



Maria Manuela Pereira Vilar

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS IDOSOS: ESTUDOS DE ADAPTAÇÃO, VALIDAÇÃO E NORMALIZAÇÃO DO WHOQOL-OLD PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Tese de Doutoramento em Psicologia, na especialidade de Avaliação Psicológica,
orientada pelo Professor Doutor Mário Manuel Rodrigues Simões e apresentada
à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Abril 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Maria Manuela Pereira Vilar

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS IDOSOS:
ESTUDOS DE ADAPTAÇÃO, VALIDAÇÃO E NORMALIZAÇÃO DO
WHOQOL-OLD PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA**

Tese de Doutoramento em Psicologia, na especialidade de Avaliação Psicológica,
orientada pelo Professor Doutor Mário Manuel Rodrigues Simões e apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tese de Doutoramento

Título | Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa

Ano | 2015

Autor | Maria Manuela Pereira Vilar

Orientação | Professor Doutor Mário Manuel Rodrigues Simões

Domínio científico | Psicologia

Área de especialização | Avaliação Psicológica

Instituição | Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Os trabalhos apresentados na presente Tese de Doutorado foram realizados no âmbito do projeto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian “Validação de provas de memória, inventários de avaliação funcional e de qualidade de vida” (Processo 74569; SDH-22 Neurociências).

DEDICATÓRIA

Aos idosos de Mata de Lobos, em memória
(que se auto-designavam *velhotes*, à revelia e sem preocupação acerca de quaisquer
directivas terminológico-conceptuais de fases de desenvolvimento e/ou
categorização das etapas do ciclo vital, e com quem aprendi, em (re)conciliação, que
no final tudo se resume a isto:
Ser/estar disponível...)

Às minhas avós, Maria do Carmo e Joaquina, em gratidão
(as *minhas velhotas* de eleição, com quem aprendi, em (con)vivência e afectividade, a
aceitar a incompletude do quadro de referência/resumo do que é relevante:
Bem-estar e, essencialmente, bem-agir...)

À minha filha, Raquel, em esperança
(para que, enquanto se vai tornando *velhota*, apr(e)enda todas as histórias que, no
fio paulatino do tempo, nos ligam...
e imagine o resto...)

AGRADECIMENTOS

No livro *As Rosas de Atacama*, Luís Sepúlveda relata a história de personagens improváveis mas reais, onde inclui uma narrativa dos *cavatori* (os trabalhadores das pedreiras de mármore) e dos marmoristas de Pietrasanta (Toscana/Itália). Aí, frisa que qualquer escultor/autor deveria começar por escrever o nome de todos os que o que lhe permitiram criar obra, antes de assinar o seu próprio nome (ainda que, no âmbito da elaboração de uma Tese para Doutoramento, os serviços de identidade visual da Universidade de Coimbra estejam provavelmente em desacordo com esta opção... e haja, obvia e felizmente, outros modos de assin(al)ar a colaboração).

Assim, é evidente que o presente trabalho nasceu, directa ou indirectamente, do contributo de muitas pessoas, a quem quero expressar o meu agradecimento:

Ao Professor Doutor Mário Manuel Rodrigues Simões, cuja orientação guiou este projecto. Longo é o caminho que nos (re)une, em docência e investigação. E é preciso dizer o seguinte: orientar-me não é tarefa fácil, por duas singularidades que me caracterizam – dispersão e lentidão. Estou grata pela forma como conciliou, em harmonia e diálogo, o conhecimento, a exigência e o rigor científicos, a disponibilidade para me acompanhar e a confiança nas minhas morosas deambulações, permitindo-me actualizar o ponto de chegada. No entanto, se o final do caminho se reveste de relevância, outra significação adquire maior valor – o primeiro passo com que se inicia qualquer caminhada. Agradeço, portanto, a visão ampla do projecto e a pergunta/interrogação que me lançou o desafio, sem as quais nada se (trans)formaria... e porque quando temos *ombros de gigantes* para nos apoiar, é (quase) “natural” *ver mais além...*

À Fundação Calouste Gulbenkian, pelo financiamento, que permitiu que a imagem da possibilidade de implementação do projecto não se tornasse “miragem”.

À Liliana B. Sousa, a melhor companheira de viagem que se pode desejar! Se o primeiro contacto se estabeleceu no âmbito da relação pedagógica, depressa se intersectaram fronteiras que levaram a uma relação de amizade. Agradeço todo o

apoio técnico e metodológico, sem o qual este trabalho não teria feição. Mas foi a afeição, espelhada nas conversas sobre a *vida (a)normal de todos os (muitos) dias*, que deu outra qualidade ao projecto. Estou grata pela partilha de alento e pela inspiração, principalmente à medida que o prazo (final) de entrega ia... expirando...

Aos autores que permitiram dar forma aos vários estudos que integram esta Tese, por toda a dedicação: Professores Mário Simões (por insistir nesta dimensão de execução), Gerardo Prieto, Margarida Lima e Horácio Firmino; e Liliana B. Sousa (ainda e sempre), Catarina Cruz, Ana Rita Sousa, Luís Pires e Tiago Paredes.

Aos elementos “todo-o-terreno” do projecto, pela árdua (co)laboração: Professores João Apóstolo e Alice Matos; e Ana Rita Leal, André Costa, Mário Veloso, Eva Miranda, Dina Rebelo, Teresa Sousa Reis, Ana Leal, Odília Gouveia, Catarina Portela, Karina McGovern, Sandra Silva, Susete Fernandes, Daniela Neves, Paula Pinto, Catarina Gaspar, Sandro Covita, Catarina Costa, Jessica Fernandes, Margarida Sobral, António Alves e Vera Martins.

A todos os idosos, cuidadores e profissionais/profissionais em formação que participaram na investigação, por lhe darem conteúdo e a tornarem factível.

Aos que enriqueceram o percurso, com palavras e, sobretudo, com actos de amizade e consideração: Cristina Petrucci Albuquerque, Isabel Alberto, Marcelino Pereira, Salomé Pinho, Cristina Canavarro, Marco Pereira, Sandra Freitas, Sónia Ferreira e Carla Mourato.

À Filipa Lopes, pelo afecto e pelo “esforço” de manter a minha sanidade, partilhando as hilariantes peripécias da *research in progress* e da publicação e os reconfortantes exemplos do(s) sentido(s) da vida, respectivamente:

http://proteas.microlab.ntua.gr/ksiop/phd_funny/index.html

http://www.7billionothers.org/thematic_voices/meaning-life.

À Maria Jorge Ferro, por ser o ponto (de referência), sempre que eu me esquecia de *como tudo isto começou e até onde queria/podia ir...* por me (re)lembrar que *o caminho é caminhar*.

Aos meus pais, Emília e Valdemar Vilar, que entretanto se tornaram idosos... por me darem a experimentar, de forma mais próxima, que toda a teoria deve ser praticável (ainda que *a diferença entre teoria e prática seja maior na prática que em teoria*).

Às minhas irmãs, Gabriela e Elisabeth Vilar, pelos bons momentos. E por me “tirarem do sério” (em acepções conotativas e denotativas, possíveis e imagináveis).

À Raquel Vilar Marinho, por me permitir experienciar as palavras de Goethe - *Meu amigo, toda a teoria é cinzenta, mas a árvore dourada da vida é... verde* (ou, melhor, como ela costuma cantarolar: é azul, anil, cor-de-laranja, verde, roxa, amarela, com um sorriso vermelhinho... e, de vez em quando, também é cor-de-rosa).

A todos, a minha gratidão!

Manuela Vilar

ÍNDICE

i	Resumo
v	Abstract
ix	Preâmbulo
xv	Referências bibliográficas
1	Introdução
15	Referências bibliográficas
21	Capítulo 1. (Breve) Enquadramento Conceptual
	<i>Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa</i>
23	Resumo
24	Abstract
25	Qual Idade de Vida?
28	Qualidade Devida
30	Qualidade de Vida
31	Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-OLD
36	Características Psicométricas do WHOQOL-OLD
36	Consistência interna
36	Validade de constructo
38	Validade convergente/divergente
38	Factores demográficos e clínicos de variabilidade da qualidade de vida nos idosos
38	Discussão e Conclusões
41	Referências bibliográficas
47	Capítulo 2. Estudo I: Implementação de Grupos Focais
	<i>Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais</i>
49	Resumo
50	Abstract
51	Introdução
53	A metodologia de grupos focais no WHOQOL-OLD
56	Metodologia
56	Amostra
57	Instrumentos e procedimentos
64	Resultados
67	Discussão
71	Conclusões
72	Referências bibliográficas
78	Anexos

87 | Capítulo 3. Estudo II: Análises no âmbito do Modelo Rasch

European Portuguese WHOQOL-OLD module: An analysis using the Rasch model

89	Resumo
91	Abstract
92	Introduction
96	Methods
96	Participants and data collection
97	Instruments and procedures
98	Analysis
99	Results
99	Item selection for the Family/Family life facet
100	Dimensionality
100	Statistics of items
103	Statistics of persons
104	Response categories analysis
104	Differential Item Functioning (DIF)
105	QoL according to sociodemographic and perceived health variables
106	Discussion
108	Conclusion
108	Acknowledgments
109	References

115 | Capítulo 4. Estudo III: Análises no âmbito da Teoria Clássica dos Testes

The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies

117	Resumo
119	Abstract
120	Introduction
122	Methods
122	Participants and data collection
123	Instruments and procedures
126	Analysis
127	Results
127	Acceptability
128	Reliability
128	Construct validity
129	Convergent/divergent validity
133	Discriminant validity
134	Discussion
138	Conclusion
138	Acknowledgments
139	References

145 | Capítulo 5. Estudo IV: Referencial Normativo

European Portuguese WHOQOL-OLD module: Influence of sociodemographic and perceived health variables and normative data

147	Resumo
149	Abstract
150	Introduction
155	Methods
155	Participants and procedures
157	Instruments
158	Statistical analysis
160	Results
166	Discussion
169	Conclusion
170	References

177 | Discussão Integrativa e Considerações Finais

203	Referências bibliográficas
-----	----------------------------

ÍNDICE DE TABELAS E ANEXOS

Introdução

Capítulo 1. (Breve) Enquadramento Conceptual

Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa

- 34 | Tabela 1. Centros incluídos no desenvolvimento do módulo WHOQOL-OLD e características das amostras do estudo piloto e do estudo de campo
- 37 | Tabela 2. Versão final do módulo WHOQOL-OLD: Facetas e conteúdo dos itens

Capítulo 2. Estudo I: Implementação de Grupos Focais

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

- 58 | Tabela 1. Características da amostra total: adultos idosos (n=25), profissionais em formação (n=4) e cuidadores informais (n=4)
- 59 | Tabela 2. Grupos focais com adultos idosos e cuidadores: Fases do procedimento
- 78 | Anexo 1. Resumo de respostas e respectiva categorização na fase de discussão geral não estruturada, em grupos de adultos idosos e de cuidadores
- 85 | Anexo 2. Frequência(s) das dimensões evocadas na fase de discussão geral não estruturada, em grupos de adultos idosos (1 a 6) e de cuidadores

Capítulo 3. Estudo II: Análises no âmbito do Modelo Rasch

European Portuguese WHOQOL-OLD module: An analysis using the Rasch model

- 97 | Table 1. Sample characteristics (N=412)
- 101 | Table 2. WHOQOL-OLD: *Sensory abilities* facet analysis (statistics for items and persons)
- 101 | Table 3. WHOQOL-OLD: *Autonomy* facet analysis (statistics for items and persons)
- 102 | Table 4. WHOQOL-OLD: *Past, present and future activities* facet analysis (statistics for items and persons)
- 102 | Table 5. WHOQOL-OLD: *Social participation* facet analysis (statistics for items and persons)
- 102 | Tabela 6. WHOQOL-OLD: *Death and dying* facet analysis (statistics for items and persons)
- 103 | Tabela 7. WHOQOL-OLD: *Intimacy* facet analysis (statistics for items and persons)
- 103 | Tabela 8. WHOQOL-OLD: *Family/Family life* facet analysis (statistics for items and persons)
- 105 | Tabela 9. WHOQOL-OLD: DIF analysis

Capítulo 4. Estudo III: Análises no âmbito da Teoria Clássica dos Testes

The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies

- 124 | Table 1. Sample characteristics (N=921)
- 127 | Table 2. Facets and total WHOQOL-OLD internal consistency (Cronbach's alpha), test-retest reliability (R Pearson), mean, standard deviation, floor/ceiling effect, skewness and kurtosis
- 128 | Table 3. Intercorrelations between facets and total scores of the WHOQOL-OLD
- 130 | Table 4. WHOQOL-OLD item-facet correlations
- 131 | Table 5. Correlations of the WHOQOL-OLD with other measures (WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8 and SF-12)
- 132 | Tabela 6. Correlations of the WHOQOL-OLD with other measures (GDS-30, ACE-R and IAFAI)
- 133 | Tabela 7. Discriminant validity of the WHOQOL-OLD for GDS-30 groups (without/mild/severe depressive symptoms)
- 134 | Tabela 8. Discriminant validity of the WHOQOL-OLD for perceived health (healthy/ unhealthy)

Capítulo 5. Estudo IV: Referencial Normativo

European Portuguese WHOQOL-OLD module: Influence of sociodemographic and perceived health variables and normative data

- 156 | Table 1. Sample characteristics (N=921)
- 159 | Table 2. Sociodemographic and perceived health variables: Analysis of group differences on WHOQOL-OLD scores (without control of the effect of covariates)
- 160 | Table 3. Sociodemographic and perceived health variables: Analysis of covariates and effect size values
- 164 | Table 4. Norms of the WHOQOL-OLD, by perceived health, education, marital status and total sample
- 165 | Table 5. Norms of the WHOQOL-OLD, by gender, age, life condition, geographic region and geographic area

Discussão Integrativa e Considerações Finais

- 189 | Tabela 1. Versão portuguesa do módulo WHOQOL-OLD: Facetas e conteúdo dos itens

RESUMO

A nível mundial, incluindo Portugal, o envelhecimento populacional é uma evidência e o acentuado incremento da proporção de idosos continuará a aumentar, de acordo com as projecções. Para além do *trunfo* que representa o envelhecimento, a esperança média de vida e a longevidade da população humana, estes assumem-se também como *vectores de desafio*, em termos de incontornáveis exigências socioeconómicas, de saúde, científicas e éticas. Neste contexto, é assumidamente valorizado a objectivo de, nesse processo, *não acrescentar apenas anos à vida*, mas *acrescentar vida aos anos*, colocando a questão da promoção da Qualidade de Vida (QdV), à medida que as pessoas vão envelhecendo. Tal exige que previamente se estabeleça um referencial de conceptualização e de avaliação da QdV. Neste âmbito, destaca-se o contributo da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)/Grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Group*), que tem vindo a desenvolver um conjunto de estudos, visando estabelecer um paradigma de referência conceptual, a definição do constructo *QdV* e respectiva operacionalização. A partir da implementação de uma matriz metodológica fundamentada e transcultural, integrando metodologias qualitativas e quantitativas de análise, foi primeiro criado um conjunto de instrumentos genéricos de avaliação (ex., WHOQOL-100, WHOQOL-Bref).

Nessa sequência, considerando as limitações associadas à construção e adaptação de medidas de QdV para a população idosa, reconhecendo 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 a avaliação da QdV desse grupo etário, tendo para o efeito sido criado o Grupo WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-Older*

Adults Module Group). Do processo resultou a elaboração do WHOQOL-OLD, conceptualizado como instrumento complementar das medidas genéricas de QdV. Na sua versão original, 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, Autonomia, Actividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade*.

No presente trabalho, tendo como referência o modelo multidimensional de avaliação (neuro)psicológica e reconhecendo a relevância da avaliação (e promoção) da QdV em adultos idosos, são apresentados os estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. Para o efeito, foram considerados os delineamentos conceptuais e metodológicos propostos pelos Grupos WHOQOL/WHOQOL-OLD. Recorrendo a amostras de conveniência, a pesquisa integrou um estudo qualitativo de implementação de grupos focais (N=33) e três estudos empíricos quantitativos, nomeadamente, o estudo-piloto (N=412), relativo às análises no âmbito do modelo Rasch (*Rasch Partial Credit Model*), o estudo orientado para a validação do instrumento, que inclui análises no âmbito da Teoria Clássica dos Testes (TCT) (N=921), e o estudo normativo (que comporta a análise da influência e magnitude do efeito das variáveis sociodemográficas e de percepção subjectiva de saúde na QdV e o estabelecimento de normas) (N=921).

No que concerne a implementação de grupos focais com idosos, cuidadores e profissionais, os resultados obtidos possibilitaram sustentar 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. Permitiram, também, evidenciar a adequabilidade e pertinência das facetas e itens do WHOQOL-OLD (originais) e sugerir novos aspectos a incluir na versão portuguesa do instrumento, especificamente, a dimensão *Família/Vida familiar*.

As análises no âmbito do modelo Rasch permitiram estabelecer a versão portuguesa do WHOQOL-OLD, constituído por 7 facetas (num total de 28 itens), integrando, para além das dimensões originais, a nova faceta, culturalmente relevante, *Família/Vida familiar*, que inclui 4 itens que permitem avaliar a satisfação com as relações, o suporte recebido, o tempo de contacto com familiares e o sentimento de valor (reconhecimento) dado pela família. A partir da análise de componentes principais

dos resíduos, quando analisada cada faceta, isoladamente, os resultados indicaram forte dimensionalidade. No geral, os dados sustentam a boa qualidade da medição efectuada pelos itens. As estatísticas das pessoas revelam que, no geral, a QdV é estimada com precisão aceitável a boa. Assim, a versão portuguesa do módulo WHOQOL-OLD apresenta boas características psicométricas e a faceta *Família/Vida familiar* é uma dimensão importante para avaliar e compreender a QdV em adultos idosos portugueses.

O estudo no âmbito da TCT permitiu corroborar as adequadas propriedades psicométricas do WHOQOL-OLD. A consistência interna foi excelente quer para o total 24-itens (.90), quer para o total 28-itens da versão portuguesa (.91). Os valores de estabilidade temporal foram bons e excelentes (.79 e .80 para o total 24-itens e para o total 28-itens, respectivamente). A validade de constructo da versão portuguesa do WHOQOL-OLD foi suportada pela matriz de inter-correlações. Foram obtidas correlações significativas e elevadas entre o WHOQOL-OLD e WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8, a componente mental do SF-12, MMSE (itens integrados no ACE-R) e GDS-30, e correlações significativas, e baixas, com o IAFAI, indicadores de validade convergente/divergente. Em termos de validade discriminante, os resultados do WHOQOL-OLD permitiram diferenciar grupos de idosos saudáveis e doentes e grupos com ausência de sintomatologia depressiva, com sintomatologia ligeira e com sintomatologia severa. A faceta *Família/Vida familiar* apresenta evidência de bons parâmetros de precisão e validade.

No âmbito do estudo normativo, todas as variáveis estudadas demonstraram influência nos parâmetros de QdV, mas a magnitude de efeito é mais evidente para as variáveis *percepção subjectiva de saúde* (efeito médio-alto), *escolaridade* e *estado civil* (efeitos médios). Os idosos que se percebem como saudáveis, que têm níveis de escolaridade mais elevados e que são casados reportam melhores resultados de QdV. Este estudo contribui para a compreensão do funcionamento da versão portuguesa do WHOQOL-OLD. As normas disponibilizadas permitem estabelecer um ponto de referência para a interpretação dos resultados de QdV, considerando a percepção de adultos idosos e as especificidades culturais portuguesas.

Em termos globais, apesar de poderem ser identificadas limitações do projecto (mas sendo possível delinear linhas investigacionais futuras para aperfeiçoamento do mesmo), conclui-se que foram cumpridas as exigências de equivalência conceptual, semântica, de itens, operacional, da medida propriamente dita e, preliminarmente, funcional, se atendermos a que validar um instrumento é um processo contínuo. Os diversos estudos executados, com a conjugação de metodologias qualitativas e quantitativas, permitiram não apenas corroborar o modelo de QdV, mas ampliá-lo, introduzindo uma nova faceta, *Família/Vida familiar*, que contribui para a robustez psicométrica do instrumento e a compreensão da QdV em adultos idosos portugueses. Nesse sentido, o WHOQOL-OLD é um instrumento que disponibiliza resultados precisos e válidos, constituindo assim uma medida de referência na avaliação da QdV de adultos idosos, em Portugal.

ABSTRACT

Worldwide, including Portugal, population ageing is evidence and the proportion of the elderly has been increasing up and will continue to increase according to predictions. Population ageing, life expectancy and longevity are seen as humanity's greatest triumphs but put us also socioeconomics, health, scientific and ethics requirements and challenges. In this context, it's valued the goal of not only *give years to life*, but also *give life to years*, that sets the issue of enhancing Quality of Life (QoL) as people age. This requires previously a benchmark of conceptualization and assessment of QoL. In this context, the World Health Organization/WHOQOL Group (*World Health Organization Quality of Life Group*) developed a paradigm and a conceptual framework for QoL, proposed a definition and operationalized the construct from a cross-cultural perspective. Based on the implementation of a cross-cultural methodological matrix, integrating qualitative and quantitative methods of analysis, the generic measures were first created (v.g., WHOQOL-100, WHOQOL-Bref).

Subsequently, considering the specificity of QoL in older people and the commonly discussed inadequacy of using instruments that are not validated in the elderly, the WHOQOL-OLD Group (*World Health Organization Quality of Life-Older Adults Module Group*) was created to study older adults' QoL conceptualization and assessment. From this process, the WHOQOL-OLD module was developed. It was designed as an additional module for use with the generic measures. The original WHOQOL-OLD module consists of 24 items that are categorized into the following 6 facets (4 items each; answered in a 1-5 *Likert* response category): *Sensory abilities, Autonomy, Past, present and future activities, Social participation, Death and dying and Intimacy*.

In this work, in reference to a multidimensional (neuro)psychological assessment model and recognizing the relevance of QoL assessment (and promoting) in older

adults, the European Portuguese WHOQOL-OLD module adaptation, validation and normalization studies are presented. To this end, the conceptual framework and operationalization of QoL construct and the previous methodological matrix of the WHOQOL/WHOQOL-OLD Groups were followed. Using several convenience samples of participants, the research integrated a qualitative study of implementation of focus groups (N=33), and three quantitative procedures, including the pilot study (N=412), using Rasch analysis model (*Rasch Partial Credit Model*), the field study (N=912), using classical test theory, and the normative study (which includes examine the influence and effect size of subjective perceived health and sociodemographic variables on QoL and normative data) (N=921).

Concerning focus groups implementation, with older adults, caregivers and professional, the results corroborated the WHOQOL Group QoL model and the multidimensional nature of the construct and established its relevance for older adults' QoL assessment. Also, all the facets and items of the WHOQOL-OLD were considered important and the dimension "*Family/Family life*" was referred to constitute a new facet of the Portuguese WHOQOL-OLD module.

Regarding Rasch analysis, first a new facet, *Family/Family life*, was developed and includes 4 items that assess satisfaction with family relationships, support, amount of contact, and sense of worth within the family. Thus, the European Portuguese WHOQOL-OLD module consists of 28 items that are categorized into 7 facets (the 6 original ones and the *Family/Family life* facet). Also, using a Principal Components Analysis (PCA) of the residuals, the results showed strong unidimensionality when each facet was separately considered. Overall, the results showed an adequate fit of the items and of the persons to the model. The European Portuguese WHOQOL-OLD module showed adequate psychometric properties. The new facet, *Family/Family life*, is an important dimension for understanding Portuguese older adults QoL.

Concerning classical test theory analysis, the results corroborated the good psychometric properties of the European Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. The internal consistency was excellent for the total 24-item WHOQOL-OLD original version (.90) and also for the final 28-item Portuguese WHOQOL-OLD version (.91). The test-retest reliability for total scores was good and excellent (.79 and .80 for 24-item and 28-item, respectively). The construct validity of the

European Portuguese WHOQOL-OLD was supported in the correlation matrix analysis. Large significant associations were found between WHOQOL-OLD and WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8, SF-12, MMSE (items integrated in ACE-R) and GDS-30, and significant and small association with IAFAI indicating good convergent/divergent validity. The WHOQOL-OLD scores differentiated groups of older adults who were healthy/unhealthy and without/mild/severe depressive symptoms. The new facet, *Family/Family life*, presented evidence of good reliability and validity parameters.

Regarding normative study, all studied variables had influence on QoL results, but a more evident impact was found for *subjective perceived health* (medium-high effect size), *education* and *marital status* variables (medium effect size). Older adults who perceived themselves as healthy, with higher levels of formal education and married displayed better QoL results. This study contributes a useful approach to understanding the European Portuguese WHOQOL-OLD module functioning in elderly population. The population norms that were provided establish a reference point to QoL results interpretation, considering the older adults point of view/perception and the Portuguese cultural specificities.

Overall, although some limitations of the project (with the possibility of drawn some future research lines to improve it), we can conclude that conceptual, semantic, item, operational and measurement equivalences were accomplished, with preliminary functional equivalence evidence (considering that the validation process of an instrument is a continuous one). The several studies carried out, combining qualitative and quantitative methodologies, allowed not only to corroborate the QoL model but also to expand it, introducing a new facet, *Family/Family life*, which contributes to the psychometric robustness of the instrument and to understanding QoL of the Portuguese elderly population. In this sense, the European Portuguese WHOQOL-OLD it's a reliable and valid instrument of older adults' QoL assessment in Portugal.

PREÂMBULO

A utopia está lá, no horizonte. Aproximo-me dois passos, ela afasta-se dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais (a) alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

(Eduardo Galeano, escritor)

Walking is measuring.

(Richard Serra, escultor)

Walking is meaning.

(Manuela Vilar, aprendente)

Quando no seu livro *Uma história da felicidade* McMahon (2009) adverte para a ironia de que escrever sobre a felicidade podia torná-lo infeliz, não prospectivei, logo, aquando da leitura, o que decorreria de elaborar um estudo sobre *Qualidade de Vida* (QdV). Na realidade, antes (e no decurso, também) de dar forma ao projecto *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*, que é objecto da presente Tese para Doutoramento, estava focada em fazer um resumo (lógico) de tudo o que seria importante para a *Vida*, por forma a situar, depois, a avaliação da sua *Qualidade*. No entanto, como se depreenderá do exposto, esse processo revelou-se (obviamente) impossível de realizar. Viria a percebê-lo (e a aceitá-lo, num primeiro momento) nas palavras de Russell (2009/1930): *a vida real nunca é tão lógica... e... o pior que nos possa acontecer nunca tem uma importância cósmica.*

Porém, as leituras que fui efectuando permitiram-me dar um primeiro passo em direcção ao tema, sendo que, na sua maioria, não serviram especificamente, em sequência, para os seus delineamentos. Mas tornaram o percurso desafiante, sobretudo o que ocorreu nos bastidores da investigação, que quase nunca é visível no que comunicamos na “tese oficial”, mas sem o qual, hipoteticamente, não iniciáramos, nem termináramos a tarefa. E porque permitiu ainda criar um significado mais amplo de levar a cabo uma pesquisa, nomeadamente, adentro de uma Universidade, onde se reúnem os mais diversos saberes, nas suas histórias e nos seus projectos, que nos falam, afinal, da história da Humanidade/Homem, da sua visão do universo, do mundo, da vida e de si própria(o) (Bynum, 2013).

Considerando que tinha uma (breve) janela temporal para a execução, optei pela metodologia de consultar sínteses/breves histórias, que me permitissem traçar esse quadro inicial. E, de facto, fosse expressamente declarado no título ou assumido no texto, era objectivo dos diversos autores conceber *histórias breves* sobre os temas, provavelmente à espera de mentes curiosas e/ou incautas, tentando cumprir a ilusão de tudo saber.

O primeiro desafio foi, todavia, colocado pelo (meu) orientador, Prof. Mário Simões, quando, na sequência da finalização dos trabalhos para Mestrado em Psicologia, traçou a possibilidade de estudarmos instrumentos de avaliação para a população idosa e, sabendo do meu gosto particular por frases que sintetizam as ideias importantes (embora tenhamos depois de escrever centenas de páginas para explicar o que queremos dizer, inclusive nas histórias que se designam *breves*), citou Edward L. Thorndike: *Whatever exists at all exists in some amount. To know it thoroughly involves knowing its quantity as well as its quality*. E sublinhou que não haveria, provavelmente, melhor tema para concretizar esta demanda, a saber: medir a qualidade de vida. E foi assim que comecei a deambular.

Primeiro, pela história do envelhecimento (Minois, 1987), de onde concluí que à(s) questão(ões) *o que é o envelhecimento, a velhice e/ou o adulto idoso?*, a resposta intelectualmente mais rigorosa é *não sabemos* [ou *sabemos (ainda) pouco*]... embora disponhamos já de um conjunto de dados que, ao longo do tempo, nos tem permitido traçar um perfil/padrão do(s) fenómeno(s).

No extremo do espectro de envelhecer, inevitavelmente, deparei-me com a referência à *História da morte* (no original, *A brief history of dead*; Davies, 2009). O autor evidencia que a história da morte é uma narrativa de auto-reflexão, sobre quem somos, de onde viemos e para onde vamos, e que a ideia de *tempo de qualidade* e de *qualidade de vida* é muito acentuada pela morte ou pela ameaça de morte. Curiosamente, estas perguntas são exactamente as mesmas que as colocadas em referência ao sentido da vida, que parece definir a trajectória do mundo e da humanidade, daí a pesquisa de *Uma muito breve história do mundo* (Blainey, 2010) e *De animais a deuses. História breve da humanidade* (Harari, 2013). Talvez a síntese mais curiosa destas leituras tenha sido a seguinte: num “movimento de despertar mental”, o Homem depende da cooperação, tanto para viver, como para criar cultura e conhecimento, mas esse “movimento” também serviu ao Homem para criar armas de destruição e/ou formas de aniquilar o seu semelhante (usando quase sempre o saber técnico para o efeito).

E este aspecto é relevante para entendermos esta trajectória da indagação do que é a *Vida*, até porque, para outros autores, o percurso da história da humanidade é grandemente moldado pela história da ciência e do saber, donde: uma *Breve história da ciência* (Bynum, 2013) e uma *Breve história do saber* (Van Doren, 2008). Interessantemente, nos cerca de 3000 anos (documentados) de construção de ciência (em sentido lato), desde os legados dos babilónios à descoberta do bosão de Higgs, da tentativa de procura do elixir da vida, que porventura aumentasse a longevidade ou nos tornasse imortais, à descoberta do Genoma, parece que o Humano manteve sempre a curiosidade pela invenção, e com a ciência a ter, efectivamente, impacto na *Vida* (ainda que, na maior parte do tempo, *ninguém estivesse à espera da ciência para viver*). Mas os autores concluem que se precisamos de bons cientistas, precisamos sobretudo de bons cidadãos, que garantam que a nossa ciência transformará o mundo num sítio melhor para todos vivermos. Porque sabermos mais não significa, linearmente, que seremos melhores seres humanos, apenas que saberemos mais sobre o que é e pode ser a excelência humana.

Neste contexto, sublinham a importância da Universidade, no seu sentido original, de compreender/integrar/abranger (todo) o conhecimento humano (e do próprio humano), num diálogo constante entre saberes, que permitisse a referida

(trans)formação do (de cada) ser humano. Porém, segundo Van Doren (2008), uma mudança invulgar acabou por ocorrer na história: a Universidade foi dividindo e subdividindo a sua estrutura/organização em departamentos “separados”, que deixaram tendencialmente de falar uns com os outros, ignorando-se mutuamente. Da interacção prevista, a competição por fundos (financiamento) foi o que restou, sendo estes distribuídos muitas vezes segundo critérios que não contemplam o valor académico ou o conhecimento em si. O “uni” da “universidade” perdeu significado... e foi ficando uma instituição fragmentada que deixou de se dedicar à busca conjunta, do/pelo conhecimento e da/pela verdade¹. Do dito, depreende-se que talvez o problema maior seja o de se gerarem, no processo, pessoas tão “fragmentadas” como a instituição. A “salvação” talvez resida, precisamente, nas interacções espontâneas que as pessoas (que vivificam as instituições) continuam a empreender, desde que reconhecido o seu valor.

Ora, pensava eu que, neste caminho, a questão da morte tinha já sido abordada quando, curiosamente, venho a deparar-me com ela também neste contexto, na célebre sentença *Publish or perish (publica ou perece/morre)*, uma das exigências que a Universidade tem vindo a colocar. Peter Higgs, o físico que deu nome ao bosão (atrás referido), frisou numa entrevista ao *The Guardian* (6 de Dezembro de 2013) que, muito provavelmente, não seria suficientemente produtivo para as exigências actuais, e teria dificuldade em manter, nos dias de hoje, um contrato com o sistema académico. Imaginem o que pode dizer o “comum dos mortais”²... Porém, apesar da ferocidade da máxima, temos de admitir que houve alguma “evolução positiva” nas estratégias de aniquilação (se consideramos as já testadas alternativas de ingerir cicuta ou de ser encaminhado para a fogueira). Decorre desta reflexão que a morte pode dizer-se e acontecer de muitas maneiras, mas, cremos, não em tantas como as de dizer-se e acontecer a *Vida*. De todo o modo, nas palavras de Hesse (2003/1952), aprender a morrer e morrer é uma função tão valiosa como qualquer outra.

¹ Segundo Mia Couto (2009), numa análise crítica à missão da Universidade, *muitas das instituições que deviam produzir ideias, estão hoje produzindo papéis*.

² Obviamente que o problema da *não publicação* é também um assunto a ponderar, sendo importante ter uma visão dialéctica da exigência de publicar ou não publicar (*to publish or not to publish*). No entanto, para além da tese e/ou da antítese, a síntese permite estabelecer que a verdadeira questão é se é preciso *morrer/matar alguém* por isso (mesmo que seja em sentido figurado).

Neste momento da deambulação, comecei a correr o risco de entrar em estado depressivo, pelo que retomei *Uma história da felicidade* McMahon (2009). Considerando que o conceito é uma das raízes a partir da qual desabrocharia o constructo *QdV*, foi instrutivo acompanhar o percurso do seu estudo, das diferentes concepções e da sua busca. Para o autor, a apreensão do que deve ser a *vida boa* assenta na compreensão prévia de que a vida é uma dádiva valiosa e que o conhecimento da sua transitoriedade ainda a torna mais preciosa. E adverte que só quando os indivíduos se vêem livres da busca da sobrevivência podem dedicar-se à busca da felicidade. Esta não é compatível com a fome, a devastação causada por epidemias e calamidades e/ou ameaças de exércitos saqueadores. Ainda que o autor estivesse a remeter, num primeiro vislumbre, para uma “história longínqua” da Humanidade, não deixa de ser curioso que, pelos parâmetros actuais e na melhor das hipóteses, mais de metade da Humanidade parece ainda excluída da demanda. Mas começamos, pelo menos, a ter consciência disso [esperando que seja no pleno sentido de *consciência* (Kaku, 2014)].

No entanto, 549 páginas (do livro de McMahon) depois, e no que concerne o desvendar a solução à questão o que é a felicidade e/ou o que é a *QdV*, a resposta intelectualmente mais rigorosa continuava a ser *não sabemos* [ou *sabemos (ainda) pouco*]... embora disponhamos já de um conjunto de dados que, ao longo do tempo, nos tem permitido algum consenso e traçar um perfil/padrão do(s) fenómeno(s). No que diz respeito à questão de como avaliar a *QdV*, nomeadamente, em adultos idosos, a resposta já poderia ser... *depende* [uma forma mitigada de *não sabemos/sabemos (ainda) pouco*], uma vez que o avaliador que se implica num modelo faz uma opção (reflectida, sim, mas de confiança, também) e, ainda que se espere que se interrogue amiúde sobre o sentido das suas práticas, muito mais raramente se coloca a questão, confiando que o modelo lhe estará a indicar/indicará o melhor caminho. E, por isso, necessita do investigador.

A janela temporal que tinha estabelecido para “preambular” começava, entretanto, a fechar-se. Tinha incorrido na célebre falácia do planeamento (demorei mais tempo do que esperava), ainda que pudesse contornar a perseverança irracional (quando “tudo” nos diz para parar e continuamos) (Kahneman, 2012). Precisava de redireccionar o foco: depois de ensaiar um foco externo alargado/sistémico, para

evitar a visão limitada, e um foco no Outro (Humanidade), para tentar evitar a ignorância, tinha de retornar ao foco interno, que nos dá rumo (Goleman, 2014). *Divagar* revelara-se uma estratégia importante, mas *devagar*, podia tornar-se catastrófico para o projecto de Tese em causa.

Por isso, em desespero *de causa* selecionei a leitura de uma *Breve história de quase tudo* (Bryson, 2009), que é, segundo o autor, uma tentativa de contar como se passou de não haver absolutamente nada para haver qualquer coisa, incluindo *Vida*. E o possível estado depressivo deu lugar a um primeiro elo de (re)conciliação com o processo e os conteúdos com que me fui deparando. Para perceberem do que estou a falar, farei uma transcrição das palavras do referido autor que permitiram a mudança:

(...) Parabéns! Ainda bem que chegou até aqui. Não foi fácil, eu sei. Para dizer a verdade, suspeito mesmo que terá sido um pouco mais difícil do que pensa. Em primeiro lugar (...) foi preciso que biliões de átomos errantes tenham conseguido juntar-se, numa dança intrincada e misteriosamente coordenada, de forma a criá-lo a si. Trata-se de uma combinação única que nunca foi feita antes e só vai existir desta vez (...) para que desfrute da experiência supremamente agradável, mas geralmente subestimada, a que chamamos existência. (...) Teve a sorte de estar ligado desde tempos imemoriais a uma linha evolucionária beneficiada (...) teve uma sorte extraordinária, diria mesmo milagrosa, com os antepassados que lhe calharam (...) de forma a perpetuar a única sequência possível de combinações hereditárias que (...) espantosamente resultariam na sua pessoa. (...) (No entanto) Cada ser vivo é uma elaboração de um (...) plano original. Nunca é de mais dizê-lo: a vida é una. (...) Estamos, na verdade, no início de tudo...

O outro elo de (re)conciliação surgiu em *O grande desígnio* (Hawking & Mlodinow, 2010), uma versão mesmo, mesmo, abreviada (*para totós*) da *Breve história do tempo*. No capítulo sobre o *mistério de ser*, é delineado que cada um de nós existe durante um breve período de tempo e nesse período explora apenas uma pequena parte de todo o universo (sobretudo se se for Stephen W. Hawking). Mas, nessa descoberta, não há nenhum conceito de realidade independente de uma visão ou de uma teoria. O nosso cérebro interpreta a informação e criamos um modelo do mundo (mesmo quando se trata da teoria M, a *teoria de tudo*), uma abordagem

designada *realismo dependente do modelo* [ao qual, se conseguir explicar os acontecimentos, temos tendência a atribuir, assim como aos elementos e conceitos que o constituem, a qualidade de realidade ou verdade absoluta... mas um modelo não é mais real que outro, embora tenhamos a liberdade de escolher o modelo que for (dando provas de ser o) mais ajustado ao questionamento]. Assim, criamos uma história com a nossa observação. E o universo não tem uma história única. Aliás, cada universo (porque há muitos) tem muitas histórias³. A partir daqui, pareceu evidente concluir: tal como a *Vida...* e a *avaliação da sua Qualidade em adultos idosos*. E o modelo proposto pela OMS/WHO e a sua operacionalização no WHOQOL-OLD surgiu, nesse desfecho, como o mais coerente. E estava, agora, verdadeiramente, *no início de tudo, no início da Tese...*

Caminhemos, então!

Referências bibliográficas

- Blainey, G. (2010). *Uma muito breve história do mundo*. Alfragide: Livros d’Hoje. [orig., 2004]
- Bryson, B. (2009). *Breve história de quase tudo* (11^a ed.). Lisboa: Bertrand Editora. [orig., 2003]
- Bynum, W. F. (2013). *Breve história da ciência. Os cientistas e as descobertas que mudaram o nosso mundo*. Lisboa: Clube do Autor. [orig., 2012]
- Couto, M. (2009). *Interinvenções* (2^a ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Davies, D. J. (2009). *História da morte. As diferentes atitudes do Homem perante a morte* Lisboa: Teorema. [orig., 2005]
- Goleman, D. (2014). *Foco. O motor oculto da excelência*. Lisboa: Círculo de Leitores. [orig., 2013]

³ Hawking & Mlodinow (2010) terminam a apresentação do capítulo referindo as perguntas *Porque existe algo em vez de nada? Porque existimos? Porque temos este conjunto de leis em particular e não outro qualquer?*, entendidas como a Pergunta Fundamental sobre a Vida, o Universo e Tudo. Esta Pergunta Fundamental surge no livro *À boleia pela galáxia*, que inspirou depois uma série radiofónica de ficção científica. Na obra, um grupo de seres hiperinteligentes e de múltiplas dimensões, recorrendo a um supercomputador chamado *Pensamento Profundo*, tenta obter resposta à pergunta. E ao fim de 7.5 milhões de anos, depois de muitos cálculos, o computador responde: 42. Percebi, assim, também, porque teria de circunscrever a minha busca: não sou um ser hiperinteligente, não tenho um supercomputador e estava claramente em desvantagem, em termos de tempo para a tarefa. E como não foi possível afinar a resposta, ela segue “um pouco mais longa”.

- Harari, Y. (2013). *De animais a deuses. História breve da humanidade*. Amadora: Vogais. [orig., 2012]
- Hawking, S. W., & Mlodinow, L. (2010). *O grande desígnio*. Lisboa: Gradiva. [orig., 2010]
- Hesse, H. (2003). *Elogio da velhice*. Algés: DIFEL. [orig., 1952]
- Kahneman, D. (2012). *Pensar depressa e devagar*. Maia: Círculo de Leitores. [orig., 2011]
- Kaku, M. (2014). *O futuro da mente*. Lisboa: Bizâncio. [orig., 2014]
- McMahon, D. (2009). *Uma história da felicidade*. Lisboa: Edições 70. [orig., 2006]
- Minois, G. (1987). *Histoire de la vieillesse*. Paris: Fayard.
- Russell, B. (2009). *A conquista da felicidade* (10^a ed.). Lisboa: Guimarães Editores. [orig., 1930]
- Van Doren, C. (2008). *Breve história do saber* (3^a ed.). Alfragide: Caderno. [orig., 1991]

INTRODUÇÃO



*Whatever exists at all exists in some amount.
To know it thoroughly involves knowing its quantity as well as its quality.*
(Edward L. Thorndike, psicólogo)

O progressivo envelhecimento da população humana é um fenómeno global contemporâneo, uma trajectória demográfica típica e indissociável dos designados países desenvolvidos, que tem vindo a alargar-se (ainda que de forma menos acentuada) aos países em desenvolvimento. Resulta, assim, numa maior proporção de adultos idosos (60 ou mais anos) e, particularmente, de adultos muito idosos (80 ou mais anos) (WHO, 2002, 2011). Tendo como referência os 60 ou mais anos de idade, as projecções prevêem, a nível mundial, um total de 1.2 biliões de pessoas, em 2025, atingindo os 2 biliões, em 2050 (WHO, 2002)⁴. Assim, o envelhecimento populacional é uma evidência e o incremento da proporção de idosos tem vindo a acentuar-se e continuará a aumentar, de acordo com as projecções.

Portugal surge, neste cenário, como o sexto país mais envelhecido do mundo (precedido pelo Japão, Alemanha, Itália, Suécia e Grécia) (Population Reference Bureau, 2010). Quando iniciámos a pesquisa para este projecto, os adultos idosos, considerando o critério de 65 ou mais anos de idade, representavam já 17.3% da população portuguesa, com a população com 80 ou mais anos de idade a representar 4.1%. A esperança média de vida era de 78.5 anos (INE, 2007). Mais recentemente, segundo os resultados preliminares dos Censos de 2011, a esperança média de vida é de 79.2 anos e 19.1% dos cidadãos tem 65 ou mais anos de idade (INE, 2012a). De acordo com as projecções, em 2060, os adultos idosos constituirão 32.3% da população portuguesa, com as pessoas com 80 ou mais anos a representar 13.3% da população (INE, 2009). Neste cenário, a emergência de centenários é também um facto a considerar (cf. Paúl, 2011).

Na realidade portuguesa é, ainda, de sublinhar que muitas destas pessoas vivem sozinhas ou com outros idosos, frequentemente num papel de cuidador. A maioria dos adultos idosos portugueses é pouco (ou nada) escolarizada (sem escolaridade, sem nível de escolaridade completo e/ou com 4 anos de escolaridade de educação formal). Adicionalmente, os idosos portugueses têm, em geral, baixos rendimentos e apresentam maior risco de pobreza (INE, 2012b; Rosa, 2012).

⁴ Partindo do referencial da idade cronológica, são considerados idosos os indivíduos com 60 ou mais anos, de acordo com o critério das Nações Unidas (cf. UN, 2007). De notar que a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) adopta também este critério, incluindo, adicionalmente, a seguinte diferenciação: indivíduos com 60 ou mais anos (nos países ditos em desenvolvimento) e com 65 ou mais anos (nos países ditos desenvolvidos) (cf. WHO, 1984, 2002).

Se considerarmos as dimensões de envelhecimento colectivo e individual, as estatísticas e o vector da idade cronológica atrás referidos são apenas uma face do fenómeno. Em estreita articulação com esta, a outra face inclui o envelhecimento societal (a nível colectivo) e o envelhecimento biopsicossocial (a nível individual) (cf. Rosa, 2012). O primeiro remete para a forma como o idoso é encarado (imagem) numa determinada organização da sociedade. No dizer de Minois (1987), cada sociedade tem os idosos que merece, cada tipo de organização socioeconómica e cultural é responsável pela imagem e papel dos seus idosos, da sua desvalorização ou valorização. Assim, as transformações demográficas lançaram o desafio de estudar o envelhecimento, a velhice e os idosos, no sentido de adaptar/transformar a sociedade, incluindo e considerando estas pessoas como um reflexo da conquista produtiva da humanidade (por exemplo, decorrente de factores socioeconómicos, do avanço técnico-científico e suas implicações para a saúde e condições de vida) e constituindo-se como um capital (humano) e um potencial decisivo na actual (e futura) sociedade (Minois, 1987; Paúl, 2005, 2012; Rosa, 2012; Simões, 2006).

Quanto ao envelhecimento biopsicossocial, sendo um reflexo do aspecto cronológico diferencia-se dele, sendo vivenciado de forma diferente por cada indivíduo e primando pela variabilidade inter- e intra-individual. Podemos, assim, ter *múltiplas idades*, consoante atendamos às alterações de ordem biológica (por exemplo, de nível fisiológico, sensorial), social (por exemplo, nos diversos papéis sociais assumidos) e/ou psicológica (nas dimensões cognitiva, afectiva/emocional e de capacidade funcional), sendo que esta realidade traduz a complexidade (e incompletude) do desenvolvimento humano e o modo diversificado de cada um envelhecer (cf. Baltes, 1997; Edelstein, Stoner, & Woodhead, 2008; Fonseca, 2005; Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin, & Gallagher-Thompson, 2003; Simões, 2006; Trentini, Chachamovich, & Fleck, 2008; Vaz Serra, 2006).

Em termos globais, actualmente, as pessoas vivem mais tempo e mais saudáveis, comparativamente a outros períodos de tempo da história da humanidade. No entanto, é possível delinear um padrão geral de consequências do processo de envelhecimento, que assinala a presença de declínio em diversas áreas do funcionamento (por exemplo, a nível sensorial, cognitivo, de integridade funcional e autonomia). Ademais, esse processo está também inevitavelmente associado à

probabilidade acrescida da presença de diversas condições médicas, algumas das quais crónicas, tais como doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica, condições músculo esqueléticas (por exemplo, artrite, osteoporose) e problemas de saúde mental (por exemplo, demência e depressão) (WHO, 2002). Apesar de se reconhecerem as perdas significativas e as vulnerabilidades ligadas ao envelhecimento, assume-se que este é também sustentado/otimizado por um certo potencial, nomeadamente cognitivo, emocional/ afectivo e de aprendizagem ao longo da vida.

Nesse sentido, usando a expressão da Organização Mundial de Saúde (2002), para além do *triumfo* que representa o envelhecimento, a esperança média de vida e a longevidade, estes assumem-se também como *vectores de desafio*, em termos de incontornáveis exigências socioeconómicas, de saúde, científicas e, inclusive, éticas que nos colocam. O maior desafio é, neste contexto, o desenvolvimento de actuações baseadas nos direitos, necessidades, preferências e capacidades das pessoas mais velhas, sendo-lhes proporcionada adequada protecção, segurança e cuidado, sempre que solicitem assistência (WHO, 2002). A proposta do paradigma de envelhecimento activo (e da solidariedade intergeracional), na década de 90 do século XX, espelha uma visão proactiva que reconhece a pessoa como capaz e actuante nesse processo de transformação (num contexto de interdependência, solidariedade entre gerações e dignidade), ao invés de meramente reactiva e passiva perante o *passar do tempo*. O envelhecimento activo é entendido como processo de cidadania plena, em que se optimizam oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objectivo de aumentar/potenciar a qualidade de vida, à medida que as pessoas vão envelhecendo. Ora, nesta conceptualização, a dimensão de Qualidade de Vida (QdV) surge, quer como ponto de partida/fundamento ou pressuposto, quer como um *end point* das actuações/intervenções. Ou seja, proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas idosas é manifestamente um dos objectivos/desafios a que devemos dar resposta (Fernandez-Ballesteros et al., 2009; Laidlaw et al., 2003; Vaz Serra, 2010).

Mas o que é a Qualidade de Vida?

Segundo Rapley (2003) (numa aproximação à afirmação de Ebbinghaus, relativa à Psicologia enquanto Ciência), a noção de QdV tem uma curta história, mas um longo passado. Tal é, ainda, mais evidente se considerarmos a abordagem de conceitos

afins e/ou relacionados como *felicidade, satisfação com a vida, bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico, estado de saúde e/ou estado funcional* (Arun & Çevik, 2011; Chatterji & Bickenbach, 2008; Fleck, 2008; McMahon, 2009; Quartilho, 2010; Ribeiro, 2005; Simões, 2006). De facto, o debate e a curiosidade sobre o que é e/ou promove o que poderíamos designar uma *vida boa* remontam aos primórdios da humanidade, sendo já considerados, com alguma sistematização, nos escritos dos filósofos gregos. Mas, como salientado por diversos autores, o conceito foi também sendo abordado, ao longo dos tempos, no âmbito de outras perspectivas e disciplinas, como a Medicina, a Economia, a Sociologia e a Psicologia, a título de exemplo (cf. Canavarro, 2010; Fayers & Machin, 2001; Hambleton, Keeling, & McKenzie, 2009).

No entanto, o interesse e aplicabilidade generalizados da temática da QdV ganharam alcance, principalmente, na década de 60 do século XX, aquando do debate da importância relativa dos indicadores económicos e da necessidade de considerar também indicadores sociais para avaliar o bem-estar das populações e dos indivíduos. A partir das décadas de 70 e 80 do século XX, a discussão centrou-se, adicionalmente, em torno da relevância de componentes objectivos e subjectivos de QdV, nomeadamente, no âmbito da saúde. A ligação do termo QdV à saúde decorre, aliás, da definição que a OMS/WHO (1948) fez desta, ao propor tratar-se de um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença. Nesse sentido, o foco é colocado no *lado positivo* do espectro do constructo, ampliando-o para lá da clássica consideração dos sintomas, da morbilidade e da mortalidade, e em que o interesse pela pessoa precede o interesse pela doença. Posteriormente (WHO, 1986, *cit. in* Ribeiro, 2005)⁵, a saúde passa a ser conceptualizada como um recurso para a vida, uma dimensão da QdV (e não apenas um objectivo de vida).

Porém, neste contexto, a expressão *qualidade de vida* é alvo de diferentes usos e interpretações/significados, tanto numa dimensão de senso-comum como numa lógica de abordagem científica. Efectivamente, diversos autores chamam a atenção para a proliferação de definições, modelos conceptuais, metodologias de avaliação e

⁵ Ulteriormente (WHO, 1987, *cit. in* Ribeiro, 2005), na definição foi adjectivado o *estado* como *sustentável*- estado sustentável de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença- delineando uma perspectiva ecológica do constructo.

aplicações práticas diversas, dificultando a clarificação, o aprofundamento do conceito e o entendimento das implicações do estudo da QdV (cf. Canavarro, 2010; Fayers & Machin, 2001; Fleck, 2008; Power, 2003). Hambleton, Keeling e McKenzie (2009) falam, mesmo, da “selva da QdV”. Numa sistematização que não pretende exaustiva, e considerando a ligação e relevância que comportam para a perspectiva de QdV da OMS/WHO (que adiante detalharemos), Canavarro (2010) salienta o *Modelo Global da Qualidade de Vida*, de Felce e Perry (1993, 1995), o *Modelo Integrativo da Qualidade de Vida*, de Granzin e Haggard (2000) e o *Modelo Ecológico*, de Bulbolz e colaboradores (1980) (cf. Canavarro, 2010)⁶. Os dois primeiros abordam a QdV conceptualizada como estado psicológico, representando a satisfação com a vida em referência a um conjunto de áreas ou domínios, e o último reporta-se à abordagem da QdV enquanto constructo predominantemente social, salientando os contextos e processos sociais que determinam a QdV do indivíduo. De modo mais específico, o *Modelo Global da Qualidade de Vida* valoriza a percepção que o indivíduo tem do seu bem-estar, incluindo descritores subjectivos e objectivos ponderados por um conjunto de valores pessoais e de aspirações, em referência a diversas dimensões, como bem-estar físico, material, social, emocional, desenvolvimento pessoal e actividades significativas. O *Modelo Integrativo da Qualidade de Vida*, operacionalizado empiricamente a partir de análises de modelos de equações estruturais, engloba o eixo pessoal (ex., factores demográficos, atitudes, valores), o ambiental (incluindo aspectos físicos e sociais) e o da experiência subjectiva de vida (ex., saúde mental). O comportamento de uma pessoa (e a avaliação das experiências) resulta, assim, da interacção entre características pessoais do indivíduo e da sua percepção relativamente ao meio em que está

⁶ Canavarro (2010) elenca um conjunto de modelos, nomeadamente: os que abordam a QdV como constructo predominantemente psicológico [*Modelo de Qualidade de Vida, Contentamento e Bem-Estar Subjectivo* (Frish, 1994), *Modelo da Expectativa de Vida Feliz* (Veenhoven, 1996), *Modelo do “Ser, Pertencer, Tornar-se”* (Raphael, Renwick, Brown, & Rootman, 1996); *Modelo Global da Qualidade de Vida* (Felce & Perry, 1993, 1995), *Modelo Integrativo da Qualidade de Vida* (Granzin & Haggard, 2000)]; e os que abordam a QdV como constructo predominantemente social, em referência à dimensão individual e/ou à QdV das populações e sociedades [*Modelo Ecológico* (Bulbolz, Eicher, Evers, & Sontag, 1980), *Modelo Esférico* (Lindström, 1992), *Modelo em Cascata* (Berkman & Glass, 2000), *Modelo do Ecosistema Humano* (Hancock, 1993; Hancock & Perkins, 1985); e *Modelo da Dialéctica Democrática* (Bernard, 1999), *Modelo Abrangente* (Berger-Schmidt & Noll, 2000), respectivamente]. Para um maior detalhe da bibliografia, ver o trabalho referido.

inserido. O *Modelo Ecológico* enfatiza uma perspectiva ecológica da QdV, sendo esta influenciada por vários sistemas, incluindo, as condições materiais e de saúde do indivíduo e as suas relações próximas e significativas (micro-sistema), a comunidade (meso-sistema) e a cultura, o país e sua organização geral nos quais se insere (macro-sistema).

Em termos da evolução do conceito *QdV*, apesar da diversidade, desde a valorização dos indicadores económicos e sociais aos psicossociais, dos componentes objectivos aos subjectivos, de medida relacionada com a saúde a medida mais global, tem vindo a estabelecer-se algum consenso. Ainda que na prática todos os referenciais conceptuais e de aplicação estejam disponíveis para utilização, o consenso vai no sentido de considerar a QdV como um constructo abrangente e amplo (que procura atender a uma perspectiva holística biopsicossocial do ser humano) e multidimensional (à semelhança da própria vida), que ultrapassa largamente a problemática da saúde (e/ou uma definição “restrita” de saúde). Ainda, é de salientar a característica de subjectividade na avaliação da QdV, ao valorizar-se a perspectiva e percepções do próprio sujeito (Bowling, Banister, Sutton, Evans, & Windsor, 2002; Daatland, 2005; Diener & Suh, 1997; Phillips, 2006; WHOQOL Group, 1994, 1995; Woods, 2008).

Na década de 90 do século XX, sob a égide da OMS, foi constituído um grupo que assumiu o estudo da QdV, o WHOQOL Group (*World Health Organization Quality of Life Group*). Radicando num programa de investigação sistemático e sistematizado, o Grupo WHOQOL visou estabelecer um paradigma de referência e conceptualização, a definição do constructo e respectiva operacionalização. Estabeleceu, para o efeito, uma matriz metodológica fundamentada e transcultural, integrando abordagens qualitativas (por exemplo, implementação de grupos focais) e quantitativas de análise (por exemplo, conjugando estudos no âmbito da Teoria de Resposta ao Item e da Teoria Clássica dos Testes), que permitiu, depois, criar um conjunto de instrumentos de avaliação. 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). Trata-se de um conceito abrangente que inclui, em intersecção complexa, a saúde física, a saúde mental, o nível de

independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a relação com aspectos importantes do meio ambiente (WHOQOL Group, 1994, 1995).

O Grupo WHOQOL começou por desenvolver as medidas genéricas de QdV, tendo iniciado o projecto com a participação de uma quinzena de países, que se alargou já a mais de quarenta, incluindo Portugal⁷. Tais medidas incluem: o WHOQOL-100 (num total de 100 itens, que avaliam os domínios *Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações sociais, Ambiente e Espiritualidade*, organizados num total de 24 facetas específicas que os representam, e incluindo ainda uma faceta de *QdV geral*); e a versão breve WHOQOL-Bref (num total de 26 itens, 24 itens que avaliam os domínios *Físico, Psicológico, Relações sociais e Ambiente* e 2 itens de *QdV geral*)⁸. Nessa sequência, reconhecendo as especificidades dos adultos idosos e a relevância/exigência de avaliar a QdV nesse grupo etário, foi discutida a adequabilidade dos referidos instrumentos para a população idosa (Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2005).

Naturalmente surge, então, a questão: como avaliar, de forma precisa e válida, a QdV em pessoas mais velhas?

Na literatura, uma das críticas mais salientes enfatiza o uso indevido de instrumentos de avaliação da QdV em adultos idosos, não validados para a população idosa e/ou construídos tendo como referência a população adulta mais jovem, sem cuidar de considerar as especificidades do adulto idoso (Halvorsrud & Kalfoss, 2007; Haywood, Liang, Chiu, & Fitzpatrick, 2005). Num estudo comparativo, Haywood e colaboradores (2005)⁹ referem que, de entre os instrumentos estudados

⁷ Para uma resenha dos estudos empreendidos, nomeadamente, relativa à análise das características psicométricas dos instrumentos, ver Simões, Sousa, Vilar e Paredes (2010).

⁸ Na versão breve, o domínio *Físico* integra o *Nível de independência* e o *Psicológico* integra o domínio *Espiritualidade*.

⁹ Neste estudo (Haywood et al., 2005), foram analisados instrumentos que permitem estabelecer parâmetros de perfis de saúde e de QdV, nomeadamente, *Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project* (COOP) and *WONCA/COOP Charts* [Nelson et al., 1987; Landgraf & Nelson, 1992], *Functional Status Questionnaire* (FSQ) [Jette, Davies, & Cleary, 1986; Yarnold, Stille, & Martin, 1995], *Goteborg Quality of Life Instrument* (GQL) [Tibblin et al., 1990; Nygren et al., 2001], *Health Status Questionnaire 12* (HSQ-12) [Health Outcome Institute, 1996; Bowling & Windsor, 1997], *Nottingham Health Profile* (NHP) [Hunt et al., 1980], *Quality of Life Index* (QLI) [Ferrans & Powers, 1985], *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) [Ware, 1993, 1997], SF-12 [Ware, Kosinski, & Keller, 1995], SF-20 [Ware, Sherbourne, & Davies, 1992], *Sickness Impact Profile* (SIP) [Bergner et al., 1981], *Spitzer Quality of Life Questionnaire* (SQL) [Spitzer et al., 1981]; e medidas mais breves de custo-utilidade/preferência, nomeadamente, *Assessment of Quality of Life Instrument* (AQoL) [Hawthorne et

e utilizados na avaliação de adultos idosos, à data da pesquisa, é mais sustentada a adequação do SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*; Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993) e do EQ-5D (*EuroQol*; EuroQoL Group, 1990), enquanto medidas de qualidade de vida relacionadas com a saúde. Ainda que não elaborados especificamente para essa população, a inclusão de participantes idosos nas amostras e as características psicométricas estabelecidas sustentam a sua utilização com adultos idosos. O SF-36 (num total de 36 itens de *Dor corporal, Vitalidade, Saúde geral, Saúde mental, Funcionamento físico, Funcionamento social, Desempenho emocional, Desempenho físico e Transição de saúde*) é o mais recomendado, quando se pretende uma avaliação mais detalhada e abrangente da saúde, particularmente com idosos da comunidade. O EQ-5D (num total de 5 itens de *Mobilidade, Cuidados pessoais, Atividades habituais, Dor/mal-estar e Ansiedade/depressão*) é uma boa medida, quando se pretende uma avaliação mais sucinta e se espera uma mudança acentuada na saúde, por exemplo, após implementação de uma intervenção. Em Portugal, quer o SF-36 (Ribeiro, 2005), quer o EQ-5D (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013) dispõem de estudos de validação para a população geral, incluindo sujeitos idosos. Com maior especificidade para a avaliação da QdV de adultos idosos, é de referir, também, o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (num total de 15 itens de *Doença, Vida independente, Relações sociais, Sentidos e Bem-estar psicológico*) (IAQdV; Fonseca et al., 2009; do original australiano *The Assessment of Quality of Life Instrument/AQol*, Hawthorne, Richardson, Osborne, & McNeil, 1997).¹⁰

Numa apreciação crítica, estes instrumentos respondem a algumas das limitações reportadas à avaliação da QdV em adultos idosos. Contudo, como descrito, ou não são particularmente propostos para avaliação de adultos idosos e/ou remetem para uma dimensão mais circunscrita da QdV (estado de saúde) ou, ainda que considerem o idoso como alvo de análise, decorrem de estudos metodologicamente menos sistemáticos, nesse âmbito. É, portanto, pertinente propor o desenvolvimento ou

al., 1997; Osborne et al., 2003], *EuroQol* (EQ-5D) [The EuroQol Group, 1990; Brazier et al., 1996], *Index of Health-related Quality of Life* (IHQL) [Rosser et al., 1992, 1993], *Quality of Well-Being Scale* (QWB) [Rosser et al., 1992; Kaplan & Anderson, 1996]. Para um maior detalhe e referências bibliográficas dos diferentes instrumentos, ver o referido estudo.

¹⁰ Uma breve referência, ainda, à Escala de Satisfação com a Vida (num total de 5 itens que avaliam a satisfação com a vida) (Simões, 1992; *The Satisfaction with Life Scale/SWLS*, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

adaptação de novos/outros instrumentos de avaliação, que possam *ir mais além* na resposta às críticas usualmente colocadas e que acabámos de enumerar.

Reconhecendo as críticas relativas à não consideração das especificidades do adulto idoso e às limitações metodológicas usualmente associadas à construção e adaptação de instrumentos (por exemplo, para línguas diferentes daquela em que se desenvolveram originalmente) para avaliação da QdV nessa população, e no sentido de dar continuidade aos estudos prévios do Grupo WHOQOL, foi criado, em 1999, o WHOQOL-OLD Group (*World Health Organization Quality of Life- Older Adults Module Group*). Mantendo o referencial conceptual geral e a plataforma metodológica transcultural, envolveu a participação inicial de 22 Centros de investigação, a nível mundial. O objectivo deste projecto foi estudar o funcionamento das medidas genéricas de QdV (WHOQOL-100 e WHQOL-Bref), especificamente, na população de adultos idosos, e responder à questão da eventual necessidade de incluir conteúdos adicionais de QdV relevantes para adultos idosos (não contemplados nas medidas referidas). Nesse âmbito, foi colocada a possibilidade de elaborar um módulo específico (complementar) para avaliação da QdV de idosos. Do processo implementado resulta a construção do WHOQOL-OLD (Power et al., 2005). Na versão original, o WHOQOL-OLD é constituído por seis facetas, num total de 24 itens, relativas a *Funcionamento sensorial, Autonomia, Actividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade*. Estas facetas permitem alargar os conteúdos dos domínios gerais, considerando a sua relevância em adultos idosos. Os estudos realizados reportam a robustez psicométrica do instrumento, sendo uma medida alternativa/de referência a considerar na avaliação da QdV de adultos idosos. Salientam, também, o seu potencial e adequabilidade em investigações transculturais e estudos epidemiológicos de QdV. Ainda, sublinham a relevância da sua utilização, por exemplo, no desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde, selecção e monitorização de intervenções clínicas, programas de saúde e de cuidados sociais, onde aspectos relativos à QdV sejam cruciais, bem como a sua utilidade na identificação de áreas de investimento que permitam potenciar a QdV de adultos idosos.

Em Portugal, no âmbito do projecto “Validação de provas de memória, inventários de avaliação funcional e de qualidade de vida” (Processo 74569; SDH-22 Neurociências; Investigador Responsável: Mário M. R. Simões), tem sido levado a cabo um conjunto sistemático de desenvolvimento, adaptação, validação e normalização de testes e outros instrumentos de avaliação (neuro)psicológica de adultos idosos (cf. Simões, 2012; Simões, Firmino, Pinho, Sousa, & Vilar, 2011). Este projecto reflecte uma matriz multidimensional de avaliação que, para além das tradicionais medidas de cognição/funções cognitivas, inclui e valoriza, também, medidas de capacidade funcional, de sintomatologia, de personalidade e de QdV. Para além da exigência ética de considerar as especificidades deste grupo populacional, na utilização mas, previamente, na elaboração dos instrumentos, visa disponibilizar um conjunto de instrumentos que cumpram a exigência de critérios psicométricos robustos e que sejam representativos dos constructos e da população a que se destinam (Simões, 2012; Simões et al., 2011; Simões, Freitas, Pinho, & Firmino, 2008). É no âmbito deste projecto mais amplo que se inclui o presente trabalho.

Elaboradas que foram estas (breves) considerações, em torno do envelhecimento, da velhice e do adulto idoso, da QdV e da sua avaliação, podemos concluir que saber o que é a QdV é um ponto importante para estabelecer um campo de análise. No entanto, apenas com a sua avaliação se torna possível estabelecer uma caracterização e ponto de referência, que guie as acções/intervenções que visam promovê-la, nomeadamente, em adultos idosos. Estas linhas de ancoragem obrigam, adicionalmente, a pensar os instrumentos de medida a utilizar. Daí a relevância de uma investigação que propõe a adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-Older Adults Module*/Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos, da Organização Mundial de Saúde) para a população portuguesa¹¹. Nos capítulos que se seguem, apresentamos o enquadramento, o processo e os resultados dessa investigação.

¹¹ Como definido no artigo de divulgação do processo de construção do instrumento (Power et al., 2005), é usualmente utilizada a designação abreviada *World Health Organization Quality of Life-OLD module*. Na versão portuguesa, apesar de proposta a designação em português, mantêm-se o acrónimo de língua inglesa, WHOQOL-OLD, por facilitar a identificação transcultural e estar já amplamente divulgado.

O trabalho está dividido em seis secções principais (capítulos 1 a 5 e discussão integrativa/considerações finais).

A primeira (capítulo 1) constitui um (breve) enquadramento conceptual e integra o trabalho ***Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*** (Vilar et al., 2010). Neste, são elaboradas considerações relativas ao envelhecimento e à indispensabilidade de avaliar a QdV em adultos idosos; delineado o processo de elaboração da versão original do WHOQOL-OLD, que definiu e sustentou o estudo português de adaptação, validação e normalização do instrumento; e apresentados os contornos gerais e específicos do projecto português.

Os capítulos seguintes reportam-se aos estudos empíricos portugueses realizados e integram quatro artigos: um referente ao estudo qualitativo e três aos estudos quantitativos.

O estudo I qualitativo (capítulo 2), ***Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais*** (Vilar et al., 2014), é referente à implementação e resultados dos grupos focais, 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).

O estudo II quantitativo (capítulo 3), ***European Portuguese WHOQOL-OLD module: An analysis using the Rasch model*** (Vilar, Prieto, Sousa, & Simões, submetido), refere-se ao estudo-piloto (N=412) e apresenta as análises efectuadas no âmbito do modelo Rasch, que permitiram estabelecer a versão final portuguesa do WHOQOL-OLD. Inclui análises relativas à selecção dos itens que constituem a nova faceta *Família/Vida familiar* (culturalmente relevante, na nossa população), dimensionalidade, estatísticas dos itens e das pessoas, categorias de resposta, funcionamento diferencial dos itens e impacto das variáveis sociodemográficas e de percepção subjectiva de saúde na QdV.

O estudo III quantitativo (capítulo 4), ***The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies***

(Vilar, Sousa, & Simões, submetido), reporta-se às análises das características psicométricas do WHOQOL-OLD, efectuadas no âmbito da Teoria Clássica dos Testes (N=921). Inclui dados relativos à aceitabilidade (simetria e achatamento, efeitos de chão/tecto e *missing*), precisão (consistência interna e estabilidade teste-reteste) e validade (convergente/divergente, discriminante e de constructo).

O estudo IV quantitativo (capítulo 5), **European Portuguese WHOQOL-OLD module: Influence of sociodemographic and perceived health variables and normative data** (Vilar, Sousa, & Simões, submetido), é relativo à análise do impacto das variáveis sociodemográficas (*género, idade, escolaridade, estado civil, região geográfica, área geográfica e condição de vida*) e de *percepção subjectiva de saúde* na QdV, que circunscrevem o estabelecimento dos dados normativos do WHOQOL-OLD para a população portuguesa (N=921).

A sexta secção, **Discussão Integrativa e Considerações Finais**, retoma e articula os aspectos relativos ao enquadramento conceptual do constructo *QdV* e respectiva avaliação em adultos idosos, a relevância e inclusão de medidas de QdV em protocolos de avaliação (neuro)psicológica e os principais resultados do processo de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa de adultos idosos, numa visão de conjunto, reflexiva e crítica. Adicionalmente, sintetiza as potencialidades/vantagens e limitações do projecto e o delineamento de linhas investigacionais futuras para aperfeiçoamento do mesmo.

* * *

Correndo o risco de quebrar a ortodoxia de conteúdos de um capítulo introdutório, gostaria de salientar, contudo, outras secções deste trabalho. Não pertencendo tais secções, usualmente, ao “palco” de uma investigação [*o que nos é dado (a) ver*], constituem-se como os bastidores, dinâmicos, espontâneos ou sistematizados, mas sempre genuínos, onde tudo se prepara, para que o resultado último visível “saia bem” [*a visão mais ampla do(s) projecto(s)*].

Num primeiro momento, a Dedicatória e os Agradecimentos, a significar a magnitude de entrega a uma tarefa, lembrando que os nossos pontos de vista ganham outro alcance quando são partilhados, em valor, reflexão crítica e em

atitude de constante transformação. A significar, adicionalmente, o sentido relativo (das proporções) do nosso contributo para a explicação e/ou compreensão de um fenómeno ou realidade a investigar, porque nenhum trabalho nasce do nada, nem se realiza em verdadeira solidão; reconhecendo e valorizando as intersecções de caminhos, em confluência e/ou divergência de perspectivas, na sua incompletude, que conferem a face humana a/de qualquer projecto. E porque se é um facto que neste tipo de tarefas somos chamados a dar provas de cognição, também temos de reconhecer, todavia, que provavelmente de muito menor valor se revestiriam se não tivessem a acompanhá-las provas de afecto.

Finalmente, o Preâmbulo, representando um fio condutor primordial que, *estando dentro* do trabalho, me foi permitindo, num movimento de “manter a sanidade”, (sor)rindo, colocar *do lado de fora*. Como costume dizer, todos os que já realizaram dissertações/teses percebem do que estou a falar. Aliás, acho que até os consigo, daqui, ver/ouvir (sor)rir, também...

Referências bibliográficas

- Arun, Ö., & Çevik, A. Ç. (2011). Quality of life in ageing societies: Italy, Portugal, and Turkey. *Educational Gerontology, 37*, 945-966.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*, 366-380.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health, 6*, 355-371.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- 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.
- Daatland, S. O. (2005). Quality of life and ageing. In M. L. Johnson (Ed.), V. L. Bengtson, P. G. Coleman, & T. B. L. Kirkwood (Eds. Assoc.), *The Cambridge*

- handbook of age and ageing* (pp.371-377). New York: Cambridge University Press.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Edelstein, B. A., Stoner, S. A., & Woodhead, E. (2008). Older adults. In M. Hersen, & J. Rosqvist, (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment. Case conceptualization, and treatment. Vol. 1: Adults* (pp. 646-673). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- EuroQoL Group. (1990). EuroQol – A new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2001). *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fernandez-Ballesteros, R., Frensch, P. E., Hofer, S. M., Park, D. C., Pinqart, M., Silbereisen, R. K., ..., Whitfield, K. E. (2009). Berlin declaration on the quality of life for older adults: Closing the gap between scientific knowledge and intervention. *European Journal of Ageing*, 6, 49–50.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675.
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais e qualidade de vida. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de validação para a população idosa portuguesa. *Psychologica*, 50, 373-388.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing*, 4, 229-246.

- Hambleton, P., Keeling, S., & McKenzie, M. (2009). The jungle of quality of life: Mapping measures and meanings for elders. *Australasian Journal on Ageing*, 28(1), 3-6.
- Hawthorne, G., Richardson, J., Osborne, R., & McNeil, H. (1997). *The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument. Construction, initial validation & utility scaling*. Monash University: Centre for Health Program Evaluation.
- Haywood, K. L., Liang, W. M., Chiu, Y. N., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*, 14, 1651-1668.
- Instituto Nacional de Estatística/INE. (2007). *Dia internacional do idoso*. Acedido a 1 de Março de 2007, em www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística/INE. (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística/INE. (2012a). *Censos 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística/INE. (2012b). *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*. Acedido a 10 de Agosto de 2014, em www.ine.pt.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. England, Chichester: John Wiley & Sons.
- McMahon, D. (2009). *Uma história da felicidade* (trad. port.). Lisboa: Edições 70. [orig., 2006]
- Minois, G. (1987). *Histoire de la vieillesse*. Paris: Fayard.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2011). Centenários: O novo desafio para a medicina e as ciências sociais. In L. Fernandes, M. G. Pereira, L. C. Pinto, H. Firmino, A. Leuschner (Eds.), *Jornadas de Gerontopsiquiatria* (pp. 9-12). Águeda: Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia. Aspectos*

- biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1-17). Lisboa: LIDEL.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. New York: Routledge.
- Population Reference Bureau. (2010). *2010 World population data sheet*. Retrieved from http://www.prb.org/pdf10/10wpds_fr.pdf.
- 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.
- Quartilho, M. J. R. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa? In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-126). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Rapley M. (2003). *Quality of life research: A critical introduction*. London: Sage Publications.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Porto: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida. *Revista Portuguesa de Pedagogia, XXVI*(3), 503-515.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica, 34*(1), 9-33.
- Simões, M. R., Firmino, H., Pinho, M. S., Sousa, L. B., & Vilar, M. (2011). Instrumentos de avaliação na área do envelhecimento: Algumas linhas de investigação. In L. Fernandes, M. G. Pereira, L. C. Pinto, H. Firmino, A. Leuschner (Eds.), *Jornadas de Gerontopsiquiatria* (pp. 99-104). Águeda: Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria.

- Simões, M. R., Freitas, S., Pinho, M. S., & Firmino, H. (2008). Ética e deontologia na avaliação neuropsicológica de adultos idosos: Problemas, novos dilemas, algumas respostas. In A. Matos, C. Vieira, S. Nogueira, J. Boavida, & L. Alcoforado (Eds.), *A maldade humana: Fatalidade ou educação?* (pp. 247-271). Coimbra: Almedina.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Vilar, M., & Paredes, T. (2010). Avaliação da qualidade de vida: Uma breve revisão de estudos psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOL- Bref. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 129-170). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de vida em idosos. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 218-228). Porto Alegre: Artmed Editora.
- United Nations/UN. (2007). *World population ageing*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- Vaz Serra, A. (2006). Que significa envelhecer?. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A. (2010). Qualidade de vida e saúde. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Vilar, M., Prieto, G., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). European Portuguese WHOQOL-OLD module: An analysis using the Rasch model.
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 37, 71-95.
- 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.

- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet *Family/Family life*: Reliability and validity studies.
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). European Portuguese WHOQOL-OLD module: Influence of sociodemographic and perceived health variables and normative data.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.
- Woods, B. (2008). Assessing mood, wellbeing and quality of life. In B. Woods, & L. Clare (Eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (2nd ed., pp. 415-427). England, Chichester: John Wiley & Sons.
- World Health Organization/WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneve: WHO.
- World Health Organization/WHO. (1984). *The uses of epidemiology in the study of the elderly*. Geneve: WHO.
- World Health Organization/WHO. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneve: WHO.
- World Health Organization/WHO. (2011). *Aging and life course*. Geneve: WHO.
- World Health Organization Quality of Life Group/WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- World Health Organization Quality of Life Group/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.

CAPÍTULO 1.

(BREVE) ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



O Homem é a medida de todas as coisas.
(Protágoras, de Abdera, filósofo)



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.

Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*

Manuela Vilar¹, Mário R. Simões¹, Liliana B. Sousa¹,
Horácio Firmino², Tiago Paredes³, Margarida P. Lima⁴

Resumo

Neste texto é apresentado o processo de desenvolvimento e validação do módulo WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-OLD module*; Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-OLD Group, 2005). Similarmente aos restantes instrumentos do Grupo para o Estudo da Qualidade de Vida (WHOQOL Group), da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), a sua criação tem como ponto de partida o conceito de Saúde da OMS e a definição de Qualidade de Vida avançada pelo referido Grupo. Metodologicamente, este processo segue o conjunto de procedimentos estabelecidos para a construção dos diversos instrumentos (cf., por exemplo, WHOQOL-100 e WHOQOL-HIV), cumprindo uma matriz transcultural de investigação. Estes delineamentos afiguram-se relevantes e incontornáveis, já que definem o projecto de adaptação, standardização e validação do WHOQOL-OLD para a população idosa portuguesa, que aqui é apresentado nos seus contornos gerais e específicos. Previamente, em jeito de introdução e contextualização do tema em análise, são tecidas breves considerações relativamente ao envelhecimento e à indispensabilidade de avaliar a Qualidade de Vida (QdV) em Adultos Idosos.

* Projecto “Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida”, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian [Proc. 74569].

¹ Serviço de Avaliação Psicológica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

² Consulta de Gerontopsiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

³ Bolseiro de Doutoramento FCT (SFRH/BD/29132/2006).

⁴ Núcleo de Assistência Psicológica e Formação de Adultos. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Abstract

In this text the development and validation process of the WHOQOL-OLD module (*World Health Organization Quality of Life-OLD module*; Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-OLD Group, 2005) is presented. Similarly to others instruments developed by the WHOQOL Group, definitions of *Health* and *Quality of Life* (QoL) proposed supported the conceptual framework of the WHOQOL-OLD. The process was conducted using previous cross-cultural research procedures (e.g., as with WHOQOL-100 and WHOQOL-HIV). The cross cultural methodological matrix is a reference for the adaptation, standardization and validation of the European Portuguese WHOQOL-OLD research project, synthetized in this chapter. As introduction and contextualization of the thematic, a brief reference to ageing and relevance of QoL assessment in older adults is also elaborated.

Para a elaboração deste capítulo, pretendendo esboçar uma perspectiva de análise e conferir uma estrutura articulada à apresentação, a um tempo sintética e a outro representativa, seleccionámos três vectores de delineamento: (i) *Qual Idade de Vida?* – onde teceremos breves considerações sobre o envelhecimento; (ii) *Qualidade Devida* – onde faremos referência ao paradigma de Avaliação da Qualidade de Vida (QdV) da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) e à relevância deste constructo numa abordagem multidimensional de avaliação (neuro)psicológica do Idoso; e (iii) *Qualidade de Vida* – onde intersectamos os dois eixos já referidos, colocando a ênfase nos instrumentos de avaliação de QdV, particularizando a análise em torno do WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-OLD module*; Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-OLD Group, 2005), tanto dos seus estudos originais, como do projecto de adaptação e validação para a população idosa portuguesa.

Qual Idade de Vida?

Na sequência de mais de uma década de estudos (nomeadamente, demográficos) e de um conjunto de iniciativas e planos de acção sobre o envelhecimento, quando em 1990 a Assembleia Geral das Nações Unidas recomendou que o dia 1 de Outubro fosse assinalado como o Dia Internacional do Idoso, atribuiu inegável visibilidade a este grupo etário, quer em termos de consagrar a velhice como condição social reconhecida (atendendo ao progressivo aumento do número de adultos idosos e da esperança de vida, na população humana mundial), quer como etapa significativa e com relevo no ciclo de vida (com as suas especificidades de ordem biológica, social e psicológica). Em Portugal, foram recentemente contabilizados 1 828 617 idosos (considerando 65 e mais anos de idade), sendo 58.2% mulheres e 41.8% homens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2007). Em 2006, com uma esperança média de vida de 78.5 anos (81.8 anos para as mulheres e 72.2 anos para os homens), os idosos representavam já 17.3% da população total, face a 15.5% de população jovem (0-14 anos) e 67.3% de população em idade activa (15-64 anos), e com a população com 80 e mais anos de idade a representar 4.1%. As taxas de variação (comparativamente ao levantamento de 1990) traduziram-se em 34.8% (para os 65 e mais anos) e 66.8% (para os 80 e mais anos), sendo projectada, para os próximos

25 anos, uma trajectória ainda mais vincada em termos desta progressão, com particular saliência para a faixa etária dos 80 e mais anos, significando, portanto, maior número de idosos e, sobretudo, de idosos mais velhos. Sendo este o horizonte da realidade nacional, também em termos internacionais transparece similar projecção, com o fenómeno a caracterizar já não apenas as sociedades ditas desenvolvidas, mas alargando-se progressivamente às sociedades em desenvolvimento (cf. Rajkumar & Kumar, 1996).

Assim, a actual evidência que qualquer matriz de dúvida metódica, mesmo nos seus moldes metodológicos mais simples, nos permite apreender ou alcançar é: Existo, logo envelheço. Esta constatação implica o reconhecimento de diversos desafios, aos quais urge dar resposta. A idade cronológica reflecte apenas uma das faces do fenómeno (porventura, a mais simples e descritiva), uma vez que em termos de envelhecimento podemos ter *múltiplas idades*, consoante atendamos às alterações de ordem biológica (por exemplo, de nível fisiológico, sensorial), social (por exemplo, nos diversos papéis sociais assumidos) e/ou psicológica (nas dimensões cognitiva, afectiva/emocional e de capacidade funcional); esta realidade traduz a complexidade do desenvolvimento humano e exige outros pontos de vista, do explicativo ao de compreensibilidade (cf. Vaz Serra, 2006). De entre esses desafios são de salientar, por um lado, a preocupação em diferenciar o designado processo de *senilidade* do processo de *senescência*. Estando o primeiro associado ao envelhecimento patológico, sobrepõe-se, por vezes, por redução de perspectiva, ao próprio processo normal de envelhecimento, representado pelo segundo conceito, e isto, não apenas no que à representação social do envelhecimento se refere, mas, inclusive, a determinadas “leituras científicas” da questão, ao serem sobretudo sublinhados as perdas e os défices, desvalorizando-se os aspectos específicos relativos ao desenvolvimento (cf. Attix & Welsh-Bohmer, 2006; Birren & Shaie, 1996; Lazarus & Lazarus, 2006; Lopez & Snyder, 2003). Nesse sentido, apesar de se reconhecerem as perdas significativas ligadas ao envelhecimento, assume-se que este é também sustentado por um certo potencial, nomeadamente cognitivo, emocional/ afectivo e de aprendizagem ao longo da vida. Este potencial pode, ademais, ser aproveitado para desenvolver a ideia e a acção (intervenção) para uma linha de envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes 1990). É, de notar, porém, que mais recentemente Baltes e Smith (2003) colocaram a questão dos limites desta

trajectória, sendo nos idosos mais velhos caracterizada por uma maior vulnerabilidade e imprevisibilidade e associada à menor capacidade funcional que estes usualmente apresentam. Nestas circunstâncias, os autores sublinham os constrangimentos em termos de intervenção a levar a cabo.

Nesta perspectiva de análise, são também, por outro lado, evidenciados os aspectos relativos à patologia, reconhecendo as especificidades dos problemas de saúde (física e mental) como um elemento a ter em conta neste grupo etário. E, particularmente relacionadas com o aumento da esperança de vida, estão as inegáveis mudanças que os avanços da Medicina potenciaram, vindo exigir novos olhares sobre a concepção de doença (e de saúde), neste caso, ao enfatizar a mudança de um padrão de doenças predominantemente infecciosas para predominantemente crónicas, com todas as consequências e exigências (por exemplo, pessoais, sociais, económicas e, inclusive, éticas) que tal acarreta. As doenças crónicas tornam-se, deste modo, mais prevalentes em idosos, não sendo de descurar, adicionalmente à morbilidade e co-morbilidade, um conjunto de patologias incapacitantes (por exemplo, demências, depressão), que afectam a funcionalidade e autonomia/ independência, sobretudo dos idosos mais velhos, com evidentes implicações também para os cuidadores. É, ainda, colocada a questão das necessidades percebidas e das intervenções e serviços que lhes dêem resposta, onde a percepção subjectiva do estado de saúde e da qualidade de vida ganha particular importância (cf. Bond & Corner, 2004; Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006; Firmino, 2006; Power, 2003; Rajkumar & Kumar, 1996; Trentini, Chachamovich, & Fleck, 2008).

Assim, conjugando aspectos de ordem social (considerando, por exemplo, o impacto das estatísticas) e de saúde (incluindo neste tópico, nomeadamente, os aspectos físicos e as variáveis de natureza (neuro)psicológica, torna-se necessário caracterizar este grupo etário, por forma a implementar medidas de avaliação e de intervenção fundamentadas e ajustadas, referenciando-se às abordagens de envelhecimento *normal*, *patológico* e *bem sucedido*, no sentido de aproximar e/ou re-orientar o mais (melhor) possível as duas primeiras trajectórias na direcção desta última.

Qualidade Devida

Exemplo da tendência anteriormente referida são os múltiplos projectos que a OMS tem levado a cabo, dando particular relevo ao conceito de Qualidade de Vida⁵, tendo sido criado um Grupo específico de pesquisa para desenvolver estudos nessa área, o WHOQOL Group (cf. WHOQOL Group, 1995). O conceito de saúde da OMS (não se reportando, apenas, à ausência de doença, mas significando primordialmente o bem-estar físico, mental e social) e a definição de Qualidade de Vida avançada pelo referido Grupo, enfatizando *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), vieram permitir enquadrar e operacionalizar o constructo. O paradigma de QdV avançado assenta, deste modo, em três pilares fundamentais: o da Subjectividade (ao valorizar a perspectiva e as percepções do próprio sujeito, passíveis de mudança ao longo da vida), o da Multidimensionalidade (ao considerar que reflecte a intersecção de diversas dimensões) e o da Dimensão Positiva-Negativa (tendo em conta dimensões positivas, ex. mobilidade, e negativas, ex. dor, isto é, estabelecendo que a QdV envolve, numa articulação dinâmica, a presença de determinados elementos e a ausência de outros) (cf. Fleck, 2008; WHOQOL Group, 1995).

Nos seus contornos gerais, esta matriz de referenciação não é alheia aos modelos de avaliação (neuro)psicológica do Adulto Idoso. Progressivamente, têm vindo a alargar o leque de funções/dimensões avaliadas, ao considerarem, além das medidas mais tradicionais de ordem cognitiva (por exemplo, nível intelectual geral, memória, funções executivas, atenção, linguagem), dimensões que contemplam variáveis de ordem personalística e afectiva/emocional, de capacidade funcional e de QdV (Attix & Welsh-Bohmer, 2006; Dahlman, Ashman, & Mohs, 2000; Edelstein, Drozdick, & Kogan, 1998; Green, 2000; Leturia Arrazola, Yanguas Lezaun, Arriola Manchola, & Uriarte Méndez, 2001; Low & Molzahn, 2007; Osterweil, Brummel-Smith, & Beck, 2000). Os autores reconhecem que a não inclusão ou consideração destes diferentes parâmetros pode retirar alcance e validade aos processos de avaliação, quer nos

⁵ No caso específico da população idosa, é complementarmente reconhecida a relevância do conceito de (In)Capacidade Funcional (cf. World Health Organization [WHO], 2000; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004).

seus resultados, respectiva análise e interpretação, quer nos delineamentos de intervenção que daí podem/devem decorrer. São, ainda, conjugados, nesse processo, dados de nível quantitativo e qualitativo, onde a percepção subjectiva dos idosos é tida em conta. A própria problematização dos objectivos que definem a avaliação (neuro)psicológica destaca esta tendência, ao re-orientar tais objectivos do ângulo de análise da integridade estrutural e funcional (do sistema nervoso central, nas suas relações com o comportamento humano), para o da caracterização dos défices e das áreas preservadas e da confluência de informações com vista a intervir e a avaliar o processo interventivo (nas suas estratégias, procedimentos e resultados), promovendo a adaptação dos indivíduos aos seus contextos e melhores percursos de vida. Neste campo, *utilidade* e *validade ecológica* ganham relevo, enquanto (novos) parâmetros psicométricos a considerar.

Reconhece-se, pois, como primordial objectivo, numa formulação que é já mote dos investigadores de diferentes áreas de estudo do Envelhecimento, *não acrescentar apenas anos à vida* (longevidade), *mas acrescentar vida aos anos* (qualidade), num claro sentido de valorização do Idoso (qualidade devida) e de um novo paradigma de compreensão/explicação da realidade, que se move de um prisma que sublinha os défices, para um que enfatiza o ajustamento/funcionamento óptimo (perspectivas positivas/Psicologia Positiva).

E quando se entende a Qualidade Devida nesse âmbito, outra dimensão de relevo há a considerar neste ponto: a devida qualidade que se refere aos instrumentos de avaliação. Partindo de uma matriz multidimensional de sustentação, é condição necessária a elaboração de instrumentos/testes de avaliação (neuro)psicológica, quer em maior número, quer em variedade, visando que proporcionem informação/resultados cada vez mais válidos e fiáveis. E daí a exigência de rigor nos procedimentos de conceptualização (considerando desde logo as especificidades do Idoso, ao estabelecer os constructos), standardização e normalização, potenciando a sua especificidade e sensibilidade, de forma a permitir estabelecer, de modo representativo, as características dos sujeitos e dos problemas⁶.

⁶ Para aprofundamento deste tópico, sugerimos as seguintes referências bibliográficas: Burns, Lawlor, & Craig, 2004; Coons, Rao, Keininger, & Hays, 2000; Fayers & Machin, 2001; Lezak, Howieson, & Loring, 2004; Mendonça, Guerreiro, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 2008;

Donald Clifton, no prefácio à obra de Lopez e Snyder, (*Positive psychological assessment. A handbook of models and measures*, 2003, p. XIII), adverte, de modo perspicaz, que «No important change takes place without measurement». No entanto, considerando os delineamentos que temos vindo a efectuar, torna-se possível introduzir uma dimensão complementar de análise, a saber, a da *significação*, provavelmente sem a qual nenhuma mudança tem valor. Numa aproximação de tradução à língua inglesa, diríamos *Probably, no change has value unless it has meaning*.

Neste âmbito, adentro do paradigma apresentado, onde *measuring* e *meaning* se cruzam, os instrumentos que se referem à Qualidade de Vida merecem particular atenção. No ponto que se segue, daremos especial relevo ao WHOQOL-OLD.

Qualidade de Vida

No seguimento da elaboração e validação do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Bref, enquanto medidas genéricas de QdV do Grupo WHOQOL⁷, o projecto WHOQOL-OLD, com início em 1999, teve como objectivos adaptar estas medidas à população idosa e desenvolver um módulo adicional complementar aos instrumentos atrás referidos, a ser utilizado com adultos idosos. Pretendendo manter como pilar de sustentação a matriz transcultural de abordagem (Skevington, Sartorius, Amir, & The WHOQOL Group, 2004; Power, 2003; WHOQOL Group, 1995), visando criar um único módulo, a utilizar nos diferentes países, ainda que não colocando de lado a possibilidade de cada cultura, nas suas especificidades, vir a criar um módulo distinto e diferenciado (atendendo a que diversas características e atitudes culturais em relação ao Idoso e ao Envelhecimento tal pudesse exigir), à investigação estiveram subjacentes duas questões principais, ponderando-se: (i) são os instrumentos genéricos de QdV elaborados para a população adulta mais jovem passíveis de uma utilização válida com adultos idosos; e (ii) há áreas ou domínios específicos da QdV mais relevantes para adultos idosos (e que não estão contempladas nas medidas iniciais), no sentido de dar maior alcance e validade à avaliação deste grupo etário (Power et al., 2005).

Mitrushina, Boone, Razani, & D'Elia, 2005; Peña-Casanova, Fombuena, & Fullà, 2004; Strauss, Sherman, & Spreen, 2006.

⁷ Confira, para os estudos portugueses, Canavarró et al., 2006, 2009; Vaz Serra et al., 2006a, 2006b.

De notar que este questionamento partiu da análise dos dados e resultados referentes aos estudos com os primeiros instrumentos, uma vez que as amostras incluíam, também, sujeitos com 65 ou mais anos de idade. Por um lado, de um modo geral, este grupo etário reportava uma maior satisfação nas facetas relativas ao *Apoio social e Relacionamentos pessoais, Recursos financeiros*, determinados aspectos relativos ao *Ambiente no lar*, bem como uma menor expressão de *Sentimentos negativos* (significando, uma melhor saúde psicológica e contrariando, assim, alguns dos estereótipos acerca do Idoso). Por outro, por exemplo, facetas relativas ao *Funcionamento sensorial e Comunicação* foram retiradas, por gerarem problemas de natureza psicométrica na avaliação da população de adultos jovens, ao invés do verificado no grupo dos adultos idosos, onde estas facetas se apresentavam como opções pertinentes. Estas evidências necessitavam, assim, de ser re-analisadas, mas com amostras mais representativas, donde a pertinência e exigência do novo projecto e da criação do Grupo WHOQOL-OLD (sendo o Centro Coordenador o de Edimburgo/Escócia, num total inicial de 22 Centros/países participantes), para elaborar e testar uma nova medida de QdV a ser utilizada com adultos idosos, nos mais diversos contextos, desde estudos epidemiológicos, desenvolvimento de serviços e/ou de intervenções de ordem clínica, onde aspectos relativos à QdV sejam cruciais (Power et al., 2005)⁸.

Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-OLD

Similarmente ao processo de construção do WHOQOL-100 este estudo seguiu o conjunto de procedimentos metodológicos consensualmente estabelecidos: (i) elaboração e discussão do protocolo inicial para condução de grupos focais (segundo o método iterativo/técnica Delphi); (ii) realização de grupos focais; (iii) estudo-piloto; e (iv) estudo de campo. Em cada uma destas fases, considerando o envolvimento de diversos países, com línguas diferentes, foi dada particular atenção à tradução de materiais a utilizar, seguindo, para o efeito, as directivas da OMS.

⁸ Para a elaboração deste ponto, o artigo de Power et al. (2005) constituiu a fonte primária de informação. No entanto, as publicações relativas aos estudos brasileiros (Centro de Porto Alegre/Brasil) foram também relevantes e um marco de referência para o nosso trabalho, nomeadamente: Chachamovich, Trentini, Fleck, Schmidt, & Power, 2008; Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2003, 2006.

Assim, no caso do módulo WHOQOL-OLD, a primeira fase foi relativa à revisão do conceito de QdV, especificamente, considerando as particularidades dos adultos idosos, com identificação de lacunas nas dimensões abrangidas pelo WHOQOL -100 e de outras questões acerca da utilização dos instrumentos de QdV que pudessem ser relevantes para esta população, sugerindo itens adicionais e criando diretrizes para a realização de grupos focais. O protocolo referente à planificação e condução dos grupos focais estabeleceu uma estrutura comum de implementação, interpretação e análise dos dados recolhidos (Quinn, 2001). Estabeleceu-se que cada Centro deveria efectuar um mínimo de seis grupos focais (com 4 a 6 participantes, cada): um com profissionais de saúde que desenvolvessem actividades com idosos; um com cuidadores; e quatro grupos com idosos, estes últimos com número similar de sujeitos, considerando as variáveis *idade* (“60-80 anos” e “mais de 80 anos” de idade), *género* (“homens” e “mulheres”) e *estado de saúde* (“saudáveis” e “doentes”)⁹. De notar que esta variável se refere à percepção subjectiva de estado de saúde do indivíduo, independentemente de condições objectivas da mesma. No entanto, foram também estabelecidos critérios de exclusão: não poderiam ser seleccionados sujeitos idosos com doenças terminais, declínio cognitivo significativo ou demência.

Os grupos focais, enquanto metodologia qualitativa que visava explorar e identificar temas e questões em torno da QdV, incluíram quatro partes: (i) discussão geral não estruturada, sobre aspectos de QdV considerados importantes para a população de adultos idosos; (ii) comentário sobre as facetas e itens do WHOQOL-100 e avaliação da sua importância para os idosos; (iii) avaliação da pertinência dos itens adicionais sugeridos pelos Centros, na primeira fase do estudo; e (iv) sugestão de novos itens e/ou áreas adicionais de QdV relativos a adultos idosos, não abordados nos momentos anteriores¹⁰.

Deste processo resultaram 40 itens, conceptualmente agrupados em seis facetas (*Funcionamento sensorial; Autonomia; Morte e morrer; Actividades passadas,*

⁹ Foram as variáveis *idade* e *estado de saúde* que estabeleceram o quadro de formação dos 4 grupos: “60-80 anos, saudáveis”, “60-80 anos, doentes”, “mais de 80 anos, saudáveis” e “mais de 80 anos, doentes”.

¹⁰ A título de exemplo, consultar o relatório elaborado pelo Centro de Melbourne/Austrália (Murphy & Hawthorne, 2001). Para uma análise crítica dos procedimentos, vantagens e limitações do protocolo para condução dos grupos focais, ver Hawthorne, Davidson, Quinn, McCrate, & Winkler (2006).

presentes e futuras; Participação/isolamento; e Ocupação do tempo) constituindo-se o módulo inicial WHOQOL-OLD¹¹.

O estudo-piloto, com a finalidade de testar e refinar o instrumento construído, envolveu a participação de 22 Centros, sendo solicitado a cada um a constituição de uma amostra de conveniência de, pelo menos, 300 sujeitos adultos idosos, respeitando os critérios de amostragem sugeridos (número aproximadamente igual de sujeitos, relativamente às variáveis *idade, género e estado de saúde*), como referido atrás. Quanto ao N das amostras, é de registar a excepção relativa aos Centros de Paris/França e Genebra/Suíça, se considerados autonomamente, mas que, para cumprimento do critério, constituíram e partilharam um mesmo grupo de sujeitos (cf. Quadro 1). A amostra total foi constituída por 7401 sujeitos, com idade média de 73.1 anos ($DP=8.0$). De um modo geral, e tendo em conta os valores globais, é de notar uma percentagem relativamente superior de participantes mulheres (57.8%), bem como de indivíduos que se percebem como “saudáveis” (70.1%)¹², sendo identificadas tendências semelhantes, quando se consideram as amostras de cada um dos Centros, isoladamente (cf. Tabela 1).

¹¹ De assinalar, adicionalmente, a sugestão de 4 itens suplementares para as facetas do WHOQOL-100 (*actividade sexual*: dois itens; *pensamento, aprendizagem, memória e concentração*: um item; e *ambiente no lar*: um item).

¹² De salientar que 92% dos indivíduos que apresentavam condições objectivas de morbilidade/comorbilidade (de acordo com os dados obtidos no questionário de variáveis de saúde), se perceberam, não obstante, como “saudáveis”.

Tabela 1: Centros incluídos no desenvolvimento do módulo WHOQOL-OLD e características das amostras do estudo piloto e do estudo de campo*

Centro	País	N Estudos	Idade (M ± DP)	Gênero (% mulheres)	Estado de saúde (% saudável)
Edimburgo	Escócia	303 [116]	73.3 ± 8.2 [77.59 ± 10.47]	68.5 [67.2]	83.8 [82.1]
Bath	Inglaterra	331 [145]	74.3 ± 8.0 [69.65 ± 7.10]	59.5 [62.8]	84.5 [91.6]
Leipzig	Alemanha	433 [354]	72.3 ± 8.2 [72.73 ± 8.65]	43.6 [46.7]	65.6 [63.4]
Barcelona	Espanha	302 [271]	74.5 ± 7.5 [71.96 ± 7.44]	56.6 [59.4]	63.6 [67.4]
Copenhaga	Dinamarca	467 [384]	71.3 ± 8.3 [72.35 (8.29)]	52.5 [49.9]	83.6 [81.7]
Paris	França	130 [164]	73.3 ± 8.2 [76.65 ± 8.39]	55.9 [47.0]	93.0 [65.8]
Praga	Rep. Checa	350 [325]	74.1 ± 8.2 [71.36 ± 7.72]	50.3 [59.7]	62.0 [61.1]
Budapeste	Hungria	304 [333]	74.7 ± 8.1 [73.80 ± 8.68]	65.1 [69.1]	41.1 [42.9]
Oslo	Noruega	372 [324]	73.5 ± 6.6 [75.14 ± 8.01]	74.6 [52.7]	73.2 [88.2]
Victoria	Canadá	430 [202]	74.4 ± 8.6 [72.93 ± 8.25]	73.0 [54.0]	89.3 [84.4]
Melbourne	Austrália	364 [376]	74.9 ± 7.9 [75.63 ± 58.2]	55.1 [58.2]	82.0 [83.7]
Seattle	EUA	235 [295]	72.8 ± 7.6 [72.00 ± 8.35]	63.4 [58.0]	57.9 [73.9]
Beer-Sheva	Israel	312 [250]	73.0 ± 8.3 [70.32 ± 7.58]	52.4 [66.1]	71.3 [81.3]
Tóquio	Japão	410 [188]	70.8 ± 8.0 [69.39 ± 5.70]	55.7 [53.5]	78.6 [60.7]
Umea	Suécia	315 [455]	73.3 ± 6.6 [72.74 ± 8.21]	54.6 [53.4]	74.2 [76.2]
Guangzhou	China	478 [-]	73.6 ± 8.5 [-]	48.5 [-]	61.5 [-]
Hong Kong	China	319 [-]	72.5 ± 6.9 [-]	63.7 [-]	64.4 [-]
Porto Alegre	Brasil	339 [328]	73.4 ± 8.3 [71.78 ± 7.74]	56.0 [67.4]	57.5 [82.3]
Montevideu	Uruguai	256 [248]	71.6 ± 7.4 [73.19 ± 7.08]	61.3 [72.6]	72.3 [78.0]
Izmir	Turquia	345 [327]	70.3 ± 5.8 [70.97 ± 5.31]	52.2 [52.3]	57.4 [45.3]
Genebra	Suiça	161 [139]	74.7 ± 8.3 [74.34 ± 7.32]	75.8 [55.8]	90.6 [88.5]
Vilnius	Lituânia	445 [342]	73.3 ± 9.4 [68.66 ± 6.67]	52.4 [69.6]	54.8 [57.0]
WHOQOL-OLD Group	Global	7401 [5566]	73.1 ± 8.0 [72.52 ± 8.01]	57.8 [58.5]	70.1 [71.5]

* Os valores relativos ao estudo de campo são apresentados em parênteses rectos.
(cf. Chachamovich et al., 2008, pp. 104-106; Power et al., 2005, p. 2199)

Em termos de instrumentos aplicados, para além do módulo WHOQOL-OLD (40 itens) a ser testado, foram utilizados o WHOQOL-100, um questionário de caracterização sociodemográfica, um questionário de variáveis de saúde (para documentar a possível presença de condições objectivas de morbilidade) e um questionário acerca da importância atribuída pelos respondentes às facetas do WHOQOL-100 e do WHOQOL-OLD. As análises efectuadas (combinando as abordagens da Teoria Clássica dos Testes e da Teoria de Resposta ao Item) reduziram para 30 o número de itens. Foi estabelecida uma estrutura de cinco facetas (ao combinar-se numa única as facetas *Participação/isolamento* e *Ocupação do tempo*). No entanto, análises mais detalhadas permitiram, ainda, excluir mais 4 itens, sendo, por isso, mantidos apenas 26 itens. Como a faceta relativa a *Actividade sexual* do WHOQOL-100 não se revelou adequada para caracterizar a QdV em adultos idosos, foram criados 7 itens adicionais, pretendendo criar uma faceta que abordasse a intimidade sem que o “contacto físico/sexualidade” fosse explicitamente referenciado.

O estudo de campo, com a finalidade de validar e estabelecer as propriedades psicométricas do instrumento, envolveu 20 Centros de investigação, com amostras variando entre 116 (Edimburgo/Escócia) e 455 sujeitos (Umea/Suécia), num total de 5566 sujeitos, com uma média de idade de 72.52 ($DP=8.01$) (cf. Quadro 1, para dados relativos à caracterização das amostras)¹³. Tal como no estudo-piloto, e tendo em conta os valores globais, é de notar uma percentagem relativamente superior de participantes mulheres (58.5%), bem como de indivíduos que se percebem como “saudáveis” (71.5%). O núcleo de instrumentos aplicados, para além do módulo WHOQOL-OLD (33 itens), incluía o WHOQOL-Bref, um questionário de caracterização sociodemográfica e um questionário de variáveis de saúde. Os diferentes Centros tiveram, porém, liberdade de introduzir outros instrumentos, de acordo com interesses e objectivos específicos de diversos estudos locais (desde levantamentos epidemiológicos a estudos longitudinais) e a existência de provas validadas nos respectivos países. A *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yesavage et al., 1983; cf. estudo exploratório português, Andrade, 2007), e o *Medical Outcomes Study 36- Item/ Short Form SF-36 Health Survey* (SF-36; Ware, Snow, Kosinski, & Gandek,

¹³ Guangzhou/China e Hong Kong/China não participaram no estudo de campo.

1993; cf. estudo português, Ribeiro, 2005) foram os mais comumente seleccionados, em particular, as versões GDS-15 e SF-12. O primeiro é um instrumento para avaliação de sintomatologia depressiva em idosos e o segundo, uma medida genérica de QdV, com evidências de poder ser usado de forma válida com adultos idosos (cf. Haywood, Garratt, & Fitzpatrick, 2005; Ribeiro, 2005).

Deste estudo resultou, então, a versão final do WHOQOL-OLD. O módulo WHOQOL-OLD é, assim, constituído por 24 itens, agrupados em seis facetas (de 4 itens cada). As facetas reportam-se a: *Funcionamento sensorial, Autonomia, Actividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade* (cf. Tabela 2, para descrição das facetas e conteúdo dos itens).

A escala de resposta é de tipo Likert (1-5 pontos)¹⁴. Para cada faceta os valores podem, portanto, oscilar entre 4 e 20 pontos. É possível obter resultados por faceta e um resultado global, em que a valores mais elevados corresponde uma QdV mais elevada.

Características Psicométricas do WHOQOL-OLD

Consistência interna

A consistência interna é considerada aceitável/ boa, com valores alpha de Cronbach de .89 para a pontuação total (correspondente ao conjunto das 24 questões) e a variar entre .72 e .88, para as facetas (.72 para a faceta *Autonomia*; .74 para *Actividades passadas, presentes e futuras*; .79 para *Participação social*; .84 para *Funcionamento sensorial*; .84 para *Morte e morrer*; e .88 para *Intimidade*).

Validade de constructo

No que respeita à validade de constructo, as intercorrelações entre facetas apresentam valores que oscilam entre .67 (para *Participação social* e *Actividades passadas, presentes e futuras*) e .04 (para *Intimidade* e *Morte e morrer*), significando

¹⁴ De notar que para os itens invertidos/itens formulados negativamente a escala de resposta deve ser também invertida/recodificada (itens 1, 2, 6, 7, 8, 9 e10).

que as facetas abordam, no geral, aspectos diferentes de QdV. Atendendo, porém, às correlações das facetas com o resultado total, parece transparecer um factor geral de QdV, com a faceta *Morte e morrer* a apresentar a correlação mais baixa (.80 para *Actividades passadas, presentes e futuras*; .77 para *Participação social*; .72 para *Autonomia*; .64 para *Intimidade*; .62 para *Funcionamento sensorial*; e .49 para *Morte e morrer*).

Tabela 2: Versão final do módulo WHOQOL-OLD: Facetas e conteúdo dos itens

Facetas	Conteúdo dos Itens
<p>Faceta I: Funcionamento sensorial Avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na qualidade de vida (itens 1, 2, 10, 20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades sensoriais afectam a vida diária - Avaliação do funcionamento sensorial - Dificuldades sensoriais interferem na participação em actividades - Funcionamento sensorial afecta a capacidade de interagir/ conviver
<p>Faceta II: Autonomia Avalia a capacidade para viver de forma autónoma e tomar decisões (independência) (itens 3, 4, 5, 11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Liberdade para tomar (as suas próprias) decisões - Sentir que pode determinar o (seu) futuro - Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer - Os outros respeitam a sua liberdade
<p>Faceta III: Actividades passadas, presentes e futuras Avalia a satisfação com objectivos alcançados na vida e projectos a realizar (itens 12, 13, 15, 19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feliz com o que pode esperar daqui em diante - Satisfeito com as oportunidades de realização - Recebeu o reconhecimento que merece na vida - Satisfeito com o que alcançou na vida
<p>Faceta IV: Participação social Avalia a participação em actividades do quotidiano/ de vida diária, especialmente na comunidade (itens 14, 16, 17, 18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfeito com o modo como ocupa o (seu) tempo - Satisfeito com o envolvimento nas actividades - Actividades suficientes para ocupar o dia-a-dia - Satisfeito com as oportunidades para participar na comunidade
<p>Faceta V: Morte e morrer Avalia preocupações e medos acerca de morte e morrer (itens 6, 7, 8, 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupado com a maneira como irá morrer - Medo de não poder controlar a sua morte - Medo de morrer - Receio de sofrer antes de morrer
<p>Faceta VI: Intimidade Avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas (itens 21, 22, 23, 24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de companheirismo na (sua) vida - Sentir amor na (sua) vida - Oportunidades para amar - Oportunidades para ser amado

Validade convergente/divergente

Em termos de validade convergente, foram encontradas correlações significativas entre os resultados globais do WHOQOL-OLD e do WHOQOL-100 ($r = .66$ e com os resultados nos domínios deste (valores variando entre $r = .55$ e $r = .74$), exceção feita ao domínio *Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais* ($r = .36$). Quanto às correlações do resultado global do WHOQOL-OLD com os resultados nas facetas do WHOQOL-100, são de destacar os valores para *Pensamento, aprendizagem, memória e concentração* ($r = .73$), *Participação em/e oportunidades de lazer* ($r = .70$), *Segurança física e protecção* ($r = .64$) e *Relações pessoais* ($r = .63$). Relativamente às correlações com os domínios do WHOQOL-Bref, os valores também se apresentam elevados (variando entre $r = .60$ e $r = .74$). De acordo com o esperado, a correlação entre os valores globais do WHOQOL-OLD e da GDS ($r = -.54$) indicam que a valores mais elevados de sintomatologia depressiva está associada uma menor QdV.

Factores demográficos e clínicos de variabilidade da qualidade de vida nos idosos

Considerando as variáveis demográficas, em cinco das facetas do WHOQOL-OLD os valores de QdV são menores em sujeitos com mais de 80 anos, comparativamente à faixa etária “60-80 anos”, excepto na faceta *Morte e morrer*, em que ocorre o inverso. O efeito da variável *género* apenas surge na faceta *Morte e morrer*, com o grupo masculino a obter melhores resultados. A diferenciação relativamente à variável *estado de saúde* surge como a mais importante, com o grupo de “saudáveis” a apresentar valores mais elevados em todas as facetas do WHOQOL-OLD.

Discussão e Conclusões

Power e colaboradores (2005) frisam que este novo módulo se revela com robustez psicométrica para ser utilizado na avaliação de QdV de adultos idosos, mas que deve ser entendido como complementar, e não como substituto, das medidas genéricas WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. Ainda que integre dimensões específicas de QdV relevantes para a população idosa, a sua utilização isolada não abrange a totalidade

de conteúdos necessários e importantes para a adequada caracterização desse grupo, em termos de QdV.

Como destacado anteriormente, este instrumento comporta potencialidades de utilização nos mais diversos contextos, desde a investigação à prática clínica, podendo ser usado em estudos epidemiológicos, nomeadamente transculturais, para desenvolvimento de serviços e/ou selecção e monitorização de intervenções, onde aspectos relativos à QdV sejam cruciais, podendo mesmo permitir esboçar implicações de ordem social e política para a população idosa.

Estas potencialidades, aliadas à pertinência científica do tema, no âmbito da Psicogerontologia e da Avaliação (Neuro)psicológica de adultos idosos, guiaram os delineamentos do projecto de adaptação, standardização e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. Em termos de sustentação metodológica, a matriz bem estabelecida e detalhada do Grupo WHOQOL aponta os procedimentos indispensáveis e incontornáveis para este estudo. Porém, permite margem de liberdade, ao privilegiar não apenas a abordagem quantitativa, mas vincando a importância das fases e procedimentos qualitativos (por exemplo, ao permitir sugerir novos itens e/ou áreas de QdV relevantes para o contexto cultural do país). E, mesmo no estudo de campo, considerando as particularidades dos projectos a desenvolver, há a possibilidade de ajustar a selecção de medidas, para além das que constituem o núcleo-base solicitado a cumprir (WHOQOL-Bref, GDS, SF-36, por exemplo). No nosso caso, estando a investigação integrada no Projecto “Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida”, é objectivo complementar a avaliação da QdV com medidas de avaliação funcional, nomeadamente, com o Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (englobando actividades básicas, instrumentais familiares e avançadas) e que está a ser construído no âmbito do mesmo projecto. Como vimos no primeiro ponto abordado neste capítulo, esta dimensão torna-se particularmente relevante e deve ser considerada no caso de idosos mais velhos. A adaptação, validação e aferição de provas de exame do funcionamento cognitivo (nomeadamente a memória¹⁵) para adultos idosos faz igualmente parte deste projecto e é, neste âmbito, útil para o

¹⁵ Os problemas de natureza mnésica constituem uma “queixa” muito comum neste grupo populacional e, no nosso país, uma outra área que carece de instrumentos rigorosamente estudados.

esclarecimento de relações entre estas variáveis: QdV e Memória (memória de actividades, memória prospectiva, memória episódica e semântica).

Em termos de fases de estudo, até ao momento, foram levados a cabo os procedimentos de tradução do módulo WHOQOL-OLD. Foi já implementado um grupo focal com “profissionais em formação”, constituído por sujeitos que tiveram formação na área da Psicogerontologia e que desenvolvem, actualmente, trabalhos de Mestrado e/ou de Doutoramento nessa área. Pareceu-nos relevante criar este “novo” grupo, não apenas pela disponibilidade que os participantes demonstraram, mas porque em Portugal se está a assistir a uma mudança em termos de curso académico para a especialização em Psicogerontologia, o que coloca estes “novos profissionais” numa posição de contributo interessante para o debate do tema da QdV em adultos idosos. Estando a análise de dados desse grupo em curso, podemos apenas avançar alguns pontos que parecem exigir reflexão e poder guiar os procedimentos seguintes. Por um lado, em termos de dimensões de QdV, a sugestão de diferenciação do nível relacional, no sentido de contemplar, não apenas as relações sociais e a intimidade, mas também as relações familiares. Por outro, a possibilidade de constituir grupos focais de idosos em que a variável *área de residência* (ex. rural, urbana) fosse considerada, por parecerem sobressair distinções, em termos de atitudes e representações face ao Idoso e ao Envelhecimento, com eventuais implicações para a avaliação de QdV. Está também em fase final a organização dos grupos focais de idosos, seguindo o protocolo estabelecido e prevendo-se a constituição de mais dois grupos (num total de 6) pela introdução da variável *institucionalização* para os categorizar (para a faixa etária “60-80 anos”, considerando “institucionalizados saudáveis” e “institucionalizados doentes”).

Com estas breves notas em torno do WHOQOL-OLD, e no âmbito dos estudos de adaptação e validação do instrumento para a população portuguesa, pensamos ter possibilitado apreender, naquele que será o nosso caminho de pesquisa, pontos de articulação entre duas dimensões esboçadas: *measuring* (medida) e *meaning* (significação). E, guiados pelos passos, as medidas e as significações dos que nos precederam e pesquisaram antes de nós, trazer uma primeira luz sobre o projecto de adaptação, standardização e validação do WHOQOL-OLD para a população

portuguesa. É agora necessário implementar um conjunto diversificado e sistemático de investigações de natureza empírica.

Referências bibliográficas

- Andrade, S. A. (2007). *Geriatric Depression Scale (GDS-30): Estudos de validação em grupos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Attix, D. K., & Welsh-Bohmer, K. A. (Eds.) (2006). *Geriatric neuropsychology: Assessment and intervention*. New York: The Guilford Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.) (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Birren, J. E., & Schaie, K.W. (Eds.) (1996). *Handbook of the psychology of aging* (4th ed.). San Diego, California: Academic Press.
- Bond, J., & Corner, L. (2004). *Quality of life and older people*. New York: Open University Press.
- Burns, A., Lawlor, B., & Craig, S. (2004). *Assessment scales in old age psychiatry* (2nd ed.). London: Martin Dunitz.
- 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.
- 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.
- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*, *17*(1), 13-35.
- Dahlman, K. L., Ashman, T. A., & Mohs, R. C. (2000). Psychological assessment of the elderly. In G. Goldstein, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (3rd ed., pp. 553-578). New York: Pergamon.
- Edelstein, B. A., Drozdick, L. W., & Kogan, J. N. (1998). Assessment of older adults. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed., pp. 378-406). Boston: Allyn & Bacon.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2001). *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Firmino, H. (Ed.) (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Fleck, M. P. A. (Org.) (2008). *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- 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.
- 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.
- Green, J. (2000). *Neuropsychological evaluation of the older adult: A clinician's guidebook*. New York: Academic Press.
- 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.
- Haywood, K. L., Garratt, A. M., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*, *14*, 1651-1668.

- Instituto Nacional de Estatística/INE. (2007). *Dia internacional do idoso*. Acedido a 1 de Março de 2007, em www.ine.pt.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. New York: Oxford University Press.
- Leturia Arrazola, F. J., Yanguas Lezaun, J. J., Arriola Manchola, E., & Uriarte Méndez, A. (2001). *La valoración da las personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico*. Madrid: Cáritas.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (Eds.) (2003). *Positive psychological assessment. A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Low, G., & Molzahn, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*, 30, 141-150.
- Mendonça, A., Guerreiro, M. (Eds.), & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2008). *Escalas e testes na demência*. Lisboa: Edição de autor.
- Mitrushina, M. N., Boone, K. B., Razani, J., & D'Elia, L. F. (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- 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 WHOQOL Field Study Centre/ Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, Department of Psychiatry.
- Organização Mundial de Saúde/OMS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (Trad. port. A. Leitão). Lisboa: O.M.S./Direcção Geral de Saúde.
- Osterweil, D., Brummel-Smith, K., & Beck, J. C. (2000). *Comprehensive geriatric assessment*. New York: McGraw-Hill.
- Peña-Casanova, J., Fombuena, N. G., & Fullà, J. G. (2004). *Testes neuropsicológicos: Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias*. Barcelona: Masson.

- 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.
- Quinn, K. (2001). *WHOQOL-OLD Focus Group Guidelines: Version II*. Edinburgh: Royal Edinburgh Hospital/Section of Clinical and Health Psychology.
- Rajkumar, S., & Kumar, S. (1996). Measuring quality of life among the elderly in developing countries. *International Journal of Geriatrics Psychiatry, 11*, 1-6.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Porto: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- 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.
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de vida em idosos. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 218-228). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Vaz Serra, A. (2006). Que significa envelhecer?. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- 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.

- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.
- World Health Organization/WHO. (2000). *Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)*. Geneva: Author.
- World Health Organization Quality of Life Group/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.

CAPÍTULO 2.
ESTUDO I: IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPOS
FOCAIS



Gosto muito de estar aqui, porque nos perguntam o que achamos e ouvem o que temos para dizer.

(Sra. Maria, empregada doméstica reformada, participante do 1º grupo focal com idosos)



Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 37, 71-95.

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

Manuela Vilar¹, Mário R. Simões¹, Margarida P. Lima¹, Catarina Cruz², Liliana B. Sousa³, Ana Rita Sousa³, & Luís Pires³

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.

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

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 válida 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. Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; 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 focais 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. Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; 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* (“saudáveis” 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 standardização 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 interação 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 WHOQOL-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 idosos 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”;
- 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. A Tabela 1 evidencia a caracterização da amostra total.

Instrumentos e procedimentos

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 efeitos 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. Na Tabela 2, apresentamos o procedimento relativo aos idosos e cuidadores.

Tabela 1. Características da amostra total: adultos idosos (n=25), profissionais em formação (n=4) e cuidadores informais (n=4)

		Adultos Idosos	Profissionais	Cuidadores
Idade (anos)	M ± DP	74,68 ± 8,66	23,25 ± 0.96	69,75 ± 13.82
	[Amplitude]	[60-88]	[22-24]	[56-88]
Género	Feminino	16 (64%)	3 (75%)	4 (100%)
	Masculino	9 (36%)	1 (25%)	-
Estado civil	Solteiro	4 (16%)	4 (100%)	-
	Casado	9 (36%)	-	3 (75%)
	Viúvo	10 (40%)	-	1 (25%)
	Divorciado	2 (8%)	-	-
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%)	-	-
	1º ciclo (1-4)	10 (40%)	-	1 (25%)
	2º ciclo (5-6)	2 (8%)	-	-
	3º ciclo (6-9)	2 (8%)	-	-
	Secundário (10-12)	4 (16%)	-	-
	Ens. Superior (>12)	5 (20%)	4 (100%)	3 (75%)
Residência	Predom. Urbana	19 (76%)	-	-
	Moderadam. Urbana	6 (24%)	-	-
Condição actual de vida/habitação	Com companheiro	4 (16%)	-	-
	Sozinho	2 (8%)	-	-
	Centro de dia:			
	vive c/ companheiro	4 (16%)	-	-
	vive sozinho	6 (24%)	-	-
	vive c/ estudantes	1 (4%)	-	-
	Cuidados 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 hotelaria	2 (8%)	-	-
	Outra	7 (28%)	-	-
Percepção/ estado de saúde	Saudável	14 (56%)	-	1 (25%)
	Doente	11 (44%)	-	3 (75%)
	Sem problemas saúde	1 (4%)	-	-
Problemas actuais de saúde	Com problemas saúde:			
	não afectam QdV	5 (20%)	-	-
	afectam QdV	19 (76%)	-	-
Uso de medicação	Sim	23 (92%)	-	4 (100%)
	Não	2 (8%)	-	-
Uso de outras substâncias	Sim	3 (12%)	-	-
	Não	22 (88%)	-	4 (100%)

Tabela 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 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>	30	Conseguir que o grupo se foque no WHOQOL-OLD (facetar e itens)
<i>Pausa</i>	15	
<i>Parte 2</i> <i>Sugestão de outros itens e/ou facetar</i>	25	Obter ideias dos participantes para facetar e/ou itens adicionais WHOQOL-OLD; adicionalmente, selecção e apresentação de facetar e/ou itens do WHOQOL-100 para discussão (pertinência para avaliação da QdV em adultos idosos)
<i>Parte 2</i> <i>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 horários 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 auxiliar/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
 - *Dor e desconforto* (ex., sentir dores; sentir desconforto);
 - *Energia e fadiga* (ex., ter energia para fazer as coisas; sentir-se desperto para a vida);
 - *Sono e repouso* (ex., ter dificuldades em adormecer; dormir/não dormir bem; ter descanso);
- Domínio II *Psicológico*, que inclui as facetas
 - *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);
 - *Pensamento, aprendizagem, memória e concentração* (ex., aprender; capacidade para resolver problemas; ter lucidez; ter boa memória);
 - *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);

- *Imagem corporal e aparência* (ex., ter boa aparência; estar bem arranjado);
- *Sentimentos negativos* (ex., sentir preocupação/tristeza; sentimentos negativos; depressão/andar triste; ansiedade/angústia);
- Domínio III *Nível de independência*, que inclui as facetas
 - *Mobilidade* (ex., dependência física; ter mobilidade/andar bem; continuar/ não continuar a poder andar);
 - *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);
 - *Dependência de medicação ou tratamentos* (ex., tomar muitos medicamentos; não ter falta de medicamentos/tratamentos);
 - *Capacidade de trabalho* (ex., trabalhar/cumprir com obrigações de trabalho);
- Domínio IV *Relações sociais*, que inclui as facetas
 - *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);
 - *Apoio social* (ex., ter/não ter apoio dos outros; ter/não ter suporte da família);
 - *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
 - *Segurança física e protecção* (ex., ter segurança; ter mais protecção);
 - *Ambiente no lar* (ex., ambiente do local; condições da instituição; ter comodidades/ter condições em casa);
 - *Recursos financeiros* (ex., aspectos financeiros; ter dinheiro para as despesas mensais; ter algum/mais dinheiro);
 - *Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade* (ex., ser bem tratado/atendido (na instituição); ter/não ter apoio social/técnico/da

- instituição; melhor funcionamento das instituições; ter cuidados de saúde/sociais);
- *Oportunidades de adquirir novas informações e competências* (ex., poder ver coisas novas; adaptar-se; aprender novas coisas);
 - *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);
 - *Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima)* (ex., ruído/barulho; respirar ar puro);
 - *Transporte* (ex., ter carro/transporte);
- Domínio VI *Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais*, que inclui a faceta
 - *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);
 - 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 independente; 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);
- *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 netos) pode influenciar a QdV de adultos idosos. Sugerem, por fim, que factores de personalidade não devem ser descurados 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)⁴.

⁴ Para informação mais detalhada, ver anexos 1 e 2 disponibilizados.

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, presentes 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, referir 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; Paúl 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, Santaguida, & 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-relacional” 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 *Actividades 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 actividade 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 políticas* (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 queridos 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 transcultural 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*. Tese de Mestrado em Psicologia, em Avaliação Psicológica, Aconselhamento e Reabilitação, não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação/UC.
- 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.), *Escalas 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*, 85(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. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- 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.
- 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.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- 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 WHOQOL 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. 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. J. (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., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research, 14*, 2197-2214.
- Prieto, G., Muñiz, 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.

Anexo 1. Resumo de respostas e respectiva categorização na fase de discussão geral não estruturada, em grupos de adultos idosos e de cuidadores*

O que é QdV	O que é importante para a QdV	O que prejudica a QdV	O que melhoraria a QdV
-ser bem tratado aqui (V.19)	-ter a graça de Deus; ser paciente (VI.24)	-não ser respeitado ou ouvido nas decisões (Auton.)	-ter mobilidade (III.9)
-ter companhia das pessoas; dar-se bem com os outros; comunicar com os outros (IV.13)	-ter saúde; bem-estar (FGeral)	-ruído/barulho (V.22)	-ter saúde, no geral (FGeral)
-ter carinho e amor (Intim.)	-ser respeitado (Auton.)	-ambiente do local (V.17)	-ter segurança (V.16)
-maneira de estar na vida; sermos humanos uns para os outros (VI.24)	-ter a atenção das pessoas; bom entendimento entre todos; ter contacto com os netos (IV.13)	-morte/sofrer (MMorrer)	
-divertir-mo-nos (V.21)	-ter suporte de outros (IV.14)	-doença (FGeral)	
-saber ocupar o tempo (PSoc.)	-ter carinho (Intim.)	- morte ou doença de filhos/marido; ver os outros (utentes) a ficar muito mal	
-ter alegria e boa disposição (II.4)	-ter comodidades (V.17)	-sentir preocupação (II.8)	
	-ser bem atendido (V.19)	-solidão (IV.13)	
	-comer bem; bem-estar dos netos/filhos	-aspectos financeiros (V.18)	
	-sentir satisfação (II.4)	-ter dificuldade em adormecer (I.3)	
	-ter actividades (V.21)		
	-maneira de ocupar o tempo (PSoc.)		
	-aprender (II.5)		
	-poder ver coisas novas (V.20)		

Grupo 2 Idosos “60-80 anos, saudáveis, em comunidade”									
-estar com os outros, conversar; ajudar os outros; estar com os outros, conviver; boas relações familiares; boa relação com os outros; ter amizade (IV.13)	-conviver com as pessoas; ajudar os outros; ter uma família; ter alguém que goste de nós e de quem nós gostemos (ex. familiares); frequentar uma Universidade Sénior: conviver; ter amizade (IV.13)	-depressão e sentimentos negativos (II.8)	-depressão e sentimentos negativos (II.8)	-depressão e sentimentos negativos (II.8)	-depressão e sentimentos negativos (II.8)	-depressão e sentimentos negativos (II.8)	-depressão e sentimentos negativos (II.8)	-depressão e sentimentos negativos (II.8)	-depressão e sentimentos negativos (II.8)
-divertirmo-nos; possibilidade para usufruir das actividades (V.21)	-apreciar os tempos livres (V.21)	-isolamento (IV.13)	-isolamento (IV.13)	-isolamento (IV.13)	-isolamento (IV.13)	-isolamento (IV.13)	-isolamento (IV.13)	-isolamento (IV.13)	-isolamento (IV.13)
-sair de casa, dar passeios (FSoc.)	-passar (PSoc.)	-doença (FGeral)	-doença (FGeral)	-doença (FGeral)	-doença (FGeral)	-doença (FGeral)	-doença (FGeral)	-doença (FGeral)	-doença (FGeral)
-ter saúde; bem-estar e saúde (FGeral)	-ter algum dinheiro (V.18)	-não obter o reconhecido merecido por parte dos outros; preocupação com o futuro (APPF)	-não obter o reconhecido merecido por parte dos outros; preocupação com o futuro (APPF)	-não obter o reconhecido merecido por parte dos outros; preocupação com o futuro (APPF)	-não obter o reconhecido merecido por parte dos outros; preocupação com o futuro (APPF)	-não obter o reconhecido merecido por parte dos outros; preocupação com o futuro (APPF)	-não obter o reconhecido merecido por parte dos outros; preocupação com o futuro (APPF)	-não obter o reconhecido merecido por parte dos outros; preocupação com o futuro (APPF)	-não obter o reconhecido merecido por parte dos outros; preocupação com o futuro (APPF)
-independência económica (V.18) - ter apoio dos outros (IV.14)	-crer em Deus; ter princípios e valores (VI.24) - ter capacidade para desempenhar as actividades do dia-a-dia (III.10)	-decisões dos políticos; morte de filhos	-decisões dos políticos; morte de filhos	-decisões dos políticos; morte de filhos	-decisões dos políticos; morte de filhos	-decisões dos políticos; morte de filhos	-decisões dos políticos; morte de filhos	-decisões dos políticos; morte de filhos	-decisões dos políticos; morte de filhos
-postura pessoal em que se está (VI.24)	-boa disposição; encarar tudo com serenidade (II.4)	-morte (MMorrer)	-morte (MMorrer)	-morte (MMorrer)	-morte (MMorrer)	-morte (MMorrer)	-morte (MMorrer)	-morte (MMorrer)	-morte (MMorrer)
-ter liberdade para fazer coisas (Auton.)	-ter alguém que goste de nós e de quem nós gostemos (ex. mulher); ter amor (Intim.)								
-sentir-se bem/bem-disposto; ser optimista (II.4)	-capacidade de resolução de problemas; frequentar uma Universidade Sénior: aprender (II.5)								
-sentir-se bem consigo mesmo (II.6)	-liberdade para tomar decisões; capacidade de adaptação (Auton.)								
-ter boas condições em casa (V.17) - ter segurança (V.16)	-frequentar uma Universidade Sénior: coisas novas (V.20)								
-bem-estar de filhos/netos	-políticas que não nos prejudiquem; bem-estar/saúde de filhos/netos								
-ter amor (Intim.)	-ter segurança (V.16)								
	-ter saúde; bem-estar (FGeral)								
	-ter planos para o futuro (APPF)								
	-ter boa aparência (II.7)								

Grupo 3 Idosos “Mais de 80 anos, saudáveis, em comunidade”

-ter uma casa com boas condições (V.17)	-ter capacidade para as actividades do dia-a-dia (III.10)	-má relação com os outros (IV.13)	-ter mais energia (I.2)
- <i>comer bem; saúde da mulher/parceira</i>	-ter apoio social (V.19)	-andar triste (II.8)	-poder passear mais (PSoc.)
-ter saúde; viver bem; bem-estar (FGeral)	-ter um carro/transporte (V.23)	-ouvir mal (FSens.)	- <i>as decisões dos políticos para a nossa vida</i>
-ter amizade e boas relações com os outros; ajudar os outros (IV.13)	-aspectos financeiros (V.18)		-ter mais dinheiro (V.18)
-ter diversão (V.21)	-boas relações familiares; boa relação com outros; boas relações (IV.13)		-religião (VI.24)
-passear (PSoc.)	-boa relação conjugal (Intim.)		
-ter dinheiro (V.18)	-ter tempo livre; ter actividades; divertirmo-nos (V.21)		
-ter apoio da família (IV.14)	-dar passeios; fazer convívios; fazer festas (FSoc.)		
-ter amor (Intim.)	-ter saúde; bem-estar (FGeral)		
-sentir-se bem (II.4)	-boa disposição (II.4)		
-estar satisfeito consigo próprio (II.6)	-crer em Deus (VI.24)		
-ter energia para fazer as coisas (I.2)	-ser independente (Auton.)		
-ter princípios e valores (VI.24)	-ter apoio da família (IV.14)		
-ter pequenos projectos para ocupar o dia-a-dia (APPE)	- <i>bem-estar dos filhos; comer quando se precisa</i>		
	-ter energia para as coisas (I.2)		
	-dormir bem (I.3)		
	-ter mobilidade (III.9)		
	-ter o reconhecimento merecido por parte dos outros (APPF)		
	-estar bem arranjado (II.7)		

Grupo 4 Idosos "60 ou mais anos, doentes, em instituição"				
-ter saúde (FGeral)	-dinheiro/despesas (V.18)	-ter companheirismo das outras pessoas; haver paz e harmonia entre as pessoas; bom ambiente familiar (IV.13)	-melhor funcionamento da instituição; ter apoio da instituição (V.19)	
-poder andar (III.9)	-não ser bem atendido (V.19)	-ter carinho (Intim.)	-não ser respeitado ou ouvido nas decisões (Auton.)	
-poder tomar decisões (Auton.)	-falta de educação e de princípios (VI.24)	-ter saúde (FGeral)		
-ter uma casa com comodidades (V.17)	-a doença (FGeral)	-ter mobilidade (III.9)		
-tomar banho sozinho/arranjar-se sozinho (III.10)	-sentir dores (I.1)	-poder decidir da vida (Auton.)		
-ter apoio da instituição (V.19)	-morte/sofrer (MMorrer)	-ter uma casa em condições (V.17)		
-apoio da família (IV.14)	-morte do marido/mulher	-tomar banho sozinho (III.10)		
-haver paz e harmonia entre as pessoas; bom ambiente familiar (IV.13)		-ter apoio da instituição (V.19)		
-sentir-se bem (II.4)		-ter apoio da família (IV.14)		
-ter os nossos princípios (VI.24) - <i>alimentação, vestir e calçar</i>		-sentir-se bem (II.4)		
		-ter princípios e valores; ter a santa unção e ter comungado (VI.24)		
		-ter de comer, vestir, calçar		
		-poder morrer descansado (MMorrer)		
		-ter boa aparência (II.7)		
		-ter lucidez e boa memória (II.5)		

Grupo 5 Idosos “60-80 anos, doentes, em comunidade”

-sentir felicidade (II.4)	-ter capacidade para fazer a lida da casa (III.10)	-a solidão; má relação familiar (IV.13)	-ter uma casa com melhores condições (V.17)
-ter uma vida boa; ter saúde; bem-estar (FGeral)	-respirar ar puro (V.22)	-mús palavras, não nos respeitarem; não poder fazer as coisas de que gostamos; desrespeito (Auton.)	-poder andar bem (III.9)
-ter casa própria (V.17)	-bem-estar (Faceta Geral)	-bem-estar de filhos/netos	-ter alegria (II.4)
-bem-estar dos filhos: comer bem	-divertimo-nos (V.21)	-vir para aqui ocupar o tempo (PSoc.)	
-saber aceitar o presente e a incerteza do futuro; sentimento de dever cumprido; ser reconhecido pelos outros (APPF)	-ter saúde (Faceta Geral)	-viver um dia atrás do outro (APPF)	
-crer em Deus (VI.24)	-saber fazer de tudo um pouco (auto-estima/capacidades) (II.6)	-trabalhar/cumprir com obrigações (III.12)	
-poder morrer descansado (MMorrer)	-trabalhar/cumprir com obrigações (III.12)	-crer em Deus (VI.24)	
-ter dinheiro, ainda que pouco (V.18)	-gostar de viver (II.4)	-ter cuidados de saúde/sociais (V.19)	
-ser independente (Auton.)	-ter apoio dos outros (IV.14)	-aprender/ter boa memória (II.5)	
-ter cuidados de saúde (V.19)	-aprender coisas novas (V.20)	-sentimento de dever cumprido (APPF)	
-ter apoio dos outros (IV.14)	-sentimento de dever cumprido (APPF)	-ser independente (Auton.)	
-ter carinho (Intim.)	-ter carinho (Intim.)	-ter carinho (Intim.)	
-ter boas relações (ex.familiares) (IV.13)	-ter boas relações familiares (IV.13)	-não ter apoio de ninguém (IV.14)	
-não faltar medicamentos/tratamentos (III.11)	-não ter falta de medicamentos ou tratamentos (III.11)	-ansiedade, angústia (II.8)	
-fazer actividades (V.21)		-não dormir bem (I.3)	
-passar/viajar (PSoc.)			
-ter capacidade para desempenhar as actividades do dia-a-dia (III.10)			

Grupo 6 Idosos "Mais de 80 anos, doentes, em comunidade"			
-ter descanso (I.3)	-ter actividades (V.21)	-não falar com ninguém; a falta de convívio; isolamento; má relação com os outros (IV.13)	-continuar a fazer as tarefas de casa (III.10)
-ir para algum lado/fazer o que se quiser, sem dar satisfações a ninguém (Auton.)	-ocupar o tempo (PSoc.)	-sentir-se despertado para a vida (I.2)	-ter actividades (V.21)
-ter capacidade para fazer as actividades do dia-a-dia (ex. almoço) (III.10)	-ter princípios e valores; acreditar em Deus (VI.24)	-não ter actividades (V.21)	-passear/vir aqui, ocupar o tempo (PSoc.)
-sentir-se bem-disposto (II.4)	-ter apoio (institucional); ter cuidados de saúde (V.19)	-não ter com que ocupar o tempo (PSoc.)	-ter liberdade para fazer as coisas (Auton.)
-gostar de nós mesmos (II.6)	-ter apoio da família (IV.14)	-não ter apoio dos outros (IV.14)	-ter com quem falar (IV.13)
-ter comodidades (V.17)	-ter dinheiro suficiente (ex. despesas mensais) (V.18)	-preocupação/tristeza; ansiedade (II.8)	-poder andar (II.9)
-conversar (IV.13)	-gerir os pagamentos, a vida (Auton.)	-a doença (FGeral)	-mudar para melhor (II.6) - aprender coisas novas (V.20)
- <i>comer bem</i>	-morrer descansado (MMorrer)	-morte/sofrer (MMorrer)	
-descontrair e aproveitar o tempo (V.21)	-estar com pessoas amigas; boa relação familiar (IV.13)	- <i>morte da mulher</i>	
-estar entretido (PSoc.)		-não dormir (I.3)	

-não ter doenças; ter saúde (FGeral)	-ter dinheiro (V.18)	-estar sozinho; ficar isolado; relações pessoais (IV.13)	-ter mais apoio técnico (V.19)
-conseguir fazer as coisas do dia-a-dia (III.10)	-estar/ter a sua própria casa (V.17)	-dependência física (III.9)	-respeito pela
-ter dinheiro (V.18)	-ter cuidados e apoio (técnico) (V.19)	-limitação do poder; não ter controlo nas coisas; não poder decidir por si próprio; impor-lhe situações (Auton.)	individualidade da pessoa; sentir que tem vontade própria (Auton.)
-ter liberdade (Auton.)	oportunidades de se distrair (V.21)	-conversar pouco, não falar com ninguém (partilhar a vida pessoal) (Intim.)	-ter atenção e afecto da família (IV.14)
-ter apoio da família (IV.14)	-passar; estar em grupo, conviver, participar; ter com que ocupar o tempo (PSoc.)	-dar a sua opinião sobre as coisas; preservar a dignidade da pessoa; tratar com respeito (Auton.)	-ouvir o que as pessoas têm para dar/reconhecimento; ter em conta o que a pessoa fez na vida; ter gratidão e apoio da família (ARPF)
	-ter companhia (ex. mulher); conviver com ternura, dar afecto (Intim.)	-não fazer o que fazia dantes (actividades) (PSoc.)	-bem-estar/saúde de filhos/netos
	-ter em conta o que a pessoa fez na vida (ARPF)	-ter doenças (FGeral)	
	-dar atenção permanente (IV.14)	-tomar muitos medicamentos (III.11)	
	-“Puxar” pela pessoa (II.5)	-a cabeça “não estar bem” (II.5)	
		-barulho (V.22)	
		-dificuldades de audição (FSens.)	

* Na categorização, as notações em numeração romana e árabe reportam-se, respectivamente, aos domínios e facetas do WHOQOL-100: I Físico (1.Dor e desconforto; 2.Energia e fadiga; 3.Sono e repouso); II Psicológico (4.Sentimentos positivos; 5.Pensamento, aprendizagem, memória e concentração; 6.Auto-estima; 7.Imagem corporal e aparência; 8.Sentimentos negativos); III Nível de independência (9.Mobilidade; 10.Actividades de vida quotidiana; 11.Dependência de medicação ou tratamentos; 12.Capacidade de trabalho); IV Relações sociais (13.Relações pessoais; 14.Apoio social; 15.Actividade sexual); V Ambiente (16.Segurança física e protecção; 17.Ambiente no lar; 18.Recursos financeiros; 19.Cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; 20.Oportunidades de adquirir novas informações e competências; 21.Participação em/ e oportunidades de recreio/lazer; 22.Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima); 23.Transportes); VI Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (24.Espiritualidade/religião/crenças pessoais); e Faceta QdV e saúde geral (FGeral); o sublinhado corresponde às facetas do WHOQOL-OLD: Funcionamento sensorial (FSens.), Autonomia (Auton.), Actividades passadas, presentes e futuras (ARPF), Participação social (PSoc.), Morte e morrer (MMorrer), Intimidade (Intim.); o itálico assinala as novas dimensões sugeridas.

Anexo 2. Frequência(s) das dimensões evocadas na fase de discussão geral não estruturada, em grupos de adultos idosos (1 a 6) e de cuidadores

Grupos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Cuidadores
WHOQOL-100 (Domínios/Facetas)							
I Físico	[1]	[-]	[4]	[1]	[4]	[3]	[-]
1.Dor e desconforto	-	-	-	1	2	-	-
2.Energia e fadiga	-	-	3	-	1	1	-
3.Sono e repouso	1	-	1	-	1	2	-
II Psicológico	[4]	[10]	[5]	[6]	[6]	[6]	[2]
4.Sentimentos positivos	2	5	2	3	3	1	-
5.Pensamento...concentração	1	2	-	1	1	-	2
6.Auto-estima	-	1	1	1	1	3	-
7.Imagem corporal e aparência	-	1	1	1	-	-	-
8.Sentimentos negativos	1	1	1	-	1	2	-
III Nível de independência	[1]	[1]	[2]	[8]	[8]	[3]	[3]
9. Mobilidade	1	-	1	3	2	1	1
10.Actividades de vida quotidiana	-	1	1	4	3	2	1
11.Dependência de medicação/tratamentos	-	-	-	1	2	-	1
12.Capacidade de trabalho	-	-	-	-	1	-	-
IV Relações sociais	[8]	[14]	[8]	[7]	[7]	[10]	[6]
13.Relações pessoais	7	13	6	5	4	8	3
14.Apoio social	1	1	2	2	3	2	3
15.Actividade sexual	-	-	-	-	-	-	-

	[10]	[10]	[10]	[10]	[10]	[10]	[9]	[11]
V Ambiente								
16. Segurança física e protecção	1	3	-	-	-	-	-	-
17. Ambiente no lar	2	1	1	3	2	1	1	1
18. Recursos financeiros	1	2	3	1	1	1	1	2
19. Cuidados de saúde e sociais...	2	-	1	5	2	2	2	2
20. Oportunidades de adquirir novas informações...	1	1	-	1	1	1	1	-
21. Participação...recreio/lazer	2	3	4	-	3	4	4	5
22. Ambiente físico...	1	-	-	-	1	-	-	1
23. Transporte	-	-	1	-	-	-	-	-
VI Aspectos espirituais/religião/crenças	[4]	[3]	[3]	[5]	[2]	[2]	[2]	[-]
24. Espiritualidade/religião...	4	3	3	5	2	2	2	-
Faceta geral (QdV e saúde geral)	4	7	5	4	6	1	1	3
WHOQOL-OLD (facetas)								
Funcionamento sensorial	-	-	1	-	1	-	-	1
Autonomia	2	3	1	5	5	3	3	10
Actividades passadas, presentes e futuras	-	3	2	1	6	-	-	4
Participação social	2	2	5	-	3	4	4	4
Morte e morrer	1	1	-	1	1	1	2	-
Intimidade	2	4	2	1	2	-	-	3
Outras/novas dimensões								
Alimentação...	1	-	2	2	1	1	1	-
Morte/doença/bem-estar/saúde de outros significativos	2	4	2	1	2	1	1	1
Factor político	-	3	1	-	-	-	-	-
Patologia dos pares	1	-	-	-	-	-	-	-

CAPÍTULO 3.
ESTUDO II: ANÁLISES NO ÂMBITO DO
MODELO RASCH



«Lies, damn lies and statistics» (Mark Twain, escritor), and thanks to

Rasch analysis.

(Richard Hughes & Ingemar Merckies, neurologistas)



Vilar, M., Prieto, G., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). European Portuguese WHOQOL-OLD module: An analysis using the Rasch model. [*Research on Aging*]

**European Portuguese WHOQOL-OLD module:
An analysis using the Rasch model**

Manuela Vilar¹, Gerardo Prieto², Liliana B. Sousa¹, & Mário R. Simões³

Resumo

Introdução: O WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life- OLD Module*) é um instrumento desenvolvido para avaliar aspectos específicos de Qualidade de Vida (QdV) em adultos idosos. Os objectivos deste estudo consistem no desenvolvimento e na análise das características psicométricas da versão portuguesa do WHOQOL-OLD, no âmbito do modelo Rasch (nomeadamente, *Rasch Partial Credit Model*).

Método: Foi recrutada uma amostra de conveniência (N= 412), incluindo adultos idosos da comunidade, de centros de dia e lares (em Portugal continental). Foram administrados um questionário sociodemográfico, para efeitos de caracterização da amostra, e a versão experimental portuguesa do WHOQOL-OLD (32 itens).

Resultados: Foi desenvolvida uma nova faceta, *Família/Vida familiar*, que inclui 4 itens que permitem avaliar a satisfação com as relações, o suporte recebido, o tempo de contacto com familiares e o sentimento de valor (reconhecimento) dado pela família. A partir da análise de componentes principais dos resíduos, quando analisada cada faceta, isoladamente, os resultados indicaram forte dimensionalidade. No geral, os dados sustentam a boa qualidade da medição efectuada pelos itens. As estatísticas das pessoas revelam que, no geral, a QdV é estimada com precisão aceitável a boa. A faceta *Autonomia* apresentou o valor mais baixo de precisão. Uma limitação do instrumento concerne o funcionamento das

¹ Faculty of Psychology and Sciences of Education, University of Coimbra, Portugal

² Department of Basic Psychology, Psychobiology and Methodology of Behavioral Sciences, University of Salamanca, Spain

³ CINEICC. Psychological Assessment Lab. Faculty of Psychology and Sciences of Education, University of Coimbra, Portugal

Corresponding author: mvilar@fpce.uc.pt

categorias de resposta (categoria central). A variável *percepção subjectiva de saúde* não apresentou funcionamento diferencial dos itens (DIF). Para as variáveis *género*, *idade* e *escolaridade*, embora alguns itens apresentem DIF, verifica-se balanceamento, pelo que não produzem enviesamentos significativos na medida de QdV. A variável *percepção subjectiva de saúde* apresentou um valor de diferenciação mais elevado do que as variáveis *escolaridade*, *género* e *idade*, considerando a magnitude do efeito.

Conclusões: A versão portuguesa do módulo WHOQOL-OLD apresenta boas características psicométricas. A faceta *Família/Vida familiar* é uma dimensão importante para avaliar e compreender a QdV em adultos idosos portugueses.

Palavras-chave: WHOQOL-OLD; modelo Rasch; qualidade de vida; adultos idosos.

Abstract

Background: The *World Health Organization Quality of Life- OLD Module* (WHOQOL-OLD) is an add-on module to the generic WHOQOL instruments that were developed to assess specific aspects of quality of life in older adults. The aims of this study were to develop and analyze the psychometric characteristics of the European Portuguese WHOQOL-OLD module using a Rasch Partial Credit Model for polytomous items.

Methods: A convenience sample of older adults (N=412) was recruited from the community, day care centers and residences in Portugal. A socio-demographic data questionnaire and the European Portuguese trial version of the WHOQOL-OLD module (32 items) were administered.

Results: A new facet, *Family/Family life*, was developed and includes 4 items that assess satisfaction with family relationships, support, amount of contact, and sense of worth within the family. The results showed strong unidimensionality when each facet was separately considered. Overall, the results showed an adequate fit of the items and of the persons to the model, with the *Autonomy* facet presenting the lowest reliability value. A methodological limitation of the scale concerned the categories responses. Although the presence of the differential item functioning (DIF) was associated with age, gender and educational level, the benefits of the items were balanced. Perceived health presented a higher differentiation value than educational level, gender, and age (considering the effect size).

Conclusions: The European Portuguese WHOQOL-OLD module showed adequate psychometric properties. The new facet, *Family/Family life*, is an important dimension for understanding Portuguese older adults QoL.

Keywords: WHOQOL-OLD; Rasch analysis; quality of life; older adults

Introduction

In the 1990s, the World Health Organization (WHO) initiated a worldwide project on Quality of Life (QoL) and created the WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group). The goals of the WHOQOL Group were to develop a paradigm and conceptual framework for QoL, propose a definition and operationalize the construct from a cross-cultural perspective (WHOQOL Group, 1994, 1995). The WHOQOL Group conceptualized QoL as a subjective and broad ranging construct (covering the physical, psychological, independence, environmental and spiritual domains). QoL was defined as “an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

In this context, a set of generic measures were initially developed, including the WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998a) and the following shortened versions: WHOQOL-Bref (Skevington, Lofty, O’Connell, & The WHOQOL Group, 2004a; WHOQOL Group, 1998b) and EUROHIS-QOL-8 (Schmidt, Mühlan, & Power, 2005). Therefore, the purpose of these measures was to establish a method to assess QoL in different cultural settings and to enable better comparisons between data from different cultures (Skevington, Sartorius, Amir, & The WHOQOL Group, 2004b). However, a question that emerged in this process was whether questionnaires that had been developed in younger adult populations could validly be used for older populations. This question was particularly relevant given the progressive aging of the population and the relevance of active aging to QoL in older people (World Health Organization, 2002, 2011). In addition, a frequent critique emphasized the inadequacy of using instruments with older adults that were not validated in the elderly (Halvorsrud & Kalfoss, 2007; Haywood, Liang, Chiu, & Fitzpatrick, 2005).

Thus, the WHOQOL-OLD Group was created to study the specifics of QoL (conceptualization and assessment) in older adults. The following questions shaped the project: (i) do the generic QoL instruments developed in younger adults perform well in older adults?; (ii) do additional contents/facets need to be added to the generic instruments to adequately assess QoL in older adults?; and (iii) is it possible to have a single cross-cultural older adults module, or does each culture require its

own culture-specific module? (Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2005; WHOQOL-OLD Group, 2006).

The research was conducted according to the following multi-step procedure: (i) the initial development and translation of relevant QoL questions, and focus group work with the 22 collaborating Centers around the world for item generation; (ii) the *pilot testing* (N= 7401) of the questionnaire; and (iii) the field trial study (N= 5566). The cross-cultural WHOQOL-OLD module was developed as a result of this process. The WHOQOL-OLD includes specific aspects of QoL in older adults that were not considered in previous WHOQOL instruments and it was designed as an additional module for use with the generic measures.

The WHOQOL-OLD module consists of 24 items rated on a five-point scale (using different semantic response categories) that are categorized into the following 6 facets (4 items each):

- *Sensory abilities* (assesses sensory functioning and the impact of impairments on daily activities);
- *Autonomy* (refers to independence in advanced age, thus, describing the degree of ability to live autonomously and make one's own decisions);
- *Past, present and future activities* (describes satisfaction with achievements in life and future goals);
- *Social participation* (delineates participation in activities of daily living, especially in the community);
- *Death and dying* (related to concerns, worries and features of death and dying);
- *Intimacy* (assesses opportunities for companionship and love) (Power et al., 2005; WHOQOL-OLD Group, 2006).

In Portugal, the generic WHOQOL instrument validation is available for different versions: WHOQOL-100 (Canavarro et al., 2006, 2009), WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006) and EUROHIS-QOL-8 (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Subsequently, following the cross-cultural methodological matrix, the adaptation and validation project of the WHOQOL-OLD took place, which included translation according to WHO's international standards and focus group discussions (N= 33) (Vilar et al., 2010; Vilar et al., 2014).

The focus group results (qualitative study) from the European Portuguese Project sustained the proposed QoL model, corroborated the multiple domains framework of QoL and sustained the content validity of the initial version of the European Portuguese WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2014). In addition, the focus group results indicated that a culturally relevant facet should be developed for European Portuguese older adults focused on *Family/Family life*. Suggestions from older adults, caregivers and professionals, as well as experts in the area of psychological assessment and aging, were considered. The suggested contents of the facet referred to: satisfaction with family relationships, time spent with and support from family, sense of worth and value by the family, concerns about death, health and the well-being of family members. Following the WHO's guidelines for developing the new facet, 9 items were initially proposed. From those, 1 item was deleted (its content was considered to be redundant with other items). Thus, the trial version of the European Portuguese WHOQOL-OLD module consists of the cross-cultural 6 facets/ 24 items total and the 8 additional items for the *Family/Family life* facet (the 32 item experimental version of the WHOQOL-OLD module). However, in the trial version of the European Portuguese WHOQOL-OLD the original cross-cultural 24 items had a different sequence because item and scale descriptor wording was adjusted to the European Portuguese language. As in the cross-cultural module, higher scores indicate better QoL.

The statistical analysis usually applied to develop and validate the WHOQOL measures combined the strengths of classical test theory (CTT) and modern psychometric approaches. Thus, several studies reported the use of Rasch analysis, *e.g.*, for the WHOQOL-Bref (Chachamovich, Fleck, & Power, 2009; Gothwal, Srinivas, & Rao, 2013; Liang et al., 2009; Noerholm et al., 2004; Rocha & Fleck, 2009; Wang, Yao, Tsai, Wang, & Hsieh, 2006), EUROHIS-QOL-8 (Rocha, Power, Bushnell, & Fleck, 2012; Schmidt et al., 2005), WHOQOL-OLD and WHOQOL-OLD short version (Chachamovich, Fleck, Trentini, & Power, 2008; Fang et al., 2011; Power et al., 2005). The main objectives in these studies included: selecting items for shortened versions of the instruments; analyzing the scales' dimensionality, fit indices (for items and persons), and the differential item functioning (DIF); and analyzing the response categories. However, we noticed that few previous studies had specifically

examined the psychometric properties of the WHOQOL-OLD using the Rasch model (3 studies). Nevertheless, the utility of the Rasch model is relevant for the WHOQOL instruments validation. Thus, this relevance justifies its use in the European Portuguese WHOQOL-OLD validation, also to examine the *Family/Family life* new facet.

The Rasch model (Andrich, 1988; Chung, 2010; Hobart & Cano, 2009; Wright & Mok, 2004) was originally developed in the fields of education and psychology (Bond & Fox, 2007). It is a psychometric method increasingly indicated for the development and validation of QoL instruments (Fayers & Machin, 2001, 2007; Power et al., 2005; Tennant, Mckenna & Hagell, 2004). The model is based on two major assumptions: 1) unidimensionality (the attribute can be represented on a single dimension where subjects and items are conjointly located; and 2) the score values of items and individuals are expressed in a *logits*- unit of measurement- scale, with interval-level properties (Conrad & Smith, 2004; Prieto, Contador, Tapias-Merino, Mitchell, & Bermejo-Pareja, 2012). Although the primary Rasch models addressed dichotomous responses (two response categories), it has also been extended and applied to polytomous items (with more than two response categories, *e.g.*, range 1-5). In this context, the Rasch Partial Credit Model (RPCM) and the Rasch Rating Scale Model (RRSM) are especially recommended (Andrich, 1988). The RPCM is particularly useful when the items are not scored by the same response category system (numeric and semantic). The RRSM is used when the response category system is the same. The formula of RPCM is described below:

$$\ln (P_{nik} / P_{ni(k-1)}) = B_n - D_i - F_{ki},$$

where:

P_{nik} is the likelihood that a person n , on item i , will score a value k ;

$P_{ni(k-1)}$ is the likelihood that a person n , on item i , will score the value immediately below k ;

B_n is the parameter of person n in the variable measured;

D_i is the difficulty of item i ; and

F_{ki} is the location in the latent variable in which the values k and $k-1$ are equiprobable. F_{ki} is called a step and can vary among the items.

For the RRSM, the only difference in the formula is for F_{ki} , which is called a step and is invariant between items.

To develop the final version of the European Portuguese WHOQOL-OLD module, the present *pilot testing* was conducted and an analysis using the RPCM was implemented.

Thus, the purpose of the current study was to select the items to be included in the facet *Family/Family life* and then analyze the psychometric characteristics of the European Portuguese WHOQOL-OLD module using the RPCM for polytomous items. Specifically, fit of data to the model (unidimensionality, fit indices for items and persons and the DIF analysis), reliability values for estimation of items and persons and response category analysis were performed. Performance according to sociodemographic characteristics (age, gender and educational level) and perceived health was also analyzed.

Methods

Participants and data collection

This study used a convenience sample of participants who were recruited from the community, day care centres and residences in Portugal (from the north, central and south geographic regions). The assessment protocol was applied to a total sample of 412 older adults. General demographic characteristics indicated that 83.7% of the participants were from the community, and most of these participants were from urban areas (72.6%). The mean age was 72.24 years (SD=8.94) and 64.3% of the participants were women. The majority of the participants had not attended school or had only a basic level of education (61.9% had 0-4 years of education). For perceived health status, 71.9% of participants perceived themselves as healthy (see Table 1).

Table 1. Sample characteristics (N=412)

Total		n	%
Age (group)	<65	81	19.7
	65-69	91	22.1
	70-74	75	18.2
	≥75	165	40.0
	M ± SD	72.24 ± 8.94	
Gender	Men	147	35.7
	Women	265	64.3
Education (years)	0 – 4	255	61.9
	5 – 9	84	20.4
	≥10	73	17.7
Self-perceived health	Healthy	296	71.9
	Unhealthy	116	28.1

Instruments and procedures

Following guidelines from the original project (Power et al., 2005), the purpose of the current study and the voluntary nature of participation were explained to the participants and informed consent was obtained. The assessment protocol was applied by the Portuguese project team members and collaborators who had knowledge of psychological assessment, work experience with the elderly population and specific training in the present assessment procedure. All measures were administered through an interview process. In the current study, the following instruments were applied:

- *Socio-demographic Data Questionnaire* measures socio-demographic information and subjective perception of health/perceived health (with participants answering the following question: *In general, do you consider yourself to be currently healthy or unhealthy?*);
- The WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-OLD Module*; Power et al., 2005; WHOQOL-OLD Group, 2006) was developed as an add-on module to the generic WHOQOL measure, specifically for use with older adults. The European Portuguese experimental version consists of 32 items that are rated on a five-point scale. The items covered the 6 original facets (4 items each) - *Sensory abilities* (SAB), *Autonomy* (AUT), *Past, present and*

future activities (PPF), Social participation (SOP), Death and dying (DAD) and Intimacy (INT) - in addition to the European Portuguese culturally relevant experimental facet (8 items), *Family/Family life (FAM)*.

Analysis

Rasch analysis was undertaken using the WINSTEPS 3.70.1 package (Linacre, 2011). A Principal Components Analysis (PCA) of the residuals was used to analyze unidimensionality (Wilson, 1994, 2005). The Rasch PCA of residuals looks for patterns in the part of the data that is not in agreement with the Rasch measure. In the PCA of residuals, we tried to falsify the hypothesis that residuals are random noise by finding the component that explained the largest possible amount of variance. According to Linacre (2011), fundamental unidimensionality is achieved if the eigenvalue of the first component of residuals is small (usually less than 2.0) and if the percentage of raw variance explained by the Rasch dimension is large (over 50%).

Fit analysis was performed using *infit* and *outfit* indices (for items and persons). *Infit* and *outfit* allow us to quantify the means of the squared residuals (differences between the observed responses and those predicted by the model). *Person fit statistics* measure the extent to which a person's pattern of responses to the items corresponds to the pattern predicted by the model. *Item fit statistics* are used to identify items that may not be contributing to a unitary scale. The interpretation of the misfit values (*infit* and/or *outfit*) followed the criteria that were established by Linacre (2011): (i) values between 0.5 and 1.5 indicate that the items are important for the measure; (ii) values between 1.5 and 2.0 indicate that the items produce a moderate misfit to the measure; and (iii) values higher than 2.0 indicate that the items produce a severe misfit to the measure (and should be excluded from the measure).

The Differential Item Functioning (DIF) detection procedure in the Rasch model is based on the Item Characteristic Curve (ICC), *i.e.*, the proportion of individuals at the same ability level who correctly answer a given item. The items in an instrument should measure the same ability across groups such that the same proportion

should be found irrespective of the nature of the group. The absence of the DIF is characterized by the invariable ICC and the item parameter of difficulty (D) in different groups. The absence of DIF was tested by calculating the difference between the estimators of the item parameter of difficulty for each focal and reference group ($D_f - D_r$), thus controlling for possible differences between the groups in the latent variable. The DIF was considered to be substantial if the following criteria were fulfilled: (i) one absolute difference greater than 0.50 *logit* and statistical significance (Bonferroni correction) between the difficulty parameters of the focal group and the reference group (Prieto, Delgado, Perea, & Ladera, 2010); and (ii) a Δ MH (Delta-Mantel-Haenszel) value classified as C (C in *logit*: size $>.64$), consistent with the criteria of the Educational Testing Service (Padilla, Hidalgo, Benitez, & Gómez-Benito, 2012).

The accuracy of the item-persons estimations was assessed using the standard error of parameters, Person Separation Reliability (PSR) and Item Separation Reliability (ISR) statistics. PSR and ISR are similar to the classical reliability coefficient. To achieve a suitable measure, a value above .70 is recommended.

Results

Item selection for the Family/Family life facet

Globally, the 8 new items demonstrated adequate functioning. The *infit* values ranged from .89 to 1.38, and *outfit* values ranged from .88 to 1.74. In other words, none of the items presented a severe misfit (>2.0). Thus, the criterion for selecting the 4 items for the FAM facet was the item-total correlation. The selected new items were 25, 26, 27 and 28 (item-total correlation .48, .46, .41 and .49, respectively). These items assess satisfaction with family relationships, support, amount of contact, and sense of worth within the family. It is noted that the 4 deleted items (with smaller item-total correlation values) also demonstrated the worst fit values (with 3 of them presenting a moderate misfit). From the remaining 28 items, only item 9 showed a moderate misfit (value between 1.5 and 2.0). The final 28 items had good internal consistency (Cronbach's Alpha =.87), item functioning (Item

Separation Reliability =.98), and person functioning (Person Separation Reliability =.84).

Thus, the final European Portuguese WHOQOL-OLD module consists of 28 items that are rated on a five-point scale and cover the following 7 facets (4 items each): *Sensory abilities, Autonomy, Past, present and future activities, Social participation, Death and dying, Intimacy* and *Family/Family life*, which is the new culturally relevant facet for European Portuguese older adults.

Dimensionality

Initially, the measure was analyzed as a whole (all 28 items calibrated conjointly) using a PCA of the residuals. The results showed that there was no fundamental unidimensionality of the variable, as the eigenvalue of the first component of residuals was higher than 2.0 (the rule of thumb considered). Therefore, the analysis was performed considering each facet separately. Strong dimensionality was found for each facet. All of the eigenvalues for the first residual component were < 2.00 (the highest value was 1.8 for the INT facet). The percentage of raw variance explained by the Rasch dimension values was over 50% and ranged from 55.1% for the PPF facet (eigenvalue 1.5) to 79% for the SAB facet (eigenvalue 1.6). The exception was for the AUT facet, which had a value of 49% (eigenvalue 1.5).

Statistics of items

The statistics for item fit, considering each facet of the WHOQOL-OLD, are provided in Tables 2 through 8. Considering the *infit* and *outfit* values, none of the items (0%) presented a moderate or severe misfit. Overall, the lowest *infit* value was for item 24 of the INT facet (.68) and the highest value was for item 20 of the SAB facet (1.33). The lowest *outfit* value was for item 3 of the SAB facet (.62) and the highest value was for item 21 of the INT facet (1.49). The results revealed that the variability in the item difficulty was mostly low to moderately high, with the DAD facet presenting the highest variability value (SD=1.13), with values between -1.01 (item 9) and 1.89 (item 10).

For each facet, the average SE and its standard deviation were very low, indicating that item parameters were estimated with great reliability. The following values were observed: SAB (.09 and .01, respectively), AUT (.07 and .00), PPF (.07 and .01), SOP (.09 and .01), DAD (.06 and .01), INT (.08 and .00) and FAM (.10 and .00). The ISR values ranged from .90 (for both the INT and FAM facets) to 1.00 (for the DAD facet). For the classical psychometric model, the results revealed that all items demonstrated adequate discrimination ($RiX > 0.30$). Overall, the lowest value was for item 6 of the AUT facet (.57), and the highest values were for item 24 of the INT facet and items 25 and 26 of the FAM facet (all with .83).

Table 2. WHOQOL-OLD: *Sensory abilities* facet analysis (statistics for items and persons)

Statistics	Item statistics					Person statistics		
	RiX	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE
Mean	.80	.00	.09	.97	.89	15.6	2.80	1.38
Standard Deviation	.03	.87	.01	.22	.24	3.7	3.25	.82
Maximum	.82	1.34	.11	1.33	1.24	20.0	9.73	2.65
Minimum	.76	-1.08	.08	.75	.62	5.0	-5.25	.64
% Moderate Misfit (1,5 – 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	-	-
% Severe Misfit (> 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	12.1%	-
	ISR = .99					PSR = .69		
	Cronbach Alpha= .87							

RiX = Item-total correlation; D = Difficulty parameter; SE = Standard Error; Infit and Outfit = Rasch model adjustment parameters; X = Classic results; B = Rasch results (logits); ISR = Item Separation Reliability; PSR = Person Separation Reliability.

Table 3. WHOQOL-OLD: *Autonomy* facet analysis (statistics for items and persons)

Statistics	Item statistics					Person statistics		
	RiX	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE
Mean	.65	.00	.07	.99	.98	13.9	.60	.71
Standard Deviation	.07	.31	.00	.13	.15	2.8	1.37	.22
Maximum	.73	.48	.07	1.14	1.16	20.0	5.30	1.89
Minimum	.57	-.33	.06	.82	.80	5.0	-3.09	.54
% Moderate Misfit (1,5 – 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	-	-
% Severe Misfit (> 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	13.8%	-
	ISR = .95					PSR = .61		
	Cronbach Alpha= .61							

RiX = Item-total correlation; D = Difficulty parameter; SE = Standard Error; Infit and Outfit = Rasch model adjustment parameters X = Classic results; B = Rasch results (logits); ISR = Item Separation Reliability; PSR = Person Separation Reliability.

Table 4. WHOQOL-OLD: *Past, present and future activities* facet analysis (statistics for items and persons)

Statistics	Item statistics					Person statistics		
	RiX	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE
Mean	.71	.00	.07	.98	1.02	13.4	.57	.77
Standard Deviation	.04	.66	.01	.12	.11	2.9	1.65	.20
Maximum	.74	.58	.08	1.19	1.21	20.0	6.19	1.95
Minimum	.67	-1.11	.06	.88	.93	4.0	-5.86	.61
% Moderate Misfit (1,5 – 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	-	-
% Severe Misfit (> 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	15.0%	-
	ISR = .99					PSR = .69		
	Cronbach Alpha= .69							

RiX = Item-total correlation; D = Difficulty parameter; SE = Standard Error; Infit and Outfit = Rasch model adjustment parameters; X = Classic results; B = Rasch results (logits); ISR = Item Separation Reliability; PSR = Person Separation Reliability.

Table 5. WHOQOL-OLD: *Social participation* facet analysis (statistics for items and persons)

Statistics	Item statistics					Person statistics		
	RiX	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE
Mean	.78	.00	.09	.99	1.03	14.6	1.60	.95
Standard Deviation	.03	.33	.01	.20	.26	3.1	2.42	.28
Maximum	.81	.50	.09	1.25	1.31	20.0	7.17	1.93
Minimum	.75	-.42	.08	.79	.75	4.0	-6.30	.65
% Moderate Misfit (1,5 – 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	-	-
% Severe Misfit (> 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	13.6%	-
	ISR = .93					PSR = .78		
	Cronbach Alpha= .81							

RiX = Item-total correlation; D = Difficulty parameter; SE = Standard Error; Infit and Outfit = Rasch model adjustment parameters; X = Classic results; B = Rasch results (logits); ISR = Item Separation Reliability; PSR = Person Separation Reliability.

Table 6. WHOQOL-OLD: *Death and dying* facet analysis (statistics for items and persons)

Statistics	Item statistics					Person statistics		
	RiX	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE
Mean	.74	.00	.06	.98	.97	12.7	.29	.73
Standard Deviation	.04	1.13	.01	.13	.20	4.1	1.78	.34
Maximum	.77	1.89	.07	1.19	1.31	20.0	4.83	1.97
Minimum	.68	-1.01	.06	.85	.82	4.0	-4.94	.50
% Moderate Misfit (1,5 – 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	-	-
% Severe Misfit (> 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	14.0%	-
	ISR = 1.00					PSR = .76		
	Cronbach Alpha= .76							

RiX = Item-total correlation; D = Difficulty parameter; SE = Standard Error; Infit and Outfit = Rasch model adjustment parameters; X = Classic results; B = Rasch results (logits); ISR = Item Separation Reliability; PSR = Person Separation Reliability.

Table 7. WHOQOL-OLD: *Intimacy* facet analysis (statistics for items and persons)

Statistics	Item statistics					Person statistics		
	RiX	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE
Mean	.77	.00	.08	.99	1.00	14.4	1.14	.95
Standard Deviation	.05	.25	.00	.23	.32	3.7	2.48	.39
Maximum	.83	.29	.08	1.29	1.49	20.0	6.49	1.91
Minimum	.72	-.35	.07	.68	.64	4.0	-4.61	.50
% Moderate Misfit (1,5 – 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	-	-
% Severe Misfit (> 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	10.2%	-
	ISR = .90					PSR = .78		
	Cronbach Alpha= .83							

RiX = Item-total correlation; D = Difficulty parameter; SE = Standard Error; Infit and Outfit = Rasch model adjustment parameters; X = Classic results; B = Rasch results (logits); ISR = Item Separation Reliability; PSR = Person Separation Reliability.

Table 8. WHOQOL-OLD: *Family/Family life* facet analysis (statistics for items and persons)

Statistics	Item statistics					Person statistics		
	RiX	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE
Mean	.81	.00	.10	.98	.94	15.6	2.52	1.12
Standard Deviation	.03	.31	.00	.19	.23	3.2	3.00	.37
Maximum	.83	.43	.10	1.24	1.22	20.0	7.81	1.95
Minimum	.78	-.34	.09	.75	.68	4.0	-5.95	.63
% Moderate Misfit (1,5 – 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	-	-
% Severe Misfit (> 2,0)	-	-	-	0%	0%	-	11.9%	-
	ISR = .90					PSR = .81		
	Cronbach Alpha= .86							

RiX = Item-total correlation; D = Difficulty parameter; SE = Standard Error; Infit and Outfit = Rasch model adjustment parameters; X = Classic results; B = Rasch results (logits); ISR = Item Separation Reliability; PSR = Person Separation Reliability.

Statistics of persons

The statistics of persons fit for each facet of the WHOQOL-OLD are presented in Tables 2 through 8.

The classical (X) and Rasch parameters (*logits*) revealed high variability among persons. Globally, the mean values for each facet revealed that the level of QoL in the sample was good, which was expected due to the use of a large, normal control sample. Nevertheless, lower mean values were observed for the DAD facet. The

percentage of persons with severe misfit ranged between 10.2% (for the INT facet) and 15.0% (for the PPF facet).

Overall, QoL was estimated with acceptable to good reliability considering the classical (from .69 for the PPF to .87 for the SAB) and the Rasch model (from .69 for the SAB and PPF facets to .81 for the FAM) parameters for the facets, except for the AUT facet, which presented the lowest values of alpha and PSR (.61).

Response categories analysis

In the visual method, *Category Characteristic Curves* (in which each one of the categories should have a distinctly higher value of probability in a certain portion of the variable measured), it is noted that, in approximately half of the items, the central category revealed inadequate function, namely, for items 1 and 2 (from the SAB facet), items 4 and 5 (from AUT), item 15 (from PPF), items 7, 8, 9, and 10 (from DAD), items 21, 22, and 23 (from INT) and item 27 (from FAM).

Differential Item Functioning (DIF)

Table 9 presents the results of the DIF analysis. The DIF was analyzed considering age (<65, 65-69, 70-74 and ≥ 75 years of age), gender (Men and Women), educational level (0-4, 5-9 and ≥ 10 years of education) and perceived health (Healthy and Unhealthy). No DIF was associated with perceived health. Two items revealed that the DIF was associated with gender (item 21 and item 23, both from the INT facet), and 4 items were associated with age (item 6 from the AUT facet, items 12 and 13 from the PPF facet and item 28 from the FAM facet). It must be said that the benefits of these items are balanced in these variables (half of the items favored the reference group and the other half favored the focal group). Six items were associated with educational level (items 6 and 11 from AUT, items 12 and 13 from PPF, item 21 from INT and item 27 from the FAM facet). The benefits of items were also balanced in this variable (but only for one third of the items).

Table 9. WHOQOL-OLD: DIF analysis

	Item (Facet)	Groups	Contrast	Welch <i>t</i>	<i>p</i> *	ΔMH
Age groups (years)	6 (AUT)	< 65 – ≥75	.93	4.68	.0000	1.39
		65-69 – ≥75	.74	3.93	.0001	1.16
	12 (PPF)	< 65 – ≥75	-.60	-3.31	.0011	-.94
		65-69 – ≥75	-.53	-3.10	.0022	-.81
	13 (PPF)	< 65 – ≥75	.70	3.74	.0002	.83
	28 (FAM)	< 65 – ≥75	-.86	-2.93	.0039	-.95
Gender	21 (INT)	M – W	-.54	-3.42	.0007	-.81
	23 (INT)	M – W	.51	3.41	.0007	.95
Education groups (years)	6 (AUT)	0-4 – ≥10	-.52	-2.57	.0112	-.74
	11 (AUT)	0-4 – 5-9	.54	3.22	.0015	.69
	12 (PPF)	0-4 – 5-9	.58	3.41	.0008	.87
		0-4 – ≥10	-.70	-3.87	.0009	-.95
	13 (PPF)	0-4 – ≥10	.65	3.61	.0004	1.22
	21 (INT)	0-4 – ≥10	-.56	-2.75	.0069	-.68
27 (FAM)	0-4 – ≥10	-.71	-2.96	.0036	-.91	

* Bonferroni correction: $p=.05/4=.0125$

AUT=Autonomy; PPF=Past, present and future activities; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life; M=Men; W=Women.

QoL according to sociodemographic and perceived health variables

QoL parameters were analyzed according to age, gender, educational level and perceived health. Overall, for age, the youngest group reported better QoL when compared to the oldest group in all the facets, except for DAD and FAM (*n.s.*). However, the highest effect size (Cohen’s effect sizes calculated in logits) were identified in SOP [$<65 - \geq 75$ years: $t_{(176)}=4.98$, $p<.001$, $d=.67$] and INT [$<65 - \geq 75$ years: $t_{(140)}=4.59$, $p<.001$, $d=.64$]. For gender, men revealed better QoL than women in the PPF facet and the DAD facet, but with a small effect size.

Overall, for educational level, the 0-4 years of education group reported the worst QoL in all facets, except for DAD and FAM (*n.s.*). The following results represented the highest effect sizes: SAB [0-4 – 5-9 years: $t_{(153)}=-5.50$, $p<.001$, $d=.67$; and 0-4 – ≥ 10 years: $t_{(139)}=-7.08$, $p<.001$, $d=.87$], AUT [0-4 – ≥ 10 years: $t_{(107)}=-4.16$, $p<.001$, $d=.57$], PPF [0-4 – ≥ 10 years: $t_{(142)}=-4.05$, $p<.001$, $d=.50$], and SOP [0-4 – 5-9 years: $t_{(146)}=-4.48$, $p<.001$, $d=.56$; and 0-4 – ≥ 10 years: $t_{(104)}=-3.89$, $p<.001$, $d=.54$]. For

perceived health, healthy older adults reported better QoL in all facets when compared to unhealthy persons. The following results represented the highest effect sizes: SAB ($t_{(202)}=10.23$, $p<.001$, $d=1.15$), AUT ($t_{(223)}=6.60$, $p=.000$, $d=.73$), PPF [$t_{(198)}=.831$, $p<.001$, $d=.94$] and INT ($t_{(247)}=5.11$, $p<.001$, $d=.55$). Thus, perceived health represented the highest differentiation value. Age (<65 - ≥75 years of age) and educational level (0-4 - 5-9 and 0-4 - ≥10 years of education) and also presented medium/high differentiation values.

Discussion

The main purpose of the current study was to develop the European Portuguese WHOQOL-OLD and to analyze its psychometric characteristics using the Rasch model. As we indicated, few previous studies examined the psychometric properties of the WHOQOL-OLD using the Rasch model (Chachamovich et al., 2008; Fang et al., 2011; Power et al., 2005). Thus, the current study established a relevant contribution to research and the literature, considering the psychometric foundation of the new *Family/Family life* facet. This facet introduces cross-cultural specificity to the study of QoL of the older person and to the WHOQOL-OLD studies.

Previous results from focus group discussions (Vilar et al., 2014) encouraged the development of a new facet that was culturally relevant for European Portuguese older adults, *Family/Family life*. In the WHOQOL-100, 2 items concerning family relations and support are assessed; however, it was considered important to extend this dimension, considering the specifics of older adults' QoL. In addition, in the shortened versions of the generic measure (WHOQOL-Bref and EUROHIS-QOL-8), those items were not selected/ included. Thus, given that shortened versions are most frequently used to assess QoL in older adults, there was a need to include these contents in the WHOQOL-OLD module. Thus, the current study analyzed these possibilities. The obtained facet, FAM, includes 4 items that assess satisfaction with family relationships, support, amount of contact, and sense of worth within the family. Together with having energy, being happy, having well-functioning senses and being free from pain, family relations and support and amount of contact with family members are usually referred to as being relevant for QoL in older adults (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2003; Leung, Wu, Lue, & Tang, 2004; Molzahn,

Skevington, Kalfoss, & Makaroff, 2010; Turagabeci, Nakamura, Kizuki, & Takano, 2007). The older adults' sense of worth within the family is usually considered to be relevant to the meaning of life and developmental integrity across the life-span and is thereby important to QoL (Sousa, Patrão, & Vicente, 2012). Thus, the FAM facet has content validity.

For dimensionality, the results showed strong unidimensionality when each facet was separately considered. Similarly, separately analyzing each subscale was the procedure selected in studies using the WHOQOL measures, including the WHOQOL-OLD (Chachamovich et al., 2008, 2009; Gothwal et al., 2013; Liang et al., 2009; Noerholm et al., 2004; Power et al., 2005; Rocha & Fleck, 2009; Wang et al., 2006).

Overall, the results showed an adequate fit of the items and of the persons to the model.

The PSR statistic demonstrated that the measures of persons had acceptable to good levels of reliability, with the exception of the AUT facet. Similar psychometric properties of this facet are reported in other studies (using CTT) (*e.g.*, Eser, Saatly, Eser, Baydur, & Fidaner, 2010; Lucas-Carrasco, Laidlaw, & Power, 2011). The FAM facet presented the highest PSR value. Thus, it has good reliability.

A methodological limitation of the scale concerns the category responses. In approximately half of the items, the central category revealed inadequate functioning. Previous studies referred to similar results (Chachamovich et al., 2008). References commonly recommend avoiding the central category, which is hardly collapsed with adjacent categories in the event of a malfunction (Linacre, 2002; Stone, 2004). However, in the process of adaptation of the WHOQOL-OLD to European Portuguese for older adults, the proposed guidelines were followed. Thus, a five-point scale was selected. In addition, previous studies noted that literacy affects the ability to adequately discriminate among categories in multipoint Likert scales. This difficulty is more accentuated in nonreaders (Chachamovich et al., 2009). The characteristics of the current sample could also explain the failure of the categories. However, for more educated participants, the five-point scale is more appropriate and discriminating of results (Chachamovich et al., 2009).

Although the presence of the DIF was associated with age, gender and educational level, the benefits of the items were balanced. Thus, we can assume that these variables did not change the WHOQOL-OLD results (although the educational level variable did not meet completely this assumption). No DIF was associated with perceived health. This outcome is a relevant, considering that previous studies emphasized that subjective perceived health usually has more impact on perceived QoL than objective health conditions (Power et al., 2005; Trentini et al., 2013; WHOQOL Group, 1995). In addition, perceived health presented a higher differentiation value than educational level, gender, and age (considering the effect size). Age (namely, <65 – ≥75 years of age groups) and educational level (namely, 0-4 – 5-9 and 0-4 – ≥10 years of education groups) also presented differentiation values. These results could help to settle the categories of the variables and define normative data (see Skevington, 2010; WHOQOL-OLD Group, 2006). Moreover, in the original study (Power et al., 2005), the pattern of sociodemographic influence was similar: participants who are older, who have lower educational levels and who perceived themselves as unhealthy displayed the worst QoL.

Conclusion

The European Portuguese WHOQOL-OLD module showed adequate psychometric properties. The new facet, FAM, is a decisive dimension for understanding Portuguese older adults' QoL. Thus, the WHOQOL-OLD can be an important tool in the assessment of older people's QoL, both in cross-cultural comparison studies and in culture specific analysis. Future studies should consider several aspects, namely: a) the possibility of differentiating response categories according to educational level; b) introducing more items in the facets with the lowest reliability to achieve a more robust functioning of the instrument; c) considering perceived health, age and educational level variables in the definition of normative parameters for interpreting the scores.

Acknowledgments

The study is part of the research project "Validation of Memory Tests and Functional Capacity and Quality of Life Inventories", a Portuguese project developed at the

Faculty of Psychology, University of Coimbra, Portugal, and founded by the Calouste Gulbenkian Foundation (Process 74569; SDH 22 Neurosciences). We would like to thank all of the individuals who participated in the study and all of the Portuguese project team members and collaborators who applied the assessment protocol.

References

- Andrich, D. (1988). *Rasch Models for Measurement*. London: Sage.
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2007). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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 [WHOQOL-100: Development in European Portuguese]. *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.
- Chachamovich, E., Fleck, M. P., & Power, M. J. (2009). Literacy affected ability to adequately discriminate among categories in multipoint Likert scales. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 37-46.
- Chachamovich, E., Fleck, M. P., Trentini, C. M., & Power, M. J. (2008). Brazilian WHOQOL-OLD Module version: A Rasch analysis of a new instrument. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 308-316.
- Chung, W. W. (2010). *Recent developments in Rasch measurement*. Hong Kong: The Hong Kong Institute of Education.
- Conrad, K. J., & Smith, E. V. (2004). International Conference on Objective Measurement. Applications of Rasch Analysis in Health Care. *Medical Care*, 42, 1-6.
- Eser, S., Saatly, G., Eser, E., Baydur, H., & Fidaner, C. (2010). The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization quality of

- life instrument- older adults module/WHOQOL-OLD. *Turkish Journal of Psychiatry*, 21, 37-48.
- Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y., & Chatterji, S. (2011). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*, 52(1), 66-78.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2001). *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life. The Assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil [WHOQOL-OLD project: Method and focus groups results in Brazil]. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- Gothwal, V. K., Srinivas, M., & Rao, G. N. (2013). A new look at the WHOQOL as health-related instrument quality of life instrument among visually impaired people using Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 22, 839-851.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing*, 4, 229-246.
- Haywood, K. L., Liang, W. M., Chiu, Y. N., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*, 14, 1651-1668.
- Hobart, J., & Cano, S. (2009). The Rasch measurement model. *Health Technology Assessment*, 13(12), 19-32.
- Leung, K., Wu, E., Lue, B., & Tang, L. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Quality of Life Research*, 13, 179-190.
- Liang, W. M., Chang, C. H., Yeh, Y. C., Shy, H. Y., Chen, H. W., & Lin, M. R. (2009). Psychometric evaluation of the WHOQOL-Bref in community-dwelling older people in Taiwan using Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 18, 605-618.
- Linacre, J. M. (2002). Optimizing rating scale category effectiveness. *Journal of Applied Measurement*, 3(1), 85-106.

- Linacre, J. M. (2011). *A user's guide to WINSTEPS & MINISTEPS: Rasch Model computer programs*. Chicago, IL: Winsteps.com.
- Lucas- Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-Bref and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health, 15*(5), 595-604.
- Molzahn, A., Skevington, S. M., Kalfoss, M., & Makaroff, K. S. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: An international investigation. *Quality of Life Research, 19*, 293-298.
- Noerholm, V., Groenvold, M., Watt, T., Bjorner, J. B., Rasmussen, N.-A., & Bech, P. (2004). Quality of life in the Danish general population: Normative data and validity of WHOQOL-Bref using Rasch and item response theory models. *Quality of Life Research, 13*, 531-540.
- Padilla, J. L., Hidalgo, M. D., Benitez, I., & Gómez-Benito, J. (2012). Comparison of three software programs for evaluating DIF by means of the Mantel-Haenszel procedure: EASY-DIF, DIFAS and EZDIF. *Psicológica, 33*, 135-156.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 [Psychometric studies of the European Portuguese version of the EUROHIS-QOL-8 quality of life index]. *Laboratório de Psicologia, 9*(2), 109-123.
- 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., Contador, I., Tapias- Merino, E., Mitchell, A. J., & Bermejo-Pareja, F. (2012). The Mini-Mental-37 Test for Dementia Screening in the Spanish population: An analysis using the Rasch model. *The Clinical Neuropsychologist, 26*(6), 1003-1018.
- Prieto, G., Delgado, A. R., Perea, M. V., & Ladera, V. (2010). Scoring neuropsychological tests using the Rasch model: An illustrative example with the Rey-Osterrieth Complex Figure. *The Clinical Neuropsychologist, 24*, 45-56.
- Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2009). Validity of the Brazilian version of the WHOQOL-Bref in depressed patients using Rasch modelling. *Revista de Saúde Pública, 43*(1), 147-153.

- Rocha, N. S., Power, M. J., Bushnell, D. M., & Fleck, M. P. (2012). The EUROHIS-QOL 8-Item Index: Comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-Bref. *Value in Health, 15*, 449-457.
- Skevington, S. M. (2010). Quality of life, educational level and human development: An international investigation of health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*, 999-1009.
- Skevington, S. M., Lofty, M., O'Connell, K. A., & The WHOQOL Group (2004a). The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*, 299-310.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & The WHOQOL Group (2004b). 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.
- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2005). The EUROHIS- QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health, 16*(4), 420-428.
- Sousa, L., Patrão, M., & Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: O último estágio do ciclo de vida [Families and aging: The last cycle of life stage]. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento [Handbook of gerontology: Biobehavioral, psychological and social aging issues]* (pp.255-273). Lisboa: Lidel.
- Stone, M. (2004). Substantive Scale Construction. In E. V. Smith Jr, & R. M. Smith (Eds.), *Introduction to Rasch measurement* (pp. 201-225). Maple Grove, MN: Jam Press.
- Tennant, A., Mckenna, S. P., & Hagell, P. (2004). Application of Rasch analysis in the development and application of quality of life instrument. *Value in Health, 7*(Suppl.1), S22-26.
- Trentini, C., Wagner, G., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Silva, L., Hirakata, V., & Fleck, M. (2013). Subjective perception of health in elderly inpatients. *International Journal of Psychology, 47*(4), 279-286.

- 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. (2006). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) para Português de Portugal [Psychometric studies of the European Portuguese WHOQOL-BREF version]. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). 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 European Portuguese population: Focus groups results]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 37, 71-95.
- 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 [Assessment of quality of life in older adults: Notes about the process of adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the European Portuguese population]. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde [Quality of life and health: An approach from the perspective of World Health Organization]* (pp. 229-250). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Wang, W. C., Yao, G., Tsai, Y. J., Wang, J. D., & Hsieh, C. L. (2006). Validating, improving reliability, and estimating correlations of the four subscales in the WHOQOL-Bref using multidimensional Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 15, 607-620.
- Wilson, M. (1994). *Objective measurement II: Theory into practice*. Norwood, NJ: Ablex.
- Wilson, M. (2005). *Constructing measures: An item response modeling approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneve: WHO.

- World Health Organization. (2011). *Aging and life course*. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/en/>.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.
- 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.
- WHOQOL Group. (1998a). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine, 46*(12), 1569-1585.
- WHOQOL Group. (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*(3), 551-558.
- WHOQOL-OLD Group. (2006). *The WHOQOL-OLD Manual*. Copenhagen: WHO/European Office.
- Wright, B. D., & Mok, M. M. (2004). An overview of the family of Rasch measurement models. In E. V. Smith Jr, & R. M. Smith (Eds.), *Introduction to Rasch measurement* (pp.1-24). Maple Grove, MN: Jam Press.

CAPÍTULO 4.
ESTUDO III: ANÁLISES NO ÂMBITO DA
TEORIA CLÁSSICA DOS TESTES



*«Mas sobre o que trata exactamente...?» (Desconhecido). Cale-se e
faça o cálculo!*

(Paul Dirac, físico teórico)



Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet *Family/Family life*: Reliability and validity studies. [*Quality of Life Research*]

The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet *Family/Family life: Reliability and validity studies*

Manuela Vilar¹, Liliana B. Sousa¹, & Mário R. Simões²

Resumo

Introdução: O objectivo deste estudo consiste na análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa do WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life- OLD Module*). A versão portuguesa do WHOQOL-OLD integra as seis facetas originais (num total de 24 itens) e quatro itens adicionais relativos à nova faceta identificada, *Família/Vida familiar* (num total de 28 itens).

Método: A amostra de conveniência é constituída por adultos idosos com 60 ou mais anos de idade (N= 921) e foi recrutada em Portugal continental, na comunidade, centros de dia e lares. O protocolo de avaliação incluiu as seguintes medidas: questionário de variáveis sociodemográficas e de percepção de saúde, sintomas depressivos (GDS-30), funcionamento cognitivo (ACE-R), actividades de vida diária/capacidade funcional (IAFAI), estado de saúde (SF-12) e Qualidade de Vida (QdV) (WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD). As análises foram efectuadas no âmbito da teoria Clássica dos Testes, usando o SPSS v20.0.

Resultados: Não foram verificados efeitos de chão/tecto em qualquer dos parâmetros do WHOQOL-OLD nem ocorrência de *missing values*. A consistência interna foi excelente quer para o total 24-itens (.90), quer para o total 28 itens da versão portuguesa (.91). Os valores de estabilidade temporal foram bons a excelentes (.79 e .80 para o total 24-itens e para o total 28-itens, respectivamente). A validade de constructo da versão portuguesa do WHOQOL-OLD foi suportada pela matriz de inter-correlações. Foram obtidas correlações significativas e elevadas entre o WHOQOL-OLD e WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8, a componente mental do

¹ Faculty of Psychology and Sciences of Education, University of Coimbra, Portugal

² CINEICC. Faculty of Psychology and Sciences of Education, University of Coimbra, Portugal
Corresponding author: mvilar@fpce.uc.pt

SF-12, MMSE (itens integrados no ACE-R) e GDS-30, indicadoras de validade convergente/divergente. Em termos de validade discriminante, os resultados do WHOQOL-OLD permitiram diferenciar grupos de idosos saudáveis e doentes (considerando a percepção subjectiva de saúde) e grupos com ausência de sintomatologia depressiva, com sintomatologia ligeira e com sintomatologia severa. A faceta *Família/Vida familiar* apresenta evidência de bons parâmetros de precisão e validade.

Conclusões: A versão portuguesa do WHOQOL-OLD apresenta propriedades psicométricas adequadas. A nova faceta, *Família/Vida familiar*, representa uma dimensão importante para avaliar e compreender a QdV de adultos idosos portugueses e contribui vincadamente para a robustez psicométrica do instrumento.

Palavras-chave: WHOQOL-OLD; propriedades psicométricas; qualidade de vida; faceta *Família/Vida familiar*.

Abstract

Background: The aim of this study was to examine the psychometric properties of the European Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. The European Portuguese WHOQOL-OLD includes the 6 original facets (total of 24 items) and more 4 items from a new identified facet, *Family/Family life*.

Methods: A convenience sample of older adults who were 60 years and older (N=921) was recruited from the community, day care centers and residences in Portugal. The following information was collected: demographics, self-perceived health, depressive symptoms (GDS-30), cognitive function (ACE-R), daily life activities (IAFAI), health status (SF-12) and QoL (WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8 and WHOQOL-OLD). Analysis was performed using classic psychometric techniques with SPSS v20.0.

Results: No missing data occurred and no floor or ceiling effects were found. The internal consistency was excellent for the total 24-item WHOQOL-OLD original version (.90) and also for the final 28-item Portuguese WHOQOL-OLD version (.91). The test-retest reliability for total scores was good and excellent (.79 and .80 for 24-item and 28-item, respectively). The construct validity of the European Portuguese WHOQOL-OLD was supported in the correlation matrix analysis. Large associations were found between WHOQOL-OLD and WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8, SF-12, MMSE (items integrated in ACE-R) and GDS-30, indicating good convergent/divergent validity. The WHOQOL-OLD scores differentiated groups of older adults who were healthy/unhealthy and without/mild/severe depressive symptoms. The new facet, *Family/Family life*, presented evidence of good reliability and validity parameters.

Conclusions: The European Portuguese WHOQOL-OLD module showed adequate psychometric properties. The new facet, *Family/Family life*, represents an important dimension for understanding Portuguese older adults' QoL and generally improves the psychometric robustness of the WHOQOL-OLD.

Keywords: WHOQOL-OLD; psychometric properties; quality of life; Family/Family life facet.

Introduction

The progressive aging of the population is a global phenomenon and a typical demographic trajectory of the contemporaneous developed nations (World Health Organization, 2011). In this regard, Portugal is the sixth-oldest country in the world (Population Reference Bureau, 2010). According to the 2011 Portuguese Census, 19% of persons are aged 65 or more years (Statistics National Institute, 2012) and projections estimate that, by 2060, older adults will constitute 32.3% of the Portuguese population, with persons aged 80 years and above representing 13.3% of the population (Statistics National Institute, 2009).

In this context, particular relevance is given to active aging and quality of life (QoL) in older people (World Health Organization, 2002). The World Health Organization (WHO) has settled several projects concerning these issues, with specific attention to the conceptualization and operationalization of the QoL construct and the development of QoL cross-cultural assessment instruments. For this purpose, the WHOQOL Group (*World Health Organization Quality of Life Group*) was created. The WHOQOL Group conceptualized QoL as a subjective and multidimensional construct and defined it as “an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405). In this context, the WHOQOL Group initially developed generic measures of QoL for adults, including the WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998a) and the following shortened versions: WHOQOL-Bref (Skevington, Lofty, O’Connell, & The WHOQOL Group, 2004a; WHOQOL Group, 1998b) and EUROHIS-QOL-8 (Schmidt, Mühlan, & Power, 2005). The purpose was to establish a single cross-cultural valid method to assess quality of life in different cultural settings and allow better comparisons between data from different cultures (Skevington, Sartorius, Amir, & The WHOQOL Group, 2004b).

Subsequently, considering the specificity of QoL in older people and the commonly discussed inadequacy of using instruments that are not validated in the elderly (Halvorsrud & Kalfoss, 2007; Haywood, Liang, Chiu, & Fitzpatrick, 2005), the WHOQOL-OLD Group was created to study older adults’ QoL assessment. First, the

generic measures were validated with older adults. Then, the WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life- OLD Module*) was developed as an add-on module for older persons (Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2005; WHOQOL-OLD Group, 2006). This module includes the specific aspects of QoL in older adults not considered in the previous WHOQOL instruments (gaps in the coverage of QoL in the WHOQOL measures). It was designed as an additional module for use with the generic measures (Power et al., 2005). The WHOQOL-OLD module consists of 24 items that are categorized into the following 6 facets (4 items each):

- *Sensory abilities* (assesses sensory functioning and the impact of impairments on daily activities);
- *Autonomy* (refers to independence in old age and, thus, describes the degree of ability to live autonomously and make own decisions);
- *Past, present and future activities* (describes satisfaction with achievements in life and future goals);
- *Social participation* (delineates participation in activities of daily living, especially in the community);
- *Death and dying* (related to concerns, worries and features about death and dying);
- *Intimacy* (assesses opportunities for companionship and love).

In this context, several studies have tested the suitability of the WHOQOL-Bref for older people, *e.g.*, in Taiwan (Hwang, Liang, Chiu, & Lin, 2003), Switzerland (von Steinbüchel, Lischetzke, Gurny, & Eid, 2006), Brazil (Chachamovich, Trentini, & Fleck, 2006), Norway and Canada (Kalfoss, Low, & Molzhan, 2008), Chile (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco, & Bunout, 2011) and Spain (Lucas-Carrasco, Laidlaw, & Power, 2011). Overall, these studies reported acceptable psychometric properties of the instrument and its suitability for older adults. Furthermore, validation studies of the WHOQOL-OLD were conducted in various countries, namely, in Brazil (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006), Australia (Peel, Bartlett, & Marshall, 2007), Norway (Halvorsrud, Kalfoss, & Diseth, 2008), Turkey (Eser, Saatly, Eser, Baydur, & Fidaner, 2010), Spain (Lucas-Carrasco et al., 2011) and France (Lepège et al., 2013). Overall, these studies reported acceptable internal consistency, test-retest reliability, concurrent validity and discriminant validity of the instrument.

Studies of the adaptation and validation of the WHOQOL-OLD module for the European Portuguese population are also underway (Vilar et al., 2010; Vilar et al., 2014).

Following the cross-cultural methodological matrix established, the original WHOQOL-OLD instrument was translated and adapted. Then, a qualitative study with 8 focus groups [1 with professionals, 1 with caregivers and 6 with older adults (four groups living in the community and two groups living in the institutional context)] was conducted (N=33). The purpose of the qualitative study was to validate the WHOQOL model and QoL construct with older adults and the content of the WHOQOL-OLD facets and items for the European Portuguese version. The results sustained the QoL model proposed, corroborated the multidimensional nature of QoL and sustained the content validity of the initial version of the European Portuguese WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2014). In addition to the 6 original facets (total of 24 items), the European Portuguese qualitative study and a further quantitative pilot-study (N=412) (Vilar, Prieto, Sousa, & Simões, submitted) consistently identified a new facet that was culturally relevant for European Portuguese older adults, *Family/Family life*. This facet assesses satisfaction with family support, time contact, relationships and the sense of worth within the family. Thus, the European Portuguese WHOQOL-OLD module consists of 28 items that are categorized into 7 facets (4 items each).

The aim of the current study was to examine the psychometric properties of the European Portuguese version of the WHOQOL-OLD module as a cross-cultural measure of QoL in the elderly. It analyzed the acceptability (scaling properties), reliability (internal consistency and temporal stability) and validity (construct, convergent/divergent and discriminant validity) of this QoL instrument.

Methods

Participants and data collection

A convenience sample was used. Participants were recruited from the community, day care centers and residences in Portugal (from north, central and south

geographic regions). The assessment protocol was applied in a total sample of 921 older adults. Concerning general socio-demographic characteristics, 77.3% participants were from the community, mainly from urban areas (78.6%) and the coast geographic region (82.5%). The age range was 60 to 101 years of age ($M=74.05$; $SD=8.73$) and 67.2% of the participants were women. The majority of participants had no school attendance (illiteracy group) or basic education level (30.1% having 0-2 years of education; 35.4% having 3-4 years of education; and 14.3% having 5-9 years of education). Concerning marital *status*, most of the participants were married (45.4%) or widowed (25.2%). Of the participants 89.5% were retired (work condition). Furthermore, 97.4% perceived themselves as religious persons. Regarding the perceived status health, 58.6% perceived themselves as healthy (see Table 1 for more detailed characterization). Subsamples were used for specific analysis, namely, test-retest reliability ($N=62$) and validity studies with other measures, including WHOQOL-BREF ($N=209$), EUROHIS-QOL-8 ($N=274$), SF-12 ($N=274$), GDS-30 ($N=371$), ACE-R ($N=373$) and IAFAI ($N=246$).

Instruments and procedures

Following guidelines from the original project (Power et al., 2005), the purpose of the current study and the voluntary nature of participation were explained to the older persons and informed consent was obtained. The assessment protocol was applied by the Portuguese project team members and collaborators, who had knowledge of psychological assessment, work experience with the elderly population and specific training for the present assessment procedure. All measures were obtained in an interview process mode of administration. For the test-retest reliability study, participants were assessed two weeks after the first WHOQOL-OLD application.

Table 1. Sample characteristics (N=921)

		n	%
Age (group)	60-64	148	16.1
	65-69	168	18.2
	70-74	170	18.5
	75-79	164	17.8
	80-84	150	16.3
	≥ 85	121	13.1
	M ± SD [range]	74.05 ± 8.73 [60-101]	
Gender	Male	302	32.8
	Female	619	67.2
Education (years)	0 – 2	277	30.1
	3 – 4	326	35.4
	5 – 9	132	14.3
	10 – 12	129	14.0
	+ 12	57	6.2
Marital status	Single	93	10.1
	Married	418	45.4
	Divorced	178	19.3
	Widower	232	25.2
Geographic area	Urban	724	78.6
	Moderately Urban	81	8.8
	Rural	116	12.6
Geographic region	Coast	760	82.5
	Countryside	161	17.5
Perceived health	Healthy	540	58.6
	Unhealthy	381	41.4
Life condition	Community	712	77.3
	Institution	209	22.7
Retirement	Yes	824	89.5
	No	97	10.5

The assessment protocol included the following instruments/measures:

- WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life-Bref*; Skevington et al., 2004a; WHOQOL Group, 1998b; European Portuguese version: Vaz Serra et al., 2006), a 26-item generic quality of life measure (a brief version of the WHOQOL-100) that covers 4 domains (physical, psychological, social relationships and environment) and two global questions about overall QoL and satisfaction with health. Each item is scored on a five-point scale, with higher scores indicating better QoL.

- EUROHIS-QOL-8 (*European Project for Developing Common Instruments for Health Surveys/ Quality of Life- 8 Item*; Schmidt et al., 2005; European Portuguese version: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011), an 8-item version of the WHOQOL generic measures of quality of life, as previously described.
- WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life- OLD Module*; Power et al., 2005; WHOQOL-OLD Group, 2006) in the European Portuguese version consists of 28 items that are rated on a five-point scale and cover the following 7 facets (4 items each): the 6 original facets of *Sensory abilities, Autonomy, Past, present and future activities, Social participation, Death and dying* and *Intimacy* and the European Portuguese culturally relevant facet of *Family/Family life*. However, in the European Portuguese WHOQOL-OLD, the original cross-cultural 24 items have a different sequence due to the need to adjust item and scale descriptor wording in the European Portuguese language. As in the cross-cultural module, higher scores indicate better QoL.
- SF-12 (*Short Form Health Survey-12 Item*; Ware, Kosinski, & Keller, 1996; European Portuguese version: Ribeiro, 2005), a 12-item health *status* measure that was developed for the Medical Outcomes Study. Scores are summarized in a Physical component and a Mental component, with higher scores indicating better health *status*.
- ACE-R (*Addenbrooke's Cognitive Examination Revised*; Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006; European Portuguese version: Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008), a brief/screening measure of cognitive function that includes items that assess attention/orientation, memory, fluency, language and visuospatial functions. The ACE-R “incorporates” the *Mini-Mental State Examination* (MMSE) items.
- IAFAI (*Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory*, Sousa, Prieto, Vilar, Firmino, & Simões, 2014; Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008), a 50-item measure of functional incapacity. This measure is a new and comprehensive European Portuguese instrument for the functional assessment of younger adults and older adults. It was specifically developed as a useful and specialized tool for neuropsychological assessment. It

includes items for Basic Activities of Daily Living (BADL), Instrumental Activities of Daily Living – Household (IADL-H) and Instrumental Activities of Daily Living – Advanced (IADL-A). Answers are reported on a dichotomous scale (no difficulty/difficulty), with higher scores indicating greater functional incapacity.

- GDS-30 (*Geriatric Depression Scale- 30 Item*; Yesavage et al., 1983; European Portuguese version: Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008), a 30-item depressive symptoms measure that is specific for the elderly. Answers are reported on a yes/no scale, with higher scores indicating more severe symptomatology (scores < 11 indicating no depressive symptoms, 11 to 20 indicating mild depressive symptoms and > 20 indicating severe depressive symptoms).
- *Socio-demographic Data Questionnaire* measures socio-demographic information and subjective perception of health/perceived health (with participants answering the following question: *In general, do you considerer yourself to be currently healthy or unhealthy?*).

Analysis

All statistical calculations were performed with the *Statistical Package for Social Sciences* – v20.0 (SPSS for Windows v20.0). Analyses of acceptability, reliability and validity were assessed using standard psychometric methods (Pestana & Gageiro, 2008). To assess acceptability, we examined missing data and floor/ceiling effects for the total score (24 and 28 items) and the facets. In developing the WHOQOL-OLD module, items were considered to exhibit floor/ceiling effects if the proportion of the respondents was greater than 20% at the extreme values of the scale.

To examine internal consistency, Cronbach's alpha was used (with alpha values of .70 or higher indicating a reliable set of items). For correlations analysis, the Pearson R was used. In contrasting group differences, Student's T Test for perceived health group and an ANOVA (with a *post hoc* Scheffe Test) for GDS-30 groups were used. A *p* value < .05 was regarded as statistically significant. The results of the total 24-item (6 facets) and the total 28-item (7 facets) versions were presented

separately to allow further cross-cultural comparison and a cultural specificity analysis.

Results

Acceptability

The skew and kurtosis criteria were both fulfilled. In general, there were no floor/ceiling effects for any of the WHOQOL-OLD facets or the total facets or the total scores (with Intimacy presenting a higher, but acceptable, value of 20.0% in floor effect). There was no missing data. The mean scores were higher for *Family/Family life* and lower for *Intimacy* (see Table 2).

Table 2. Facets and total WHOQOL-OLD internal consistency (Cronbach’s alpha), test-retest reliability (R Pearson), mean, standard deviation, floor/ceiling effect, skewness and kurtosis

	Reliability		M (SD)	Floor (%)	Ceiling (%)	Skewness	Kurtosis
	α (N= 921)	Test-retest (N= 62)					
SAB	.90	.63	14.71 (3.88)	0	4.9	-.569	-.749
AUT	.75	.60	13.05 (3.19)	0.7	2.0	-.295	-.149
PPF	.72	.61	12.65 (2.93)	0.3	0.4	-.120	-.399
SOP	.89	.77	13.13 (3.69)	1.1	2.9	-.284	-.599
DAD	.80	.47	12.17 (4.00)	2.1	2.6	-.062	-.961
INT	.94	.70	11.99 (5.27)	20.0	5.5	-.344	-1.236
FAM	.86	.83	15.01 (3.29)	0.7	6.9	-.746	.469
Total 24	.90	.79	77.71 (15.18)	0.1	0.1	-.038	-.733
Total 28	.91	.80	92.72 (17.03)	0.1	0.1	-.057	-.706

SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and future activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life; M= mean; SD= standard deviation

Reliability

As shown in Table 2, the internal consistency was excellent for overall scores: .90 (total 24-item) and .91 (total 28-item). The Cronbach's alphas for the facets were adequate to excellent, ranging from .72 (for *Past, present and futures activities*) to .94 (*Intimacy*). Concerning test-retest reliability, values were good for overall results (.79 and .80 for total 24-item and total 28-item, respectively). The test-retest reliability values for facets were mostly adequate, ranging from adequate .60 (*Autonomy*) to excellent .83 (*Family/Family life*), except for *Death and dying*, which presented the lowest and inadequate value (.47).

Construct validity

Concerning construct validity, the analyses of the intercorrelations between facets and total scores of the WHOQOL-OLD indicated significant results, ranging from $r=.276$ to $r=.789$ (correlation between total 24-item and *Death and dying* and *Social participation*, respectively) and from $r=.247$ to $r=.791$ (correlation between total 28-item and *Death and dying* and *Past, present and futures activities*, respectively). The intercorrelations between the facets presented mostly significant results, ranging from $r=.108$ (*Death and dying* and *Sensory abilities*) to $r=.701$ (*Social participation* and *Past, present and futures activities*). The *Death and dying* facet presented generally lower/not significant association with other facets (see Table 3).

Table 3. Intercorrelations between facets and total scores of the WHOQOL-OLD

	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM	Total
(N= 921)								24
AUT	.441**							
PPF	.465**	.657**						
SOP	.434**	.631**	.701**					
DAD	.108**	.038	.013	.031				
INT	.318**	.464**	.441**	.505**	.007			
FAM	.268**	.351**	.514**	.379**	.008	.438**		
Total 24	.682**	.753**	.776**	.789**	.276**	.732**	.487**	
Total 28	.660**	.740**	.791**	.776**	.247**	.737**	.627**	.986**

** $p < .01$; SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and future activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life

Concerning item-facet correlations, the items revealed higher correlations with the respective facet score. However, the European Portuguese items 11, 12, 16, 17 and 19 also presented large correlations ($> .60$) with other facet scores. Item 11 of the *Autonomy* facet had a high association with *Social participation* and *Past, present and future activities* score; items of *Past, present and future activities* had a high association with *Social participation* (items 12 and 19) and *Autonomy* (item 12); and two items in the *Social participation* facet (items 16 and 17) highly correlated with the *Past, present and future activities* score (see Table 4).

Convergent/divergent validity

Correlations between the WHOQOL-OLD total score (24-item and 28-item) and all WHOQOL-Bref indicators were large: $r=.795$ and $r=.778$ for total, respectively; $r=.687$ and $r=.663$ for overall QoL/Health score, respectively. For domains, values ranged from $r=.549$ to $r=.718$ (24-item with Social and Environment, respectively) and from $r=.539$ to $r=.701$ (28-item with Social and Environment, respectively). The total EUROHIS-QOL-8 score displayed a large correlation with both the WHOQOL-OLD total 24-item ($r=.679$) and 28-item ($r=.677$). Concerning correlations with the SF-12, the Mental component score displayed high correlation with the total scores of the WHOQOL-OLD ($r=.606$ and $r=.604$ for 24-item and 28-item, respectively) than the Physical component score. Globally, the *Death and dying* and the *Family/Family life* facets presented not significant or small associations with the other measures.

Correlations between the WHOQOL-OLD total 24-item were large but negative with GDS-30 ($r=-.663$) and large with MMSE items included in the ACE-R ($r=.519$). The associations obtain for the WHOQOL-OLD total 28-item and the GDS-30 and MMSE were $r=-.653$ and $r=.503$, respectively. Globally, considering the results of the specific functions assessed in the ACE-R and the facet results, correlations were small or not significant (namely for the *Death and dying* and *Family/Family life* facets). For IAFAI and both WHOQOL-OLD total scores, associations were small, with more evidence for an association with IADL-Household.

Table 4. WHOQOL-OLD item-facet correlations

Item (Original set item)	Facet						
	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM
1 (1)	.921**	.378**	.398**	.370**	.122**	.254**	.243**
2 (2)	.933**	.389**	.413**	.408**	.102**	.271**	.220**
3 (10)	.890**	.396**	.425**	.395**	.106**	.311**	.238**
4 (3)	.362**	.832**	.459**	.485**	-.019	.424**	.250**
5 (4)	.333**	.818**	.476**	.452**	-.011	.358**	.237**
6 (5)	.178**	.621**	.396**	.281**	-.072*	.201**	.293**
7 (6)	.120**	-.030	.024	-.014	.858**	.015	.050
8 (7)	.072*	-.063	-.019	-.068*	.854**	-.064	.017
9 (8)	.040	-.021	-.001	-.020	.812**	-.033	-.025
10 (9)	.119**	.000	.047	.012	.603**	.082*	-.024
11 (11)	.441**	.735**	.655**	.672**	-.023	.396**	.297**
12 (12)	.446**	.668**	.775**	.670**	-.026	.439**	.341**
13 (13)	.197**	.283**	.627**	.264**	-.045	.128**	.430**
14 (14)	.416**	.554**	.593**	.854**	-.009	.462**	.324**
15 (15)	.302**	.432**	.760**	.518**	.020	.312**	.366**
16 (16)	.396**	.580**	.670**	.880**	-.043	.427**	.347**
17 (17)	.375**	.568**	.625**	.899**	-.035	.436**	.314**
18 (18)	.318**	.492**	.551**	.844**	-.023	.426**	.334**
19 (19)	.421**	.539**	.799**	.609**	.098**	.415**	.391**
20 (20)	.771**	.406**	.415**	.364**	.035	.299**	.254**
21 (21)	.271**	.379**	.369**	.424**	.016	.882**	.376**
22 (22)	.310**	.462**	.427**	.467**	.009	.919**	.442**
23 (23)	.283**	.423**	.391**	.482**	-.028	.929**	.365**
24 (24)	.306**	.441**	.436**	.484**	-.020	.946**	.430**
25	.222**	.284**	.436**	.319**	-.009	.356**	.866**
26	.224**	.258**	.432**	.295**	-.014	.345**	.893**
27	.238**	.322**	.394**	.368**	.062	.450**	.796**
28	.214**	.313**	.475**	.286**	-.024	.309**	.818**

*p< .05; **p< .01;

SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and future activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life

Table 5. Correlations of the WHOQOL-OLD with other measures (WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8 and SF-12)

	WHOQOL-OLD							Total	24	28
	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM			
WHOQOL-Bref (N= 209)										
Total	.494**	.584**	.645**	.679**	.047	.533**	.194**	.795**	.778**	
Overall QoL/Health	.436**	.551**	.634**	.549**	.016	.415**	.128	.687**	.663**	
Physical	.523**	.509**	.496**	.570**	.054	.412**	.134	.685**	.662**	
Psychological Social	.387**	.547**	.526**	.592**	.044	.465**	.230**	.682**	.682**	
Environment	.221**	.387**	.539**	.436**	.043	.516**	.144*	.549**	.539**	
	.410**	.473**	.605**	.650**	.066	.481**	.172*	.718**	.701**	
EUROHIS QOL-8 (N= 274)										
Total	.529**	.529**	.638**	.532**	.123*	.319**	.319**	.679**	.677**	
SF-12 (N= 274)										
Physical	.464**	.411**	.460**	.434**	.154*	.210**	.137*	.548**	.518**	
Mental	.487**	.423**	.537**	.445**	.171**	.295**	.288**	.606**	.604**	

p < .05; **p < .01;

SAB= Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and future activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life

Table 6. Correlations of the WHOQOL-OLD with other measures (GDS-30, ACE-R and IAFAI)

	WHOQOL-OLD							Total	Total
	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM		
GDS-30 (N= 371)									
Total	-.496**	-.449**	-.566**	-.525**	-.291**	-.313**	-.329**	-.663**	-.653**
ACE-R (N= 373)									
Total	.375**	.197**	.185**	.275**	.081	.143**	.064	.316**	.291**
Attention/Orientation	.202**	.102	.095	.195**	.028	.108*	.017	.182**	.164**
Memory	.341**	.213**	.213**	.284**	.066	.153**	.090	.316**	.297**
Fluency	.301**	.118*	.140**	.186**	.057	.113*	.043	.232**	.213**
Language	.343**	.158**	.104*	.206**	.082	.063	.008	.244**	.215**
Visuospatial	.324**	.184**	.186**	.248**	.098	.161**	.092	.304**	.286**
ACE-R-MMSE	.417**	.456**	.357**	.466**	.081*	.484**	.218**	.519**	.503**
IAFAI (N= 246)									
Total	-.323**	-.214**	-.128*	-.287**	.032	-.156*	-.037	-.276**	-.249**
BADL	-.270**	-.165**	-.055	-.186**	.017	-.027	.038	-.177**	-.146*
IADL- Household	-.243**	-.237**	-.165**	-.276**	.040	-.247**	-.092	-.285**	-.269**
IADL- Advanced	-.271**	-.131*	-.116	-.261**	.044	-.166**	-.069	-.233**	-.218**

*p < .05; **p < .01;

SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and future activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life

Discriminant validity

In contrasting group differences, both WHOQOL-OLD total scores (24 and 28 items) and facet scores significantly differentiated the three GDS-30 groups (without, mild and severe symptoms). The *post hoc* analysis (Scheffe Test) showed that the difference was maintained, with the group without symptoms presenting a better QoL. The mild symptoms group also displayed better QoL than the severe symptoms group, with the exception of the *Death and Dying* and *Family/Family life* facets, with no difference found (see Table 7).

Table 7. Discriminant validity of the WHOQOL-OLD for GDS-30 groups (without/ mild/ severe depressive symptoms)

M(SD)	GDS-30 (N= 371)			F	p	Post hoc
	1. Without (n= 234)	2. Mild (n= 97)	3. Severe (n= 40)			
SAB	17.04(2.77)	15.00(3.30)	12.48(4.08)	44.73	.000	1>2>3
AUT	15.09(2.27)	13.20(2.68)	11.95(2.81)	40.82	.000	1>2>3
PPF	14.79(2.09)	12.25(2.69)	10.83(2.90)	73.29	.000	1>2>3
SOP	16.32(2.10)	14.13(2.71)	11.75(3.58)	72.24	.000	1>2>3
DAD	12.67(4.16)	10.35(3.79)	11.00(3.83)	12.38	.000	1>2=3
INT	15.80(3.10)	14.41(3.43)	12.48(3.91)	20.31	.000	1>2>3
FAM	16.46(2.47)	14.78(3.43)	14.03(3.34)	20.19	.000	1>2=3
Total 24	91.71(9.17)	79.34(10.45)	70.48(12.61)	109.44	.000	1>2>3
Total 28	108.18(10.34)	94.12(12.51)	84.50(13.91)	105.37	.000	1>2>3

SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and future activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life; M= mean; SD= standard deviation

For the perceived health variable (healthy/unhealthy), all WHOQOL-OLD scores significantly differentiated the two groups, with the exception of the *Death and dying* facet result (not significant). Therefore, participants who perceived themselves as healthy reported better QoL (see Table 8).

Table 8. Discriminant validity of the WHOQOL-OLD for perceived health (healthy/ unhealthy)

	Perceived Health (N= 921)		<i>t</i>	<i>p</i>	
	M(SD)	Healthy (n= 540)			Unhealthy (n= 381)
SAB		16.12(3.27)	12.70(3.79)	14.61	.000
AUT		14.07(2.76)	11.62(3.20)	12.41	.000
PPF		13.61(2.70)	11.29(2.68)	12.89	.000
SOP		14.42(3.22)	11.30(3.53)	13.88	.000
DAD		12.27(4.19)	12.03(3.72)	.919	.358
INT		13.65(4.61)	9.65(5.27)	12.21	.000
FAM		15.56(3.21)	14.24(3.24)	6.13	.000
Total 24		84.14(13.30)	68.60(12.85)	17.72	.000
Total 28		99.70(15.07)	82.83(14.58)	16.96	.000

SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and future activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life; M= mean; SD= standard deviation

Discussion

The aim of this paper was to examine the psychometric properties of the European Portuguese WHOQOL-OLD module as a cross-cultural measure of QoL in the elderly. The European Portuguese version of the instrument showed adequate psychometric properties, namely, acceptability, internal consistency, test-retest reliability, construct validity, convergent/ divergent validity and discriminant validity.

Compared with studies in other countries - Global study (Power et al., 2005), Brazil (Fleck et al., 2006), Australia (Peel et al., 2007), Norway (Halvorsrud et al., 2008), Turkey (Eser et al., 2010), Spain (Lucas-Carrasco et al., 2011), and France (Leplège et al., 2013), the lack of missing data in the current study seems to be due to the administration procedure (interview mode). This procedure was applied due to the low education level of the Portuguese sample (which reflects the characteristics of the general Portuguese elderly population) and considered the individual mode of administration of the protocol performance tasks. However, it is important to remember that the controlled administration procedures with older adults have been recommended by researchers in various countries. Questionnaire in an interview mode administration or self-completed on-site (with interviewer

supervision) has been suggested as an alternative to mailed and self-completed questionnaires (Lucas-Carrasco et al., 2011; Peel et al., 2007).

In general, there were no floor/ceiling effects for any of the WHOQOL-OLD facets or total scores. This indicates that items can detect small differences in change over time (*e.g.*, in intervention trials with the aim of detecting an improvement of QoL). This property is a first indicator of the suitability of the WHOQOL-OLD for European Portuguese older adults.

Comparing internal consistency reliability for the European Portuguese WHOQOL-OLD total 24-item with results from previous studies, the Cronbach's alpha of the Portuguese study was excellent and larger (.90) than the alpha of the Global study (.89), Norway (.89), Brazil (.88), Turkey (.85), Australia (.84), Spain (.84) and France (.82) studies. The total 28-item also displayed excellent internal consistency (.91). Similar to other studies (Global, Brazilian and French studies), the alpha was adequate (>.70) for all Portuguese facets. Previous studies, however, presented some values <.70, including studies in Norway (.69 for *Past, present and future activities*), Turkey (.68 for *Autonomy*), Spain (.65 for *Autonomy*) and Australia (.61 for *Social participation*). Thus, the European Portuguese version presents excellent total internal reliability, including adequate values for the new *Family/Family life* facet (.86).

Concerning test-retest reliability, the result for the European Portuguese WHOQOL-OLD total 24-item (.79) was good but smaller than that reported for Brazil (.82) and Australia (.91). For the total 28-item version, the result was .80 (considered excellent). The new Portuguese facet, *Family/Family life*, had a higher value in the study (.83). Similar to the Australian study, the *Death and dying* Portuguese facet displayed the worst performance (.72 and .47, respectively). In the Brazilian study, smaller test-retest reliability was found for *Autonomy* and *Intimacy* (.584 for both). The European Portuguese test-retest reliability results seemed to reflect the interference of the assessment process in some dimensions of the older participants' life. Thus, the observer interfered with the observed. In fact, during the interview process, participants mentioned their willingness to participate and that participation was an opportunity for leisure and a pleasant activity that changed their routines and worries. Thus, it may have interfered with the participants'

perception of QoL (e.g., the means of *Autonomy*, *Past, present and future activities* and *Death and Dying* were higher in the second assessment).

The construct validity of the European Portuguese WHOQOL-OLD was supported in the correlation matrix analysis. The high significant association of facets with total results indicated an overall dimension of QoL. Similar to all other WHOQOL-OLD studies referred (Eser et al., 2010; Fleck et al., 2006; Halvorsrud et al., 2008; Leplège et al., 2013; Lucas-Carrasco et al., 2011; Peel et al., 2007; Power et al., 2005), *Death and dying* presented a small correlation with total scores (24 and 28 items versions) and small/not significant associations with other facets. For the total 24-item version, the largest facet correlation was *Social Participation*. For the 28-item version, the largest facet correlation was *Past, present and future activities*. These two facets also presented the highest total-facet values in international studies (*Social participation* in the Spanish study; *Past, present and future activities* in the Global, Norwich, French and Turkish studies). The inter-facet correlations were also higher for *Social Participation* and *Past, present and future activities* in the Portuguese study, as in several previous studies (range from .63 in the Turkish study to .98 in the French study). Concerning item-facet correlations, items correlated higher with their respective facet. However, *Autonomy*, *Social participation* and *Past, present and future activities* facets “shared” items. This pattern of association was similar to the results reported in the Norwich, French, and Turkish studies. The exploratory factorial analysis of the Norwich study demonstrated that items from these facets loaded onto the same factor.

Considering the significant positive correlation of the WHOQOL-OLD total 24-item and 28-item with all WHOQOL-Bref indicators and the SF-12 components, the convergent validity was also supported. Similar evidence was also found in previous studies (Eser et al., 2010; Halvorsrud et al., 2008; Leplège et al., 2013; Lucas-Carrasco et al., 2011; Power et al., 2005). In the current Portuguese study, the significant large positive correlation of the WHOQOL-OLD total 24-item and 28-item with total EUROHIS-QOL-8 (not analyzed in the previous studies) sustained the possibility of using this shortened instrument in the assessment of older adults' QoL (as an alternative to WHOQOL-Bref). The length of the instrument is a relevant and discussed issue when assessing older adults (Pereira et al., 2011; Power et al., 2005;

Vilar et al., 2014), particularly the elderly with low levels of education. In fact, an 6-item WHOQOL-OLD measure was previously developed (Fang et al., 2011).

Evidence of divergent validity was sustained by the large significant correlation with GDS-30, medium significant correlation with MMSE (items integrated in ACE-R) and small significant correlation with IAFAI. The relevance of cognitive function and functional capacity for QoL is commonly referred (Arslantas, Ünsal, Metintas, Koc, & Arslantas, 2009; Bárrios et al., 2013; Wada et al., 2005; World Health Organization, 2002). Nevertheless, it is important to underline that QoL is a broader construct that is not reduced to the previously discussed constructs. The pattern of large associations of the WHOQOL-OLD with measures of depressive symptoms were similar in the Portuguese study and previous studies (Eser et al., 2010; Fleck et al., 2006; Halvorsrud et al., 2008; Lucas-Carrasco et al., 2011; Peel et al., 2007; Power et al., 2005). This large association raises the question of whether QoL and depressive symptoms overlap (Rocha, Power, Bushnell, & Fleck, 2009). Rocha and colleagues (2009) underline that some items could measure both QoL and depression but that this does not indicate that QoL and depression are the same construct. However, the impact of depression, subclinical depression and depressive symptoms on the QoL (measured with WHOQOL instruments) of the elderly is well documented (Chachamovich, Fleck, Laidlaw, & Power, 2008; Chan, Chien, Thompson, Chiu, & Lam, 2006a; Chan et al., 2006b; Lima & Fleck, 2007). This has a special meaning for older adults because the sub-signalization or non-identification of emotional problems is common in this population, as it may be confounded with cognitive or physical problems.

Finally, in relation to discriminant validity, the results demonstrated that participants who subjectively perceived themselves as healthy and those without depressive symptoms reported better QoL than participants who were unhealthy and those who displayed depressive symptoms (mild and severe). Similar findings were reported in the Turkish, Brazilian, Spanish and Global studies (Eser et al., 2010; Fleck et al., 2006; Lucas-Carrasco et al., 2011; Power et al., 2005).

Conclusion

The European Portuguese WHOQOL-OLD module showed good psychometric properties (reliability and validity) that legitimize its use in evaluation and research contexts. The psychometric findings for the European Portuguese WHOQOL-OLD were similar or slightly superior to the values of the adaptations in other countries. For reliability: excellent Cronbach's alpha either for all facets either for total 24-item and 28-item; good and excellent test-retest reliability for 24 and 28 item versions, respectively. For validity: convergent validity with WHOQOL-Bref (excellent), EUROHIS-QOL-8 (good) and SF-12 components (less satisfactory) and discriminant validity, for perceived health (for 24 and 28 item versions and all facets, except DAD) and for degree of depressive symptoms severity (for 24 and 28 items versions and all facets).

The new facet *Family/Family life* generally improves the psychometric robustness of the WHOQOL-OLD and is an very important dimension for understanding Portuguese older adults' QoL. This facet improves the coverage of QoL items/domains and extends the construct of QoL measured by the WHOQOL-OLD. This facet also introduces cross-cultural specificity to the study of QoL of the older person and innovation to the WHOQOL-OLD studies. Thus, the WHOQOL-OLD can be an important tool in the assessment of European Portuguese older people's QoL. However, validation is a continuous process.

Future studies will be conducted to increase the validity of the instrument. Some studies are currently scheduled, namely, exploratory and confirmatory factorial analysis, the influence of socio-demographic variables analysis (including effect size) and the normative study for European Portuguese older adults.

Acknowledgments

The study is part of the research project "Validation of Memory Tests and Functional Capacity and Quality of Life Inventories", a Portuguese project developed at the Faculty of Psychology, University of Coimbra, Portugal, and founded by the Calouste Gulbenkian Foundation (Process 74569; SDH 22 Neurosciences). We would like to

thank all of the individuals who participated in the study and all of the Portuguese project team members and collaborators who applied the assessment protocol.

References

- Arslantas, D., Ünsal, A., Metintas, S., Koc, F., & Arslantas, A. (2009). Life quality and daily life activities of elderly people in rural áreas, Eskisehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatrics, 48*, 127-131.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In A. Mendonça, & M. Guerreiro (Coords.), *Escalas e Testes na Demência* [Scales and Tests in dementia] (2ª ed., pp. 65-66). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência/Novartis.
- Bárrios, H., Narciso, S., Guerreiro, M., Maroco, J., Logsdon, R., & Mendonça, A. (2013). Quality of life in patients with mild cognitive impairment. *Ageing & Mental Health, 17*(3), 287-292.
- Chachamovich, E., Fleck, M. P., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward ageing in an international sample of older adults. *The Gerontologist, 48*(5), 593-602.
- Chachamovich, E., Trentini, C. M., & Fleck, M. P. (2006). Assessment of the psychometric performance of the WHOQOL-Bref instrument in a sample of Brazilian older adults. *International Psychogeriatrics, 19*(4), 635-646.
- Chan, S. W., Chien, W., Thompson, D. R., Chiu, H. F. K., & Lam, L. (2006a). Quality of life measures for depressed and non-depressed Chinese older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1086-1092.
- Chan, S. W., Shoumei, J. I. A., Thompson, D. R., Yan, H. U., Chiu, H. F. K., Chien, W., & Lam, L. (2006b). A cross-sectional study on the health related quality of life of depressive Chinese older people in Shanghai. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 883-889.
- Eser, S., Saatly, G., Eser, E., Baydur, H., & Fidaner, C. (2010). The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization quality of life instrument- older adults module/WHOQOL-OLD. *Turkish Journal of Psychiatry, 21*, 37-48.

- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-Bref) en adultos mayores chilenos [Validation of the WHOQOL-Bref in Chilean elderly]. *Revista Médica de Chile, 139*, 579-586.
- Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y., & Chatterji, S. (2011). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist, 52*(1), 66-78.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2006). Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD [Development and validation of WHOQOL-OLD portuguese version module]. *Revista de Saúde Pública, 40*(5), 785-791.
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke-Revista: Versão Portuguesa* [Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised: Portuguese version]. Coimbra: Psychological Assessment Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences – University of Coimbra.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing, 4*, 229-246.
- Halvorsrud, L., Kalfoss, M., & Diseth, Å. (2008). Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*, 292-305.
- Haywood, K. L., Liang, W. M., Chiu, Y. N., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research, 14*, 1651-1668.
- Hwang, H. F., Liang, W. M., Chiu, Y. N., & Lin, M. R. (2003). Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and Ageing, 32*, 593-600.
- Kalfoss, M. H., Low, G., & Molzhan, A. E. (2008). The suitability of the WHOQOL-Bref for Canadian and Norwegian older adults. *European Journal of Ageing, 5*, 77-89.
- Leplège, A., Perret-Guillaume, C., Ecosse, E., Hervy, M.-P., Ankri, J., & von Steinbüchel, N. (2013). A new instrument to measure quality of life in older people: The

- French version of the WHOQOL-OLD. *La Revue de Médecine Interne*, 34, 78-84.
- Lima, A. F. B. S., & Fleck, M. P. A. (2007). Subsyndromal depression: An impact on quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 100, 163-169.
- Lucas- Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-Bref and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.
- Peel, N. M., Bartlett, H. P., & Marshall, A. (2007). Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing*, 26(4), 162-167.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS (5ª ed.) [Data analysis for the Social Sciences. The complementarity of the SPSS]*. Lisboa: Edições Sílabo
- Population Reference Bureau. (2010). *2010 World population data sheet*. Retrieved from http://www.prb.org/pdf10/10wpds_fr.pdf.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36 [The important thing is health. Study adaptation of a technique for measuring health status - SF-36]*. Porto: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Rocha, N. S., Power, M. J., Bushnell, D. M., & Fleck, M. P. (2009). Is there a measurement overlap between depressive symptoms and quality of life?. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 549-555.

- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2005). The EUROHIS- QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health, 16*(4), 420-428.
- Skevington, S. M., Lofty, M., O'Connell, K. A., & The WHOQOL Group (2004a). The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*, 299-310.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & The WHOQOL Group (2004b). 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.B., Prieto, G., Vilar, M., Firmino, H., & Simões, M.R. (2014, in press). The Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory: A Rasch model analysis. *Research on Aging*. doi: 10.1177/0164027514564469
- Sousa, L.B., Simões, M.R., Pires, L., Vilar, M., & Freitas, S. (2008). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Manual de administração e cotação* [Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory (IAFAI): Administration and scoring manual]. Coimbra: Psychological Assessment Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences – University of Coimbra.
- Statistics National Institute. (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060* [Projections about the population living in Portugal 2008-2060]. Retrieved from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2.
- Statistics National Institute. (2012). *Censos 2011*. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ..., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal [Psychometric studies of the European Portuguese WHOQOL-BREF version]. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 41-49.

- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). 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 European Portuguese population: Focus groups results]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 37, 71-95.
- Vilar, M., Prieto, G., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). European Portuguese WHOQOL-OLD module: An analysis using the Rasch model.
- 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 [Assessment of quality of life in older adults: Notes about the process of adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the European Portuguese population]. 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.
- von Steinbüchel, N., Lischetzke, T., Gurny, M., & Eid, M. (2006). Assessing quality of life in older people: Psychometric properties of the WHOQOL-Bref. *European Journal of Ageing*, 2, 116-122.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Kita, T., Okumiya, K., Mizuno, K., ..., Matsubayashi, K. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 271-280.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- World Health Organization. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneve: WHO.
- World Health Organization. (2011). *Aging and life course*. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/en/>.
- 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.

- WHOQOL Group. (1998a). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- WHOQOL Group. (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- WHOQOL-OLD Group. (2006). *The WHOQOL-OLD Manual*. Copenhagen: WHO/European Office.
- 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.

CAPÍTULO 5.

ESTUDO IV: REFERENCIAL NORMATIVO



*Talvez não sejamos a medida de todas as coisas, mas somos as coisas
que podem medir.*

(Marcelo Gleiser, astrónomo)



Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). European Portuguese WHOQOL-OLD module: Influence of sociodemographic and perceived health variables and normative data. [*European Journal of Ageing*]

**European Portuguese WHOQOL-OLD module:
Influence of sociodemographic and perceived health variables and normative
data**

Manuela Vilar¹, Liliana B. Sousa¹, & Mário R. Simões²

RESUMO

Introdução: Estudos previamente realizados demonstraram que a versão portuguesa do WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life- OLD Module*) apresenta boas características psicométricas, incluindo os resultados relativos à nova faceta com especificidade cultural, *Família/Vida familiar*. O objectivo deste estudo é analisar a influência e respectiva magnitude do efeito de variáveis sociodemográficas e de percepção subjectiva de saúde na variabilidade de resultados de Qualidade de Vida (QdV) de adultos idosos, tendo como referência os parâmetros do WHOQOL-OLD. Adicionalmente, são disponibilizados os dados normativos, por forma a estabelecer um ponto de referência para a interpretação dos resultados de QdV de adultos idosos portugueses.

Método: A amostra de conveniência é constituída por adultos idosos com 60 ou mais anos de idade (N= 921) e foi recrutada em Portugal continental, na comunidade, centros de dia e lares. Incluído num protocolo de avaliação mais amplo, para o presente estudo foram, no entanto, apenas consideradas as informações recolhidas com um questionário de dados sociodemográficos e a versão portuguesa do WHOQOL-OLD. Foram analisadas as seguintes variáveis: *género, idade, escolaridade, estado civil, área geográfica, região geográfica, condição de vida e percepção subjectiva de saúde*.

Resultados: Todas as variáveis estudadas têm influência nos parâmetros de QdV, mas a magnitude de efeito é mais evidente para as variáveis *percepção subjectiva de*

¹ Faculty of Psychology and Sciences of Education, University of Coimbra, Portugal

² CINEICC. Faculty of Psychology and Sciences of Education, University of Coimbra, Portugal
Corresponding author: mvilar@fpce.uc.pt

saúde (efeito médio-alto), *escolaridade* e *estado civil* (efeitos médios). Os idosos que se percebem como saudáveis, que têm níveis de escolaridade mais elevados e que são casados reportam melhores resultados de QdV. Considerando a amostra global, o resultado para o total 24-itens foi de 77.71 (DP= 15.18; CI= 76.73-78.69) e o resultado para o total 28-itens foi de 92.72 (DP= 17.03; CI= 91.62-93.82). Considerando os resultados por facetas, os valores mais elevados são os referentes a *Família/Vida familiar* (M= 15.01; SD= 3.29) e os mais baixos referentes a *Intimidade* (M= 11.99; SD= 5.27).

Conclusões: Este estudo contribui para a compreensão do funcionamento da versão portuguesa do WHOQOL-OLD. Foi sublinhado o impacto das variáveis *percepção de saúde*, *escolaridade* e *estado civil* nos resultados de QdV de adultos idosos. As normas disponibilizadas permitem estabelecer um ponto de referência para a interpretação dos resultados de QdV, considerando a percepção de adultos idosos e as especificidades culturais portuguesas.

Palavras-chave: WHOQOL-OLD; variáveis sociodemográficas e de percepção subjectiva de saúde; magnitude do efeito; dados normativos.

Abstract

Background: Previous studies demonstrated the adequate psychometric characteristics and functioning of the European Portuguese WHOQOL-OLD module (including the new facet, *Family/Family life*). The aim of this study was to examine the influence and effect size of subjective perceived health and sociodemographic variables on Quality of Life (QoL) of older adults, using the WHOQOL-OLD parameters. In addition, population norms were provided, in order to establish a reference point for older adults' QoL results interpretation.

Methods: A convenience sample of older adults who were 60 years and older (N=921) was recruited from the community, day care centers and residences in Portugal. A socio-demographic data questionnaire and the European Portuguese WHOQOL-OLD were administered. The following variables were considered: *gender, age, education, marital status, geographic area, geographic region, life condition and subjective perceived health*.

Results: All studied variables had influence on QoL results, but a more evident impact was found for *subjective perceived health* (medium-high effect size), *education* and *marital status* variables (medium effect size). Older adults who perceived themselves as healthy, with higher levels of formal education and married displayed better QoL results. Considering the global sample, the overall scale scores were 77.71 for 24-item parameter (SD= 15.18; CI= 76.73-78.69) and 92.72 for 28-item parameter (SD= 17.03; CI= 91.62-93.82). The highest facet result was for the new facet *Family/Family life* (M= 15.01; SD= 3.29) and the lowest was for *Intimacy* (M= 11.99; SD= 5.27).

Conclusions: This study contributes a useful approach to understanding the European Portuguese WHOQOL-OLD module functioning in elderly population, stressing the impact of perceived health, education and marital status variables on scores. The population norms that were provided establish a reference point to QoL results interpretation, considering the older adults point of view/perception and the Portuguese cultural specificities.

Keywords: WHOQOL-OLD; sociodemographic and perceived health variables; effect size; normative data.

Introduction

Population aging is a reality and the proportion of elders has increased rapidly in most countries, including in Portugal (Population Reference Bureau, 2010; Statistics National Institute, 2009, 2012; World Health Organization, 2011). According to demographic projections, this number will continue to increase. Thus, this phenomenon poses several challenges and demands, from ethics, policies and economic ones to social and health (physical and mental) ones. In order to answer these challenges, the World Health Organization proposed a policy framework for active ageing, defined as the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age (World Health Organization, 2002).

In this context, the issue of specificity of Quality of Life (QoL) conceptualization, assessment and promotion in older people is particularly relevant (Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2005; World Health Organization, 2002; WHOQOL-OLD Group, 2006). It's also discussed the need to include QoL in assessment protocols of older adults in addition to more traditional neuropsychological measures (*e.g.*, global intelligence, executive functions, memory, attention, language, functional capacity). The objective is to enhance the utility and (ecological) validity of the neuropsychological assessment process and to substantiate the intervention decisions and analyses of the outcomes (Attix & Welsh-Bohmer, 2006; Leturia-Arrazola, Yanguas-Lezaun, Arriola-Manchola, & Uriarte-Méndez, 2001; Osterweil, Brummel-Smith, & Beck, 2000; Woods, 2008).

In this regard, several authors point out the problem of using QoL instruments that are not adapted and validated in the elderly (Halvorsrud & Kalfoss, 2007; Haywood, Liang, Chiu, & Fitzpatrick, 2005; Simões, 2012). Following the conceptual framework and operationalization of QoL construct and the previous methodological matrix of the WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group) (Skevington, Sartorius, Amir, & The WHOQOL Group, 2004; WHOQOL Group, 1995), the WHOQOL-OLD Group was created to study older adults' QoL conceptualization and assessment specificities. The following questions have shaped the project: (i) do the generic QoL instruments developed in younger adults (WHOQOL-100 and

WHOQOL-Bref) perform well in older adults?; (ii) do additional contents/facets need to be added to the generic instruments in order to assess QoL adequately in older adults?; and (iii) is it possible to have a single cross-cultural older adults module or thus each culture requires its own culture-specific module? (Power et al., 2005; WHOQOL-OLD Group, 2006).

As a result of this process, the cross-cultural WHOQOL-OLD module was developed. The WHOQOL-OLD includes specific aspects of QoL in older adults not considered in the previous generic WHOQOL instruments and it was designed as an additional module for use with the generic measures. The WHOQOL-OLD module consists of 24 items rated on a five-point scale and that are categorized into the following 6 facets (4 items each):

- *Sensory abilities* (SAB; assesses sensory functioning and the impact of impairments on daily activities);
- *Autonomy* (AUT; refers to independence in old age and, thus, describes the degree of ability to live autonomously and make own decisions);
- *Past, present and future activities* (PPF; describes satisfaction with achievements in life and future goals);
- *Social participation* (SOP; delineates participation in activities of daily living, especially in the community);
- *Death and dying* (DAD; related to concerns, worries and features about death and dying);
- *Intimacy* (INT; assesses opportunities for companionship and love) (Power et al., 2005; WHOQOL-OLD Group, 2006).

Subsequently, several studies reported adequate psychometric characteristics and functioning of the instrument in different cultural contexts (Conrad, Matschinger, Riedel-Heller, von Gottberg, & Kilian, 2014; Eser, Saatly, Eser, Baydur, & Fidaner, 2010; Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006; González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Halvorsrud, Kalfoss, & Diseth, 2008; Leplège et al., 2013; Liu et al., 2013; Lucas-Carrasco, Laidlaw, & Power, 2011; Peel, Bartlett, & Marshall, 2007).

In Portugal, following the cross-cultural procedure, the adaptation and validation project of the WHOQOL-OLD took place, including translation according to WHO's international standards, focus group discussions (N= 33), pilot testing (N= 412) and

field study (N= 921) (Vilar, Prieto, Sousa, & Simões, submitted; Vilar, Sousa, & Simões, submitted; Vilar et al., 2010, 2014). The results sustained the QoL model proposed, corroborated the multiple domains framework of QoL and showed adequate psychometric properties. In addition, it settled the possibility to develop a facet that was culturally relevant for European Portuguese older adults, *Family/Family life* (FAM; assess satisfaction with family relationships, support, time contact, and the sense of worth within the family). Thereby, the European Portuguese WHOQOL-OLD module consists of 28 items that are categorized into 7 facets (4 items each): the cross-cultural 6 facets/total 24 items and the 4 additional items for the new facet, *Family/Family life*.

In this context and as part of validation studies, several researches using the WHOQOL instruments (WHOQOL-100, WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8, WHOQOL-OLD) demonstrated the influence of subjective perception of health and sociodemographic variables in QoL in samples of/or including older adults. Considering that QoL is a multidimensional and holistic construct, usually different factors contribute to variability of QoL results and it's comprehensible the complexity of analysing their influence. Although the pattern of the impact of these variables is complex, concerning global results of QoL and specificities of WHOQOL-OLD results, the main finds of the research indicated:

Considering *gender*, usually no significant differences were found (Lucas-Carrasco et al., 2011; Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005; Peel et al., 2007; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011; Wang et al., 2006) or only slightly differences/small effect were reported, with male reporting better QoL than female (Conrad et al., 2014; Eser et al, 2010; Gameiro et al., 2010; González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Power et al., 2005). However, for specific parameters, some studies report better QoL for female (see, for example, González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Trentini et al., 2011). In WHOQOL-OLD results, usually male performed better in DAD (González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Power et al., 2005), AUT (Conrad et al., 2014; Eser et al, 2010), SOP and INT facets (Eser et al, 2010). Only one study reported better QoL for female in SOP facet (González-Celis & Gómez- Benito, 2013).

Considering *age*, in several studies no significant differences were reported (Lucas-Carrasco et al., 2011; Peel et al., 2007; Pereira et al., 2011). When differences were

found, QoL decreased with age, with youngest older displaying better total results (Conrad et al., 2014; Eser et al., 2010; Figueira, Figueira, Mello, & Dantas, 2008; Gameiro et al., 2010; Hawthorne, Herrman, & Murphy, 2006; Paúl et al., 2005; Power et al., 2005, Trentini et al., 2011; Wang et al., 2006). When referred, size effect of age variable was generally medium-low (Eser et al., 2010). In WHOQOL-OLD parameters, some contrasting results were presented: oldest older had worst results in SAB (Conrad et al., 2014; Eser et al., 2010) AUT and SOP facets (Figueira et al., 2008), but better result in DAD (Power et al., 2005). For PPF facet, some studies reported worst results (Eser et al., 2010; Figueira et al., 2008) and other studies reported better results (Conrad et al., 2014) for oldest older.

Considering *education*, some studies reported no differences (Peel et al., 2007). However, usually differences were observed and higher levels of formal education were associated with better QoL results (Lucas-Carrasco et al., 2011; Gameiro et al., 2010; González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Paúl et al., 2005; Pereira et al., 2011; Skevington, 2010; Trentini et al., 2011; Wang et al., 2006). In WHOQOL-OLD, persons with higher levels of education usually displayed better results in total and facets parameters (Lucas-Carrasco et al., 2011; González-Celis & Gómez- Benito, 2013). In one study, better results were referred only for PPF facet (Conrad et al., 2014).

Concerning *marital status*, several studies found no differences (Conrad et al., 2014; Paúl et al., 2005; Peel et al., 2007; Pereira et al., 2011). When differences were reported, results suggested that married had better QoL, compared to single, divorced and widowed persons (Gameiro et al., 2010). Specifically, in studies that analyzed the effect of marital status on WHOQOL-OLD parameters, no differences were found (Conrad et al., 2014; Peel et al., 2007).

For *geographic area*, no QoL differences were found between older persons living in rural and urban areas (Paúl et al., 2005).

To our knowledge, no data is available for *geographique region* variable.

For *life condition* variable, the results sustained that older persons in community had better QoL than those in residential environments (Bodur & Cinguil, 2009;

Nunes, Menezes, & Alchieri, 2011). In WHOQOL-OLD parameters, older adults in institution displayed worst results in AUT facet (Nunes et al., 2011).

Relatively to the influence of *subjective perception of health*, older adults who perceived themselves as healthy displayed better QoL results (Chachamovich, Trentini, & Fleck, 2006; Eser et al., 2010; Fleck et al., 2006; González-Celis & Gómez-Benito, 2013; Kalfoss, Low, & Molzhanh, 2008; Liu et al., 2013; Lucas-Carrasco et al., 2011; Power et al., 2005; Trentini et al., 2011, 2012). When referred, size effect of the perceived health variable was generally medium (Eser et al., 2010; González-Celis & Gómez-Benito, 2013; Liu et al., 2013) and in WHOQOL-OLD no differences were reported for DAD (Eser et al., 2010; Fleck et al., 2006; Liu et al., 2013) neither INT facets results (Eser et al., 2010).

In this context and in reference to normative data of QoL for the older adult population, the WHOQOL-OLD Group presented the scores obtained in the international Global field study (WHOQOL-OLD Group, 2006). Results were displayed for the 20 centers/countries who participated in the field study (China/Guangzhou and Hong Kong excluded) and for the global sample. Scores were presented by facet and total WHOQOL-OLD parameters and showed by variables gender (male/female) and age (<80/≥ 80 years of age) and total sample. Considering total sample and total WHOQOL-OLD scores, higher results were reported for Victoria/Canada (M=95.49; SD=12.55), Seattle/USA (M=93.43; SD=13.79), Bath/England (M=92.98; SD=10.65) and Geneva/Switzerland (M=92.56; SD=10.27) research centers and lower results referred for Vilnius/Lithuania (M=78.49; SD=12.04) and Izmir/Turkey (M=78.25; SD=12.42). These results were considered preliminary reference data for older people QoL results interpretation, until representative samples of the different countries included in the Global study were available. To our knowledge, no studies were carried on with that proposal.

The aim of the current study was to examine the influence and effect size of sociodemographic and perceived health variables on European Portuguese WHOQOL-OLD facets and total scores. The following variables were considered: *gender* (male/female), *age* (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 and ≥ 85 years of age), *education* (0-2, 3-4, 5-9, 10-12 and +12 years of formal education), *marital status* (single, married, divorced and widower) *geographic area* (urban, moderately

urban and rural areas), *geographic region* (coast/inland areas), *life condition* (community/institution) and *subjective perceived health* (healthy/unhealthy). In addition, population norms of the European Portuguese WHOQOL-OLD module were provided, in order to establish a reference point for older adults' QoL results interpretation.

Methods

Participants and procedures

A convenience sample was used. Participants were recruited from the community, day care centres and residences in Portugal (from north, central and south geographic regions of the Portuguese continental territory). Inclusion criteria considered were: age 60 years and older participants; Portuguese as their native language; have no severe functional incapacity, no dementia or other significant cognitive impairment, no terminal or mental disease. Following guidelines from the original project (Power et al., 2005), the purpose of the current study and the voluntary nature of participation were explained to the older persons and informed consent was obtained. The assessment protocol was applied by the Portuguese project team members and collaborators, who had knowledge of psychological assessment, work experience with the elderly population and specific training for the present assessment procedure. All measures were obtained in an interview process mode of administration. The assessment protocol was applied in a total sample of 985 older adults. From these, 64 were excluded due to suspected cognitive impairment (based on their performance on the Portuguese ACE-R/*Addenbrooke's Cognitive Examination Revised*; Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008).

Table 1. Sample characteristics (N=921)

		[N]		Portugal
Total		921	%	%
Age (group)	60-64	148	16.1	23.99
	65-69	168	18.2	20.86
	70-74	170	18.5	18.77
	75-79	164	17.8	(36.37)*
	80-84	150	16.3	
	≥ 85	121	13.1	
	M ± SD [range]	74.05 ± 8.73 [60-101]		
Gender	Male	302	32.8	43.14
	Female	619	67.2	56.86
Education (years)	0 – 2	277	30.1	(77.69)**
	3 – 4	326	35.4	
	5 – 9	132	14.3	11.51
	10 – 12	129	14.0	4.57
	+ 12	57	6.2	6.22
Marital status	Single	93	10.1	
	Married	418	45.4	
	Divorced	178	19.3	
	Widower	232	25.2	
Geographic area	Urban	724	78.6	
	Moderately Urban	81	8.8	
	Rural	116	12.6	
Geographic region	Coast	760	82.5	
	Countryside	161	17.5	
Perceived health	Healthy	540	58.6	
	Unhealthy	381	41.4	
Life condition	Community	712	77.3	
	Institution	209	22.7	
Retirement	Yes	824	89.5	
	No	97	10.5	

*Corresponding to ≥ 75 years old; **Corresponding to 0-4 years of formal education

Concerning general socio-demographic characteristics, 77.3% participants were from the community, mainly from urban areas (78.6%) and the coast geographic region (82.5%). The age range was 60 to 101 years of age (M=74.05; SD=8.73) and 67.2% of the participants were women. The majority of participants had no school attendance (illiteracy group), incomplete basic education level or basic education level (30.1% having 0-2 years of education; 35.4% having 3-4 years of education; and 14.3% having 5-9 years of education). Concerning marital *status*, most of the

participants were married (45.4%) or widowed (25.2%). Of the participants 89.5% were retired (work condition). Furthermore, 97.4% perceived themselves as religious persons. Regarding the perceived status health, 58.6% perceived themselves as healthy (see Table 1 for more detailed characterization).

Instruments

The assessment protocol (see Vilar, Sousa, & Simões, submitted) included several instruments/measures (WHOQOL-Bref: *World Health Organization Quality of Life-Bref*; EUROHIS-QOL-8: *European Project for Developing Common Instruments for Health Surveys/ Quality of Life- 8 Item*; SF-12: *Short Form Health Survey-12 Item*; ACE-R: *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised*; the Portuguese instrument IAFAI: *Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory*; and GDS-30: *Geriatric Depression Scale-30 Item*). However, only the instruments used in this study will be described.

The WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life- OLD Module*; Power et al., 2005; WHOQOL-OLD Group, 2006) was developed as an add-on module to the WHOQOL-100 and/or WHOQOL-Bref measures, specifically for use with older adults. The European Portuguese version consists of 28 items that are rated on a five-point scale and cover the following 7 facets (4 items each): the 6 original facets of *Sensory abilities* (SAB), *Autonomy* (AUT), *Past, present and future activities* (PPF), *Social participation* (SOP), *Death and dying* (DAD) and *Intimacy* (INT) and the new European Portuguese culturally relevant facet of *Family/Family life* (FAM). However, in the European Portuguese WHOQOL-OLD, the original cross-cultural 24 items have a different sequence due to the need to adjust item and scale descriptor wording in the European Portuguese language. Facets' scores range from 5-20 points and two total results are displayed: the total 24-item (range from 24-120) and the total 28-item (range from 28-140). As in the cross-cultural module, higher scores indicate better QoL.

Socio-demographic Data Questionnaire measures socio-demographic information, current health status, previous medical history and subjective perception of

health/perceived health (with participants answering the following question: *In general, do you consider yourself to be currently healthy or unhealthy?*).

Statistical analysis

Statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences – v20.0 (SPSS for Windows v20.0, IBM SPSS, Chicago IL). Descriptive statistics were computed for sociodemographic and subjective perception of health variables. Differences in WHOQOL-OLD total and facets scores according to demographic and subjective perceived health were examined using Student's *t* test and ANOVA (with a *post hoc* Scheffe test). Additional analysis of covariance (ANCOVA) was performed to examine whether differences in WHOQOL-OLD total scores (24-item and 28-item) remained significant after controlling for the effect of other significant variable. A *p* value < .05 was regarded as statistically significant. Cohen's *d* and partial eta squared (η_p^2) were used as estimates of the effect size (Cohen, 1988). Normative data (means, standard deviations and confidence intervals) of the total 24-item (and respective 6 facets) and the total 28-item (including the additional facet *Family/Family life*) versions were presented to allow further cross-cultural comparison and a cultural specificity analysis.

Table 2. Sociodemographic and perceived health variables: Analysis of group differences on WHOQOL-OLD scores (without control of the effect of covariates)

Variables	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM	Total 24 items	Total 28 items
Gender	$t_{(919)}=2.588^*$ $d=0.181$	$t_{(919)}=2.463^*$ $d=0.174$	$t_{(919)}=3.027^{**}$ $d=0.213$	$t_{(919)}=2.302^*$ $d=0.164$	$t_{(919)}=2.066^*$ $d=0.145$	$t_{(919)}=4.841^{**}$ $d=0.347$	<i>n.s.</i>	$t_{(919)}=4.564^{**}$ $d=0.325$	$t_{(919)}=4.186^{**}$ $d=0.297$
Age	$F_{(5,915)}=14.978^{**}$ $\eta^2=0.076$	$F_{(5,915)}=19.569^{**}$ $\eta^2=0.097$	$F_{(5,915)}=8.731^{**}$ $\eta^2=0.046$	$F_{(5,915)}=32.432^{**}$ $\eta^2=0.151$	$F_{(5,915)}=2.339^*$ $\eta^2=0.013$	$F_{(5,915)}=32.724^{**}$ $\eta^2=0.152$	<i>n.s.</i>	$F_{(5,915)}=30.413^{**}$ $\eta^2=0.143$	$F_{(5,915)}=26.002^{**}$ $\eta^2=0.124$
Education (years)	$F_{(4,916)}=33.404^{**}$ $\eta^2=0.127$	$F_{(4,916)}=33.456^{**}$ $\eta^2=0.127$	$F_{(4,916)}=19.126^{**}$ $\eta^2=0.077$	$F_{(4,916)}=45.595^{**}$ $\eta^2=0.166$	$F_{(4,916)}=3.935^{**}$ $\eta^2=0.017$	$F_{(4,916)}=66.716^{**}$ $\eta^2=0.226$	$F_{(4,916)}=9.393^{**}$ $\eta^2=0.039$	$F_{(4,916)}=68.343^{**}$ $\eta^2=0.230$	$F_{(4,916)}=63.287^{**}$ $\eta^2=0.217$
Marital status	$F_{(3,917)}=14.488^{**}$ $\eta^2=0.045$	$F_{(3,917)}=17.046^{**}$ $\eta^2=0.053$	$F_{(3,917)}=13.667^{**}$ $\eta^2=0.043$	$F_{(3,917)}=27.049^{**}$ $\eta^2=0.081$	$F_{(3,917)}=4.743^{**}$ $\eta^2=0.015$	$F_{(3,917)}=243.131^{**}$ $\eta^2=0.443$	$F_{(3,917)}=21.713^{**}$ $\eta^2=0.066$	$F_{(3,917)}=71.027^{**}$ $\eta^2=0.189$	$F_{(3,917)}=70.646^{**}$ $\eta^2=0.188$
Geographic area	<i>n.s.</i>	$F_{(2,918)}=3.602^*$ $\eta^2=0.008$	$F_{(2,918)}=3.351^*$ $\eta^2=0.007$	$F_{(2,918)}=8.566^{**}$ $\eta^2=0.018$	<i>n.s.</i>	$F_{(2,918)}=15.411^{**}$ $\eta^2=0.032$	$F_{(2,918)}=9.579^{**}$ $\eta^2=0.020$	$F_{(2,918)}=9.579^{**}$ $\eta^2=0.020$	$F_{(2,918)}=11.227^{**}$ $\eta^2=0.024$
Geographic region	$t_{(919)}=-6.499^{**}$ $d=0.584$	$t_{(919)}=-6.573^{**}$ $d=0.594$	$t_{(919)}=-8.256^{**}$ $d=0.731$	$t_{(919)}=-10.073^{**}$ $d=0.948$	<i>n.s.</i>	$t_{(919)}=-8.239^{**}$ $d=0.782$	$t_{(919)}=-4.353^{**}$ $d=0.382$	$t_{(919)}=-10.499^{**}$ $d=0.986$	$t_{(919)}=-10.212^{**}$ $d=0.951$
Life condition	$t_{(919)}=4.903^{**}$ $d=0.384$	$t_{(919)}=10.585^{**}$ $d=0.826$	$t_{(919)}=7.199^{**}$ $d=0.572$	$t_{(919)}=11.077^{**}$ $d=0.890$	$t_{(919)}=-2.631^{**}$ $d=0.208$	$t_{(919)}=11.908^{**}$ $d=0.959$	$t_{(919)}=4.359^{**}$ $d=0.333$	$t_{(919)}=11.031^{**}$ $d=0.890$	$t_{(919)}=10.683^{**}$ $d=0.863$
Perceived health	$t_{(919)}=14.610^{**}$ $d=0.966$	$t_{(919)}=12.409^{**}$ $d=0.820$	$t_{(919)}=12.892^{**}$ $d=0.862$	$t_{(919)}=13.880^{**}$ $d=0.920$	<i>n.s.</i>	$t_{(919)}=12.214^{**}$ $d=0.808$	$t_{(919)}=6.129^{**}$ $d=0.409$	$t_{(919)}=17.718^{**}$ $d=1.188$	$t_{(919)}=16.957^{**}$ $d=1.138$

* $p < .05$; ** $p < .01$; *n.s.* not significant

SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and futures activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life;

η^2 = partial eta-squared value [according to Cohen (1988), η^2 values of 0.01, 0.06, and 0.14 are considered small, medium, and large effect sizes, respectively];

d = Cohen's d effect size [values of 0.20, 0.50 and 0.80 are considered small, moderate and large effect, respectively]

Results

The results of preliminary analyses (without control of the effect of covariates) of the influence of sociodemographic and subjective perceived health variables in the WHOQOL-OLD facets and total scores, and the results of additional analysis of covariance (influence in the total scores, 24-item and 28-item) are presented in Table 2 and Table 3, respectively.

Table 3. Sociodemographic and perceived health variables: Analysis of covariates and effect size values

Variables	Total QoL	ANCOVA	Effect Size
Gender	Total 24 itens	$F_{(1,913)}=4.535^*$	Null $\eta_p^2=0.005$
	Total 28 itens	$F_{(1,913)}=2.958$ ns	Null $\eta_p^2=0.003$
Age	Total 24 itens	$F_{(1,913)}=13.273^{**}$	Small $\eta_p^2=0.014$
	Total 28 itens	$F_{(1,913)}=8.692^{**}$	Null $\eta_p^2=0.009$
Education (years)	Total 24 itens	$F_{(2,911)}=34.085^{**}$	Medium $\eta_p^2=0.070$
	Total 28 itens	$F_{(2,911)}=31.940^{**}$	Medium $\eta_p^2=0.066$
Marital status	Total 24 itens	$F_{(3,910)}=21.763^{**}$	Medium $\eta_p^2=0.067$
	Total 28 itens	$F_{(3,910)}=21.836^{**}$	Medium $\eta_p^2=0.067$
Geographic area	Total 24 itens	$F_{(2,912)}=4.953^{**}$	Small $\eta_p^2=0.011$
	Total 28 itens	$F_{(2,912)}=6.287^{**}$	Small $\eta_p^2=0.014$
Geographic region	Total 24 itens	$F_{(1,913)}=34.664^{**}$	Small $\eta_p^2=0.037$
	Total 28 itens	$F_{(1,913)}=31.299^{**}$	Small $\eta_p^2=0.033$
Life condition	Total 24 itens	$F_{(1,913)}=31.829^{**}$	Small $\eta_p^2=0.034$
	Total 28 itens	$F_{(1,913)}=31.520^{**}$	Small $\eta_p^2=0.033$
Perceived health	Total 24 itens	$F_{(1,912)}=134.499^{**}$	Medium-high $\eta_p^2=0.129$
	Total 28 itens	$F_{(1,912)}=119.710^{**}$	Medium-high $\eta_p^2=0.116$

* $p < .05$; ** $p < .01$; n.s. not significant ; F= analysis of covariance (ANCOVA) values; η_p^2 = partial eta-squared value [according to Cohen (1988), η_p^2 values of 0.01, 0.06, and 0.14 are considered small, medium, and large effect sizes, respectively].

The variable *gender* had significant effects on the distribution of all WHOQOL-OLD scores, except for FAM ($p=.526$). Men displayed better QoL than women for all parameters. However, the overall effect size was small (24-item: $d=.325$; 28-item: $d=.297$). Concerning facets, the higher value was for INT ($d=.347$). When controlling for important variables (*age, education, marital status, geographic area, life condition and subjective perceived health*), no significant influence was observed for total 28-

item parameter. For total 24-item, significant differences were observed but effect size was null ($\eta_p^2=0.005$).

The variable *age* had significant effects on the distribution of all WHOQOL-OLD scores, except for FAM ($p=.121$). Globally, younger older adults groups reported better QoL for all parameters with exception for DAD facet, in which the ≥ 85 years old age group reported better QoL than the other groups. However, *post hoc* analyses showed that no significant differences were also displayed for DAD facet. In addition, the observed differences were between < 80 years old and ≥ 80 years old participants. Thus, the subsequent analyses were conducted with these two age groups. Overall, effect size was medium-high to large (28-item: $\eta_p^2=0.124$; 24-item: $\eta_p^2=0.143$). Concerning facets, the higher values were for INT and SOP ($\eta_p^2=0.152$ and $\eta_p^2=0.151$, respectively). When controlling for significant variables (*gender, education, marital status, geographic region, life condition and subjective perceived health*), the effect remained, but it was small ($\eta_p^2=0.014$, for total 24-item) or null ($\eta_p^2=0.009$, for total 28 item).

The variable *education* had significant effects on the distribution of all WHOQOL-OLD scores. Globally, participants who have higher educational level displayed better QoL. However, *post hoc* analyses showed that no significant differences were displayed for DAD facet. In addition, differences observed were between 0-2, 3-4 and ≥ 5 years of education. Thus, the subsequent analyses were conducted with these three groups/categories. Overall, effect size was high (24-item: $\eta_p^2=0.230$; 28-item: $\eta_p^2=0.217$). Concerning facets, the higher values were for INT and SOP ($\eta_p^2=0.226$ and $\eta_p^2=0.166$, respectively). When controlling for important variables (*gender, age, marital status, geographic area, geographic region, life condition and subjective perceived health*), the differences remained and a medium effect was observed (24-item: $\eta_p^2=0.070$; 28-item: $\eta_p^2=0.066$).

The variable *marital status* had significant effects on the distribution of of all WHOQOL-OLD scores. Married and widowed participants reported better QoL than single and divorced participants, respectively (the exception being DAD facet, in which single and widowed participants reported better QoL; and PPF and FAM facets, in which singles had worst results than divorced). However, *post hoc* analyses showed that no significant differences were displayed for DAD facet. Overall, effect

size was high (24-item: $\eta_p^2 = 0.189$; 28-item: $\eta_p^2 = 0.188$). Concerning facets, the higher value was for INT, SOP and FAM ($\eta_p^2 = 0.443$, $\eta_p^2 = 0.081$ and $\eta_p^2 = 0.066$, respectively). When controlling for important variables (*gender, age, education, geographic area, geographic region, life condition and subjective perceived health*), the differences remained and the effect size was medium (24-item: $\eta_p^2 = 0.067$; 28-item: $\eta_p^2 = 0.067$).

The variable *geographic area* had significant effects on the distribution of all WHOQOL-OLD scores, except for DAD ($p = .771$) and SAB ($p = .063$). Globally, moderately urban area participants displayed better QoL and participants of urban geographic area displayed worst QoL, with rural area participants in middle position. The *post hoc* analyses showed that no significant differences were also displayed for SAB and PPF facets. Most of differences were between urban and moderately urban areas. However, the overall effect size was small (24-item: $\eta_p^2 = 0.020$; 28-item: $\eta_p^2 = 0.024$). Concerning facets, the higher value was for INT ($\eta_p^2 = 0.032$). After controlling for important variables (*gender, age, education, marital status, geographic region, life condition and subjective perceived health*) a small effect size was also observed (24-item: $\eta_p^2 = 0.011$; 28-item: $\eta_p^2 = 0.014$).

The variable *geographic region* had significant effects on the distribution of all WHOQOL-OLD scores, except for DAD ($p = .204$). Older adults living in inland area reported better QoL than those living in coast area for all parameters. The overall effect size was large (24-item: $d = .986$; 28-item: $d = .951$). Concerning facets, the highest value was for SOP ($d = .948$). However, when controlling for significant variables (*age, education, marital status, geographic area, life condition and subjective perceived health*), the differences were still observed but the effect size was small (24-item: $\eta_p^2 = 0.037$; 28-item: $\eta_p^2 = 0.033$).

The variable *life condition* had significant effects on the distribution of all WHOQOL-OLD parameters. Older adults from community reported better QoL for all parameters than those in institutional context, the exception being DAD, where the inverse occurred. The overall effect size was large (24-item: $d = .890$; 28-item: $d = .863$). Concerning facets, highest values were displayed for INT ($d = .959$), SOP ($d = .890$) and AUT ($d = .826$). After covariates analysis (controlling for *age, education, marital status, geographic area, geographic region and subjective perceived health*)

differences were observed, however the effect size was small (24-item: $\eta_p^2 = 0.034$; 28-item: $\eta_p^2 = 0.033$).

The variable *perceived health* had significant effects on the distribution of all WHOQOL-OLD scores, except for DAD ($p = .358$). Healthy participants displayed better QoL than unhealthy for all parameters. The overall effect size was large (24-item: $d = 1.188$; 28-item: $d = 1.138$). Concerning facets, highest values were displayed for SAB ($d = .966$), SOP ($d = .920$), PPF ($d = .862$) and AUT ($d = .820$). Controlling the effect of covariates (*gender, age, education, marital status, geographic area, geographic region and life condition*), differences were observed and the effect size was medium-high (24-item: $\eta_p^2 = 0.129$; 28-item: $\eta_p^2 = 0.116$).

In reference to QoL results obtained, considering the global Portuguese sample, the WHOQOL-OLD overall scale scores were 77.71 for 24-item parameter (SD= 15.18; CI= 76.73-78.69) and 92.72 for 28-item parameter (SD= 17.03; CI= 91.62-93.82). The highest facet result was for FAM (M= 15.01; SD= 3.29) and the lowest was for INT (M= 11.99; SD= 5.27) (for more detailed information, for the WHOQOL-OLD results presented for the different sociodemographic and perceived health variables, see Tables 4 and 5).

Table 4. Norms of the WHOQOL-OLD, by perceived health, education, marital status and total sample

Variables	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM	Total		
								24 items	28 items	
Total	N=921	<i>M (SD)</i> 14.71 (3.88)	13.05 (3.19)	12.65 (2.93)	13.13 (3.69)	12.17 (4.00)	11.99 (5.27)	15.01 (3.29)	77.71 (15.18)	92.72 (17.03)
		95% <i>CI</i> 14.46-14.96	12.85-13.26	12.46-12.84	12.90-13.37	11.91-12.43	11.65-12.33	14.80-15.22	76.73-78.69	91.62-93.82
Perceived health	Healthy	<i>M (SD)</i> 16.12 (3.27)	14.07 (2.76)	13.61 (2.70)	14.42 (3.22)	12.27 (4.19)	13.65 (4.61)	15.56 (3.21)	84.14 (13.30)	99.70 (15.07)
	(n=540)	95% <i>CI</i> 15.84-16.37	13.85-14.31	13.37-13.84	14.16-14.69	11.91-12.64	13.26-14.04	15.29-15.83	83.02-85.30	98.43-100.98
	Unhealthy	<i>M (SD)</i> 12.70 (3.79)	11.62 (3.20)	11.29 (2.68)	11.30 (3.53)	12.03 (3.72)	9.65 (5.27)	14.24 (3.24)	68.60 (12.85)	82.83 (14.58)
	(n=381)	95% <i>CI</i> 12.33-13.09	11.27-11.96	11.01-11.56	10.94-11.66	11.66-12.38	9.13-10.20	13.90-14.59	67.30-69.96	81.35-84.40
Education	0-2 years	<i>M (SD)</i> 12.92 (3.66)	11.43 (2.99)	11.54 (2.57)	11.10 (3.20)	11.97 (3.55)	8.49 (5.09)	14.08 (3.18)	67.44 (12.72)	81.52 (14.42)
	(n=277)	95% <i>CI</i> 12.47-13.34	11.09-11.78	11.23-11.83	10.71-11.48	11.56-12.41	7.87-9.12	13.70-14.45	65.86-69.02	79.75-83.30
	3-4 years	<i>M (SD)</i> 14.67 (3.93)	13.37 (3.20)	12.76 (2.96)	13.21 (3.65)	12.76 (4.12)	12.34 (5.02)	15.16 (3.49)	79.11 (14.24)	94.27 (16.20)
	(n=326)	95% <i>CI</i> 14.23-15.09	13.03-13.71	12.44-13.10	12.85-13.60	12.34-13.22	11.84-12.89	14.79-15.52	77.57-80.69	92.50-96.06
	≥ 5 years	<i>M (SD)</i> 16.31 (3.29)	14.15 (2.76)	13.52 (2.87)	14.82 (3.22)	11.74 (4.18)	14.69 (3.74)	15.67 (2.97)	85.22 (13.02)	100.89 (14.58)
	(n=318)	95% <i>CI</i> 15.97-16.64	13.85-14.45	13.21-13.82	14.45-15.16	11.29-12.20	14.31-15.10	15.36-16.00	83.81-86.51	99.29-102.36
Marital status	Single	<i>M (SD)</i> 14.15 (3.54)	11.98 (3.13)	11.62 (2.67)	12.02 (3.57)	13.04 (3.84)	7.82 (4.53)	13.25 (3.67)	70.63 (14.72)	83.88 (16.93)
	(n=93)	95% <i>CI</i> 13.42-14.88	11.33-12.62	11.07-12.17	11.28-12.76	12.25-13.83	6.88-8.75	12.49-14.00	67.60-73.66	80.39-87.37
	Married	<i>M (SD)</i> 15.46 (3.72)	13.67 (2.99)	13.22 (2.88)	14.17 (3.37)	11.87 (4.08)	15.32 (3.36)	15.73 (2.77)	83.70 (12.63)	99.44 (14.25)
	(n=418)	95% <i>CI</i> 15.10-15.81	13.38-13.95	12.94-13.50	13.85-14.50	11.47-12.26	15.00-15.64	15.46-16.00	82.49-84.92	98.06-100.80
	Divorced	<i>M (SD)</i> 13.28 (3.76)	11.94 (3.11)	11.89 (2.80)	11.56 (3.36)	11.69 (3.58)	6.66 (4.25)	14.10 (3.42)	67.03 (13.52)	81.12 (14.86)
	(n=178)	95% <i>CI</i> 12.72-13.84	11.48-12.40	11.48-12.31	11.06-12.06	11.16-12.22	6.03-7.29	13.59-14.60	65.03-69.03	78.93-83.32
	Widowed	<i>M (SD)</i> 14.67 (4.05)	13.24 (3.31)	12.62 (2.96)	12.91 (3.94)	12.74 (4.12)	11.77 (4.38)	15.12 (3.45)	77.95 (15.19)	93.07 (16.97)
	(n=232)	95% <i>CI</i> 14.15-15.20	12.81-13.66	12.24-13.01	12.40-13.42	12.20-13.27	11.20-12.33	14.67-15.57	75.99-79.92	90.88-95.27

SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and futures activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life; M=mean; SD=standard deviation; CI= Confidence Interval

Table 5. Norms of the WHOQOL-OLD, by gender, age, life condition, geographic region and geographic area

Variables	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM	Total 24 items	Total 28 items
Gender	Male	M (SD)	13.42 (3.08)	13.07 (2.89)	12.56 (3.99)	13.18 (4.80)	15.11 (3.40)	80.95 (14.16)	96.06 (16.21)
	(n=302)	95% CI	13.06-13.75	12.74-13.37	12.12-13.03	12.67-13.70	14.73-15.48	79.34-82.47	94.25-97.75
Age	Female	M (SD)	12.87 (3.23)	12.45 (2.92)	11.98 (3.99)	11.41 (5.39)	14.96 (3.23)	76.13 (15.43)	91.10 (17.19)
	(n=619)	95% CI	12.62-13.12	12.22-12.67	11.65-12.28	10.96-11.84	14.71-15.21	74.88-77.26	89.70-92.44
Life condition	<80	M (SD)	13.61 (3.07)	13.04 (2.90)	12.03 (4.03)	13.01 (5.05)	15.15 (3.30)	80.95 (14.73)	96.10 (16.69)
	(n=650)	95% CI	13.37-13.85	12.81-13.26	11.70-12.34	12.62-13.39	14.91-15.42	79.80-82.13	94.87-97.43
Geographic region	≥80	M (SD)	11.72 (3.08)	11.73 (2.78)	12.52 (3.91)	9.55 (4.98)	14.68 (3.24)	69.94 (13.36)	84.62 (14.99)
	(n=271)	95% CI	11.34-12.07	11.39-12.08	12.03-12.99	8.94-10.16	14.28-15.07	68.44-71.52	82.86-86.43
Geographic area	Community	M (SD)	13.62 (2.99)	13.02 (2.88)	11.98 (3.98)	13.04 (4.99)	15.26 (3.18)	80.52 (14.57)	95.79 (16.40)
	(n=712)	95% CI	13.41-13.85	12.80-13.24	11.67-12.26	12.67-13.42	15.03-15.50	79.49-81.62	94.63-97.05
Geographic area	Institution	M (SD)	11.11 (3.09)	11.41 (2.75)	12.81 (4.00)	8.44 (4.59)	14.15 (3.48)	68.13 (13.22)	82.28 (14.88)
	(n=209)	95% CI	10.68-11.51	11.02-11.77	12.26-13.36	7.81-9.07	13.68-14.63	66.43-69.94	80.38-84.29
Geographic area	Coast	M (SD)	12.74 (3.18)	12.30 (2.86)	12.09 (3.98)	11.36 (5.31)	14.80 (3.29)	75.43 (14.91)	90.22 (16.71)
	(n=760)	95% CI	12.52-12.96	12.10-12.51	11.80-12.35	10.99-11.73	14.57-15.04	74.47-76.46	89.16-91.39
Geographic area	Countryside	M (SD)	14.52 (2.80)	14.32 (2.66)	12.53 (4.11)	14.99 (3.86)	16.02 (3.09)	88.50 (11.36)	104.53 (13.17)
	(n=161)	95% CI	14.09-14.97	13.93-14.75	11.85-13.20	14.40-15.60	15.55-16.48	86.82-90.35	102.57-106.50
Geographic area	Urban	M (SD)	12.94 (3.12)	12.52 (2.89)	12.20 (3.89)	11.55 (5.39)	14.77 (3.35)	76.67 (14.95)	91.44 (16.78)
	(n=724)	95% CI	12.72-13.17	12.31-12.74	11.92-12.48	11.16-11.94	14.53-15.02	75.58-77.76	90.22-92.67
Geographic area	MU	M (SD)	13.94 (2.90)	13.21 (2.83)	11.86 (3.82)	14.70 (3.67)	16.12 (2.53)	83.75 (12.16)	99.88 (13.55)
	(n=81)	95% CI	13.30-14.58	12.58-13.84	11.02-12.71	13.89-15.52	15.56-16.68	81.06-86.44	96.88-102.87
Geographic area	Rural	M (SD)	13.13 (3.72)	13.07 (3.15)	12.20 (4.76)	12.88 (4.78)	15.73 (3.06)	79.98 (17.27)	95.72 (19.12)
	(n=116)	95% CI	12.44-13.81	12.49-13.65	11.32-13.07	12.00-13.76	15.17-16.30	76.81-83.16	92.20-99.23

SAB=Sensory abilities; AUT=Autonomy; PPF=Past, present and futures activities; SOP=Social participation; DAD=Death and dying; INT=Intimacy; FAM=Family/Family life; MU= Moderately Urban; M=mean; SD=standard deviation; CI= Confidence Interval

Discussion

In reference to the influence of sociodemographic and subjective perceived health variables on older adults QoL results, despite significant differences in WHOQOL-OLD scores were found for all variables, the effect size ranged from null/small to medium/medium-high values, namely after controlling for important covariates variables. Globally, this pattern of result is in concordance with previous research (when the same variables were studied). In reference to slightly differences on QoL results and null/small effect size values, these were evident for *gender*, *age*, *geographic area* and *life condition* variables (no studies were available for comparison for *geographic region* variable).

Likewise to other studies, Portuguese male reported better QoL than female (Conrad et al., 2014; Eser et al, 2010; Gameiro et al., 2010; González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Power et al., 2005), with more evident differences in INT results; QoL results decreased with age (Conrad et al., 2014; Eser et al., 2010; Figueira, Figueira, Mello, & Dantas, 2008; Gameiro et al., 2010; Hawthorne, Herrman, & Murphy, 2006; Paúl et al., 2005; Power et al., 2005, Trentini et al., 2011; Wang et al., 2006), with more evident differences in INT and SOP results; no important differences were found between QoL results of older adults living in rural and urban areas (Paúl et al., 2005), although there were differences between those living in urban and predominantly urban areas, with more evident impact in INT results; and older persons living in community reported better QoL than those living in residential environments (Bodur & Cinguil, 2009; Nunes, Menezes, & Alchieri, 2011), with more evident impact in INT, SOP and AUT results. Although the small effect observed, the different facets identified can constitute particular areas of investment when older adults' QoL is considered.

Regarding *education* and *marital status* variables, medium effect size values were observed. In concordance with previous research, *education* variable had influence in older adults' QoL results (Gameiro et al., 2010; González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Lucas-Carrasco et al., 2011; Paúl et al, 2005; Pereira et al., 2011; Skevington, 2010; Trentini et al., 2011; Wang et al., 2006), with higher levels of education presenting better QoL, with more impact in INT and SOP results. Moreover,

considering studies in our country in reference to elderly QoL, these differences are always observed (Fonseca et al., 2009; Gameiro et al., 2010; Paúl et al., 2005; Pereira et al., 2011). In an international study, Skevington (2010) concluded that QoL increased positively and sequentially from no education to higher levels of formal education, being this increasing pattern more evident until secondary school level and more important in the lowest levels of education. Considering the education characteristics of our sample, it's understandable that the pattern of increasing QoL with increasing education level was also found and that more evident differences occurred for 0-2, 3-4 and ≥ 5 years of education. Thus, in a psychosocial intervention perspective, it seems relevant to invest in older adults' education (and of course in younger persons who will become older) (not only as a human right, but as a relevant factor for social/personal development, well-being and QoL).

More contrasting results were obtained for *marital status* variable. In other studies that analyzed the effect of marital status on WHOQOL-OLD parameters, no differences were found (see Conrad et al., 2014; Peel et al., 2007). However, considering other research in our country, marital status variable had impact on QoL (Fonseca et al., 2009; Gameiro et al., 2010). In the present work, more evident impact was found for INT, SOP and FAM facets, with married and widowed older persons reporting better QoL. Thus, if we consider that *marital status* is only a static categorization for a wider relational dimension a perspective for interpreting results can be proposed. For example, Nyqvist, Forsman, Giuntoli and Cattani (2013) stressed social capital as a resource for mental well-being. In this context, the authors first underlined that mental well-being and QoL it would seem grounded in similar resources, namely social relationships and emotional support. In older adults, the immediate family and close friendship were identified as the key factor for mental well-being providing social support, mutual trust and sense of security. The social environment, namely neighborhood, had also importance for older adults. So, the informal ties with family and friends may facilitate a greater degree of social capital in older adults. Thus, interventions aimed at strengthening family support or proximal networks may help to improve older people's mental well-being. Concerning older adults QoL research, namely in Portugal, where the sense of "family" is commonly extended to close friends and neighbors this can be an interesting point of view for future analysis.

The most evident effect size (medium-high) was for *subjective perception of health* variable, with significant differences in all WHOQOL-OLD parameters (except for DAD). This evidence was corroborated in several studies (Chachamovich et al., 2006; Eser et al., 2010; Fleck et al., 2006; González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Kalfoss, Low, & Molzhanh, 2008; Liu et al., 2013; Lucas-Carrasco et al., 2011; Power et al., 2005; Trentini et al., 2011, 2012) and subjective perception was considered having the same relevance for QoL in older persons as objective health indicators (Low & Molzahn, 2007; Power et al., 2005; Schmidt, Mühlan, & Power, 2005). In addition, some studies point out that the intensity of depression and level of independence variables were important for healthy/unhealthy perception among older persons (Trentini et al., 2012), with higher intensity of depression and lower level of independence being associated with unhealthy perception. Furthermore, when assessed with more broader measures and not only with an general item (healthy/unhealthy) (for example, in reference to health status or mental health), the influence of health perception on QoL results were more evident for the ability to carried out daily activities and depression variables, with higher levels of functional incapacity and depression resulting on worst QoL perception (Conrad et al., 2014; Dragomirecká et al., 2008; Fleck et al., 2006; Lucas- Carrasco et al., 2011; Trentini et al., 2011, 2012). Thus, in the context of promoting QoL in older adults, considering perception of health is an important issue, namely for independence and mental health aspects. Indeed, these aspects are referred in WHO active ageing paradigm and can (must) be incorporated as health and social policy investment areas, as well as in specific intervention programs in reference to older adults QoL promotion.

In our study, although a convenience sample was used, the distribution (available data rates) considering age, gender and education level was quite similar to the global Portuguese population (see Table 1). Thus, the norms of the European Portuguese WHOQOL-OLD module that were provided establish a reference point to QoL results interpretation, considering the older adults point of view/perception and the Portuguese cultural specificities.

Comparing the Portuguese results with the international Global study results, Portugal presented the worst WHOQOL-OLD overall scale result (24-item

parameter), similarly to Vilnius/Lithuania and Izmir/Turkey. As Dragomirecká and collaborators (2008) and Arun and Çevik (2011) underlined, although self-rated QoL is a result of a variety of factors in which person characteristics and current life events play a substantial role, it reflects the overall prosperity of the society as well. Thus, considering the socioeconomics specificities of the Czech Republic (similarly to other post- communist countries, for example, Lithuania; and when comparing to more wealth western countries) (Dragomirecká et al., 2008) and of the southern Mediterranean countries (for example, in a study comparing Turkey, Portugal and Italy QoL specificities) (Arun & Çevik, 2011), these results can be contextualized. However, in the same studies one “positive” difference concerning QoL results was reported: the relevance and the association between better QoL and positive relationships in the family. In the European Portuguese WHOQOL-OLD validation study that was so relevant, that a new facet, *Family/Family life*, was developed. And in fact FAM presented the best facet result. Thus, these considerations allowed us to observe the “strengths” to promote QoL in Portuguese older adults but/and also suggested the frailty areas that should be intervened.

Conclusion

In addition to previous psychometric properties studies, the present normative study contributes a useful approach to understanding the European Portuguese WHOQOL-OLD module functioning in elderly population. The impact of perceived health, education and marital status variables on QoL scores was underlined. The population norms that were provided establish a reference point to QoL results interpretation, considering the older adults point of view/perception and the Portuguese cultural specificities. In addition, it states the utility of the WHOQOL-OLD instrument (including the new facet, *Family/Family life*), for example, in the design and decision making process concerning health and social policies as well as selection and assessment of intervention programs with older adults, when (differentiated) QoL results are relevant.

References

- Arun, Ö., & Çevik, A. Ç. (2011). Quality of life in ageing societies: Italy, Portugal, and Turkey. *Educational Gerontology, 37*, 945-966.
- Attix, D. K., & Welsh-Bohmer, K. A. (Eds.) (2006). *Geriatric neuropsychology: Assessment and intervention*. New York: The Guilford Press.
- Bodur, S., & Cingil, D. D. (2009). Using WHOQOL-Bref to evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environments. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 13*(7), 652-656.
- Chachamovich, E., Trentini, C. M., & Fleck, M. P. (2006). Assessment of the psychometric performance of the WHOQOL-BREF instrument in a sample of Brazilian older adults. *International Psychogeriatrics, 19*, 635-646.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conrad, I., Matschinger, H., Riedel-Heller, S., von Gottberg, C., & Kilian, R. (2014). The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*, 105. Retrieved from <http://www.hqlo.com/content/12/1/105>
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Eisemann, M., Kalfoss, M., Kilian, R., Martiny, K., ..., Schmidt, S. (2008). Demographic and Psychosocial Correlates of Quality of Life in the Elderly from a Cross-Cultural Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*, 193-204.
- Eser, S., Saatly, G., Eser, E., Baydur, H., & Fidaner, C. (2010). The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization quality of life instrument- older adults module/WHOQOL-OLD. *Turkish Journal of Psychiatry, 21*, 37-48.
- 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.
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke-Revista: Versão Portuguesa [Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised: Portuguese version]*. Coimbra: Psychological Assessment Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences – University of Coimbra.

- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública, 40*(5), 785-791.
- Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de validação para a população idosa portuguesa [The Assessment of Quality of Life Instrument- Validation study for the Portuguese elderly population] . *Psychologica, 50*, 373-388.
- Gameiro, S., Canavarro, M.C., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C., ..., Rijo, D. (2010). Factores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral [Sociodemographics factors of variability of quality of life results in general population]. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde [Quality of life and health: An approach from the perspective of World Health Organization]* (pp. 251-268). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- González-Celis, A. L., & Gómez- Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health, 5*(12), 110-116.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing, 4*, 229-246.
- Halvorsrud, L., Kalfoss, M., & Diseth, Å. (2008). Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*, 292-305.
- Hawthorne, G., Herrman, H., & Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-Bref: Preliminary population norms and effect size. *Social Indicators Research, 77*, 37-59.
- Haywood, K. L., Liang, W. M., Chiu, Y. N., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research, 14*, 1651-1668.
- Kalfoss, M. H., Low, G., & Molzhan, A. E. (2008). The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults. *European Journal of Ageing, 5*, 77-89.

- Lepître, A., Perret-Guillaume, C., Ecosse, E., Hervy, M.-P., Ankri, J., & von Steinbüchel, N. (2013). A new instrument to measure quality of life in older people: The French version of the WHOQOL-OLD. *La Revue de Médecine Interne*, 34, 78-84.
- Leturia-Arrazola, F. J., Yanguas-Lezaun, J. J., Arriola-Manchola, E., & Uriarte-Méndez, A. (2001). *La valoración da las personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir [Assessment of older person: Evaluating to know, knowing to intervene]*. Manual práctico. Madrid: Cáritas.
- Liu, R., Wu, S., Hao, Y., Gu, J., Fang, J., Cai, N., & Zhang, J. (2013). The Chinese version of the world health organization quality of life instrument-older adults module (WHOQOL-OLD): Psychometric evaluation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 156. Retrieved from <http://www.hqlo.com/content/11/1/156>
- Low, G., & Molzanh, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*, 30, 141-150.
- Lucas- Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Aging Mental Health*, 15(5), 595-604.
- Nunes, V. M. A., Menezes, R. M. P., & Alchieri, J. C. (2011). Administración del test WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en centros de larga estancia [WHOQOL-OLD administration to assess the quality of life of elderly residents in long-term care facilities]. *Psicogeriatría*, 3(4), 177-185.
- Nyqvist, F., Forsman, A. K., Giuntoli, G., & Cattán, M. (2013). Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 17(4), 394-410.
- Osterweil, D., Brummel-Smith, K., & Beck, J. C. (2000). *Comprehensive geriatric assessment*. New York: McGraw-Hill.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses [Satisfaction and quality of life in portuguese elderly]. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados [Ageing in Portugal. Psychology, health and providing care]* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.

- Peel, N. M., Bartlett, H. P., & Marshall, A. (2007). Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing*, 26(4), 162-167.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 [Psychometric studies of the European Portuguese version of the EUROHIS-QOL-8 quality of life index]. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Population Reference Bureau. (2010). *2010 World population data sheet*. Retrieved from http://www.prb.org/pdf10/10wpds_fr.pdf.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2005). The EUROHIS- QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 16(4), 420-428.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal [Psychological assessment instruments for older person: Research and validation studies in Portugal]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 34(1), 9-33.
- Skevington, S. M. (2010). Qualities of life, educational level and human development: An international investigation of health. *Social Psychiatry Epidemiology*, 45, 999-1009.
- 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.
- Statistics National Institute. (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060* [Projections about the population living in Portugal 2008-2060]. Retrieved from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2.
- Statistics National Institute. (2012). *Censos 2011*. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.

- Trentini, C. M., Chachamovich, E., Wagner, G. P., Müller, D. H., Hirakata, V. N., & Fleck, M. (2011). Quality of life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: The role of sociodemographic variables and depression symptoms. *Applied Research Quality of Life*, 6(3), 291-309.
- Trentini, C., Wagner, G., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Silva, L., Hirakata, V., & Fleck, M. (2012). Subjective perception of health in elderly inpatients. *International Journal of Psychology*, 47(4), 279-286.
- Vilar, M., Prieto, G., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). European Portuguese WHOQOL-OLD module: An analysis using the Rasch model.
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). 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 European Portuguese population: Focus groups results]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 37, 71-95.
- 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 [Assessment of quality of life in older adults: Notes about the process of adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the European Portuguese population]. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde [Quality of life and health: An approach from the perspective of World Health Organization]* (pp. 229-250). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (submitted). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies.
- Wang, W. C., Yao, G., Tsai, Y. J., Wang, J. D., & Hsieh, C. L. (2006). Validating, improving reliability, and estimating correlations of the four subscales in the WHOQOL-Bref using multidimensional Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 15, 607-620.

- 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.
- WHOQOL-OLD Group. (2006). *The WHOQOL-OLD Manual*. Copenhagen: WHO/European Office.
- Woods, B. (2008). Assessing mood, wellbeing and quality of life. In B Woods, & L. Clare (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (2nd ed., pp. 415-427). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2011). *Aging and life course*. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/en/>.

DISCUSSÃO INTEGRATIVA E CONSIDERAÇÕES FINAIS



Nós somos o que fazemos... Só existimos nos dias em que fazemos...

Nos dias em que não fazemos apenas duramos.

(António Vieira, padre missionário)



Nesta secção será primeiramente elaborada uma discussão integrativa, reflexiva e crítica, retomando e articulando os aspectos relativos ao enquadramento conceptual do constructo *QdV* e respectiva avaliação em adultos idosos, a relevância e inclusão de medidas de *QdV* em protocolos de avaliação (neuro)psicológica e os principais resultados do processo de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa de adultos idosos. Concluiremos com a apresentação das potencialidades/vantagens e limitações deste projecto e o delineamento de linhas investigacionais futuras para aperfeiçoamento do mesmo.

A Constituição da República Portuguesa define, no seu artigo 9º dos princípios fundamentais, como um objectivo e tarefa primordial do Estado promover o bem-estar e a qualidade de vida de todos os cidadãos (Constituição da República Portuguesa, 2011). No mesmo sentido, no preâmbulo ao Código Ético e Deontológico dos Psicólogos, é apontado como principal propósito promover a qualidade de vida das pessoas, famílias, grupos, organizações e comunidades, com quem os profissionais de Psicologia trabalhem (Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).

De entre esses cidadãos/pessoas, os idosos constituem, como vimos, um importante (grande) grupo, representando em Portugal 19.1% da população, correspondendo a 2022504 pessoas (considerando o critério de 65 ou mais anos de idade) (INE, 2012). Ademais, as diferentes abordagens científicas, incluindo a da Psicologia, têm sublinhado a especificidade e a heterogeneidade deste grupo populacional, em termos desenvolvimentais e de perfis de envelhecimento (biológico, social, psicológico), passíveis de o caracterizar, onde sobressai a variabilidade inter- e intra-individual do processo. Promover a Qualidade de Vida (*QdV*) de adultos idosos exige, então, que se considerem essas particularidades. Exige, ainda, que se diferenciem trajectórias de envelhecimento, *normal*, *patológico* e *bem sucedido*, no sentido de aproximar e/ou re-orientar o mais (melhor) possível as duas primeiras trajectórias na direcção desta última (cf. Baltes, 1997; Edelstein, Stoner, & Woodhead, 2008; Fonseca, 2005; Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin, & Gallagher-

Thompson, 2003; Simões, 2006; Trentini, Chachamovich, & Fleck, 2008; Vaz Serra, 2006).

No entanto, o fundamento constitucional e o princípio ético e deontológico constituem apenas um primeiro referencial, cuja concretização exige a aplicação de um conjunto de medidas, actuações ou intervenções que os efectivem. E no âmbito da promoção da QdV, nomeadamente, de adultos idosos, outra exigência incontornável se coloca, a de saber o que é a QdV e como a mensurar, visando estabelecer um ponto de ancoragem e de direcção, selecção e comparação das estratégias/programas a implementar e de avaliação dos resultados alcançados.

O delineamento deste trabalho nasce, assim, da intersecção de dois projectos, que permitiram pensar as especificidades da avaliação (neuro)psicológica de adultos idosos e respectivos instrumentos de medida, incluindo/diferenciando o constructo *QdV*. Primeiramente, o projecto “Validação de provas de memória, inventários de avaliação funcional e de qualidade de vida” (Processo 74569; SDH-22 Neurociências; Investigador Responsável: Mário M. R. Simões), que integra o desenvolvimento, adaptação e validação sistemáticos de um conjunto de instrumentos, passíveis de utilização com adultos idosos (Simões, 2012; Simões, Firmino, Pinho, Sousa, & Vilar, 2011). É alicerce deste projecto o modelo multidimensional de avaliação (neuro)psicológica, em que para além das tradicionais medidas de ordem cognitiva (por exemplo, nível intelectual geral, memória, funções executivas, atenção, linguagem), se valorizam as dimensões de ordem personalística e afectiva/emocional, de capacidade funcional e de QdV. Reconhece-se que a não consideração de uma visão ampla do perfil de funcionamento do sujeito, ou a não inclusão ou ponderação destes diferentes parâmetros, pode retirar alcance (utilidade) e validade (nomeadamente, ecológica) aos processos de avaliação, quer nos seus resultados, respectiva análise e interpretação, quer nos delineamentos de intervenção que daí podem/devem decorrer. E em referência a este último aspecto o constructo *QdV*, enquanto linha-base e/ou *end point* dos processos, merece particular atenção.

A QdV é um tópico de crescente importância na investigação na área do envelhecimento, mas o estatuto dos instrumentos de medida deste constructo nos protocolos de avaliação, por exemplo, em contexto clínico, é menos evidente

(Simões, 2012). Como referem Merckies e Hughes (2010), em referência ao impacto de doenças crónicas no funcionamento do dia-a-dia/capacidade funcional, mas que se pode alargar à questão da QdV, na prática clínica é comum perguntar à pessoa se “está na mesma, melhor ou pior”, sendo a resposta à questão eventualmente suficiente para estabelecer uma primeira apreciação da situação. No caso da QdV, perguntar se “está satisfeito(a) com a sua vida” ou “como avalia a sua QdV” poderão ser também modos apressados de juízo da situação. Porém, numa abordagem mais exigente, da investigação à prática clínica, que vise, por exemplo, estabelecer perfis epidemiológicos, incluindo comparações transculturais, ou o desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde, a selecção e monitorização de intervenções clínicas, de programas de saúde e de cuidados sociais, onde aspectos relativos à QdV sejam cruciais, bem como a identificação de áreas de investimento que permitam potenciar a QdV de adultos idosos, são necessárias metodologias mais amplas e sistemáticas que permitam captar a variabilidade do constructo. Dito de outro modo, são necessários instrumentos estandardizados, precisos e válidos. Relembremos o que refere Donald Clifton, no prefácio à obra de Lopez e Snyder (2003, p. XIII): «No important change takes place without measurement».

É nesse sentido que, adicionalmente, o paradigma da OMS/WHO efectivado nas pesquisas dos Grupos WHOQOL/WHOQOL-OLD serviu de referência para o desenvolvimento deste trabalho. Apesar da proliferação de definições, modelos conceptuais, metodologias de avaliação e aplicações práticas diversas, que dificultam a clarificação, o aprofundamento do conceito e o entendimento das implicações do estudo da QdV (cf. Canavarró, 2010; Fayers & Machin, 2001; Fleck, 2008; Power, 2003), tem sido estabelecido algum consenso e a proposta da OMS/WHO sobressai, neste cenário. Por um lado, reconhecendo o valor e rigor das propostas de conceptualização, definição e operacionalização do constructo *QdV*, sublinhando os vectores de multidimensionalidade (isto é, definindo que a QdV integra diversas dimensões), de subjectividade (valorizando a percepção do próprio sujeito) e da dimensão positiva-negativa (isto é, estabelecendo que a QdV envolve, numa articulação dinâmica, a presença de determinados elementos e a ausência de outros). Por outro, ao possibilitar a implementação de uma matriz metodológica sistematizada e fundamentada, de cariz transcultural, para efeitos de desenvolvimento/adaptação de instrumentos de QdV, onde se inclui o WHOQOL-

OLD (Hawthorne et al., 2006; Murphy & Hawthorne, 2001; Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2005; Quinn, 2001; Skevington, Sartorius, Amir, & The WHOQOL Group 2004; WHOQOL Group, 1994, 1995).

Constatámos que uma das críticas frequentemente colocadas enfatiza o uso indevido de instrumentos de avaliação da QdV em adultos idosos, não validados para a população idosa e/ou construídos tendo como referência a população adulta mais jovem, sem cuidar de considerar as especificidades do adulto idoso (Halvorsrud & Kalfoss, 2007; Haywood, Liang, Chiu, & Fitzpatrick, 2005). Como referido previamente, o estudo comparativo de Haywood e colaboradores (2005) destaca que, de entre um leque vasto de instrumentos, é mais sustentada a adequação do SF-36/*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* e do EQ-5D/*EuroQol*, na avaliação da QdV de adultos idosos. Ambos os instrumentos estão validados para a população portuguesa, incluindo sujeitos idosos nas amostras, sendo o SF-36 (Ribeiro, 2005) recomendado quando se pretende uma avaliação mais detalhada e abrangente e o EQ-5D (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013) quando se pretende uma avaliação mais sucinta. Com maior especificidade para a avaliação da QdV de adultos idosos, é de referir, também, o IAQdV/*Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida* (Fonseca et al., 2009). Numa apreciação crítica, estes instrumentos respondem a algumas das limitações reportadas à avaliação da QdV em adultos idosos. No entanto, como descrito, ou não são particularmente propostos para avaliação de adultos idosos e/ou remetem para uma dimensão mais circunscrita da QdV (ex., estado de saúde) ou, ainda que considerem o idoso como alvo de análise, decorrem de estudos metodologicamente menos elaborados (por exemplo, nenhuma das investigações referidas procedeu a análises no âmbito da Teoria de Resposta ao Item). Daí ser pertinente propor o desenvolvimento ou adaptação de novos/outros instrumentos de avaliação, que possam *ir mais além* na resposta às críticas usualmente colocadas.

Neste âmbito, reconhecendo estas críticas, bem como limitações metodológicas usualmente associadas à construção e adaptação de instrumentos (por exemplo, para línguas diferentes daquela em que se desenvolveram originalmente) para avaliação da QdV nessa população, foi criado o Grupo/Projecto WHOQOL-OLD. O objectivo primordial foi estudar o funcionamento, na população idosa, das medidas

genéricas de QdV previamente desenvolvidas (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref), integrar conteúdos adicionais de QdV, não previstos nas medidas gerais, mas relevantes para adultos idosos, e que tivessem validade nas diferentes culturas/Centros de investigação que integraram (ou viessem a integrar) o projecto. À semelhança dos estudos dos instrumentos genéricos, a matriz metodológica estandardizada integrou diferentes abordagens: metodologias qualitativas (com a implementação de grupos focais) e metodologias quantitativas de análise (conjugando estudos diversificados no âmbito da Teoria de Resposta ao Item, nomeadamente, do modelo Rasch, e da Teoria Clássica dos Testes). Considerando o envolvimento de diversos países/com diversas línguas (num total de 22 Centros de investigação participantes, no estudo Global original), o processo iterativo de discussão e tradução foi particularmente exigente. Efectivamente, incluiu a discussão prévia do conceito e das dimensões a integrar, dos itens elaborados e das escalas de resposta, múltiplas traduções/retroversões, envolvendo peritos de diversas áreas (por exemplo, Linguística, Medicina, Psicologia, Psicometria) e a actualização da informação, considerando a perspectiva de profissionais, cuidadores e, particularmente, dos idosos, a partir das discussões no âmbito dos grupos focais (cf. Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; Power et al., 2005; Sartorius & Kuyken, 1994). Este procedimento permitiu estabelecer o alicerce de validade do constructo e de representatividade do conceito de QdV em adultos idosos.

Do processo resultou, então, a elaboração do módulo WHOQOL-OLD. Power e colaboradores (2005) frisam que este novo módulo se revelou com robustez psicométrica para ser utilizado na avaliação de QdV de adultos idosos, mas que deve ser entendido como complementar, e não como substituto, das medidas genéricas WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. Ainda que integre dimensões específicas de QdV relevantes para a população idosa, a sua utilização isolada não abrange a totalidade de conteúdos necessários e importantes para a adequada caracterização desse grupo, em termos de QdV. Na sua versão original, como descrito, é constituído por 6 facetas, num total de 24 itens (*Funcionamento sensorial, Autonomia, Actividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade*). Nos países que viessem posteriormente a adaptar a medida, deveriam ser salvaguardados os delineamentos prévios, sem prejuízo de poderem ser considerados outros conteúdos de QdV, culturalmente relevantes para o contexto e a

população idosa em causa (isto é, possibilidade de sugerir/construir novos itens e/ou outras áreas de QdV relevantes).

Numa análise sistemática e crítica do processo de tradução e adaptação de medidas de QdV, alguns autores têm destacado o procedimento da OMS/WHO como o mais fiável e válido, em termos de gerar instrumentos transculturalmente equivalentes. A construção de instrumentos de avaliação segue, usualmente, duas alternativas: desenvolver um instrumento específico para dado país/cultura ou adaptar um já existente. Esta última é a prática mais reiterada, sendo a adaptação usualmente efectuada a partir de versões de língua inglesa. Ora, o processo de adaptação ao não ser adequadamente realizado incorre no risco de o instrumento não ser válido para a nova cultura a que está a ser adaptado. Numa revisão sobre adaptação de instrumentos de QdV (nos diversos quadrantes geográficos/culturais, incluindo países de África, Ásia, Europa de Leste, Médio Oriente e América do Sul), Bowden e Fox-Rushby (2003) enfatizam que, da análise efectuada e referente a 9 instrumentos de avaliação¹, a abordagem do grupo WHOQOL revelou-se a mais adequada. Seguindo o modelo proposto por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) (*The Universalist approach*), para o efeito, comparam os estudos em termos de critérios relativos às equivalências: *conceptual* (isto é, se o conceito subjacente é o mesmo nas diferentes culturas, por exemplo, considerando os domínios a incluir e sua relevância); *de itens* (isto é, se estimam os mesmos parâmetros do traço latente a ser medido e se os itens são igualmente relevantes e aceitáveis nas diferentes culturas); *semântica* (remetendo para a manutenção/transferência de significado do que se pretende medir, nas diferentes culturas/línguas); *operacional/técnica* (isto é, relativa à possibilidade de ser usado um formato similar de questionário, incluindo instruções e modo de administração); *da medida propriamente dita* (remetendo para as características psicométricas do instrumento); e *funcional* (um indicador integrado das outras dimensões de equivalência, traduzindo a extensão com que o instrumento *mede o que visa medir*, e que espelha o processo contínuo de validação

¹ Neste estudo (Bowden & Fox-Rushby, 2003), foram analisados os seguintes instrumentos: *Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP) and WONCA/COOP Charts*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *15 Dimensional Quality of Life Questionnaire (15D)*, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, *Sickness Impact Profile (SIP)*, *EuroQol (EQ-5D)*, *Quality of Well-Being Scale (QWB)*, *Health Utilities Index (HUI)* e *WHOQOL-100/Bref*. Para um maior detalhe da análise, ver o referido estudo.

dos instrumentos). Mais recentemente, Regnault e Herdman (2015) retomam o modelo descrito, sublinhando novamente a exigência de cumprir os critérios de equivalência na adaptação de instrumentos.

Na sequência da adaptação e validação das medidas genéricas, WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref (e, posteriormente, EUROHIS-QOL-8), para a população portuguesa (Canavarro et al., 2006, 2009; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011; Vaz Serra et al., 2006a, 2006b) e considerando o curso dos trabalhos internacionais, a adaptação e validação do WHOQOL-OLD constitui-se, neste âmbito, como uma tarefa “evidente”. Ainda que o vector de pertença se estabelecesse como um primeiro critério (ao fazermos parte da equipa e do Grupo WHOQOL em Portugal), foi sobretudo pelo eixo de identidade/identificação com a pertinência científica do tema (fundamental e aplicada) e com uma proposta conceptual e metodológica que este trabalho ganhou vida. Efectivamente, o quadro de conceptualização e operacionalização do constructo, bem como a pormenorizada matriz metodológica transcultural a implementar, permitiram guiar um trabalho de adaptação, validação e normalização bem alicerçado e antecipando um percurso, ousaríamos dizer, de qualidade, em termos de execução. E foi este detalhe que sustentou o estudo Português. Vejamos, agora, os principais resultados alcançados (segundo e alargando, para o efeito, a síntese disponível em Vilar, Sousa, & Simões, 2015).

No que concerne a implementação de grupos focais com idosos, cuidadores e profissionais (N=33), os resultados obtidos possibilitaram sustentar 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. Permitiram, também, evidenciar a adequabilidade e pertinência das facetas e itens do WHOQOL-OLD (originais) e, não menos relevante, sugerir novos aspectos a incluir na versão portuguesa do instrumento, especificamente: a dimensão *Família/Vida familiar*.

De facto, foi espontaneamente evocada a totalidade de domínios e facetas do WHOQOL-100, estabelecendo a validade de conteúdo do modelo de QdV para adultos idosos (com excepção da faceta relativa a *Actividade sexual*, evocada na fase estruturada de debate em torno do WHOQOL-OLD, mas validando, assim, a relevância da faceta *Intimidade*, como específica da QdV em adultos idosos). Na fase

não estruturada do processo, foram também evocadas todas as facetas do WHOQOL-OLD, ainda que com importância diferenciada, com a *Autonomia, Participação social e Actividades passadas, presentes e futuras* a serem reportadas como mais relevantes. No respeitante às dimensões consideradas mais importantes na determinação da QdV, em termos globais, a saúde ocupa um lugar de destaque. No entanto, numa análise mais discriminada (por exemplo, considerando os diferentes grupos etários, a condição de vida actual, a percepção subjectiva de saúde), outros aspectos de QdV foram reportados, incluindo o ambiente (ex., aspectos financeiros, cuidados de saúde/sociais, ocupação do tempo, actividades na comunidade), os aspectos relacionais (ex., relações familiares e de intimidade), a independência/capacidade funcional (ex., desempenhar as actividades do dia-a-dia) e a autonomia (ex., ser respeitado na tomada de decisão). Nesse sentido, os resultados reflectem a diferenciação dos constructos *QdV* e *Saúde* (isto é, demonstram que a QdV não se reduz à saúde, ainda que esta seja efectivamente um factor importante) e demonstram, também, a heterogeneidade dos adultos idosos e a variabilidade, em termos de dimensões de QdV (mais) valorizadas. Adicionalmente, os resultados podem (devem) sustentar uma actuação diferenciada em termos de promoção da QdV destas pessoas (Laidlaw et al., 2003; Molzahn, Skevington, Kalfoss, & Makaroff, 2010; Power et al., 2005).

O estudo qualitativo permitiu, ainda, apreender a articulação entre perspectivas de profissionais, cuidadores e adultos idosos, relativamente aos aspectos de QdV mais relevantes para a população idosa. No que aos profissionais e cuidadores diz respeito, as suas percepções parecem reflectir as especificidades relacionais que estabelecem com os idosos, respectivamente, a um nível mais formal de avaliação e intervenção e a um nível mais de cuidado informal. Quanto à perspectiva dos idosos, esta inclui e alarga a dos profissionais e cuidadores, evidenciando a importância de considerar a percepção do próprio sujeito (subjectividade), por forma a obter um quadro representativo do que é importante para a QdV de adultos idosos. Foram destacadas dimensões relativas à saúde (física e psicológica), às relações sociais (em especial, as familiares), ao ambiente (com destaque para a disponibilidade de serviços/cuidados de saúde e sociais e recreio/lazer), às variáveis psicológicas (nomeadamente, a importância dos sentimentos positivos), ao nível de

independência (relativo às actividades de vida diária) e aos aspectos espirituais (religião e crenças pessoais).

Por todos os grupos focais foi sublinhada a relevância da dimensão *morte/doença/bem-estar/saúde de outros significativos* e da diferenciação do nível relacional, no sentido de serem consideradas não apenas as relações sociais gerais e de intimidade, mas especificamente, as relações familiares (no sentido de lhe dar uma visibilidade acrescida, comparativamente ao WHOQOL-100). De facto, por um lado, apesar de no WHOQOL-100 o domínio das *Relações sociais* integrar 2 itens relativos às relações familiares, foi sugerido alargar a sua representatividade. Por outro lado, nas versões breves (WHOQOL-Bref e EUROHIS-QOL-8) esses itens não foram incluídos. Considerando que as amostras estudadas, ainda que integrassem sujeitos idosos, eram mais representativas da população de jovens adultos/adultos, poderá justificar-se que os itens mais significativos fossem os das relações pessoais/sociais, sendo a dimensão das relações familiares menos valorizada. No entanto, se pensarmos que na avaliação de adultos idosos o recurso às medidas breves é recomendada, e considerando a importância atribuída por este grupo às relações familiares, ficaríamos sem acesso a um dos conteúdos do domínio das *Relações sociais*. Colocou-se, assim, a hipótese de estes aspectos constituírem uma nova faceta, *Família/Vida familiar*, que integraria o módulo WHOQOL-OLD português.

Por forma a testar esta possibilidade no âmbito dos estudos empíricos quantitativos, foram inicialmente elaborados 9 itens adicionais, retomando as sugestões dos profissionais, cuidadores e idosos, relativas aos aspectos atrás mencionados. Estes itens integraram, assim, conteúdos relativos à satisfação com as relações familiares, o apoio recebido e o tempo passado com familiares, o sentimento de ser valorizado (reconhecimento) pela família, a preocupação com a saúde, bem-estar e a morte de familiares (sendo, depois, mantidos 8 itens para efeitos de análise, retirando um item considerado redundante em termos de conteúdo abordado). Importa aqui sublinhar a natureza inovadora deste aspecto da adaptação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa, através do incremento de uma (nova) dimensão ao constructo *QdV*.

No estudo-piloto (N=412), as análises efectuadas no âmbito do modelo Rasch (nomeadamente, o *Rasch Partial Credit Model*) traduzem o reconhecimento desta abordagem psicométrica no desenvolvimento e validação de instrumentos de QdV, sendo, de forma sistemática, utilizada no caso da validação dos vários instrumentos WHOQOL, incluindo o WHOQOL-OLD (Chachamovich, Fleck, Trentini, & Power, 2008; Fang, Power, Lin, Zhang, Hao, & Chatterji, 2011; Fayers & Machin, 2001, 2007; Power et al., 2005; Tennant, Mckenna & Hagell, 2004).

Relativamente à selecção dos itens que integrariam a faceta *Família/Vida familiar*, os 8 itens em estudo revelaram valores adequados de parâmetros *infit* e *outfit*, pelo que não traduziram funcionamento desajustado. Assim, a selecção baseou-se na correlação item-total, sendo mantidos os itens relativos à satisfação com as relações, o suporte recebido, o tempo de contacto com familiares e o sentimento de valor (reconhecimento) dado pela família. Juntamente com aspectos relativos a *ter energia, estar feliz, ter um bom funcionamento sensorial, ter independência nas actividades diárias e não ter dor, a satisfação com as relações familiares, o suporte recebido e o tempo de contacto com a família* são referidos como relevantes para a QdV de adultos idosos (cf. Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2003; Leung, Wu, Lue, & Tang, 2004; Molzahn et al., 2010; Turagabeci, Nakamura, Kizuki, & Takano, 2007). Ainda, o *sentido de valor/reconhecimento dado pela família* é também considerado um factor de relevo para o sentido de vida e de integridade desenvolvimental ao longo do ciclo vital, sendo importante para a QdV de adultos idosos (Sousa, Patrão, & Vicente, 2012). Estes dados (empíricos e teóricos) conferem, portanto, validade de conteúdo à nova faceta.

A versão final portuguesa do WHOQOL-OLD é, então, constituída por 28 itens, num total de 4 itens para cada uma das 7 facetas que integram o instrumento, correspondendo a valores mais elevados nos parâmetros, uma QdV mais elevada (tal como percebida pelo sujeito e tendo como referência temporal os últimos 15 dias). De notar que a sequência/numeração dos itens (incluindo os itens invertidos) difere parcialmente da apresentada na versão original, considerando a necessidade de ajustar o descritivo dos itens e das escalas de resposta, para a língua portuguesa (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Versão portuguesa do módulo WHOQOL-OLD: Facetas e conteúdo dos itens

Facetas	Conteúdo dos Itens
Faceta I: Funcionamento sensorial Avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em actividades e na interacção (itens 1*, 2*, 3*, 20)	- Dificuldades sensoriais afectam a vida diária - Avaliação do funcionamento sensorial - Dificuldades sensoriais interferem na participação em actividades - Funcionamento sensorial afecta a capacidade de interagir/ conviver
Faceta II: Autonomia Avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões (itens 4, 5, 6, 11)	- Liberdade para tomar (as suas próprias) decisões - Sentir que pode determinar o (seu) futuro - Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer - Os outros respeitam a sua liberdade
Faceta III: Actividades passadas, presentes e futuras Avalia a satisfação com objectivos alcançados na vida e projectos a realizar (itens 12, 13, 15, 19)	- Feliz com o que pode esperar daqui em diante - Satisfeito com as oportunidades de realização - Recebeu o reconhecimento que merece na vida - Satisfeito com o que alcançou na vida
Faceta IV: Participação social Avalia a participação em actividades do quotidiano/ de vida diária, nomeadamente, na comunidade (itens 14, 16, 17, 18)	- Satisfeito com o modo como ocupa o (seu) tempo - Satisfeito com o envolvimento nas actividades - Actividades suficientes para ocupar o dia-a-dia - Satisfeito com as oportunidades para participar na comunidade
Faceta V: Morte e morrer Avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer (itens 7*, 8*, 9*, 10*)	- Preocupado com a maneira como irá morrer - Medo de não poder controlar a sua morte - Medo de morrer - Receio de sofrer antes de morrer
Faceta VI: Intimidade Avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas (itens 21, 22, 23, 24)	- Sentimento de companheirismo na (sua) vida - Sentir amor na (sua) vida - Oportunidades para amar - Oportunidades para ser amado
Faceta VII: Família/Vida familiar Avalia a satisfação com as relações, o suporte, o tempo de contacto e o sentimento de valor dado pela família (itens 25, 26, 27, 28)	- Satisfeito com as relações familiares - Satisfeito com o apoio que recebe da família - Satisfeito com o tempo que passa com familiares - Sentimento de valor dado pela família

* Itens invertidos na versão portuguesa do módulo WHOQOL-OLD

A partir da análise de componentes principais dos resíduos, e apesar da totalidade dos itens (28 itens) não cumprir o critério de unidimensionalidade, quando analisada cada faceta, isoladamente, os resultados indicaram forte dimensionalidade. Este indicador é expectável, considerando o modelo

multidimensional subjacente ao instrumento (Power et al., 2005). No geral, os dados sustentam o bom funcionamento dos itens, sendo os parâmetros estimados com precisão elevada. Todos os itens apresentam bons índices de ajuste *infit* (a variar entre .68 e 1.33) e de ajuste *outfit* (a variar entre .62 e 1.49). Os índices examinados pelo erro padrão (SE; *Standard Error*) e pela precisão de separação dos itens (ISR; *Item Separation Reliability*) comprovam a boa qualidade da medição efectuada pelos diferentes itens. As estatísticas das pessoas revelam que, no geral, a QdV é estimada com precisão aceitável a boa, com o índice de precisão da separação das pessoas (PSR; *Person Separation Reliability*) a variar entre .69 (para *Funcionamento sensorial e Actividades passadas, presentes e futuras*) e .81 (para *Família/Vida familiar*), sendo a excepção a faceta Autonomia (.61). Assim, a faceta *Família/Vida familiar* apresenta o melhor valor de precisão. Em termos globais, a nova faceta funciona bem em termos psicométricos, constituindo uma dimensão de relevo para compreender e avaliar a QdV em adultos idosos portugueses.

Na análise das categorias de resposta, é de salientar a limitação do funcionamento da categoria central, em cerca de metade dos itens. Outros estudos sublinham essa fragilidade (Chachamovich et al., 2008). Usualmente, uma maior dificuldade de diferenciação deste tipo de escalas (Likert) aparece associada ao nível de literacia, com sujeitos com nível de escolaridade mais baixo/analfabetos a apresentar mais dificuldades no uso da escala de resposta e com sujeitos com níveis de escolaridade mais elevados a beneficiar do seu uso, em termos de possibilidade de discriminação de respostas/resultados (Chachamovich, Fleck, & Power, 2009). As características da amostra podem, nesse sentido, explicar estes resultados. A escala tipo Likert porém, foi a sugerida para efeitos de adaptação do WHOQOL-OLD. Considerando a dificuldade de colapsar a categoria central com uma das adjacentes (Linacre, 2002; Stone, 2004), mantivemos as alternativas de resposta, 1 a 5 pontos, com descritores semânticos relativos a intensidade, capacidade e avaliação/satisfação (*Nada a MUITÍSSIMO, Nada a Completamente, Muito Mau a Muito Bom/ Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito*).

Na análise do funcionamento diferencial dos itens (DIF, *Differential Item Functioning*), a variável *percepção de saúde* não apresentou DIF. Para as variáveis *género, idade e escolaridade*, embora alguns itens apresentassem DIF, verificou-se

um balanceamento, pelo que a natureza do grupo em análise não produziu enviesamentos significativos na medida de QdV. Assim, a versão portuguesa do WHOQOL-OLD é adequada para avaliar a QdV em adultos idosos, independentemente das características sociodemográficas. A variável *percepção de saúde* surge também como aquela que apresenta maior impacto na diferenciação de resultados de QdV em adultos idosos, comparativamente a *género, idade e escolaridade*. O padrão de influência de variáveis sociodemográficas e de percepção de saúde, nesta primeira análise, segue, aliás, o reportado no estudo Global original (Power et al., 2005): participantes mais velhos, com menor nível de escolaridade e que se percebem como doentes comunicam pior QdV. No entanto, o estudo detalhado sobre o efeito das variáveis (ver adiante) permitiu redefinir a sua relevância no estabelecimento dos dados normativos para a população portuguesa de adultos idosos.

No estudo de campo (N=921), foi confirmada a robustez psicométrica do WHOQOL-OLD (Estudos no âmbito da Teoria Clássica dos Testes), com a faceta *Família/Vida familiar* a contribuir vincadamente para a adequabilidade do instrumento.

A ausência de *missing values* na versão portuguesa parece dever-se ao procedimento de aplicação seleccionado: modo de entrevista. No presente estudo, esta alternativa foi ponderada tendo em conta as sugestões dadas pelos profissionais, nos grupos focais, e atendendo a que a maioria dos sujeitos tinha escolaridade nula, incompleta ou básica. Ademais, uma vez que o WHOQOL-OLD estava integrado num protocolo mais amplo que incluía medidas de desempenho, a estratégia surgiu como “natural” no procedimento implementado. Efectivamente, outros estudos indicam esta alternativa como mais ajustada, na avaliação de adultos idosos (Lucas-Carrasco, Laidlaw, & Power, 2011; Peel, Bartlett, & Marshall, 2007). Outros apontam, mesmo, a interferência da idade na capacidade para completar questionários em modo de auto-resposta, mesmo com número reduzido de itens (ex., EQ-5D/*EuroQol*) (Coast, Peters, Richards, & Gunnell, 1998).

Não foram verificados efeitos de chão/tecto em qualquer dos parâmetros do WHOQOL-OLD. Este resultado indica, assim, que o instrumento permite detectar variações/mudanças na QdV (ex., melhoria de QdV após programa de intervenção).

No estudo português, os valores de consistência interna para os totais são excelentes e mais elevados do que os apresentados nos diversos estudos com o WHOQOL-OLD já disponibilizados, nomeadamente, para o estudo Global internacional (Power et al., 2005; N=5566), do Brasil (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006; N=424), Austrália (Peel et al., 2007; N=100) Noruega (Halvorsrud, Kalfoss, & Diseth, 2008; N=401/N=89), Turquia (Eser, Saatly, Eser, Baydur, & Fidaner, 2010; N=527), Espanha (Lucas-Carrasco et al., 2011; N=286), França (Leplège et al., 2013; N=281), México (González-Celis & Gómez-Benito, 2013; N=285) e China (Liu et al., 2013; N=1005) (o estudo da Alemanha apenas reporta valores para as facetas; Conrad, Matschinger, Riedel-Heller, von Gottberg, & Kilian, 2014; N=1133). No estudo português, todas as facetas apresentam valores de consistência adequados a bons, similarmente aos estudos Global, do Brasil, França, China e Alemanha (e com os restantes estudos a apresentar em algumas facetas valores mais baixos/ <.70).

Relativamente aos indicadores de estabilidade temporal, o resultado para o total-28 itens foi excelente, com a faceta *Família/Vida familiar* a apresentar o valor mais elevado (.83). O valor do total 24-itens foi bom (.79), ainda que um pouco inferior aos valores apresentados pelos países que reportam análises de teste-reteste (nomeadamente, Brasil, Austrália e China). Curiosamente, parece ter havido uma interferência do “observador” no “fenómeno observado”, com o processo de avaliação/investigação a ter impacto em algumas das dimensões de QdV (aumentando da primeira para a segunda aplicação os valores de *Autonomia*, *Actividades passadas, presentes e futuras* e *Morte e morrer*). Efectivamente, durante o procedimento de avaliação, os participantes foram expressando a sua vontade e decisão de participar, entendendo a situação como uma oportunidade de lazer e de mudar rotinas e preocupações. Se uma investigação, com todas as suas idiossincrasias pode ter esta influência, conjecturem o que intervenções devidamente organizadas e fundamentadas, tendo como referência as necessidades e pontos de vista das pessoas, não poderão fazer pela QdV de adultos idosos (Lima & Gail, 2011)!

A validade de constructo foi suportada pela matriz de inter-correlações, entre o total e as facetas e os itens e a respectiva faceta. A faceta *Morte e morrer* apresentou os valores de associação mais baixos, quer com o total, quer com as restantes facetas.

Aquando da preparação para submissão do trabalho em análise, foi-nos questionado o significado deste resultado. Como assinalámos no breve enquadramento conceptual, surge como evidente que *se existimos, envelhecemos*. E parece decorrer daqui que, nesse processo, todos *acabaremos por morrer*. Relembramos que esta faceta foi incluída por representar uma dimensão de QdV relevante para os idosos. Os diferentes dados apontam para alguma evidência de precisão da faceta, mas não da sua validade efectiva. Nesse sentido, parece importante repensar o seu conteúdo, talvez deslocando a abordagem de uma perspectiva negativa sobre a morte e o morrer (medo, preocupação, sofrimento, não controlo), para uma que reflecta o sentido de relação vida-morte e de integridade desenvolvimental, ao longo do ciclo de vida, permitindo assim, eventualmente, diferenciar a sua importância para a QdV (cf. Davies, 2009/2005; Lima, 2010a, 2010b; Osswald, 2013; Paúl & Fonseca, 2001; Sousa et al., 2012).

Em termos de validade convergente/divergente, foram obtidas correlações significativas e elevadas entre o WHOQOL-OLD e WHOQOL-Bref, EUROHIS-QOL-8, a componente mental do SF-12, MMSE (itens integrados no ACE-R) e GDS-30; e correlações significativas e baixas, com o IAFAI (evidenciando a associação com as *Actividades Instrumentais Familiares*). Considerando que o WHOQOL-OLD foi conceptualizado como medida complementar, a ser utilizado conjuntamente com as medidas genéricas, estes resultados são uma primeira evidência da adequabilidade de utilização dessas medidas com adultos idosos. Ainda, considerando as indicações de utilização de medidas breves, a alternativa EUROHIS-QOL-8 (tanto quanto é do nosso conhecimento, ainda não estudada noutros países, especificamente com adultos idosos) surge aqui preliminarmente validada.

Da análise sobressai, também, a associação da função cognitiva e da capacidade funcional com a QdV, bem como a conexão mais vincada com a sintomatologia depressiva. Contudo, é importante sublinhar que a QdV não se reduz às dimensões referidas. No entanto, parece surgir um padrão que estabelece o que poderíamos designar como uma determinada *reserva cognitiva* (cf. Stern, 2002, 2003, 2009), *reserva funcional* (cf. Perls, 2006) e (numa aproximação isomórfica/terminológica) *reserva emocional*, para assegurar a QdV, nomeadamente, em adultos idosos. No estudo alemão, já referido, em que protocolo de avaliação utilizado foi o que mais se

assemelhou ao do estudo português, os resultados reportados sugerem este mesmo padrão de influência (cf. Conrad et al., 2014). Nesse sentido, estas dimensões devem ser consideradas quer na avaliação, quer na promoção da QdV, se quisermos efectivamente apreender/transformar o que é importante, neste âmbito, para os adultos idosos.

Finalmente, em termos de validade discriminante, os resultados do WHOQOL-OLD permitiram diferenciar grupos de idosos saudáveis e doentes (considerando a percepção subjectiva de saúde) e grupos com ausência de sintomatologia depressiva, com sintomatologia ligeira e com sintomatologia severa.

No geral, conclui-se pela robustez psicométrica do instrumento, com a nova faceta *Família/Vida familiar* a representar uma dimensão importante para avaliação da QdV de adultos idosos portugueses. Comparativamente aos estudos realizados noutros países, o tamanho da amostra portuguesa é maior (sendo, em termos absolutos, apenas ultrapassado pela amostra da Alemanha e da China; cf. Conrad et al., 2014; Liu et al., 2013) e os estudos efectuados abrangem um protocolo mais compreensivo, incluindo mais indicadores de comparação (ex., outras medidas de QdV, de sintomatologia depressiva e, de forma diferenciada dos outros estudos, medidas de funcionamento cognitivo – com recurso ao ACE-R – e de capacidade funcional – com recurso ao IAFAI) (sendo o estudo alemão, como referido, o que mais se assemelha no protocolo implementado, ao incluir também a avaliação do funcionamento cognitivo usando – o DemTect – e das actividades de vida diária – usando o *Instrumental Activities of Daily Living Scale/IADL*; cf. Conrad et al., 2014).

No estudo normativo (e da influência de variáveis sociodemográficas e de percepção de saúde) (N=921), foi retomada a análise iniciada no estudo piloto, mas com maior número de variáveis (*género, idade, escolaridade, estado civil, região geográfica, área geográfica, condição de vida e percepção subjectiva de saúde*) e controlando os efeitos de co-variação.

Assim, apesar de serem encontradas diferenças significativas nos diversos parâmetros do WHOQOL-OLD para todas as variáveis em estudo, a magnitude do efeito foi mais evidente para as variáveis *escolaridade, estado civil* (efeitos médios) e *percepção de saúde* (efeito médio-alto).

No respeitante ao impacto da variável escolaridade na QdV, os resultados são concordantes com os de investigações prévias (Gameiro et al., 2010; González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Lucas-Carrasco et al., 2011; Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005; Pereira et al., 2011; Skevington, 2010; Trentini et al., 2011; Wang, Yao, Tsai, Wang, & Hsieh, 2006), com pessoas com níveis de escolaridade mais elevados a apresentar melhor QdV. Ademais, nos estudos portugueses que se referem a e/ou integram adultos idosos nas amostras, este efeito é sempre reportado (cf. Fonseca et al., 2009; Gameiro et al., 2010; Paúl et al., 2005; Pereira et al., 2011). No presente estudo, as diferenças são significativas para todos os parâmetros do WHOQOL-OLD (excepto para a faceta *Morte e morrer*, considerando as análises *post hoc*), com magnitude maior para as facetas *Intimidade e Participação social*. Na investigação de Skevington (2010), a autora conclui que a QdV aumenta positiva e sequencialmente do nível de ausência de escolaridade formal até níveis superiores de educação, com o padrão a ser mais marcado até ao nível secundário. Nesse sentido, percebe-se a ocorrência de diferenças significativas para os níveis 0-2, 3-4 e ≥ 5 anos de escolaridade, considerando as especificidades da nossa amostra. Estes resultados podem constituir-se como base para (re)pensar as perspectivas/iniciativas de intervenção psicossocial, dado que parece evidente a necessidade de investir na educação de pessoas mais velhas (ex., formação ao longo da vida, contrariando o *ageism*) e, obviamente, na educação de crianças, jovens e adultos (que um dia se tornarão idosos), não apenas porque é um Direito Humano, mas porque constitui um factor de desenvolvimento social, pessoal, de bem-estar e de QdV.

No que concerne a variável *estado civil*, o padrão geral é indicador de melhor QdV para *casado* e *viúvo*, comparativamente a *solteiro* e *divorciado*. As diferenças são significativas para todos os parâmetros do WHOQOL-OLD (excepto para a faceta *Morte e morrer*, considerando as análises *post hoc*), com magnitude maior para as facetas *Intimidade, Participação social e Família/Vida familiar*. Se considerarmos o *estado civil* como uma categorização estática que subentende/integra uma dimensão relacional, em sentido lato, poderemos propor uma perspectiva de interpretação dos resultados. No estudo de Nyqvist, Forsman, Giuntoli e Cattani (2013), os autores sublinham o *capital social* como um recurso para o bem-estar mental e, por similitude de factores de sustentação (nomeadamente, relações sociais e suporte emocional), também para a QdV. Os autores reportam-se à definição de *capital social*

proposta por Putnam, que remete para características da organização social, incluindo normas, redes sociais e confiança, que podem melhorar a eficiência da sociedade, ao facilitarem acções coordenadas (1993, *cit. in* Nyqvist et al., 2013). É também considerada a direcção dos “laços” sociais, incluindo os conceitos de *bonding* (remete para os “laços” intra-grupo/de membros que partilham determinadas características sociodemográficas, por exemplo, *idade, género, nível socioeconómico*), *bridging* (remete para a construção/estabelecimento de “laços” entre grupos heterogéneos) e *linking ties* (remete para a relação entre indivíduos e grupos de indivíduos ou instituições com diferentes níveis de riqueza, *status* e poder (Putnman, 2000, Woolcock, 2001, ambos *cit. in* Nyqvist et al., 2013). No caso de adultos idosos, a família e amigos próximos são um factor-chave nesta dinâmica, ao providenciarem suporte, sentido de confiança e segurança. Os vizinhos surgem também como um recurso importante, para os idosos. Estes “laços” informais parecem favorecer um grau mais importante de *capital social* neste grupo populacional (comparativamente aos “laços” institucionais, por exemplo). Assim, intervenções que considerem investir no suporte familiar e em redes proximais de apoio poderão promover o bem-estar mental e a QdV. Se considerarmos dados prévios (cf. Sousa et al., 2012), parece que no caso português o significado de “família” é comumente alargado aos amigos próximos e aos vizinhos. E, considerando a presente investigação com o WHOQOL-OLD, a *Família/Vida familiar* surge como relevante para a QdV, enquanto constructo e experiência de vida. Nesse sentido, pode permitir traçar um quadro futuro de análise sobre um determinado *capital social*, mas também uma linha de acção/intervenção para assegurar a QdV, nomeadamente, em adultos idosos.

Relativamente à variável *percepção subjectiva de saúde*, esta demonstra a influência mais evidente, com as pessoas que se percebem como saudáveis a reportar melhor QdV. As diferenças são significativas para todos os parâmetros do WHOQOL-OLD (excepto para a faceta *Morte e morrer*), com magnitude maior para as facetas *Funcionamento sensorial, Participação social, Actividades passadas, presentes e futuras* e *Autonomia*. Estes dados corroboram a relevância da *percepção de saúde* na variabilidade da QdV (cf. Chachamovich, Trentini, & Fleck, 2006; Eser et al., 2010; Fleck et al., 2006; González-Celis & Gómez- Benito, 2013; Kalfoss, Low, & Molzhanh, 2008; Liu et al., 2013; Lucas-Carrasco et al., 2011; Power et al., 2005; Trentini et al.,

2011, 2012), com a percepção subjectiva a ser tão importante como os indicadores objectivos (Low & Molzahn, 2007; Power et al., 2005; Schmidt, Mühlan, & Power, 2005). Adicionalmente, alguns estudos referem que a percepção subjectiva de saúde (*saudável/doente*) é influenciada pelas variáveis *intensidade de depressão* e *nível de independência*, com maior intensidade de depressão e menor nível de independência a gerar a percepção *doente*. Ainda, quando a percepção de saúde é avaliada com medidas mais amplas (ex., de estado de saúde ou de saúde mental) e não apenas com o item único (*No geral, considera-se uma pessoa saudável/com saúde ou uma pessoa doente?*), a capacidade para realizar actividades do dia-a-dia e a depressão têm um efeito mais marcado na QdV de adultos idosos, com níveis mais elevados de depressão e de incapacidade a resultar em piores resultados de QdV (Conrad et al. 2014; Dragomirecká et al., 2008; Fleck et al., 2006; Lucas- Carrasco et al., 2011; Trentini et al., 2011, 2012; Weber et al., 2015). Assim, mais uma vez é sublinhada a relevância destas dimensões. Aliás, o paradigma de envelhecimento activo da OMS/WHO enfatiza precisamente a sua importância e consideração na implementação de medidas que visem promover a QdV em adultos idosos (WHO, 2002). No mesmo sentido aponta um estudo português, que teve como objectivo validar o constructo de envelhecimento activo e testar empiricamente o modelo da OMS/WHO (numa amostra de 1322 adultos idosos da comunidade). Nos resultados da análise factorial confirmatória, a saúde objectiva e subjectiva e a funcionalidade constituíram o componente principal do envelhecimento activo e o factor psicológico constituiu o segundo componente mais relevante (Paúl, Ribeiro, & Teixeira, 2012).

No estabelecimento do referencial normativo, apesar de a amostra estudada ser de conveniência, é relativamente aproximada da distribuição esperada (considerando as variáveis *género*, *idade* e *escolaridade*). Assim, as normas disponibilizadas constituem um referencial para a interpretação de resultados de QdV em adultos idosos, tal como mensurada pelo WHOQOL-OLD. Numa análise comparativa com os dados normativos provisórios do estudo Global (WHOQOL-OLD Group, 2006), os resultados de QdV do estudo português, para o total 24-itens, são os mais baixos e similares aos da Turquia e da Lituânia. Ora, apesar de na avaliação da QdV estar em causa a percepção subjectiva do indivíduo, esta não deixa de reflectir o contexto societal em que se insere, com as suas particularidades históricas, culturais,

socioeconómicas e de organização (cf. Arun & Çevik, 2011; Dragomirecká et al., 2008). Partindo das características socioeconómicas (e políticas) dos países do sul da Europa e da República Checa (o estudo de Dragomirecká e colaboradores é referente à República Checa, mas os autores sublinham a semelhança com os diversos países de Leste), uma dimensão parece sobressair, comparativamente aos países “mais ricos”, quando se avalia a QdV: a importância das relações familiares para melhores resultados de QdV. No caso português, este aspecto é tão relevante que exigiu a construção de uma nova faceta, *Família/Vida familiar*. Aliás, os valores mais elevados de QdV na amostra portuguesa são reportados para esta faceta. Na sequência do que apontámos anteriormente, podem a partir daqui ser identificados pontos fortes para promover a QdV em adultos idosos. Mas, obviamente, também são identificadas limitações, a modificar. Saber o que é a QdV e como a avaliar, constituem as primeiras tarefas. A dimensão de intervenção e a sua medida são, agora, os desafios seguintes.

Do exposto, podemos sintetizar as vantagens/potencialidades do estudo de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa de adultos idosos. Em termos globais, foram cumpridas as exigências de equivalência conceptual, semântica, de itens, operacional, da medida propriamente dita e, preliminarmente, funcional, se atendermos a que validar um instrumento é um processo contínuo. Efectivamente, o trabalho radica numa matriz conceptual e metodológica sistematizada, que deu provas de ser uma das mais ajustadas no processo de adaptação e validação de instrumentos de QdV. Para além de incluído numa abordagem transcultural, o processo permitiu salvaguardar, também, as especificidades culturais.

Em termos dos diversos estudos executados, a conjugação de metodologias qualitativas e quantitativas (incluindo a Teoria de Resposta ao Item, especificamente, o modelo Rasch, e a Teoria Clássica dos Testes) permitiu não apenas corroborar o modelo, mas ampliá-lo, introduzindo uma nova faceta, *Família/Vida familiar*, que contribui para a robustez psicométrica do instrumento e a compreensão da QdV em adultos idosos portugueses. Em termos de parâmetros psicométricos, os resultados são similares ou melhores, quando efectuada a análise comparativa com os dados de outros países. Em termos de tamanho de amostra e

amplitude do protocolo de avaliação implementado, o estudo português é também um dos mais robustos. Particularmente, ao incluir outras medidas relevantes para estabelecer perfis de funcionamento de adultos idosos, nomeadamente, da dimensão cognitiva, da capacidade funcional e de sintomatologia, cumpre com os princípios (e os fins/finalidades, no sentido de obter um perfil compreensivo do sujeito) de um modelo multidimensional de avaliação (neuro)psicológica de adultos idosos. Aliás, este é também o fundamento do projecto português em que o WHOQOL-OLD se integra e que visa disponibilizar medidas válidas e precisas, a ser utilizadas com adultos idosos.

O estudo do impacto das variáveis sociodemográficas e de percepção de saúde e a disponibilização de normas permitiram estabelecer um ponto de referência para a interpretação dos resultados de QdV de adultos idosos.

Por forma a estandardizar o procedimento de aplicação do instrumento, análise e interpretação de resultados, foi elaborado um Manual Técnico.

Sublinhadas que foram as potencialidades de utilização, quer em contextos de investigação, quer clínicos, o WHOQOL-OLD é, portanto, um instrumento de referência para avaliar a QdV em adultos idosos portugueses.

Mas, como frisámos, ao referir o critério da equivalência funcional, a validação de um instrumento é um processo contínuo e um modelo, por mais robusto que seja, é sempre caracterizado por incompletude.

Nesse sentido, passamos a elencar as limitações deste projecto, que podem ser um ponto de partida para e o delineamento de linhas investigacionais futuras para aperfeiçoamento do mesmo:

- A partir dos resultados dos grupos focais (estudo qualitativo), enfatizámos a importância de considerar a percepção do próprio sujeito (subjectividade), por forma a obter um quadro representativo do que é importante para a QdV de adultos idosos. No entanto, há que salvaguardar aqui a questão da integridade cognitiva do indivíduo, por forma a validar/considerar a informação obtida. A presença de declínio cognitivo significativo e de demência constituíram-se como um dos critérios de exclusão da constituição de grupos focais. Essas condições podem, inclusive, interferir no processo de resposta a questionários, colocando em causa a validade dos dados obtidos.

Mas estas pessoas não podem, obviamente, ser excluídas da população alvo de avaliação e de promoção da QdV².

Alguns estudos têm demonstrado a adequabilidade de instrumentos do Grupo WHOQOL (ex., WHOQOL-Bref) na avaliação da QdV de adultos idosos em fase inicial de processo demencial (ex., Doença de Alzheimer) (cf. Lucas-Carrasco, Skevington, Gómez- Benito, Rejas, & March, 2011). Porém, seria importante alargar o estudo a outros grupos do espectro demencial e com recurso ao WHOQOL-OLD, visando estabelecer a sua validade nesses grupos clínicos. Ainda, ver da possibilidade de criar um módulo adicional, para estes grupos (e respectivos cuidadores). Este procedimento é legitimado pela própria opção do Grupo WHOQOL, já que sugere que as medidas genéricas sejam complementadas com módulos que respondam a especificidades de QdV de diversos grupos [ex., WHOQOL-Dis, para pessoas com incapacidades físicas e dificuldades intelectuais (Power, Green, & The WHOQOL-Dis Group, 2010); WHOQOL-HIV/AIDS, para doentes infectados pelo HIV/SIDA (WHOQOL-HIV Group, 2004; Canavarró, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2010)]. Podem, ainda, ser implementados estudos de validação noutros grupos, por exemplo, referentes a outras patologias frequentes em idosos, onde a questão da QdV se coloca (problemas de saúde mental, como depressão, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, diabetes, condições músculo esqueléticas, doença de Parkinson, entre outras).

2 Para avaliação da QdV na demência, estão disponíveis diversos instrumentos específicos (cf. Inouye, Pedrazzani, Pavarini, & Barham, 2009; León-Salas & Martínez-Martín, 2010; Ready & Ott, 2003): versão para o paciente [ex., *Dementia Quality of Life Scale/DQoL* (Brod, Stewart, Sands, & Walton, 1999); *Quality of Life Assessment Schedule/QOLAS* (Selai, Trimble, Rossor, & Harvey, 2001); *Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia/BASQID* (Trigg, Skevington, & Jones, 2007)]; versão para o cuidador [*Dementia Care Mapping/DCM* (Kitwood & Bredin, 1992); *Activity and Affect Indicators of Quality of Life/AAIQOL* (Albert et al., 1996); *Alzheimer Disease Related Quality of Life/ADRQL* (Rabins, Kasper, Kleinman & Black, 1999); *Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale/QUALID* (Weiner et al., 2000); *Psychological Well-Being in Cognitively Impaired Persons/PWB-CIP* (Burgener & Twigg, 2002); *Quality of Life for Dementia Scale/QOL-D* (Terada et al., 2002); *Vienna List* (Porzolt et al., 2004); *Dementia Specific Quality of Life Instrument/QUALIDEM* (Ettema et al., 2007)]; e versão para paciente/cuidador [*Community Dementia Quality of Life Profile/CDQLP* (Salek, Schwartzberg, & Bayer, 1996); *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale/QOL-AD* (Logsdon, Gibbons, McCurry, & Teri, 1999); *Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia/CBS* (Ready, Ott, Grace, & Fernandez, 2002); *Quality of Life Instrument for People with Dementia/DEMQOL* e *DEMQOL- Proxy* (Smith et al., 2005, 2007)].

- A partir da análise com o modelo Rasch (estudo-piloto, quantitativo), vimos que os resultados relativos às categorias de resposta salientavam a limitação do funcionamento da categoria central. Como referido, indivíduos com escolaridade mais baixa/analfabetos podem apresentar mais dificuldades em usar escalas de tipo *Likert*, quando incluem muitos pontos (no caso do WHOQOL-OLD, 5 pontos). Nesse sentido, seria interessante testar a possibilidade de uma escala de resposta mais simples, para essas pessoas, isto é, diferenciar a escala de resposta consoante o nível de escolaridade (cf. Chachamovich et al., 2009).
- Ainda neste estudo, a análise de componentes principais indicou forte unidimensionalidade das facetas. Seria, porém, importante levar a cabo um estudo de análise factorial confirmatória (AFC) que permitisse corroborar a validade de constructo do WHOQOL-OLD (confirmar o modelo de 7 facetas, no caso português, e de um factor geral, legitimando assim, também, a diferenciação de parâmetros de análise de resultados, por facetas e por total de QdV). Aliás, em investigações realizadas noutros países e no âmbito da AFC, algumas estabelecem o modelo de 6 factores (considerando a versão original do instrumento) e de um factor geral (cf. estudo chinês, Liu et al., 2013; estudo Global, Power et al., 2005) e outras apenas a estrutura referente a 6 facetas (cf. estudo alemão, Conrad et al., 2014; estudo norueguês, Halvorsrud et al., 2008). No estudo português, estas análises permitiriam atestar de forma mais vincada a robustez psicométrica do instrumento, que o estudo piloto estabeleceu.
- A partir da análise no âmbito da Teoria Clássica (estudo de campo, quantitativo), tendo sido corroborada a robustez do instrumento, enfatizámos a abrangência do protocolo implementado, ao integrar outras medidas de QdV, de sintomatologia, de funcionamento cognitivo e de capacidade funcional. No entanto, seria importante estudar outras medidas, nomeadamente, de atitudes face ao envelhecimento e de personalidade, uma vez que estas variáveis se têm revelado importantes para clarificar o complexo conceito de QdV e evidenciar os factores que a influenciam (cf. Laidlaw, Power, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2007; Quinn, Laidlaw,

& Murray, 2009; Weber et al., 2015). No caso das atitudes face ao envelhecimento, está já disponível um instrumento elaborado na sequência dos estudos originais do WHOQOL-OLD, *Attitudes to Ageing Questionnaire/AAQ* (Laidlaw et al., 2007), que pode vir a ser validado e utilizado em futuros estudos portugueses, conjuntamente com o WHOQOL-OLD. O AAQ é constituído por 24 itens, 8 por cada um dos 3 factores avaliados, *Perda Psicossocial, Mudança Física e Crescimento/Desenvolvimento Psicológico*. O modelo de três factores sugere uma via de conceptualizar e medir o envelhecimento bem-sucedido em adultos idosos. No caso da personalidade, o recurso ao NEO-PI-R e/ou à versão reduzida NEO-FFI (cf. estudos portugueses Lima & Simões, 2000; Magalhães et al., 2014) é usual, permitindo a análise da associação entre QdV e as cinco grandes dimensões da personalidade (*Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Conscienciosidade*) (cf. Weber et al., 2015).

- Ainda decorrente deste estudo, coloca-se a questão da extensão dos protocolos, no sentido de integrar medidas que permitam estabelecer o perfil compreensivo do sujeito, mas que salvaguardem também os tempos de duração do processo. Assim, é usualmente sugerida a aplicação de medidas abreviadas dos instrumentos. No caso do WHOQOL-OLD, seria interessante validar uma versão breve (ex., 7 a 8 itens), que já foi também proposta em contexto internacional (Fang et al., 2011; Urzúa & Navarrete, 2013).
- A partir do estudo normativo e da influência de variáveis sociodemográficas e de percepção subjectiva de saúde, tendo sido estabelecido o *effect size* das diversas variáveis, seria interessante testar (um) modelo(s) de regressão linear, incluindo também indicadores de sintomatologia, de funcionamento cognitivo e de capacidade funcional, por exemplo, no sentido de definir a variância de QdV explicada por esses diferentes indicadores/variáveis, sendo, mais uma vez, um contributo importante para clarificar o conceito de QdV e evidenciar os factores que a influenciam.
- No que se reporta ao modelo de QdV da OMS/WHO, como referido, é apenas uma das abordagens disponíveis, que não esgota o estudo da problemática do fenómeno em análise. Um modelo alternativo interessante é o proposto

por Kahneman (2012), referente ao bem-estar experimentado. O autor diferencia o que designa a resposta do *eu da memória* (que é usualmente o implicado nas respostas a questionários, incluindo questões como *está satisfeito com a sua vida*, e que traduzem o juízo que é feito quando é solicitado às pessoas que avaliem a sua vida/o que pensam acerca da sua vida) e a resposta do *eu da experiência* (com base no método de reconstrução do dia e de amostragem de experiências vivenciadas, que remete para o bem-estar que as pessoas experimentam/experienciam à medida que vivem a sua vida/o que acontece de facto). O pressuposto de diferenciação remete para os erros e enviesamentos em que o *eu da memória* usualmente incorre, podendo distorcer a apreciação que faz. A mente parece (mais) capaz de *contar uma história*, mas não parece preparada para o *processamento efectivo do tempo*. Na exposição inicial do modelo, o autor considerava que a satisfação com a vida era uma medida errónea do bem-estar experimentado. Mas acaba por concluir que as avaliações das pessoas acerca das suas vidas e a sua experiência actual se relacionam, sendo no entanto diferentes. Uma teoria sobre o bem-estar e/ou a QdV deveria, portanto, considerar as duas dimensões. Curiosamente, apesar de diferentes valorizações sobre o que é importante para o bem-estar, consoante o *eu* que dá a resposta, parece que *eu da memória* e *eu da experiência* se conciliam em torno de alguns aspectos: saúde, fazer coisas de que se gosta/que apreciamos e passar tempo com as pessoas de quem gostamos e que gostam de nós (Kahneman, 2012).

Deixar em aberto um conjunto de estudos e outra(s) alternativa(s) de análise (possibilitando melhorar/recomeçar o caminho investigacional) parece-me, assim, ajustado para terminar estas considerações. Como realçam Arun e Çevik (2011), afinal, começa a haver algum consenso em torno da QdV e da sua avaliação. No entanto, se o acordo é considerável para o que significa *Qualidade*, tal não ocorre para o que significa *Vida*. E um investigador (pela memória e pela experiência) dirá: felizmente!

Referências bibliográficas

Arun, Ö., & Çevik, A. Ç. (2011). Quality of life in ageing societies: Italy, Portugal, and Turkey. *Educational Gerontology, 37*, 945-966.

- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*, 366-380.
- Bowden, A., & Fox-Rushby, J. A. (2003). A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. *Social Science & Medicine, 57*, 1289-1306.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Pintassilgo, A. L. (2010). WHOQOL-HIV disponível para Portugal: Desenvolvimento e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde na infecção VIH/SIDA. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 205-228). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- 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.
- Chachamovich, E., Fleck, M. P., & Power, M. J. (2009). Literacy affected ability to adequately discriminate among categories in multipoint Likert scales. *Journal of Clinical Epidemiology, 62*, 37-46.
- Chachamovich, E., Fleck, M. P., Trentini, C. M., & Power, M. J. (2008). Brazilian WHOQOL-OLD Module version: A Rasch analysis of a new instrument. *Revista de Saúde Pública, 42*(2), 308-316.

- Chachamovich, E., Trentini, C. M., & Fleck, M. P. (2006). Assessment of the psychometric performance of the WHOQOL-BREF instrument in a sample of Brazilian older adults. *International Psychogeriatrics*, *19*, 635-646.
- Coast, J., Peters, T. J., Richards, S. H., & Gunnell, D. J. (1998). Use of the EuroQoL among elderly acute care patients. *Quality of Life Research*, *7*, 1-10.
- Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. (2011). Diário da República, 2ª Série, N°78, 20 de Abril, Regulamento N° 258/2011.
- Conrad, I., Matschinger, H., Riedel-Heller, S., von Gottberg, C., & Kilian, R. (2014). The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older. *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*, 105. Retrived from <http://www.hqlo.com/content/12/1/105>.
- Constituição da República Portuguesa*. (2011). Lisboa: Quid Juris? Editora.
- Davies, D. J. (2009). *História da morte. As diferentes atitudes do Homem perante a morte* (trad. port.). Lisboa: Teorema. [orig., 2005]
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Eisemann, M., Kalfoss, M., Kilian, R., Martiny, K., ..., Schmidt, S. (2008). Demographic and Psychosocial Correlates of Quality of Life in the Elderly from a Cross-Cultural Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 193-204.
- Edelstein, B. A., Stoner, S. A., & Woodhead, E. (2008). Older adults. In M. Hersen, & Rosqvist, J. (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment. Case conceptualization, and treatment. Vol. 1: Adults* (pp. 646-673). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Eser, S., Saatly, G., Eser, E., Baydur, H., & Fidaner, C. (2010). The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization quality of life instrument- older adults module/WHOQOL-OLD. *Turkish Journal of Psychiatry*, *21*, 37-48.
- Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y., & Chatterji, S. (2011). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*, *52*(1), 66-78.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2001). *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life. The Assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675.
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais e qualidade de vida. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed Editora.
- 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.
- 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.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de validação para a população idosa portuguesa. *Psychologica*, 50, 373-388.
- Gameiro, S., Canavarro, M.C., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C., ..., Rijo, D. (2010). Factores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- González-Celis, A. L., & Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, 5(12A), 110-116.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing*, 4, 229-246.
- Halvorsrud, L., Kalfoss, M., & Diseth, Å. (2008). Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 292-305.

- Hawthorne, G., Davidson, N., Quinn, K., McCrate, F., & Winkler, I., Lucas, R., ..., Molzanh, A. (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.
- Haywood, K. L., Liang, W. M., Chiu, Y. N., & Fitzpatrick, R. (2005). Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*, *14*, 1651-1668.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The Universalist approach. *Quality of Life Research*, *7*(4), 323-335.
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I., & Barham, E. J. (2009). Instrumentos específicos para mensurar a qualidade de vida na demência: Levantamento, descrição, análise e comparação. *Temas em Psicologia*, *17*(2), 541-552.
- Instituto Nacional de Estatística/INE. (2012). *Censos 2011*. Lisboa: INE.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar depressa e devagar* (trad. port.). Maia: Círculo de Leitores. [orig., 2011]
- Kalfoss, M. H., Low, G., & Molzhan, A. E. (2008). The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults. *European Journal of Ageing*, *5*, 77-89.
- Laidlaw, K., Power, M. J., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): Development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 367-379.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. England, Chichester: John Wiley & Sons.
- León-Salas, B., & Martínez-Martín, P. (2010). Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: II. Instrumentos específicos. *Psicogeriatría*, *2*(2), 69-81.
- Lepège, A., Perret-Guillaume, C., Ecosse, E., Hervy, M.-P., Ankri, J., & von Steinbüchel, N. (2013). A new instrument to measure quality of life in older people: The French version of the WHOQOL-OLD. *La Revue de Médecine Interne*, *34*, 78-84.

- Leung, K., Wu, E., Lue, B., & Tang, L. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Quality of Life Research, 13*, 179-190.
- Lima, M. P. (2010a). *Envelhecimento(s). Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Lima, M. P. (2010b). A "arquitetura incompleta": Da personalidade na velhice. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 129-139). Lisboa: LIDEL.
- Lima, M. P., & Gail, A. (2011). *Posso ser? Dinâmicas grupais em torno da personalidade e do envelhecimento*. Coimbra: Minerva.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). *NEO PI-R: Manual profissional*. Lisboa: CEGOC.
- Linacre, J. M. (2002). Optimizing rating scale category effectiveness. *Journal of Applied Measurement, 3*(1), 85-106.
- Liu, R., Wu, S., Hao, Y., Gu, J., Fang, J., Cai, N., & Zhang, J. (2013). The Chinese version of the world health organization quality of life instrument-older adults module (WHOQOL-OLD): Psychometric evaluation. *Health and Quality of Life Outcomes, 11*, 156. Retrived from <http://www.hqlo.com/content/11/1/156>.
- Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (Eds.) (2003). *Positive psychological assessment. A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Low, G., & Molzanh, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health, 30*, 141-150.
- Lucas- Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-Bref and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health, 15*(5), 595-604.
- Lucas- Carrasco, R., Skevington, S. M., Gómez- Benito, J., Rejas, J., & March, J. (2011). Using the WHOQOL-BREF in persons with dementia. A validation study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 25*(4), 345-351.
- Magalhães, E., Sagueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*(4), 599-614.

- Merkies, I. S. J., & Hughes, R. A. C. (2010). The measurement of disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 81(9), 943.
- Molzahn, A., Skevington, S. M., Kalfoss, M., & Makaroff, K. S. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: An international investigation. *Quality of Life Research*, 19, 293-298.
- 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 WHOQOL Field Study Centre/ Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, Department of Psychiatry.
- Nyqvist, F., Forsman, A. K., Giuntoli, G., & Cattán, M. (2013). Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 17(4), 394-410.
- Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10. doi: 10.1155/2012/382972.
- Peel, N. M., Bartlett, H. P., & Marshall, A. (2007). Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing*, 26(4), 162-167.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Perls, T. (2006). The different paths to 100. *American Journal Nutrition*, 83 (Suppl.), 484S-487S.

- 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. J., Green, A. M., & The WHOQOL-Dis Group (2010). Development of the WHOQOL disabilities module. *Quality of Life Research, 19*, 571-584.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research, 14*, 2197-2214.
- Quinn, K. (2001). *WHOQOL-OLD Focus Group Guidelines: Version II*. Edinburgh: Royal Edinburgh Hospital/Section of Clinical and Health Psychology.
- Quinn, K., Laidlaw, K., & Murray, L. K. (2009). Older peoples' attitudes to mental illness. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 33-45.
- Ready, R.E., & Ott, B. R. (2003). *Quality of Life measures for Dementia. Health and Quality of Life Outcomes*. Retirado de <http://www.hqlo.com/conten/I/I/II>.
- Regnault, A., & Herdman, M. (2015). Using quantitative methods within the Universalist model framework to explore the cross-cultural equivalence of patient-reported outcome instruments. *Quality of Life Research, 24*, 115-124.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Porto: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- 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.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica, 34(1)*, 9-33.
- Simões, M. R., Firmino, H., Pinho, M. S., Sousa, L. B., & Vilar, M. (2011). Instrumentos de avaliação na área do envelhecimento: Algumas linhas de investigação. In L. Fernandes, M. G. Pereira, L. C. Pinto, H. Firmino, A. Leuschner (Eds.), *Jornadas de Gerontopsiquiatria* (pp. 99-104). Águeda: Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria.

- Skevington, S. M. (2010). Qualities of life, educational level and human development: An international investigation of health. *Social Psychiatry Epidemiology*, *45*, 999-1009.
- 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.
- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2005). The EUROHIS- QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, *16*(4), 420-428.
- Sousa, L., Patrão, M., & Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: O último estágio do ciclo de vida. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.255-273). Lisboa: Lidel.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *8*, 448-460.
- Stern, Y. (2003). The concept of cognitive reserve: A catalyst for research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *25*, 589-593.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, *47*(10), 2015-2028.
- Stone, M. (2004). Substantive Scale Construction. In E. V. Smith Jr, & R. M. Smith (Eds.), *Introduction to Rasch measurement* (pp. 201-225). Maple Grove, MN: Jam Press.
- Tennant, A., Mckenna, S. P., & Hagell, P. (2004). Application of Rasch analysis in the development and application of quality of life instrument. *Value in Health*, *7*(Suppl.1), S22-26.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de vida em idosos. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 218-228). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., Wagner, G. P., Müller, D. H., Hirakata, V. N., & Fleck, M. (2011). Quality of life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: The role of sociodemographic variables and depression symptoms. *Applied Research Quality of Life*, *6*(3), 291-309.

- Trentini, C., Wagner, G., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Silva, L., Hirakata, V., & Fleck, M. (2012). Subjective perception of health in elderly inpatients. *International Journal of Psychology, 47*(4), 279-286.
- 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.
- Urzúa, A., & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: Análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQOL-OLD en población chilena. *Revista Medica de Chile, 141*, 28-33.
- Vaz Serra, A. (2006). Que significa envelhecer?. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- 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., Sousa, L.B., & Simões, M. R. (2015). World Health Organization Quality of Life-OLD Module (WHOQOL-OLD). In Mário R. Simões, Isabel Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) (Coords.), *Escalas e Testes na demência* (3ª ed., pp. 194-199). Lisboa: Novartis.
- Wang, W. C., Yao, G., Tsai, Y. J., Wang, J. D., & Hsieh, C. L. (2006). Validating, improving reliability, and estimating correlations of the four subscales in the WHOQOL-Bref using multidimensional Rasch analysis. *Quality of Life Research, 15*, 607-620.
- Weber, K., Canuto, A., Giannakopoulos, P., Mouchian, A., Meiler-Mititelo, C., Meiler, A., ..., Ribaupierre, A. (2015). Personality, psychosocial and health predictors of quality of life in old age. *Aging & Mental Health, 19*(2), 151-158.
- World Health Organization/WHO. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva: WHO.

- World Health Organization Quality of Life Group/WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- World Health Organization Quality of Life Group/ 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.
- World Health Organization Quality of Life- HIV Group/ WHOQOL-HIV Group. (2004). WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: Results from the field test. *AIDS Care*, 16(7), 882-889.
- World Health Organization Quality of Life-OLD Group/ WHOQOL-OLD Group. (2006). *The WHOQOL-OLD Manual*. Copenhagen: WHO/European Office.