

*ESTUDO PILOTO PARA VALIDAÇÃO
DA ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA
PARA RESIDENTES DE INSTITUIÇÕES
DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS*

Inacio Martin¹
Vanessa Oliveira Póvoa²

resumo

Desde a década de noventa, a qualidade de vida apresenta uma importância crescente na pesquisa científica e na prática clínica incluindo equipamentos gerontológicos. Esta importância deve-se não só à avaliação da prestação dos cuidados, mas também à percepção da qualidade de vida dos residentes. O objetivo desta pesquisa consiste em realizar um estudo piloto para validação da Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos para o português. Foi aplicado um questionário a uma amostra constituída por 43 participantes com idades compreendidas entre 47 e 94 anos, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos da região Centro de Portugal. Através de um estudo de análise de homogeneidade de itens, foram suprimidos da escala onze itens e duas subescalas. A análise de fiabilidade global e desagregada por estado cognitivo de cada subescala evidencia boas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach entre 0,602 e 0,839), mesmo em participantes com alguma deterioração cognitiva (alfa de Cronbach entre 0,539 e 0,879). A análise da validade convergente das subescalas relativas à Escala de Satisfação com a Vida e à Escala de Depressão Geriátrica mostram que as correlações são, em maioria, significativas. A análise da validade divergente permite verificar que os domínios estão correlacionados, mas são independentes entre si. O instrumento Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos parece ser adequado à população em estudo, podendo ser utilizado como instrumento de gestão das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

1 Membro integrado da Unidade de Investigação e Formação Sobre Adultos e Idosos, professor auxiliar da Seção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e diretor da licenciatura em gerontologia na mesma universidade. E-mail: jmartin@ua.pt

2 Colaboradora da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. E-mail: vanessapovoa@ua.pt

palavras-chave

Qualidade de vida. Instituição de Longa Permanência para Idosos.
Estudo de Validação.

1 Introdução

A missão multidimensional das Instituições de Longa Permanência para Idosos e a diversidade da população que recebe este tipo de cuidados levou alguns observadores, ao longo dos anos, a assumir uma posição de interesse na definição da qualidade estrutural (PHILLIPS, 2001). A década de noventa do século vinte foi marcada pela discussão de uma reforma fundamental dos cuidados de saúde em todo o mundo industrializado, concedendo importância ao papel que os residentes têm e participando nas tomadas de decisões relacionadas ao seu cuidado (CHAPPEL, 2001). A qualidade de vida tornou-se, portanto, um ponto focal na pesquisa científica e na prática clínica (GERRITSEN *et al.*, 2007; BOWLING *et al.*, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, através do Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), qualidade de vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994). Já a qualidade de vida nas Instituições de Longa Permanência para Idosos é, para Rosalie Kane, um produto de quatro factores que correspondem ao estado de saúde do utente, à situação social (incluindo o suporte familiar fora da Instituição de Longa Permanência para Idosos), à personalidade e ao cuidado e ambiente que é oferecido ao utente pela Instituição de Longa Permanência para Idosos (KANE, 2003b). Daqui é possível verificar que, para além de factores intrínsecos ao utente, também existem outros, extrínsecos, que são os proporcionados pelos equipamentos. Estes têm forte influência na qualidade de vida dos residentes, pois podem permanecer nos mesmos durante um período de tempo bastante considerável – por vezes até ao final das suas vidas –, sujeitando-os a novas regras, como as que a vivência em grupo exige.

Para a autora Rosalie Kane, devido ao conceito de qualidade de vida ser inerentemente subjetivo, considera-se que os próprios residentes são, sem dúvida, os melhores informadores sobre a sua qualidade de vida (KANE *et al.*, 2003a). Esta visão é partilhada por outros investigadores que, embora discordem sobre os domínios que compõem a qualidade de vida, são consensuais

quanto à avaliação da qualidade de vida concentrar-se na experiência subjetiva do indivíduo (GERRITSEN *et al.*, 2007). Isto implica que o indivíduo em questão é a principal fonte válida de informação.

Da investigação levada a cabo, a equipe dirigida por Rosalie Kane selecionou onze domínios da qualidade de vida que considera fundamentais, baseando-se nos domínios já compilados por outros investigadores e na realização de grupo focal (KANE *et al.*, 2005). São eles: a *Segurança*, o *Conforto Físico*, a *Satisfação com os Alimentos*, as *Atividades Significativas*, os *Relacionamentos*, as *Competências Funcionais*, a *Dignidade*, a *Privacidade*, a *Individualidade*, a *Autonomia* e o *Bem-estar Espiritual* (KANE, 2001). Através destes domínios, a equipe liderada por Kane desenvolveu uma escala, *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* (KANE *et al.*, 2003a), que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos. É de realçar que Rosalie Kane é a única autora que construiu uma escala de qualidade de vida desenvolvida exclusivamente para a avaliação da qualidade de vida em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

O objetivo geral deste estudo consiste na realização de um estudo piloto para validação da Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Os objetivos específicos são: (1) realizar uma análise de fiabilidade global e desagregada de cada uma das subescalas por estado cognitivo; (2) realizar uma análise de validade convergente das subescalas relativamente à *Escala de Satisfação com a Vida* e à *Escala de Depressão Geriátrica*; (3) realizar uma análise de validade divergente entre as subescalas; (4) realizar análises complementares para verificação do comportamento das subescalas relativamente a variáveis sociodemográficas e condições de risco geriátrico.

2 Metodologia

2.1 Amostra

A amostra final é constituída por 43 residentes de três Instituições de Longa Permanência para Idosos diferentes, situados na zona Centro de Portugal. As três instituições têm capacidade para 35, 45 e 51 residentes e provieram, de cada uma, para a amostra, 18, 11 e 14 residentes, respectivamente. O método de amostragem utilizado foi por conveniência. A pesquisa teve por critério de

inclusão residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos de qualquer idade. Foi permitida a participação de residentes com idade inferior a 65 anos, pois, apesar de a Direção Geral de Ação Social propor que as Instituições de Longa permanência para Idosos tenham como público-alvo pessoas com 65 anos ou mais, ela permite a utilização deste serviço por pessoas com idade inferior. De fato, a presença de pessoas com idade inferior a 65 anos é considerada uma normalidade em Portugal. Foram excluídos deste estudo todos os indivíduos que apresentassem deterioração cognitiva severa, ou seja, com pontuações totais iguais ou inferiores a 15 pontos, verificada pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; versão portuguesa de GUERREIRO *et al.*, 1994). Foram também excluídos os indivíduos em estado comatoso ou vegetativo e os que não concedessem o seu consentimento para a realização da entrevista ou cuja situação de saúde não permitisse participar (déficits auditivos ou da fala). Nenhum participante da amostra se recusou a cooperar neste estudo.

Após a realização das entrevistas, os dados obtidos foram introduzidos no software de análise estatística SPSS versão 17 e foram realizados os mesmos testes estatísticos que a autora do instrumento original, *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents*, realizou.

2.2 Instrumentos

A recolha de dados teve por base a aplicação de um instrumento que avalia cinco áreas distintas (identificação, estado mental, saúde física, capacidade funcional e qualidade de vida) através da utilização de sete instrumentos: o Questionário de Identificação (dados sociodemográficos); a Escala de Satisfação com a Vida (DIENER *et al.*, 1985; versão portuguesa de SIMÕES, 1992); o Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN *et al.*, 1975; versão portuguesa de GUERREIRO *et al.*, 1994); uma versão modificada do Questionário sobre Indicadores de Risco Geriátrico (MARTÍN *et al.*, 2007); Índice de Barthel (MAHONEY; BARTHEL, 1965; versão portuguesa de PÓVOA; MARTÍN, 2010); Escala de Depressão Geriátrica [versão 15 itens] (SHEIKH; YESAVAGE, 1986; versão portuguesa de CARDOSO; MARTÍN, 2007) e Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (KANE *et al.*, 2003; versão portuguesa de PÓVOA; MARTÍN, 2010).

Esta última escala referida avalia onze domínios da qualidade de vida de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Os domínios estão distribuídos por 54 itens, sendo eles: o *Conforto Físico* (6 itens); as *Competências Funcionais* (5 itens); a *Privacidade* (5 itens); a *Autonomia* (4 itens); a *Dignidade* (5 itens); as *Atividades Significativas* (6 itens); a *Satisfação com os Alimentos* (3 itens); a *Individualidade* (6 itens); os *Relacionamentos* (5 itens); a *Segurança* (5 itens) e o *Bem-estar Espiritual* (4 itens), tal como descreve o quadro 1.

Estes domínios possuem três características: (i) cada um deles é uma necessidade humana universal, (ii) pode ser cumprida ou não no processo de prestação de serviços e (iii) cada necessidade pode ser representada pelo seu cumprimento para cada indivíduo e pela capacidade de ser cumprida pelo Lar (Kane *et al.*, 2003).

Os domínios utilizados pelo modelo de Kane são domínios de primeira ordem, pois são relacionados com o construto qualidade de vida. O modelo resultante é um modelo simples, onde se integram os domínios a um mesmo nível, mas com diferentes níveis de contribuição. Por outro lado, os diferentes domínios parecem ter independência entre si, uma vez que três das quarenta e cinco possibilidades de correlações entre pares de domínios ultrapassaram os 0,40 (entre *Dignidade* e *Segurança*, *Competências Funcionais* e *Autonomia*, *Bem-estar Espiritual* e *Relacionamentos*) e nenhum ultrapassa os 0,50 (Kane *et al.*, 2003). Os domínios estão correlacionados, mas são suficientemente independentes para reforçar que estão a serem medidos domínios diferentes.

Quadro 1 – Descrição dos domínios do construto qualidade de vida, segundo Rosalie Kane (2001).

Domínio	Descrição
Segurança	Os residentes sentem-se seguros e confiantes sobre sua segurança pessoal, são capazes de circular livremente na Instituição de Longa Permanência para Idosos, acreditam que seus bens estão seguros e confiam que os funcionários têm boas intenções.
Conforto físico	Os residentes não têm dor, sintomas desconfortáveis e outros desconfortos físicos. Os residentes devem perceber que a sua dor e desconforto são observados e abordados pela equipe. Inclui estar confortável em termos de temperatura do ambiente e da posição do corpo.
Satisfação com os alimentos	Os residentes apreciam a hora das refeições e os alimentos servidos no Lar.

Domínio	Descrição
Atividades significativas	Os residentes precisam perceber que as suas vidas são repletas de atividades interessantes e significativas para ver e fazer. O que é significativo para cada um irá diferir de acordo com o estado físico. Os residentes empenham-se em atividades discricionárias que resultam em competências de autoafirmação ou de lazer ativo, no fazer ou observar uma atividade. Pode ainda incluir as contribuições significativas que os residentes fazem às suas famílias, no Lar ou na comunidade em geral, apesar de sua dependência física.
Relacionamentos	Os residentes envolvem-se significativamente com outros residentes, com os funcionários e/ou com a família e amigos que moram fora da Instituição de Longa Permanência para Idosos.
Competências funcionais	Competências funcionais, como resultado, significa que dentro dos limites das capacidades físicas e cognitivas da pessoa, o utente é tão independente quanto quer ser. Este domínio da qualidade de vida é extremamente sensível ao ambiente físico em que vivem os residentes e aos cuidados que recebem, bem como às políticas adotadas por organizações de cuidado formal.
Dignidade	Os residentes percebem que a sua dignidade está intacta e é respeitada. Não se sentem menosprezados, desvalorizados ou humilhados. A dignidade, incorporada como uma exigência nos regulamentos internos dos Lares, refere-se à percepção de que a dignidade é respeitada, independentemente de o utente perceber ou não a dignidade. Implica o não tratamento infantilizante dos residentes.
Privacidade	Os residentes têm privacidade, podem manter as informações pessoais confidenciais, podem estar sozinhos se desejarem e podem estar com os outros em particular. Por privacidade, entende-se um conceito relacionado com a dignidade. Não se refere a ter um quarto e casa de banho privados, mas sim a experimentar uma sensação de privacidade, ou seja, ser capaz de estar sozinho ou em privado com outros quando assim deseja. São especificados quatro aspectos da vida privada, a saber: solidão, intimidade, anonimato e reserva e sugerem-se quatro razões pelas quais esse tipo de privacidade é necessário: (i) exercício de autonomia; (ii) para conseguir a liberação emocional particularmente importante em momentos de perda, choque ou dor, (iii) para realizar autoavaliação, o que requer o processamento de informações privadas e reflexão e (iv) para limitar as informações.
Individualidade	Refere-se à sensação do utente ser conhecido como pessoa e ser capaz de continuar a experimentar e expressar a sua identidade e de desejar ter continuidade com o passado. Ou seja, os residentes expressam as suas preferências, prosseguem com os seus interesses passados e atuais, mantêm um senso de identidade própria e percebem que são conhecidos como indivíduos, mantendo sua própria identidade contra todas as forças que destroem o seu sentido de eu.
Autonomia	Os residentes tomam a iniciativa e fazem as escolhas referentes à sua própria vida e cuidado, tomando-se membros ativos e melhorando o seu bem-estar pessoal.
Bem-estar espiritual	Embora esteja relacionado com o bem-estar psicológico e social, o bem-estar espiritual não pode ser descuido como um domínio da qualidade de vida. O bem-estar espiritual pode incorporar, ir além ou ser independente da religiosidade. Deve ter-se em conta se as necessidades e preocupações dos residentes com a religião, oração, meditação, espiritualidade e valores morais são cumpridas.

Fonte: Adaptado de Rosalie Kane (2001).

Na versão original, o conjunto de subescalas que avaliam cada domínio tem um bom nível de fiabilidade, com a exceção do domínio da individualidade, que foi excluído da análise pela incapacidade de mostrar indicadores de ajustamento adequados no modelo de equação estrutural. O modelo final resultante tem dez domínios, com estatísticas de ajuste consideradas adequadas ($X^2 = 6024$, $df = 2310$, $p < ,000$) (Kane *et al.*, 2003a).

Com a exceção de três questões, as restantes devem ser respondidas no formato *Likert* de 4 pontos ou no formato dicotômico. Neste estudo foi solicitado aos participantes que preferencialmente respondessem no formato *Likert*. Esta escala não tem ponto de corte definido pela autora, mas refere que quanto maior for a pontuação, melhor será a qualidade de vida da pessoa. Esta escala foi sujeita a uma tradução da língua inglesa para a língua portuguesa para posterior utilização na população portuguesa.

2.3 Procedimentos

No decorrer deste estudo foram estabelecidos contatos com a autora e diretora do estudo, Rosalie Kane, da Escola de Saúde Pública da Universidade do Minnesota, que desenvolveu a escala original *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents*. O contato fora feito objetivando a autorização da tradução da escala, assim como da sua utilização no presente estudo; a mesma autorizou a sua tradução e uso.

Para a aplicação do questionário, que ocorreu nos meses de Abril e Maio de 2010, foi solicitado, por escrito, um pedido de autorização às instituições selecionadas da região Centro de Portugal. Após confirmada a autorização, as entrevistas aos residentes das Instituições de Longa Permanência para Idosos foram realizadas por um único entrevistador experiente e decorreram num período de tempo de uma semana em cada instituição. O tempo médio de aplicação de cada questionário foi de 50 minutos e as entrevistas foram realizadas em gabinetes que permitiam respeitar a privacidade dos respondentes e a confidencialidade dos dados recolhidos. Além da apresentação dos objetivos, das circunstâncias do estudo e do tempo a despende relativamente ao questionário, foram também garantidos a reserva e o sigilo dos dados recolhidos. Cada questionário foi acompanhado de uma declaração de consentimento, informado de acordo com a *Declaração de Helsinki* (WORLD MEDICAL ASSEMBLY, 1996).

3 Resultados

3.1 Tradução da *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* de Kane *et al.* (2003)

A tradução da *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* de Kane *et al.* (2003) foi baseada em quatro passos distintos, fundamentados na proposta de Reichenheim e Moraes (2007). Primeiramente, foi realizada uma revisão bibliográfica de publicações relacionadas com a cultura do instrumento original. Foram analisados, nas instruções da escala original, os construtos e conceitos definidos pelos autores para melhor conhecer as ideias por detrás da linguagem utilizada no questionário. De seguida, fora discutido com especialistas da área das ciências sociais o construto de qualidade de vida e o significado concreto de cada domínio.

Foram realizadas duas traduções da escala original para a língua portuguesa por dois tradutores independentes com bons conhecimentos de inglês. Após estas traduções, foi elaborada uma versão em português através das duas traduções obtidas. Tomou-se sempre a decisão de tornar o instrumento o mais simples e compreensível possível para a população residente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, para que os participantes com baixo grau acadêmico e/ou algum déficit cognitivo compreendam as questões e as possam responder. Optou-se por manter o mesmo formato das questões do instrumento original, ou seja, manter os dois tipos de resposta (*likert* e dicotômica), o modo de aplicação e o modo de categorização.

3.2 Caracterização da amostra

A análise descritiva de dados – presente na tabela 1 –, no que respeita às variáveis sociodemográficas, permite verificar que 28 dos participantes são do sexo feminino; destes, 9 têm deterioração cognitiva e a média de idades da população da amostra situa-se nos 82,3 anos. Relativamente ao estado civil, 23 são viúvos e 9 são solteiros. Quanto ao nível de escolaridade, 29 participantes frequentaram o primeiro Ciclo do Ensino Básico e 12 nunca frequentaram o ensino formal. Dos que frequentaram o ensino básico, 11 têm deterioração cognitiva. O tempo de permanência na Instituição de Longa Permanência para Idosos varia entre 2,4 meses e 20 anos, sendo a média de 5,0 anos. No que refere ao número de visitas, 24 dos participantes afirmaram receber regularmente visitas na instituição.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da funcionalidade e estado mental da população da amostra.

	n (%)	C/Det. Cog.(n)	S/Det. Cog.(n)
Sexo (%)			
Feminino	28	9	19
Masculino	15	4	11
Idade (anos) média (mínimo – máximo)			
	82,3		
Estado Civil (%)			
Solteiro	9	2	7
Casado	8	2	6
Viúvo	23	9	14
Separado divorciado	3	0	3
Nível de escolaridade (%)			
Não frequentou o ensino formal	12	2	10
1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano)	29	11	18
2º Ciclo do Ensino Básico ou Ciclo Preparatório (5º,6ºano)	1	0	1
3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º, 9º ano)	1	0	1
Permanência na instituição (anos) média (mínimo - máximo)			
	5		
Visitas na instituição (%)			
Não	19	6	13
Sim	24	7	17
Índice de Barthel			
Dependente nas ABVD	9	5	4
Independente nas ABVD	34	8	26
Mini Exame do estado Mental			
Sem deterioração cognitiva	30		
Com deterioração cognitiva	13		
Escala de Depressão Geriátrica			
Sem depressão	17		
Depressão média	13		
Depressão moderada	9		
Depressão severa	3		

Dos participantes que não recebem visitas, 6 têm deterioração cognitiva. Relativamente à funcionalidade e estado mental, no que diz respeito à realização das atividades, a maioria ($n = 34$) é independente na execução das atividades básicas da vida diária (ABVD) ou precisa de alguma ajuda. Já 9 dos participantes da amostra são dependentes na realização destas tarefas. A avaliação do estado mental identifica 13 participantes da amostra com deterioração cognitiva e 25 com sintomas depressivos (depressão média, moderada ou severa), sendo que a maioria apresenta sintomas de depressão média ($n = 13$).

3.3 Análise de dados

A primeira das análises desenvolvidas foi a análise de homogeneidade dos itens das subescalas. Esta análise permite estudar se cada um dos itens que compõem um domínio de uma subescala tem a mesma direção que os restantes que compõem o fator do domínio. Neste sentido, foram adotados dois critérios para analisar esta propriedade psicométrica: (i) valores significativos na correlação entre o item total e o total dos restantes itens da escala e (ii) valores significativos de *alfa de Cronbach* na ausência do item, tal como exemplifica a tabela 2 para a subescala do *Conforto*.

Tabela 2 – Análise de homogeneidade dos itens da subescala do Conforto.

Item	Correlação entre o item e o total dos restantes itens da escala	Alfa de Cronbach na ausência do item
Conforto (<i>alfa de Cronbach</i> =0,544)		
1. Frio no Lar***	0,301	0,579
2. Dores por estar sempre na mesma posição	0,627**	0,453
3. Dores	0,647**	0,462
4. Incomodado por barulhos no quarto***	0,494**	0,549
5. Incomodado por barulhos noutros sítios	0,569**	0,487
6. Dormir bem	0,643**	0,435

* A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,05$

** A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,01$

*** Itens eliminados

Deste modo, foram eliminados a subescala da *Dignidade* e do *Bem-estar Espiritual* e os itens um e quatro da subescala do *Conforto*; os itens três e cinco da subescala das *Competências Funcionais*; o item cinco da subescala da *Privacidade*; os itens quatro e seis da subescala das *Atividades Significativas*; o item dois da subescala da *Satisfação com os Alimentos*; os itens um e dois da subescala da *Segurança* e o item seis da subescala da *Individualidade*. Assim, da análise de homogeneidade dos itens, mantiveram-se nove domínios das subescalas: *Conforto*, *Competências Funcionais*, *Privacidade*, *Atividades Significativas*, *Relacionamentos*, *Autonomia*, *Satisfação com os Alimentos*, *Segurança* e *Individualidade*, distribuídos em 34 itens.

As medidas de consistência interna *alfa de Cronbach* de cada domínio são sempre superiores a 0,600, variando entre 0,602 para a *Segurança* e 0,839 nas *Competências Funcionais*. Foi comparada a fiabilidade dos domínios das subescalas para o grupo de participantes com deterioração cognitiva e sem deterioração cognitiva e verificou-se que os coeficientes *alfa de Cronbach* entre um grupo e outro não são estatisticamente diferentes, exceto para o domínio da *Segurança*. As medidas de consistência interna *alfa de Cronbach* de cada domínio das subescalas nos participantes sem deterioração cognitiva variam entre 0,395 para a *Segurança* e 0,825 para a *Individualidade*. Já nos participantes com deterioração cognitiva, o *alfa de Cronbach* varia entre 0,539 nas *Atividades Significativas* e 0,879 nas *Competências Funcionais*.

A tabela 3 descreve a análise de fiabilidade global e desagregada dos domínios das subescalas por função cognitiva. Quanto maior for o escore do somatório dos itens de cada domínio, melhor será a qualidade de vida. As medidas de consistência interna *alfa de Cronbach* de cada domínio são sempre superiores a 0,600, variando entre 0,602 para a *Segurança* e 0,839 nas *Competências Funcionais*. Foi comparada a fiabilidade dos domínios das subescalas para o grupo de participantes com deterioração cognitiva e sem deterioração cognitiva e verificou-se que os coeficientes *alfa de Cronbach* entre um grupo e outro não são estatisticamente diferentes, com a exceção do domínio da *Segurança*. As medidas de consistência interna *alfa de Cronbach* de cada domínio das subescalas nos participantes sem deterioração cognitiva variam entre 0,395 para a *Segurança* e 0,825 para a *Individualidade*. Já nos participantes com deterioração cognitiva, o *alfa de Cronbach* varia entre 0,539 nas *Atividades Significativas* e 0,879 nas *Competências Funcionais*.

Tabela 3 – Análise de fiabilidade dos domínios das subescalas por função cognitiva.

Domínios	n	X (dp)	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach	
				S/ deter cognitiva	C/ deter cognitiva
Conforto	43	10,674 (2,934)	0,610	0,581	0,676
Competências funcionais	43	10,070 (2,567)	0,839	0,800	0,879
Privacidade	43	9,163 (4,100)	0,706	0,721	0,616
Atividades Significativas	43	8,611 (3,570)	0,745	0,779	0,539
Relacionamento	43	13,256 (3,458)	0,650	0,638	0,701
Autonomia	43	9,326 (3,168)	0,651	0,592	0,736
Satisfação com os alimentos	43	4,861 (1,489)	0,699	0,668	0,803
Segurança	43	9,977 (2,144)	0,602	0,395	0,700
Individualidade	43	12,977 (3,858)	0,740	0,825	0,567

* A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,05$

** A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,01$

Fez-se um estudo de associação de variáveis de cada domínio das subescalas de qualidade de vida com a *Escala de Satisfação com a Vida* e com os resultados da *Escala de Depressão Geriátrica*. Fora analisada a validade convergente com a *Escala de Satisfação com a Vida*, como se verifica na tabela 4, e os resultados revelam que, com exceção dos domínios das subescalas das *Competências Funcionais*, *Atividades Significativas* e *Individualidade*, os restantes são correlacionados com o construto satisfação com a vida, isto é, são estatisticamente significativos, variando o coeficiente de *Pearson* entre 0,304 e 0,526.

As correlações foram comparadas por estado cognitivo e são estatisticamente significativas em quase todos os domínios das subescalas, com exceção da dos *Relacionamentos* e da *Individualidade*, nos participantes sem deterioração cognitiva. Já nos participantes com deterioração cognitiva, apenas os domínios do *Conforto* e *Relacionamentos* se correlacionam com o construto da satisfação com a vida (0,670 e 0,634 respectivamente).

Tabela 4 – Análise de validade convergente com a Escala de Satisfação com a Vida.

Domínios da QV	r Pearson * Escala de Satisfação com a Vida		
	Todos	S/ deter cognitiva	C/ deter cognitiva
Conforto	0,526**	0,467**	0,670*
Competências funcionais	0,251	0,373*	0,022

Domínios da QV	r Pearson * Escala de Satisfação com a Vida		
	Todos	S/ deter cognitiva	C/ deter cognitiva
Privacidade	0,304*	0,662**	-0,548
Atividades significativas	0,296	0,364*	0,042
Relacionamentos	0,334*	0,211	0,634*
Autonomia	0,323*	0,454*	0,015
Satisfação com os alimentos	0,524**	0,561**	0,544
Segurança	0,377*	0,393*	0,399
Individualidade	0,177	0,345	-0,317

* A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,05$

** A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,01$

No que concerne à depressão, a análise da validade convergente na Tabela 5 evidencia que os domínios da subescala, com exceção das *Competências Funcionais* e *Privacidade*, estão correlacionados com a qualidade de vida. Apesar de mostrar indicadores de correlação significativos, estes não são suficientemente elevados (superior a 0,9) para serem considerados um único construto. Excetuando-se as subescalas de *Competências Funcionais*, *Privacidade* e *Relacionamentos*, em todas as restantes as correlações de Pearson são significativas em indivíduos sem deterioração cognitiva. Quanto à validade em indivíduos com deterioração cognitiva, apenas os domínios *Conforto* e *Relacionamentos* são significativos.

Tabela 5 – Análise de validade convergente com a Escala de Depressão Geriátrica.

Domínios da QV	r Pearson * Escala de Depressão Geriátrica		
	Todos	S/ deter. cognitiva	C/ deter. Cognitiva
Conforto	-0,487**	-0,381*	-0,760**
Competências funcionais	-1,183	-0,212	-0,089
Privacidade	-1,115	-0,31	0,449
Atividades significativas	-0,497**	-0,539**	-0,328
Relacionamentos	-0,377*	-0,229	-0,726**
Autonomia	-0,361*	-0,447*	-0,143
Satisfação com os alimentos	-0,429**	-0,455*	-0,528
Segurança	-0,378*	-0,476**	-0,285
Individualidade	-0,400**	-0,543**	0,047

* A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,05$

** A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,01$

Pela análise da validade divergente entre cada uma das subescalas, verificou-se que a correlação entre domínios das subescalas, representada na tabela 6, evidencia que os domínios estão correlacionados, mas não de forma que possam ser considerados solapados (índices de correlação superiores a 0,90).

Tabela 6 – Análise de validade divergente entre cada uma das subescalas.

Domínio	Conf.	Comp. Func.	Priv.	Act. Sig.	Rel.	Auton.	Sat. Alim.	Seg.	Ind.
Conf.	1	0,364*	0,218	0,143	0,055	0,360*	0,213	0,074	0,17
Comp. Func.		1	0,490**	0,616**	0,073	0,606**	0,121	-0,117	0,241
Priv.			1	0,288	0,036	0,485**	-0,016	0,017	0,306*
Act. Sig.				1	0,261	0,435**	0,304*	0,056	0,374*
Rel.					1	0,17	0,257	0,255	0,152
Autonomia						1	0,101	-0,069	0,344*
Sat. Alim.							1	0,342*	0,074
Seg.								1	0,063
Indiv.									1

* A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,05$

** A correlação é significativa para um nível de significância de $p \leq 0,01$

Foram desenvolvidas análises diferenciais entre as subescalas relativamente às variáveis sociodemográficas e às condições de risco geriátrico para verificar o comportamento de uma variável em dois grupos independentes, isto é, se o fato de se pertencer a um grupo em vez de outro influencia o comportamento da variável contínua. Da análise da tabela 7, é possível constatar que os participantes que são independentes nas atividades básicas da vida diária (ABVD) evidenciam maior *Conforto*, melhores *Competências Funcionais*, *Privacidade*, participação em *Atividades Significativas* e maior *Autonomia*. Também se verifica que os participantes que não padecem de incontinência urinária participam mais em *Atividades Significativas* e relacionam-se mais com outros residentes, funcionários, família e amigos que os demais participantes. Os participantes sem distúrbios da visão igualmente apresentam melhor relacionamento com quem os rodeia.

Tabela 7 – Análises diferenciais entre as subescalas relativamente às variáveis sociodemográficas e às condições de risco geriátrico.

	Conf.	Comp. Func.	Privac.	Act. Sig.	Relacion.	Auton.	Sat. Alimen.
Sexo masculino	+						
	(t=-2,274; p= 0,028)						
Mais de 85 anos	+						
	(t=-2,069; p=0,045)						
Com parceiro			+				
			(t=-3,815; p=0,000)				
Independente nas ABVD	+	+	+	+		+	
	(t=-2,442; p=0,019)	(t=-8,620; p=0,000)	(t=-2,692; p=0,010)	(t=-3,966; p=0,000)		(t=-5,303; g.l.=41; p=0,000)	
Quedas			+				
			(t=2,249; p=0,030)				
Ausência de quedas							+
							(t=-2,096; p=0,042)
Ausência de incontinência				+	+		
				(t=-2,586; p=0,013)	(t=-2,124; p=0,040)		
Ausência de distúrbios da visão					+		
					(t=-2,662; p=0,011)		
Ausência de sonolência	+						
	(t=-2,743; p=0,009)						
Satisfação com o sono	+					+	
	(t=6,218; p=0,000)					(t=2,103; p=0,042)	

4 Discussão

Tal como refere Gaugler *et al.* (2007), a deterioração cognitiva é um dos fortes preditores – assim como a dependência nas atividades da vida diária e o ter estado em uma Instituição de apoio permanente a idosos – para a entrada numa Instituição de Longa Permanência para Idosos. Na presente amostra, 30,2% foi classificada como tendo deterioração cognitiva. Estes dados são significativos e também um desafio para a busca de respostas e estratégias adequadas a esta população com necessidades especiais.

A qualidade de vida em Instituições de Longa Permanência para Idosos é um produto de pelo menos quatro fatores: o estado de saúde do residente, a sua situação social (incluindo apoio da família), a sua personalidade e os cuidados oferecidos pela instituição, sendo ou não capazes de influenciar todos estes fatores da mesma forma (KANE, 2003b). Daí surgem os onze domínios referidos na literatura como sendo os fundamentais para a manutenção da qualidade de vida em meio institucional. Assim, na tradução do instrumento *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents*, optou-se pela utilização de todas as onze subescalas inicialmente propostas pela autora Rosalie Kane.

Da análise de homogeneidade dos itens verificou-se a necessidade de eliminar onze itens das subescalas (itens um e quatro da subescala do *Conforto*; os itens três e cinco da subescala das *Competências Funcionais*; o item cinco da subescala da *Privacidade*; os itens quatro e seis da subescala das *Atividades Significativas*; o item dois da subescala da *Satisfação com os Alimentos*; os itens um e dois da subescala da *Segurança* e o item seis da subescala da *Individualidade*) e também duas subescalas na sua íntegra (*Dignidade* e *Bem-estar Espiritual*). Deste modo foram selecionados os itens significativos.

Verificou-se que os resultados dos testes estatísticos têm semelhanças com os do instrumento original. Comparando com o instrumento original, as medidas de consistência interna *alfa de Cronbach* de cada domínio, verificadas pela análise de fiabilidade dos domínios das subescalas por função cognitiva, são sempre superiores a 0,600, estando aproximadas dos valores originais, que são superiores a 0,500. Já na análise de fiabilidade dos domínios das subescalas para o grupo de participantes com deterioração cognitiva e sem deterioração cognitiva, verificou-se que os coeficientes *alfa de Cronbach* entre um grupo e outro não são estatisticamente diferentes, exceto para o domínio da *Segurança*, ao contrário do instrumento original, que apenas é estatisticamente diferente para os domínios *Privacidade* e *Satisfação com os Alimentos*.

Tal como ocorreu com a análise do instrumento original, a análise de validade divergente entre cada uma das subescalas permitiu apurar que a correlação entre domínios das subescalas evidencia que os domínios estão correlacionados, mas são suficientemente independentes entre si. Já a análise da validade convergente corrobora os resultados obtidos pelos autores da escala original, em que os construtos estão relacionados mas não são redundantes.

A independência na realização das atividades da vida diária influencia a qualidade de vida geral dos residentes em instituições (LULECI *et al.*, 2008) e, de fato, as análises diferenciais corroboram a importância da realização das atividades básicas da vida diária para o bem-estar do residente.

Os resultados demonstram a influência da capacidade de realizar estas atividades para que a pessoa sinta mais conforto, tenha melhores competências funcionais, sinta maior privacidade, realize atividades significativas e seja mais autônoma. Na verdade, a capacidade para realizar as tarefas básicas do dia-a-dia vai permitir que o residente tenha mais controle sobre a sua vida e interfere diretamente em aspectos como a privacidade ou na realização de atividades significativas, pois, tendo autonomia, o residente terá mais opções de escolha. É igualmente digna de ressaltar a importância da não existência de incontinência urinária para o bem-estar do residente. Os dados revelam que o controle urinário favorece os relacionamentos interpessoais e a participação em atividades significativas, ou seja, o conforto que a higiene proporciona vai facilitar estas atividades que são severamente prejudicadas na presença de incontinência urinária, devido, sobretudo, aos maus odores que conduzem a pessoa a se afastar das pessoas e das atividades que impliquem o contato com outros. Igualmente, a ausência de distúrbios da visão beneficia o fomento dos relacionamentos interpessoais.

5 Conclusão

O objetivo geral do estudo foi atingido, tendo sido realizado um estudo piloto para validação da Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Considera-se esta escala adequada para avaliar a qualidade de vida dos residentes de equipamentos gerontológicos, tais quais nas Instituições de Longa Permanência para Idosos. É, sobretudo, indicada para população sem deterioração cognitiva, mas pode igualmente ser utilizada em população com deterioração cognitiva. Assim, a escala traduzida inclui nove domínios: *Conforto, Competências Funcionais, Privacidade, Atividades Significativas, Relacionamentos, Autonomia, Satisfação com os alimentos, Segurança e Individualidade*, distribuídos por trinta e quatro itens.

Considera-se de máxima importância não só avaliar a qualidade dos serviços que são prestados a esta população, mas também conhecer as estratégias dos equipamentos para que os seus clientes tenham qualidade de vida. Esta é uma meta que deve ser constantemente concretizada; sendo um objetivo que exige um trabalho contínuo e coordenado por parte de todos os profissionais que diretamente ou indiretamente prestam serviços aos residentes.

Um desafio é encontrar pontos de corte para a escala. Este foi um dos objetivos estipulados por Rosalie Kane (2003), mas que, de fato, não alcança, quer por critérios teóricos ou empíricos. Mais estudos necessitam ser feitos

e, em especial, com uma amostra maior, na tentativa de obter um escore que permita identificar se um utente tem ou não qualidade de vida na instituição onde reside. Com um ponto de corte definido, esta escala terá potencial para ser utilizada pelos equipamentos gerontológicos. *A Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos* poderá, deste modo, ser um instrumento a ser utilizado pela instituição para a avaliação da satisfação dos seus clientes, em substituição a outros existentes.

A amostra utilizada neste estudo não garante a representatividade da população. Assim, seria interessante a realização de um novo estudo, com uma amostra maior, tanto para confirmar as mudanças sugeridas por este estudo, quanto para que, posteriormente, estas possam ser analisadas pelos autores da escala original. Sugere-se ainda que o questionário seja, quando possível, de autopreenchimento, ou, no caso de não ser possível, devido às limitações físicas ou cognitivas do utente, que seja aplicado por pessoal externo à instituição e não por funcionários internos, pois, desta forma, os residentes poderão sentir-se inibidos a responder com veracidade às questões colocadas.

PILOT STUDY FOR THE VALIDATION OF THE QUALITY OF LIFE SCALE FOR NURSING HOME RESIDENTS

abstract

Since the nineties that quality of life has been taking an increasing importance in scientific research and clinical practice including gerontological equipments. This importance is due to appraise not only the quality of care, but also the subjective perception of the quality of life of residents. The purpose of this study is to accomplish a pilot study for the validation of the Quality of Life Scales for Nursing Home Residents for Portuguese language. A questionnaire was built and administered to a sample composed by 43 participants aged between 47 and 94 years old, living in nursing homes residences in the Central region of Portugal. Through an analysis study of the homogeneity of scale, eleven items and two subscales were deleted. The analysis of overall and split reliability by cognitive status of each subscale shows good psychometric properties (Cronbach alpha ranged from 0,602 to 0,839), even in participants with some cognitive impairment (Cronbach alpha ranged from 0,539

to 0,879). The analysis of convergent validity of subscales with the Escala de Satisfação com a Vida and the Escala de Depressão Geriátrica shows that the correlations are significant for most subscales. The analysis of the divergent validity shows that the domains are correlated but independent of each other. The instrument Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos seems appropriate for the population studied, having the scale the potential to be used as a management tool of all nursing homes residences.

key words

Quality of Life. Nursing Homes. Validation Study.

referências

BOWLING, Ann et al. Multidimensional model of quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, London, v. 6, n. 4, p. 355-371, Nov. 2002.

CARDOSO, Paula; MARTÍN, Inácio. *Escala de Depressão Geriátrica*. Unpublished manuscript. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Portugal, 2007.

CHAPPELL, Neena. Quality Long-Term Care: Perspectives From the Users of Home Care. In: NOELKER, Linda; HAREL, Zev (Eds.). *Linking Quality of Long Term Care and Quality of Life*. New York: Springer Publishing Company Inc., 2001. p. 75-94.

DIENER, Ed et al. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, Ohio, v. 49, n. 1, p. 71-75, Feb. 1985.

FOLSTEIN, Marchal; FOLSTEIN, Susan; MCHUGH, Paul. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, Nov. 1975.

GAUGLER, Joseph et al. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, London, v. 7, p. 13-26, June 2007.

GERRITSEN, Debby Lydia et al. Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. *Quality of Life Research*, Rockville, v. 16, n. 6, p. 1029-1037, Aug. 2007.

GUERREIRO, Manuela et al. Adaptação à População Portuguesa na tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, Coimbra, v. 1, n. 9, p. 9-10, Primavera 1994.

KANE, Robert et al. Proxy Sources for Information on Nursing Home Residents' Quality of Life. *Journal of Gerontology*, Oxford, v. 60, n. 6, p. 318-325, Nov. 2005.

KANE, Rosalie. Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. *The Gerontologist*, Oxford, v. 43, suppl. n. 2, p. 28-36, Apr. 2003.

_____. Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Close Together. *The Gerontologist*, Oxford, v. 41, n. 3, p. 293-304, June 2001.

- KANE, Rosalie et al. Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Washington, v. 58A, n. 3, p. 240-248, Mar. 2003a.
- LULECI, Emel; HEY, William; SUBASI, Feryal. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Philadelphia, v. 46, n. 1, p. 57-66, Jan./Feb. 2008.
- MAHONEY, Florence; BARTHEL, Dorothea. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, Baltimore, v. 14, p. 56-61, Feb. 1965.
- MARTÍN, Inácio et al. *Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida*. Unpublished manuscript. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Portugal, 2007.
- PHILLIPS, Charles. Measuring and Assuring Quality Care in Nursing Homes. In: NO-ELKER, Linda; HAREL, Zev (Eds.). *Linking Quality of Long Term Care and Quality of Life*. New York: Springer Publishing Company Inc., 2001. p. 162-181.
- PÓVOA, Vanessa. *Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Unpublished manuscript. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Portugal, 2010.
- PÓVOA, Vanessa; MARTÍN, Inácio. *Índice de Barthel*. Unpublished manuscript. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Portugal, 2010.
- REICHENHEIM, Michael; MORAES, Claudia. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, ago. 2007.
- SHEIKH, Javid I.; YESAVAGE, Jerome A. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In: BRINK, Terry L. (Ed.). *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. NY: The Haworth Press Inc., 1986. p. 165-173.
- SIMÕES, Antônio. Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, v. 26, n. 3, p. 503-515, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, New York, v. 23, n. 3, p. 24-56, Fall 1994.
- WORLD MEDICAL ASSEMBLY. Declaration of Helsinki (1964). *British Medical Journal*, London, v. 313, n. 7070, p. 1448-1449, Dec. 1996.

Recebido: 12/12/2011
1ª Revisão: 08/03/2013
Aceite Final: 16/05/2013