institucionalização, verificamos que este domínio é mencionado pelos participantes nas quatro questões gerais colocadas na primeira parte da sessão. O ambiente institucional é muito díspar daquele que constitui “a própria casa”,

tendo os idosos que nele residem experienciado frequentemente acontecimentos de vida indutoras de *stress*, tais como a perda da sua casa e/ou perdas relacionais (ex., convivência com familiares) (Drageset et al., 2008; Leung, Wu, Lue, & Tang, 2004). Para além disso, os idosos institucionalizados encontram-se numa situação de menor autonomia, quer no que respeita à liberdade de que dispõem, por exemplo, para tomar decisões, quer em termos de níveis de independência, já que muitos destes idosos estão em condições de mobilidade condicionada – situação de incapacidade parcial ou total de locomoção (por exemplo, deslocação em cadeira de rodas) (Clarke, Chan, Santa-guida, & Colantonio, 2009). Segundo Ward (1980, *cit. in* Leung et al., 2004), a qualidade do ambiente é um dos principais determinantes da QdV, para idosos que se encontram institucionalizados. Em ambiente institucional, a QdV tem-se revelado mais associada ao contexto social do que à condição física dos indivíduos, afigurando-se também a religião como factor positivo, ajudando a superar situações adversas (Loidl-Keil & Hohn, 2006). Também é sublinhado o papel de relevo que profissionais que lidam de perto com estes idosos assumem na sua QdV, tendo em conta a relação estabelecida e o respeito pela individualidade (Leung et al., 2004; Loidl-Keil & Hohn, 2006).

Esta dimensão “social-relacio-

nal” do *Ambiente* permite enquadrar/compreender o destaque igualmente atribuído ao domínio das Relações sociais. O relacionamento interpessoal, por exemplo, contacto com os pares (idosos) e/ou com outras pessoas assume-se, de facto, como um aspecto importante para a QdV dos participantes (Sumasy, 2002, cit. in Figueira et al., 2008). No entanto, as relações familiares adquirem, neste contexto, um papel particular, nomeadamente, o contacto com os filhos e netos, resultado corroborado pelo estudo de Leung et al. (2004) e de Fleck et al. (2003). O estudo levado a cabo por Turagabeci, Nakamura, Kizuki e Takano (2007) atesta este dado, sugerindo que a falta de pessoas próximas, prestadoras de suporte quando necessário, deteriora fortemente a QdV.

Relativamente ao domínio *Psicológico*, este é particularmente evidenciado pela relevância que assumem os “sentimentos positivos”, tais como a boa-disposição e o optimismo, tidos como fundamentais para o bom funcionamento noutras áreas da vida, sendo a QdV prejudicada pelos sentimentos negativos.

Estes três domínios (*Ambiente*, *Relações Sociais* e *Psicológico*) parecem, assim, estar interligados na determinação da QdV, na medida em que um nível mais restrito de participação social tem impacto negativo em termos sociais e individuais (nomeadamente

ao nível do relacionamento com os outros e dos sentimentos/emoções), traduzindo-se numa diminuição de oportunidades para estar satisfeito consigo próprio e com a vida, o que pode reflectir-se negativamente na QdV (cf. Levasseur, Desrosiers, & Tribble, 2008).

Quanto à *Espiritualidade/religião/crenças pessoais* (ex., “crer em Deus”), todos os sujeitos se assumem como crentes e é a Deus que atribuem os acontecimentos positivos da sua vida (ex., bem-estar dos filhos) e recorrem nas situações difíceis (ex., falta de saúde). A importância da religião na QdV de pessoas idosas é corroborada por outros estudos (cf. Eser et al., 2005; Fleck et al., 2003).

Considerando as perspectivas de profissionais e cuidadores, no que se refere aos factores seleccionados como mais importantes para a QdV, podemos constatar que nos permitem complementar a percepção dos idosos, (no sentido em que, consideradas aquelas em conjunto, se sobrepõem às dimensões valorizadas por estes), parecendo alicerçadas na especificidade relacional que cada grupo estabelece com a população de adultos idosos (respectivamente, a um nível mais profissional, de avaliação e de intervenção, e a um nível mais de cuidado informal).

Do WHOQOL-OLD, foram evocadas espontaneamente as 6 facetas que o constituem, aspecto que confirma a

pertinência, para a população portuguesa de adultos idosos, das dimensões específicas de avaliação da QdV incluídas neste instrumento. A menor valorização de *Funcionamento sensorial e Morte e morrer* e a referência mais frequente às facetas *Autonomia, Participação Social e Atividades passadas, presentes e futuras* parece estabelecer uma relevância diferenciada. Se considerarmos os resultados dos estudos originais do WHOQOL-OLD, relativamente às correlações das facetas com o resultado total, transparece também este padrão, diferenciador do peso das diferentes facetas para a QdV (Power et al., 2005).

Das novas dimensões referidas, a *Observação* de patologia nos pares foi reportada apenas pelo grupo de idosos de “60 ou mais anos, saudáveis, em instituição”, compreensível se considerarmos que nesse ambiente é maior a prevalência de pessoas com demência e/ou outros défices cognitivos, por exemplo (cf. Loidl-Keil & Hohn, 2006). A questão da *Alimentação* fora já mencionada no estudo original (cf. Murphy & Hawthorne, 2001; Quinn, 2001), ainda que numa valência de atividade aprazível e proporcionadora de convívio com os outros; no presente estudo, reflecte preocupações de ordem de necessidade básica, associadas à temática da reforma/recursos financeiros (escassos). Esta temática surge, por sua vez, relacionada com as *Questões* po-

líticas (ex., reconhecimento, por parte dos idosos, da dependência em relação à situação económica e social que pode gerar instabilidade emocional/desconforto, insatisfação e insegurança, face à tomada de decisão política). De notar que no estudo de Ceremnych (2003) os idosos também relacionaram as suas experiências pessoais e a QdV com questões políticas. Para enquadrar estas questões, relembramos que nos estudos portugueses de validação do WHOQOL-100 foi construída a faceta *Poder político*, por ter surgido como relevante nos grupos focais (cf. Rijo et al., 2010). A dimensão *Morte/doença/bem-estar/saúde de outros significativos*, (ex., mulher/marido, filhos e netos) foi reportada por todos os grupos. Como já vimos anteriormente, ganhou peso a sugestão de diferenciação do nível relacional, no sentido de contemplar, não apenas as relações sociais e de intimidade, mas também as relações familiares (no sentido de lhe dar uma visibilidade acrescida, comparativamente ao WHOQOL-100). No geral, salientou-se a importância que tem, para a QdV dos idosos, a disponibilidade, o apoio (ex., financeiro, emocional) e o reconhecimento demonstrados pela família, a frequência (proximidade) com que os idosos estão (que têm) com os familiares e, ainda, nesta nova vertente, a preocupação com o bem-estar e a saúde de familiares. Adicionalmente, a morte e/ou doença de entes queri-

dos afigurou-se claramente como factor negativo para a QdV. Assim, deve colocar-se a hipótese de estes aspectos constituírem uma nova faceta (*Família/Vida familiar*) do WHOQOL-OLD português, a validar em estudos posteriores de natureza quantitativa (Teoria de Resposta ao Item e Análise Factorial Confirmatória).

CONCLUSÕES

Colocados os desafios do envelhecimento e da relevância de avaliar a especificidade da QdV em adultos idosos, enquadrado pela definição e pelo paradigma de QdV do Grupo WHOQOL, o WHOQOL-OLD surge como instrumento de referência. A metodologia de grupos focais apresentada e os resultados obtidos, enquanto etapa qualitativa incontornável do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa, permitem sustentar e guiar os estudos empíricos/quantitativos posteriores.

Além deste vector de validade, acresce um conjunto de critérios de utilidade que também têm sido salientados. No que respeita a implicações práticas, vários autores têm vindo a apontar inúmeras potencialidades do WHOQOL-OLD. Este módulo pode não só ser utilizado em avaliações transculturais (proporcionar validade trans-

cultural para a avaliação da QdV em idosos), como na avaliação do impacto de serviços de saúde, de intervenções clínicas, de programas de intervenção e de cuidados sociais na QdV dos idosos e, ainda, auxiliar na determinação de áreas de investimento (capazes de reflectir maiores ganhos na QdV) (Chachamovich et al., 2008; Power et al., 2005). Porém, apesar da pertinência dos aspectos acabados de referir, existe uma particularidade deste instrumento que assume especial relevância neste contexto, que é o facto de o mesmo ter em consideração as opiniões dos idosos aquando da sua construção, aspecto que não se verifica em grande parte de outros questionários disponíveis (Murphy & Hawthorne, 2001). Quando se desenvolve um instrumento de avaliação da QdV é efectivamente importante ter em consideração as opiniões da população a quem se destina, já que, em particular no caso dos idosos, tal é indispensável na dinamização de medidas adequadas que permitam alcançar um envelhecimento bem sucedido (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003; Figueira et al., 2008). É, agora, necessário implementar um conjunto diversificado e sistemático de investigações de natureza empírica (cf. Prieto, Muñiz, Almeida, & Bartram, 1999), no sentido de conferir robustez psicométrica ao WHOQOL-OLD, tornando-o num instrumento de referência na avaliação da QdV de adultos idosos, em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, S. A. (2007). *Geriatric Depression Scale (GDS-30): Estudos de validação em grupos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia (Avaliação Psicológica, Aconselhamento e Reabilitação), apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris: Quadrige/PUF.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Coords.), *Escala e Testes na Demência* (2ª ed., pp. 65-66). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência/Novartis.

Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41, 1447-1462.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ..., Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ..., Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 116-124.

Ceremnych, J. (2003). Focus group discussions with older adults and carers for development of pilot WHOQOL-OLD measure. *Acta Medica Lituanica*, 3, 152-158.

Chachamovich, E., Trentini, C. M., Fleck, M. P. A., Schmidt, S., & Power, M. (2008). Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 102-111). Porto Alegre: Artmed Editora.

Chatterji, S., & Bickenbach, J. (2008). Considerações sobre a qualidade de vida. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 40-47). Porto Alegre: Artmed Editora.

Clarke, P., Chan, P., Santaguida, P. L., & Colantonio, A. (2009). The use of mobility devices among institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 21(4), 611-626.

Cruz, A. C. S. (2009). *Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos*. Tese de Mestrado Integrado, em Psicologia Clínica e da Saúde/sub-especialização em Psicogerontologia Clínica, não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação/UC.

Drageset, J., Nygaard, H. A., Eide, G. E., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., & Natvig, G. K. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents: *A questionnaire study. Health and Quality of Life Outcomes*, 8(6), 1-9.

Eser, E., Eser, S., Ozyurt, B. C., & Fidaner, C. (2005). Perception of quality of life by a sample of Turkish older adults: WHOQOL-OLD project *Turkish focus groups results. Turkish Journal of Geriatrics*, 8(4), 169-183.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science and Medicine*, 41, 1439-1446.

Figueira, H. A., Figueira, J. A., Mello, D., & Dantas, E. H. M. (2008). Quality of life throughout ageing. *Acta Medica Lituanica*, 15(3), 169-172.

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2006). Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791.

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Ghiglione, R., & Blanchet, A. (1991). *Analyse de contenus et contenus d'analyses*. Paris: Dunod.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.

Hawthorne, G., Davidson, N., Quinn, K., McCrate, F., & Winkler, I. (2006). Issues in conducting cross-cultural research: Implementation of an agreed international protocol designed by the WHOQOL Group for the conduct of focus groups eliciting the quality of life of older adults. *Quality of Life Research*, 15, 1257-1270.

Leung, K., Wu, E., Lue, B., & Tang, L. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Qualitative Research*, 13, 179-190.

Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity?. *Health and Quality of Life Outcomes*, 30(6), 1-11.

Loidl-Keil, R., & Hohn, M. (2006). "Give life to the years..." – *Quality of life of residents in nursing homes. An empirical contribution*. Austria: University of Applied Sciences FH JOANNEUM Graz.

Murphy, B., & Hawthorne, G. (2001). *Report of focus group research undertaken for the World Health Organization Quality of Life for Older Persons (WHOQOL-OLD) Study*. Melbourne: University of Melbourne/ Melbourne WHO-QOL Field Study Centre/ Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, Department of Psychiatry.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Power, M. (2008). Qualidade de vida: Visão geral do Projecto WHOQOL. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 48-59). Porto Alegre: Artmed Editora.

Power, M. J. (2003). Quality of life. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment. A handbook of models and measures* (pp. 427-441). Washington, DC: American Psychological Association.

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.

Prieto, G., Muñoz, J., Almeida, L. S., & Bartram, D. (1999). Uso de los tests psicológicos en España, Portugal e Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 8(2), 67-82.

Quinn, K. (2001). *WHOQOL-OLD Focus Group Guidelines: Version II*. Edinburgh: Royal Edinburgh Hospital/Section of Clinical and Health Psychology.

Rijo, D., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J. R.,..., Paredes, T. (2010). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: Dos grupos focais ao desenvolvimento da Faceta portuguesa – Poder político (FP25) – do WHOQOL-100. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 191-204). Lisboa: F. C. Gulbenkian.

Sartorius, N., & Kuyken, W. (1994). Translation of health status instruments. In J. Orley, & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp.3-18). Heidelberg: Springer Verlag.

Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & The WHOQOL Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Sousa, L. B., Simões, M. R., & Vilar, M. (em preparação). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Desenvolvimento e estudo exploratório em adultos e idosos da comunidade*.

Turagabeci, A. R., Nakamura, K., Kizuki, M., & Takano, T. (2007). Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 61(5), 1-9.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ..., Paredes, T. (2006a). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ..., Paredes, T. (2006b). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229-250). Lisboa: F. C. Gulbenkian.

Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III (WAIS-III)*. Manual. Lisboa: Cegoc.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the WHO. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Yesavage, J. A. Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.