

QUALIDADE DE VIDA A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E OS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Fátima Ayres de Araújo Scattolin*

RESUMO

As pesquisas científicas envolvendo o tema Qualidade de Vida (QV) vêm se ampliando e permeando todas as áreas do conhecimento, especialmente a área da saúde. Melhorar a QV tornou-se a meta mais desejável em todas as políticas públicas de saúde. No contexto da prática clínica, o interesse pela QV está relacionado àqueles aspectos afetados pela doença ou tratamento, daí o termo Qualidade de Vida relacionada à Saúde (QVRS). Existem vários instrumentos que têm sido utilizados para mensurar a QVRS, a maioria deles desenvolvidos principalmente na Europa e Estados Unidos, o que requer tradução e adaptação transcultural quando desejamos utilizá-los. Em relação ao campo de aplicação, estes podem ser divididos em dois grandes grupos: genéricos e específicos. A utilização desses instrumentos de medida deve ser orientada pelas suas propriedades psicométricas, que lhes conferem confiabilidade e validade. O pesquisador precisa ter clareza do conceito que está sendo medido para fazer a escolha correta do instrumento a ser utilizado. Em relação à QVRS, os avanços nas pesquisas poderão resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na solidificação de novos paradigmas no processo saúde/doença, o que contribuirá para a superação do modelo eminentemente biomédico, que desconsidera os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais nas ações de promoção, tratamento e reabilitação da saúde.

Descritores: qualidade de vida, questionários.

ABSTRACT

The scientific researches involving Quality of Life (QOL) are increasing and permeating all knowledge fields, specially in the health care. To improve the QOL has become the most wanted target in all the public health policies. In practice, the interest in the QOL is linked to those aspects affected by the disease or by the treatment, thus resulting in the term Health Related Quality of Life (HRQOL). There are many instruments which have been used to measure the HRQOL. Most of these instruments have been developed mainly in Europe and in the United States, which requires translation and transcultural adaptation when we want to use them. In relation to the application field, these can be divided into two large groups: generic and specific. The utilization of these measurement instruments must be oriented by its psychometric properties, what makes them reliable and valid. The researcher shall clearly understand the concept that is being measured, so as to choose correctly the instrument to be used. In relation to the HRQOL, the advancements in the research shall result in changes in the practical aids and in the solidification of new paradigms in the process of health / disease, what shall contribute to improve the biomedical model that does not consider the social-economical, psychological and cultural aspects in the actions of promoting, treating and rehabilitation health.

Key-words: quality of life, questionnaires.

INTRODUÇÃO

O tema “Qualidade de Vida (QV)” vem sendo amplamente debatido nas sociedades contemporâneas, permeando todas as áreas do conhecimento e tratado sob os mais diferentes olhares. É certo que abrange múltiplos significados e reflete o saber, as experiências, os valores individuais e coletivos, sendo, portanto, um conceito social e cultural.

Originalmente, o termo “qualidade de vida” foi utilizado com o objetivo de criticar as políticas que estimulavam o crescimento econômico desordenado, causando prejuízos ao meio ambiente e piorando as condições de vida.¹

A boa vida era tida como sinônimo de crescimento econômico e a QV estava diretamente relacionada à aquisição de bens materiais. Aos olhos dos críticos, tratava-se de uma concepção pobre, que desconsiderava a vida humana, distanciando-se do conceito de vida com qualidade como um direito de todos.

Após a Segunda Guerra Mundial, devido à influência da ideologia do utilitarismo e do bem-estar social, as políticas sociais passaram a ser formuladas em termos de “felicidade”, “bem-estar” e “qualidade de vida”.¹ Nesse mesmo período, a Organização Mundial da Saúde (OMS) redefine saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social e inicia discussões sobre a possibilidade de mensurar o bem-estar.

Em 1960, o presidente Eisenhower inclui Qualidade de Vida como objetivo importante no relatório da Comissão das Metas Nacionais, relacionando-o à educação, ao crescimento individual e econômico, à preocupação com a saúde e ao bem-estar econômico (*welfare*) dos americanos.^{1,2}

Surgem, então, nos Estados Unidos, movimentos sociais e iniciativas políticas com objetivo de melhorar a vida dos cidadãos, dando início às pesquisas sobre qualidade de vida com a finalidade única de coletar dados para formulação de políticas sociais efetivas.

O conceito foi se ampliando e os seus indicadores também se ampliaram. Aliados às condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho incluíram-se também mortalidade infantil, esperança de vida, nível de escolaridade, saneamento básico, níveis de poluição, dentre outros. Esses indicadores foram considerados indicadores objetivos de qualidade de vida.

A evolução do conceito mostrou que esses parâmetros não eram suficientes para medir a qualidade de vida dos indivíduos. Seria necessário avaliar o quanto cada pessoa estava satisfeita ou insatisfeita com a qualidade de sua vida - o que se chamou de qualidade de vida subjetiva, ou seja, só o dono da vida pode fazer um julgamento sobre ela.

Dessa forma, o termo QV começa a ser utilizado dentro do campo das pesquisas sociais como um termo amplo

relacionado às diversas áreas do conhecimento, como Psicologia, Antropologia, Política, Sociologia, Economia e Medicina.

O termo aparece pela primeira vez em periódicos médicos na década de 60, em um editorial intitulado “Medicina e Qualidade de Vida”, no qual o autor discute as responsabilidades da Medicina a respeito da condição de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. A partir daí, aumentou de forma expressiva a sua utilização na literatura médica e nas ciências de saúde.¹

O estudo da QV passou a ser um dos temas de maior interesse nas pesquisas, de forma que melhorar a QV tornou-se a meta mais desejável em todas as políticas de saúde.

Todavia, a utilização cada vez mais freqüente do termo veio acompanhada de um dos maiores desafios - a definição de QV.

No intuito de organizar as várias definições de QV, Farquhar³ propõe uma taxonomia, que busca identificar os elementos comuns a cada uma delas e os fatores que as influenciam.

Abrams,⁴ por exemplo, definiu QV, em termos globais, como sendo “o grau de satisfação ou insatisfação sentido pelas pessoas nos vários aspectos de suas vidas”. Para Dalkey e Rourke,⁵ QV pode ser definida como “a sensação de bem-estar, sua satisfação ou insatisfação com a vida, ou sua felicidade ou infelicidade”. Outros autores, no entanto, entendem que a felicidade e a satisfação são conceitualmente diferentes, sendo que “a satisfação implica num julgamento ou experiência cognitiva, ao passo que a felicidade sugere uma experiência do sentimento ou afeto.⁶

Na ausência de um conceito universalmente aceito, alguns pesquisadores argumentam que a maioria das pessoas, principalmente no mundo ocidental, está familiarizada com o termo e tem uma compreensão intuitiva do que ele significa. Todavia, os pesquisadores compartilham a idéia de que QV significa coisas diferentes para diferentes pessoas e assume diferentes significados de acordo com a área de aplicação.

A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

No contexto da prática clínica, o interesse pela QV está relacionado àqueles aspectos afetados pela doença ou tratamento, daí o termo “Qualidade de Vida relacionada à Saúde (QVRS)”. Estes aspectos podem incluir as conseqüências indiretas da doença, como, por exemplo, o desemprego ou dificuldades financeiras.

Embora as definições de QVRS variem de um estudo para outro, todas incluem aspectos relevantes, tais como, estado de saúde geral, função física, sintomas físicos e emocionais, função cognitiva, desempenho de papéis, atividade sexual e bem-estar social.⁷

Segundo Bowling,⁸ o uso do construto QVRS em pesquisa requer uma definição precisa. Auquier *et al.*⁹ definem o termo como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial.

A versão inglesa do conceito *Health Related Quality of Life* - HRQL - é semelhante: trata-se do valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamentos e outros agravos, tornando-se o principal

indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.^{10,11}

O grupo de especialistas em QV da OMS afirma que, embora não haja uma definição consensual de QV, há concordância de que o construto envolve três características principais: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (Whoqol Group, 1995).¹²

Segundo esses pesquisadores, a QV inclui pelo menos três dimensões: física, psicológica e social, avaliadas sempre na direção da subjetividade (a percepção do indivíduo). Porém, essa subjetividade não é total, pois há condições externas que influem na avaliação que os indivíduos fazem de sua QV.

Recentemente, tem havido um interesse crescente pelos aspectos subjetivos da QV em relação ao tratamento médico. Em relação à bipolaridade, considera-se que o construto possui dimensões positivas e negativas, que podem ser aplicadas a condições diferentes, tais como, desempenho de papéis, autonomia, dor, fadiga e dependência.

Mais recentemente, Paschoal¹³ ainda acrescentou mais duas características: complexidade e mutabilidade. Segundo esse autor, por ser multidimensional, bipolar e subjetivo, o conceito torna-se complexo e difícil de avaliar. Da mesma forma, a avaliação da QV muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural, e para uma mesma pessoa muda conforme seu estado de humor.

A avaliação da QVRS pode auxiliar na decisão entre diferentes tratamentos assim como monitorar o sucesso de uma nova terapia, levando em consideração a percepção do paciente. Da mesma forma, em um segundo momento, orientar o planejamento de ações coordenadas que conduzam à melhoria das condições de vida.

As decisões nas políticas de saúde requerem escolhas sobre a distribuição de recursos entre as diversas condições ou problemas de saúde, como também considerações sobre custos, as quais podem ser orientadas, também, pelos estudos de QV. Estas escolhas, por sua vez, requerem comparações padronizadas que permitam relacionar o impacto de diferentes tratamentos (tais como drogas, cirurgias ou programas de reabilitação) em diversas condições (como, por exemplo, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, doença de Parkinson). Inevitavelmente, isso supõe um valor para a saúde e pode exigir que se atribua um peso às preferências dos pacientes. Essas medidas podem ajudar os responsáveis pelas políticas públicas de saúde na tomada de decisões acertadas no uso do dinheiro público.

A partir daí, surgem outros dois novos conceitos: medidas de *utility* e Anos de Vida Ajustados à Qualidade (*Quality Adjusted Life Years*). As medidas que fornecem um único número que resume a qualidade de vida relacionada à saúde e pondera as preferências do paciente entre a morte e a completa saúde são chamadas de medidas de *utility*. Geralmente, usa-se uma escala variando de zero (morte) a um (completa saúde). Quando a duração da vida é ponderada de acordo com a sua qualidade, produz-se uma nova medida: Anos de Vida Ajustados à Qualidade.

Portanto, levando em consideração as diferentes perspectivas que têm orientado a produção científica sobre o tema nos últimos anos, é importante que o pesquisador tenha clareza do conceito a ser mensurado bem como identifique os diversos domínios a serem avaliados, considerando que cada domínio identifica um foco particular de atenção e agrupa vários itens.¹⁴

A MEDIDA DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Tendo em vista a variabilidade do conceito, as escalas de QVRS incluem medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo de pacientes.¹⁵

Diversos instrumentos têm sido utilizados para mensurar a QVRS, a maioria deles desenvolvidos principalmente na Europa e Estados Unidos. Em relação ao campo de aplicação, estes podem ser divididos em dois grandes grupos: genéricos e específicos.

Instrumentos genéricos

São aqueles desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida do paciente, e podem ser aplicados a várias populações. Podem avaliar o perfil de saúde e as medidas que indicam a preferência do paciente por determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção. Os instrumentos genéricos são úteis para comparar a QVRS entre pacientes com diferentes doenças crônicas, ou mesmo para avaliar a QVRS de uma única população em relação a uma doença. Como são globais, eles podem não detectar situações importantes experimentadas por pacientes com doenças específicas.^{16,17} Alguns instrumentos genéricos, tais como *World Health Organization to Access Quality of Life (WHOQOL)*, *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)*, *Quality of Life Index - Ferrans and Powers* foram traduzidos e adaptados para a cultura brasileira e têm sido utilizados para a avaliação da QV da população em geral.^{18,16,19} Todos estes questionários foram amplamente avaliados quanto à sua validade e confiabilidade.

Instrumentos específicos

Os instrumentos específicos, por sua vez, são capazes de avaliar de forma pontual determinados aspectos da QVRS, proporcionando uma maior sensibilidade na detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo.^{16,17}

Entre os instrumentos específicos voltados para avaliação da QVRS podemos citar: *The Chronic Heart Failure Questionnaire-CHF*,²⁰ *The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*,²¹ *The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire*,²² *The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire-MLHFQ*,²³ *Arthritis Impact Measurement Scale-AIMS*,²⁴ *Asthma Quality of Life Questionnaire-AQOLQ*,²⁵ *European Organization for Research and Treatment of Cancer, Group for Research in Quality of Life-EORTC QLQ-C30*²⁶ e outros.

Segundo Guyatt,¹⁷ a escolha de um instrumento de medida depende do propósito do estudo. Porém, optar pelo instrumento mais adequado nem sempre é tarefa simples e direta, pois há um grande número de instrumentos disponíveis e os resultados do estudo podem ser influenciados por essa escolha. O pesquisador também deve certificar-se de que o instrumento apresenta propriedades psicométricas relevantes em vários outros estudos, que o classificam como uma medida robusta.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS: VALIDADE E CONFIABILIDADE DE UM INSTRUMENTO

Todo instrumento de medida deve reunir três requisitos

essenciais: confiabilidade, validade e responsividade. Todavia, determinar estes aspectos é uma tarefa difícil, pois não há um padrão-ouro para comparação.²⁷ Um instrumento deve ser válido e confiável, mas o mesmo instrumento pode ser confiável e não ser válido.²⁸

Confiabilidade

A confiabilidade é a primeira característica que um instrumento deve possuir. Refere-se ao grau em que a aplicação repetida de um instrumento ao mesmo sujeito produz resultados iguais, ou seja, indica a reprodutibilidade de uma medida.²⁹ Está ligada a heterogeneidade da amostra. Quanto mais homogênea a amostra (mais similares os escores), mais reduzido o coeficiente de confiabilidade. A confiabilidade deve ser contextualizada em termos de estabilidade, equivalência e consistência interna. Segundo Polit e Hungler,³⁰ em geral, é possível e desejável que se use mais de uma abordagem para avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento.

Medida de estabilidade

Representada pelo *teste-reteste*. Neste procedimento, um mesmo instrumento de medida é aplicado em dois momentos a um mesmo grupo de pessoas depois de um período de tempo (duas a quatro semanas é o intervalo mais recomendável). A estimativa de confiabilidade mais utilizada é o coeficiente de correlação (Coeficiente de Pearson ou Coeficiente de Spearman), que pode variar de -1 a +1. Quanto mais o coeficiente se aproxima de 1 (um), mais confiável é o instrumento.

Se a correlação entre os resultados for altamente positiva, o instrumento é considerado confiável. A segunda forma de medir confiabilidade é a *confiabilidade inter-observador*: um observador assinala os escores de um evento em duas ocasiões.

Medida de equivalência

Também pode ser avaliada de duas formas. No *método das formas alternativas ou paralelas* não se administra o mesmo instrumento e, sim, duas ou mais versões equivalentes. As versões devem ser semelhantes no conteúdo, instruções, duração e outras características. A segunda forma é a *equivalência e a confiabilidade intra-observador*. Aqui, dois ou mais observadores treinados observam o mesmo evento simultaneamente e atribuem os escores independentemente, usando critérios pré-estabelecidos.

Medida da homogeneidade ou consistência interna

Esta é, talvez, a abordagem mais amplamente utilizada. A homogeneidade é compreendida como o grau, no qual os itens designados para medir o mesmo conceito estão interrelacionados. O método mais antigo para avaliar a consistência interna é o *método da divisão por metades*. O conjunto total de itens é dividido em duas metades e as pontuações de ambas são comparadas. Se o instrumento é confiável, as pontuações de ambas as metades devem estar fortemente correlacionadas. A medida mais usada para consistência interna é o Coeficiente Alfa de Cronbach. Este coeficiente, desenvolvido por J. L. Cronbach,³¹ requer somente uma administração do instrumento e produz valores entre zero e um, indicando muito baixa ou muito alta consistência interna, respectivamente. Reflete a homogeneidade dos itens e tem

muita força como indicador de consistência interna. Segundo Nunnally,³² um valor de alfa de Cronbach igual a 0,70 já é considerado satisfatório. O Coeficiente de Kuder-Richardson também é utilizado para mensurar a consistência interna, porém, para instrumentos que têm formato de resposta dicotômica. A interpretação é a mesma do Coeficiente Alfa de Cronbach.

Validade

A validade de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que se propõe a medir.³³ Por exemplo, um instrumento válido para medir a inteligência deve medir a inteligência e não a memória.

Há três tipos principais de validade: de conteúdo, de critério e de construto.

Validade de Conteúdo

Refere-se ao julgamento sobre se o instrumento realmente abrange os diferentes aspectos do seu objeto e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos.³⁴

Um instrumento deve ter representados todos os itens do domínio da variável que se deseja medir. Há duas maneiras de se avaliar a validade de conteúdo: a representatividade do conjunto de itens escolhidos e o tipo de construção usado para medir o conceito em questão.³⁴ Outra forma de testar a validade de conteúdo é solicitar a ajuda de profissionais de reconhecido saber no tema a ser pesquisado (Comitê de Juízes). Estes devem fazer uma avaliação quanto à pertinência, clareza e abrangência dos itens do instrumento.³⁵

Validade de Critério

Evidência que mostra a extensão na qual os escores de um instrumento são relacionados a uma medida de critério.³⁶ Avalia-se o grau com que o instrumento discrimina sujeitos que diferem em determinada(s) característica(s) de acordo com um critério padrão. Este procedimento, obviamente, depende de se ter uma medida preexistente e válida contra a qual se possa checar a nova medida. Quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, fala-se em validade concorrente; quando o critério é avaliado no futuro, em validade preditiva.³⁷

Validade de Construto

É a evidência de que uma interpretação proposta dos escores baseada no referencial teórico está associada ao construto a ser mensurado. O método mais comum para se obter a validade de construto inclui o exame das relações lógicas que poderiam existir com outras medidas e/ou padrão de escores para grupos conhecidos.³⁵ Esta é, provavelmente, a mais importante propriedade de um instrumento. Para medir a validade de construto podemos utilizar: (1) a evidência correlacional - estabelece em que grau o instrumento se correlacionará (validade convergente) ou não se correlacionará (validade divergente) com outros que medem o mesmo construto. A validade convergente avalia a sensibilidade do instrumento e a validade divergente, a especificidade; (2) a validade fatorial, que indica a associação entre várias medidas. Escalas medindo o mesmo tópico deverão ficar agrupadas pela técnica da análise fatorial dentro do mesmo fator; (3) diferenças de grupo ou discriminante - para verificar se há diferenças significativas entre categorias de respondentes (por exemplo: doentes e sadios, pré e pós-tratamento).

Segundo Goldstein e Simpson,³⁸ existem três etapas para avaliar a validade de construto: (1) compreender as relações teóricas entre conceitos relacionados, (2) estimar as relações empíricas entre as medidas operacionais desses conceitos, (3) interpretar essas evidências empíricas dentro de um contexto teórico.

Responsividade

É outra propriedade psicométrica que compreende a habilidade do instrumento em detectar mudanças.¹⁷ É utilizada principalmente em ensaios clínicos para testar mudanças na QVRS durante um tratamento.

A elaboração de um instrumento de medida é um processo complexo e demorado. No entanto, temos disponível uma gama enorme de instrumentos, porém, de origem européia e/ou americana. Para utilizá-los, o pesquisador deve fazer, além da tradução, a adaptação transcultural dessa medida, segundo um conjunto de etapas padronizadas para atingir a equivalência idiomática, cultural e conceitual, assim como avaliar as propriedades psicométricas do instrumento em questão.³⁹

CONCLUSÃO

A condução das pesquisas de QV tem aumentado muito nas últimas décadas, ampliando a compreensão do termo, tanto do ponto de vista conceitual como metodológico. Ao lado de medidas objetivas do estado de saúde, a medida da QV parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção do conhecimento na área da saúde.

Não obstante, os discursos favoráveis e contrários e os debates gerados têm possibilitado uma reflexão sobre a sociedade contemporânea, suscitando a necessidade de se estabelecer indicadores mais fidedignos da QV da população.

Em relação à QVRS, os avanços nas pesquisas poderão resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na solidificação de novos paradigmas no processo saúde/doença, o que contribuirá para a superação do modelo eminentemente biomédico, que desconsidera os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais nas ações de promoção, tratamento e reabilitação da saúde.

Essa nova concepção supõe um profícuo diálogo multidisciplinar, trazendo para o campo da saúde a contribuição indispensável das diferentes áreas do conhecimento.

De acordo com Minayo *et al.*,⁴⁰ na maioria dos trabalhos o termo de referência não é qualidade de vida, mas condições de vida, estilos de vida, situação de vida, o que reforça a idéia de que a discussão sobre o tema tem sua estratégia central na promoção da saúde.

A medida de QV no universo da saúde é irreversível.⁴¹ Porém, vale ressaltar que o grande desafio é justamente estabelecer uma rotina de avaliação de QVRS que atenda aos interesses práticos dos serviços assistenciais, o que inclui demonstrar a utilidade dessa ferramenta no sentido de aprimorar diagnósticos e avaliar a eficácia dos tratamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Musschenga AW. The relation between concepts of quality of life, health and happiness. *J Med Philos.* 1997; 22:11-28.
2. Spitzer WO. State of Science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *J Chron Dis.* 1987; 40(6):465-71.
3. Farquhar M. Definition of quality of life: a taxonomy. *J Adv*

- Nurs. 1995; 22:502-8.
4. Abrams MA. Subjective social indication. *Soc Trends*. 4:35-56, 1973.
 5. Dalkey N, Rourke D. The Delphi procedure and rating quality of life factors. In: *Quality of life concept*. Washington: Environment Protection Agency; 1973. p.209-21.
 6. Campbell A. Subjective measure of well being. *Am Pyschol*. 1976; 31:117-24.
 7. Fayers PM, Machin, D. *Quality of life: assessment analysis and interpretation*. Chischester: John Wiley; 2001. p.3.
 8. Bowling A. *Measuring disease*. 2nd ed. Buckingham: Open University; 2001. p.1-20.
 9. Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approaches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie a la santé. *Rev Prevenir*. 1997; 33:77-86.
 10. Gianchello AL. Health outcomes research in hispanics/latinos. *J Med Syst*. 1996; 21(5):235-54.
 11. Patrick DL, Erickson P. *Health, policy, quality of life: health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University; 1993.
 12. Whookol Group. The development of the World Health Organization Quality of Life assessment Instrument (The WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heigelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
 13. Paschoal SMP. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
 14. Gill TF. A critical appraisal of the quality of life measurement. *JAMA*. 1994; 272:619-26.
 15. Bowling A. *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson; 1995.
 16. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida "Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey SF-36" [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1997.
 17. Guyatt GH, Naylor CD, Juniper E, Heyland DK, Jaeschke R, Cook DJ. et al. Users' guides to medical literature: how to use article about related quality of life. *JAMA*. 1997; 277 (15):1232-7.
 18. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira GM, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999; 32:198-205.
 19. Kimura M. Tradução para o português e validação do Quality of Life Index de Ferrans e Powers. [livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
 20. Guyatt GH, Nogradi S, Harlow S, Sullivan M, Fallen E. Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in heart failure. *J Gen Intern Med*. 1989; 4:101-7.
 21. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus J A. Development and evaluation of Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 35:1245-55.
 22. O'Leary C, Jones P. The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36): reability, validity and responsiveness. *Heart*. 2003; 83:634-40.
 23. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure - Part 2 - Content, reliability and validity of a measure, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Fail*. 1987; 3:198-209.
 24. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum*. 1980; 35:1-10.
 25. Hyland ME, Crocker GR. Validation of an asthma quality of life diary in a clinical trial. *Thorax*. 1995; 50:724-30.
 26. Aaronson N. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002; 11:193-205.
 27. Thompson DR, Meadows KA, Lewin RJP. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J*. 1998; 19:693-5.
 28. Lynn MR. Instrument reliability and validity: How much needs to be published? *Heart Lung*. 1989; 18 (4):421-3.
 29. Jacobson, SF. Evaluating instruments for use in clinical nursing research. In: Frank-Stromborg M, Olsen SJ. *Instruments for clinical health-care research*. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett; 1997.
 30. Polit D, Hungler B. *Nursing research: principles and methods*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1995.
 31. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3):297-335.
 32. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
 33. Kelsey JL, Whittemore AS, Thompson WD. *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University; 1996.
 34. Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação psiquiátrica. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000. p.23-34.
 35. Aaronson NK, Ahmezzadai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993; 85:365-76.
 36. Rukholm E, Mc Girr M. A Quality of Life Index for clients with ischemic heart disease: establishing reliability and validity. *Rehabil Nurs*. 1994; 19 (1):12-6.
 37. Clark-Carter D. *Doing quantitative psychological research: from design to report*. 3a ed. Sussex: Psychological Press; 1999.
 38. Goldstein JM, Simpson JC. Validity: definitions and applications to psychiatric research. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, editors. *Textbooks in psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley; 1995. p. 229-42.
 39. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. *Spine*. 2000; 24:3186-91.
 40. Minayo MSC, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.
 41. Rameix S. Justifications et difficultés éthiques du concept de qualité de vie. *Rev Prevenir*. 1997; 33:89-103.