

"ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE SPITZER" NA POPULAÇÃO IDOSA: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

"SPITZER QUALITY OF LIFE INDEX" AND THE ELDERLY POPULATION: PSYCHOMETRIC PROPERTIES

"ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE SPITZER" EN LA POBLACIÓN ANCIANA: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Karina Rospowowski¹
Fernanda Aparecida Cintra²
Neusa Maria Costa Alexandre³

¹ Enfermeira. Prefeitura Municipal de Vinhedo – SP. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP – Brasil.

² Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas Cidade Universitária "Zeferino Vaz". Campinas, SP – Brasil.

³ Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Karina Rospowowski. E-mail: karinarospow@yahoo.com.br
Submetido em: 15/06/2011 Aprovado em: 05/12/2012

RESUMO

Os instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida para a população idosa são escassos e apresentam limitações para essa faixa etária. O objetivo com esta pesquisa foi avaliar a confiabilidade do índice de qualidade de vida de Spitzer em idosos em seguimento ambulatorial e a validade discriminante em relação ao número de comorbidades e medicações. Trata-se de pesquisa metodológica com 200 idosos entre 60 e 89 anos, utilizando os seguintes instrumentos: caracterização dos sujeitos e índice de qualidade de vida de Spitzer. A pontuação média do escore total do Índice de Qualidade de Vida de Spitzer foi 8,0, com coeficiente alfa de Cronbach 0,55. Por meio do instrumento os idosos foram avaliados em relação ao número de comorbidades ($p=0,0011$) e medicamentos ($p=0,0045$). O estudo remete a futuras investigações a fim de verificar se a confiabilidade desse instrumento mostra valores elevados em sujeitos em condições clínicas mais graves em relação à da amostra estudada.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Psicometria; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Generic instruments to evaluate the quality of life in the elderly population are scarce and present limitations for this age range. To evaluate the reliability of the Spitzer quality of life index in elderly individuals in follow-up at outpatient clinic and discriminant validity in relation to the number of comorbidities and medication. Methodological research with 200 elderly individuals, between 60 and 89 years of age, through the following instruments: Characterization of subjects and Spitzer Quality of Life Index. The total average score of the Spitzer Quality of Life Index was 8.0 with Cronbach's alpha coefficient of 0.55. The instrument discriminated individuals in relation to the number of comorbidities ($p=0.0011$) and medication ($p=0.0045$). Conclusion: The study refers to further research so as to verify whether the instrument reliability shows high values in individuals with clinical conditions more severe than of the studied sample.

Keywords: Quality of Life; Psychometrics; Aged; Nursing.

RESUMEN

Los instrumentos genéricos para medir la calidad de vida en la población de adultos mayores son escasos y presentan limitaciones para su aplicación en este grupo de edad. En este estudio se busca evaluar la confiabilidad del Índice de Calidad de Vida de Spitzer en adultos mayores en tratamiento ambulatorio y la validez discriminante según el número de comorbidades y medicamentos. Se trata de una investigación metodológica, con 200 adultos mayores entre 60 y 89 años empleando los siguientes instrumentos: Caracterización de los Sujetos e Índice de Calidad de Vida de Spitzer. La puntuación media total del Índice de Calidad de Vida de Spitzer fue 8,0, y el coeficiente alfa de Cronbach 0,55. El instrumento discriminó los adultos mayores según el número de comorbidades ($p=0,0011$) y medicamentos ($p=0,0045$). El estudio sugiere más investigaciones con miras a verificar si la confiabilidad de este instrumento indica valores más altos en los adultos mayores con condiciones clínicas más severas que los del muestreo.

Palabras clave: Calidad de Vida; Psicometría; Anciano; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A velhice é caracterizada por mudanças fisiológicas que podem estar associadas à perda dos papéis sociais e à solidão, os quais comumente levam à perda de autonomia e independência. Esse processo tende a reduzir a qualidade de vida (QV) dos idosos e agravar os anos de vida dessa população.¹

Estudos sobre o envelhecimento têm focado as relações entre os processos físicos e emocionais relacionados à idade e aos domínios da QV.² Dessa forma, a cura da doença deixa de ser o objetivo central da atenção, o qual é deslocado para a manutenção da QV.³

O conceito de QV, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende a "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Esse constructo é reconhecido como subjetivo, multidimensional e com percepções positivas e negativas.⁴

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (QVRS)

A análise da QVRS possibilita a avaliação do paciente e do impacto da doença, saúde e tratamento de forma individual, por meio de instrumentos que transformam medidas subjetivas em dados objetivos.⁵

Na eleição do instrumento de medida de QV, um dos critérios compreende suas propriedades psicométricas, como a confiabilidade e a validade.⁶

A confiabilidade de um instrumento consiste na medida do grau de coerência com que ele é capaz de medir um atributo. É considerada uma das propriedades mais importantes em estudos clínicos para a obtenção da certeza de que possíveis mudanças observadas resultam das intervenções realizadas, e não das limitações do instrumento de medida utilizado.⁷

Os aspectos da confiabilidade mais avaliados são: a confiabilidade entre diferentes avaliadores, o teste-reteste e a consistência interna.⁸ A consistência interna pode ser avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach (α), cujo valor varia entre 0 e 1. Quanto maior for o valor de α , maior a consistência interna do instrumento, o que indica homogeneidade da medida.⁷

A validade refere-se ao grau em que um instrumento mede aquilo que se propõe a medir. Possui diferentes aspectos e métodos de avaliação: validade de conteúdo, relacionada a um critério, e de constructo.^{9,10}

A validade de constructo baseia-se na medida em que um teste mede um traço ou constructo teórico. Pode ser verificada por meio da validade discriminante, da validade convergente/divergente e da análise fatorial. A validade discriminante consiste no teste da diferença das características que estão sendo

medidas pelo instrumento entre dois ou mais grupos de indivíduos. Essa validade é comprovada quando a diferença é confirmada significativamente entre os grupos.¹¹

Na população idosa, os instrumentos de avaliação da QV, classificados como genéricos, mais utilizados em estudos nacionais são o *World Health Organization Quality of Life Assessment Bref* (WHOQOL-breve) e o *The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36), ambos adaptados para a língua portuguesa do Brasil.^{12,13}

Investigações que empregam o WHOQOL-breve e o SF-36 em idosos consideram tais instrumentos adequados para essa faixa etária, desde que sejam efetuadas modificações que contemplem características intrínsecas ao envelhecimento.¹⁴⁻¹⁷

Recentemente, foi realizada a adaptação cultural do instrumento genérico *Spitzer Quality of Life Index* para a língua portuguesa do Brasil, em estudo com indivíduos adultos (incluindo idosos) com dor lombar crônica. A avaliação da confiabilidade revelou consistência interna satisfatória (α de Cronbach 0,76).¹⁸

Considerando as limitações dos instrumentos genéricos disponíveis na literatura nacional para o emprego em idosos e a disponibilidade do *Spitzer Quality of Life Index*, o objetivo foi verificar se esse instrumento apresenta confiabilidade satisfatória para avaliar a QVRS na população idosa.

SPITZER QUALITY OF LIFE INDEX: CONSIDERAÇÕES SOBRE O INSTRUMENTO

O *Spitzer Quality of Life Index* (QV-Index) foi originalmente desenvolvido para ser aplicado por médicos na avaliação de pacientes com câncer e outras doenças crônicas, em seguimento clínico, bem como em pesquisas de natureza científica. O QV-Index mostrou-se confiável, com coeficiente α de Cronbach 0,775, e coeficiente de correlação de Spearman Inter-classe 0,810, ambos com significância estatística ($p < 0,001$). Consiste num instrumento conciso, de fácil aplicação e que contempla diferentes dimensões de QV.¹⁹

Em estudo comparativo entre o *Spitzer's Index* e a escala de Karnofsky com indivíduos portadores de câncer gástrico, idade média 65,3 anos, observou-se correlação de grande magnitude entre os dois instrumentos nessa população (coeficiente de correlação de Spearman = 0,72 e $p < 0,001$).²⁰

Esse instrumento tem sido usado com sucesso para medir a QV em várias investigações com pacientes portadores de câncer e outras condições clínicas, além de permitir a discriminação entre indivíduos sadios e doentes, e entre pacientes com diferentes estágios de evolução do câncer. Mostra-se, ainda, ferramenta útil para validar outros instrumentos.²¹

Na adaptação cultural para a língua portuguesa do Brasil, os escores do QV-Index revelaram correlações significativas com o SF-36 e o *Roland Morris*. O estudo possibilitou concluir

que o QV-Index representa medida relevante na avaliação da QV e saúde em pacientes com afecções crônicas.¹⁸

OBJETIVOS

- avaliar a confiabilidade do QV-Index na população idosa em seguimento ambulatorial;
- avaliar a capacidade do QV-Index para discriminar a população idosa em seguimento ambulatorial, em relação ao número de comorbidades e de medicamentos em uso contínuo.

MATERIAL E MÉTODO

LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa do tipo metodológica, que possibilita a investigação dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, e compreende a elaboração, a validação e a avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa,¹⁰ foi realizada nos ambulatórios de Cardiopatia Isquêmica e de Hipertensão de um hospital universitário de grande porte do interior do Estado de São Paulo. A população atendida nessa instituição é conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pertence aos municípios que integram sua área de cobertura. Esses ambulatórios foram eleitos dado o número elevado de idosos em seguimento terapêutico.²²

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram da pesquisa 200 idosos, com idade entre 60 e 89 anos, os quais apresentavam estado cognitivo que permitia a compreensão e a comunicação verbal.

O tamanho da amostra foi definido de acordo com o número de variáveis de interesse.²³

COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos no período de janeiro a março de 2008. A coleta foi realizada por meio de entrevista individual, em local reservado, com uma das autoras do estudo, durante a permanência dos pacientes nos ambulatórios eleitos para esta investigação, no período que antecedia a consulta médica. Os pacientes que atendiam ao critério de inclusão eram solicitados a participar do estudo e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a leitura deste e os possíveis esclarecimentos.

O tempo decorrido das entrevistas variou entre 15 e 25 minutos, com duração média de 20 minutos. A aplicação dos instrumentos, descritos a seguir, obedeceu a mesma sequência,

iniciando-se pela caracterização dos sujeitos seguida pela escala de avaliação da qualidade de vida (QV-Index).

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

- a. caracterização dos sujeitos: contém dados pessoais e informação clínica autorrelatada (diagnóstico principal, comorbidades e medicamentos em uso contínuo).
- b. QV-Index.¹⁸ É composto por cinco domínios que contemplam diferentes aspectos da QV: desempenho em atividades ocupacionais e domésticas; atividades de vida diária; percepção de própria saúde; apoio familiar e de amigos; e estado emocional relacionado às perspectivas de vida.

Cada domínio é composto por três questões sensíveis a variações, com pontuação entre 0 e 2 pontos cada questão. O escore total é calculado pela soma dos escores obtidos em cada domínio, podendo variar entre 0 e 10 pontos. O valor mais elevado representa melhor QV.¹⁹

ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi realizada com o apoio do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Os dados foram transportados para uma planilha do programa *Excel for Windows 98*, e para o programa *SAS System for Windows (Statistical Analysis System)*, versão 9.1.3, para as seguintes análises:

1. **descritiva:** com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão);
2. **de confiabilidade:** foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach para verificar a homogeneidade ou acurácia dos itens do instrumento QV-Index, ou seja, a concordância intraindividual. Como critério para indicar a consistência interna, foram estabelecidos valores acima de 0,60.²⁴
3. **de comparação:** por meio da Análise de Variância (ANOVA) com transformação Rank,^{25,26} para verificar o poder de discriminação do escore total do QV-Index em relação:
 - ao número de comorbidades: Grupo I (1 a 3), Grupo II (4 a 6), Grupo III (acima de 6);
 - ao número de medicamentos em uso contínuo: Grupo A (1 a 3), Grupo B (4 a 6), Grupo C (acima de 6).

O número de comorbidades e de medicamentos em cada grupo baseia-se em estudos realizados na mesma instituição, com idosos em seguimento ambulatorial.²⁷

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi 5%.

ASPECTOS ÉTICOS

Foram garantidos aos sujeitos o sigilo e o anonimato da identidade, do registro no hospital e das informações obtidas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-Unicamp, sob o Parecer nº 346/2007.

RESULTADOS

Os 200 idosos entrevistados mostraram idade média de 70,1 ($\pm 6,6$) anos, com predomínio do sexo feminino (57,5%). Aproximadamente metade da amostra era casada (56,0%); a maior parte vivia com pelo menos um membro da família (86,9%). A escolaridade média foi de 4,2 ($\pm 4,2$) anos de estudo, com renda familiar média relatada de R\$ 837,22, o que corresponde a 2,2 salários mínimos. A caracterização clínica evidenciou idosos com média de 4,5 ($\pm 1,9$) comorbidades e que utilizavam, em média, 5,5 ($\pm 2,6$) medicamentos em uso contínuo (Tabela 1).

Na aplicação do instrumento QV-Index, obteve-se como pontuação média do escore total o valor 8,0. A dimensão com menor pontuação e, conseqüentemente, pior QV foi a "percepção da própria saúde", cuja média foi 1,2. A maior pontuação foi obtida na dimensão "atividade de vida diária", cuja média foi 1,8 (Tabela 2).

A confiabilidade do QV-Index, avaliada pela consistência interna com o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (α), foi 0,55 no escore total. O domínio que obteve maior coeficiente foi "apoio familiar e de amigos" ($\alpha = 0,58$) e o menor coeficiente, "Saúde" ($\alpha = 0,36$) (Tabela 3).

Tabela 2 - Escores das dimensões da QV do índice de qualidade de vida de Spitzer para os 200 idosos estudados – Campinas, 2008

Dimensões	Média ($\pm dp$)	Mediana	Varição observada	Varição possível
Ocupação	1,6 ($\pm 0,7$)	2,0	0,0 – 2,0	0,0 – 2,0
Atividade de vida diária	1,8 ($\pm 0,4$)	2,0	0,0 – 2,0	0,0 – 2,0
Saúde	1,2 ($\pm 0,7$)	1,0	0,0 – 2,0	0,0 – 2,0
Apoio familiar e de amigos	1,7 ($\pm 0,6$)	2,0	0,0 – 2,0	0,0 – 2,0
Estado emocional	1,6 ($\pm 0,5$)	2,0	0,0 – 2,0	0,0-2,0
Total	7,9 ($\pm 1,8$)		3,0 – 10,0	0,0 – 10,0

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Tabela 3 - Coeficiente alfa de Cronbach por dimensões do índice de qualidade de vida de Spitzer – Campinas, 2008

Dimensões	Alfa de Cronbach (α)
Ocupação	0,54
Atividade de vida diária	0,49
Saúde	0,36
Apoio familiar e de amigos	0,58
Estado emocional	0,46
Total	0,55

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos idosos em seguimento ambulatorial (n=200) – Campinas, 2008

Variável	Média ($\pm dp$)	Mediana	Varição observada	Distribuição em categorias	n	%
Idade (em anos)	70,1 ($\pm 6,6$)	70,0	60,0-89,0	-	-	-
Sexo	-	-	-	Masculino	85	42,5
				Feminino	115	57,5
Estado civil	-	-	-	Casado	112	56,0
				Solteiro/Viúvo/Separado	86	43,0
				Em união consensual	2	1,0
Com quem mora	-	-	-	Familiar	173	86,9
				Sozinho	26	13,1
Escolaridade (anos de estudo)	4,2 ($\pm 4,2$)	4,0	0,0 – 23,0	-	-	-
Renda familiar (em SM*)	2,2 ($\pm 2,2$)	1,5	1,0 – 21,0	-	-	-
Diagnóstico principal	-	-	-	Cardiopatia	117	58,5
				Hipertensão	83	41,5
Número de comorbidades	4,5 ($\pm 1,9$)	4,0	1 – 10	-	-	-
Número de medicamentos	5,5 ($\pm 2,6$)	5,0	1 – 13	-	-	-

* SM: Salário mínimo. Valor vigente: R\$ 380,00.

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

O instrumento QV-Index foi capaz de discriminar os idosos em relação ao número de comorbidades e de medicamentos. Na Tabela 4, apresenta-se a descrição estatística do instrumento em relação aos agrupamentos de idosos, de acordo com o número de comorbidades.

Tabela 4 - Estatística descritiva do QV-Index dos idosos, de acordo com a distribuição nos grupos conforme o número de comorbidades – Campinas, 2008

Grupos			QV-Index			
			Média (±dp)	Mediana	Variação observada	p-valor
I	1 a 3	65	8,5 (±1,8)	9,0	4,0-10,0	0,0011
II	4 a 6	105	8,0 (±1,8)	8,0	4,0-10,0	
III	Acima de 6	30	7,1 (±1,82)	7,0	3,0-10,0	

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Os idosos que apresentaram entre uma e três comorbidades (Grupo I) e entre quatro e seis (Grupo II) mostraram diferença da QV estatisticamente significativa em relação àqueles com comorbidades acima de seis (Grupo III) (p-valor= 0,0011).

Na Tabela 5 é apresentada a descrição estatística do QV-Index conforme os agrupamentos dos sujeitos de acordo com o número de medicamentos.

Tabela 5 - Estatística descritiva do QV-Index dos idosos, de acordo com o número de medicamentos – Campinas, 2008

Grupos			QV-Index			
			Média (±dp)	Mediana	Variação observada	p-valor
A	1 a 3	48	8,7 (±1,6)	9,0	4,0-10,0	0,0045
B	4 a 6	93	8,0 (±1,8)	8,0	4,0-10,0	
C	Acima de 6	58	7,5 (±2,0)	8,0	3,0-10,0	

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Os idosos que utilizavam entre um e três medicamentos (Grupo A) revelaram diferença estatisticamente significativa da QV em relação àqueles que faziam uso de medicamentos superior a seis (Grupo C) (p-valor= 0,0045). Não foi observada diferença estatisticamente significativa do Grupo B em relação aos demais.

DISCUSSÃO

A literatura tem destacado a relevância do uso de escalas e questionários apropriados e confiáveis para determinada população, com vista à correta avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos de medidas.²⁸⁻³⁰

A validade e a confiabilidade são particularmente importantes na seleção dos instrumentos para a aplicação tanto em pesquisas como na prática clínica.³¹ No entanto, é importante ressaltar que a validade e a confiabilidade não são qualidades estáticas de um instrumento e devem ser reavaliadas para cada população de estudo.^{29,32}

Nesta investigação, a consistência interna do QV-Index no escore total ($\alpha=0,55$) foi inferior aos valores obtidos no estudo original ($\alpha=0,77$), desenvolvido com pacientes adultos portadores de câncer e outras afecções crônicas¹⁹ e na adaptação cultural ($\alpha=0,77$), realizada com pacientes adultos portadores de dor lombar crônica.¹⁸

Embora a consistência interna do QV-Index ($\alpha=0,55$) tenha sido inferior aos estudos acima relatados e ao valor recomendado na literatura ($\alpha=0,70$), ela mostrou-se próxima do critério estabelecido nesta pesquisa ($\alpha=0,60$)²⁴ e coerente com o padrão mínimo recomendado para a comparação entre grupos ($0,50 < \alpha < 0,70$).³³

A literatura aponta vários fatores que podem influenciar as qualidades psicométricas dos instrumentos de medida, tais como: a forma de administração (entrevista pessoal/autoaplicada/por telefone), características sociodemográficas e clínicas da população de estudo, tamanho amostral, dentre outros.^{30,32,34} Alguns desses fatores podem estar relacionados ao valor obtido ($\alpha=0,55$), o qual traduz a falta de homogeneidade nas respostas dos sujeitos nos itens do instrumento.

O QV-Index possui cinco dimensões, cada uma com três opções de resposta, as quais contemplam ampla variabilidade de atividades e de percepção dos sujeitos. Essa composição do instrumento, somada à aplicação por meio de entrevista, dificultou a compreensão pelos idosos. Vale destacar que a literatura aponta essa forma de aplicação adequada para a população adulta e idosa.^{18,34,35} Por outro lado, recomenda-se que os itens devem ser breves, de fácil compreensão e conter apenas uma questão cada,³⁰ o que não corresponde ao QV-Index.

Tendo em vista que a confiabilidade aumenta conforme o número de itens,^{30,3} a avaliação do coeficiente α de Cronbach não se mostra apropriada para escalas com um único domínio ou para um grupo de domínios que medem diferentes construtos.³² Deve-se considerar, ainda, que a confiabilidade é necessária, mas não suficiente para determinar a validade.³²

Os idosos entrevistados, embora portadores de doenças crônicas, revelaram alta pontuação da QV em quase todas as dimensões do instrumento, exceto na percepção da própria saúde. Para eles, a avaliação do estado geral de saúde esteve distribuída nas opções que variaram entre "sentir-se bem/ótimo" (42,0%), "falta de energia" (41,5%) e "sentir-se doente/inútil" (16,5%). Essa característica da amostra pode justificar, em parte, o valor obtido na confiabilidade do QV-Index. A pontuação elevada nos outros domínios possivelmente está relacionada à

independência revelada pelos sujeitos, dado que aparentemente mostrava-se compensado clinicamente.

Outro aspecto a ser considerado na avaliação de instrumentos de medida na área da saúde consiste em verificar a finalidade do instrumento.^{30,32} As medidas dessa área podem ser categorizadas, segundo a finalidade de aplicação, em discriminativas, preditivas e avaliativas. De modo geral, os instrumentos são empregados para discriminar sujeitos com respeito à saúde, doença ou incapacidade, prever resultados (*outcome*) ou apontar prognósticos e detectar mudanças nas condições dos pacientes durante o seguimento clínico.³⁶

O QV-Index demonstrou capacidade para discriminar os idosos em relação ao número de comorbidades e de medicamentos. Essa característica deve ser considerada ao selecionar este instrumento para a população idosa, em pesquisas ou na prática clínica.³⁰ No estudo original, os autores também mostraram a capacidade de o QV-Index discriminar diferenças entre grupos de sujeitos saudáveis, com câncer e portadores de outras doenças crônicas.¹⁹ Outros estudos corroboram esses achados, ou seja, a característica do QV-Index mostrar-se como critério para discriminar pacientes conforme a intervenção cirúrgica,³⁵ em diferentes estágios de câncer,^{21,34} entre indivíduos saudáveis e doentes,²¹ conforme o número de comorbidades e de medicação em uso contínuo.³⁰

CONCLUSÃO

O desempenho do QV-Index neste estudo remete à necessidade de futuras investigações na população idosa com características clínicas distintas da amostra estudada, a fim de verificar se a confiabilidade do instrumento mostra valores mais elevados em sujeitos em condições clínicas mais graves em relação à da amostra estudada.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad Saude Publica. 2007; 23(10):2463-6.
2. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.34.
3. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado Fax, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006. p.147-50.
4. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41:1403-10.
5. Turner RR, Quittner L, Parasuraman BM, Kallich JD, Cleeland CS. Patient-Reported Outcomes: Instrument development and selection issues. Value Health. 2007; 10(S2): S86-93.
6. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. Am J Health Syst Pharm. 2008; 65(23): 2276-84.
7. Fitzpatrick R, Fletcher OF, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care: applications and issues in assessment. BMJ. 1998; (305):1074-7.
8. Keszei A, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. J Psychosom Res. 2010; 68(4):319-23.
9. Alexandre NMC, Coluci, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. Cienc Saude Coletiva. 2010 [Citado em 2011 nov. 15]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
10. Roberts P, Priest H, Traynor M. Reability and validity in research. Nurs Stand. 2006; 20(44): 41-5.
11. Lobiondo-Wood G, Haber J. Desenhos Não Experimentais. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.110-21.
12. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovit E, Vieira G, Santos L, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; (211):19-28.
13. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey" (SF-36). [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1997.
14. Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The sf-36 Health survey Questionnaire: Is suitable for use with older adults? Age Ageing. 1995; 24:120-5.
15. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-bref for community-dwelling older people in Taiwan. Age Ageing 2003; 32: 593-600.
16. Souza FF. Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos. [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
17. Zanei SSV. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-breve e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.
18. Toledo RCMR, Alexandre NMC, Rodrigues RCM. Psychometric evaluation of a Brazilian Portuguese version of the Spitzer Quality of Life Index in patients with low back pain. Rev Latinoam Enferm. 2008; 16(6): 943-50.
19. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN et al. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QV-Index for use by physicians. J Chronic Dis. 1981; 34:585-97.
20. Koster R, Gebbensleben B, Stutzer H, Salzberger B, Ahrens P, Rohde H. Karnofsky's Scale and Spitzer's Index in Comparison at the Time of Surgery in a Cohort of 1081 Patients. Scand. J Gastroenterol. 1987; 22 Suppl: 133(102): 102-6.
21. Wood-Dauphinee SL, Willians JI. The Spitzer Quality of Life: its performance as a measure. In: Osaba D. The effect of cancer on quality of life. United States: CRC Press Inc; 1991. p.169-84.
22. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Cienc Saude Coletiva. 2010; 15(Supl.13): 3507-15.
23. Kline, P. A handbook of test construction. London: Methuen; 1986.
24. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo (SP): Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
25. Millikenm GA. Analysis of Messy Data. New York: Van Nostrand Reinhold Company; 1984.

26. Montgomery DD. Design and Analysis of Experiments. 3ª ed. New York: John Wiley & Sons; 1991.
 27. Signoretti DCOM. Capacidade funcional, condições de saúde, sintomas depressivos e bem-estar subjetivo dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Unicamp. [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2006.
 28. Marx RG, Bombardier C, Hogg-Johnson S, Wright JG. Clinimetric and psychometric strategies for development of a health measurement scale. *J Clin Epidemiol*. 1999; 52(2):105-11.
 29. Selby-Harrington ML, Mehta SM, Jutsum V, Ripotella-Muller R, Quade D. Reporting of instrument validity and reliability in selected clinical nursing journals. *J Prof Nurs*. 1994; 10(1): 47-56
 30. Terwee CB et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60:34-42.
 31. Olivo AS, Macedo LG, Gadotti IC, Fuentes J, Stanton T, Magee DJ. Scales to assess quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Phys Ther*. 2008; 88(2):156-75.
 32. Frost MH et al. What is sufficient evidence for the reliability and validity of patient-reported outcome measures? *Value Health*. 2007;10(supl.2): S94-S105.
 33. McHorney CA et al. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*. 1994; 32(1):40-66.
 34. Mor V. Cancer patients' quality of life over the disease course: lessons from the real world. *J Chron Dis*. 1987; 40(6):535-44.
 35. Förster R, Storck M, Schäfer JR, Hönig E, Lang G, Liewald F. Thoracoscopy versus thoracotomy: a prospective comparison of trauma and quality of life. *Langenbecks Arch Surg*. 2002; 387:32-6.
 36. Kirschner B, Guyatt G. A methodological framework for assessing health indices. *J Chron Dis*. 1985; 38(1):27-36.
-