

Comparação dos instrumentos de qualidade de vida Perfil de Saúde de Nottingham e Short Form-36 em idosos da comunidade

Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly

Christina D. C. M. Faria¹, Luci F. Teixeira-Salmela¹, Valéria B. Nascimento², Alessandra P. Costa², Natacha D. P. Brito², Fátima Rodrigues-De-Paula¹

Resumo

Contextualização: O envelhecimento populacional, associado ao aumento das incapacidades, torna a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) essencial nessa população. **Objetivos:** Comparar a versão brasileira dos instrumentos de QVRS, Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) e *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey/Short Form-36* (SF-36), quanto aos efeitos teto/chão, confiabilidade teste-reteste/interexaminadores, consistência interna e pontuação total nos domínios similares. **Métodos:** Os instrumentos PSN e SF-36 foram aleatoriamente administrados sob a forma de entrevista em 40 idosos da comunidade (70,57±7,42 anos). A pontuação total e a obtida nos cinco domínios similares do PSN e SF-36 foram comparadas: nível de energia/vitalidade (NE/V), dor/dor, reações emocionais/saúde mental, interação social/aspectos sociais (IS/AS) e habilidades físicas/capacidade funcional. Estatística descritiva, teste de Correlação de Spearman, α -Cronbach e Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCI) foram usados para análise ($\alpha=0,05$). **Resultados:** Ambos os instrumentos apresentaram efeito teto em todos os domínios comparáveis, mas o PSN apresentou maior pontuação em cada domínio e no escore total, efeito teto na pontuação total e efeito chão no domínio de IS. Os valores de α -Cronbach foram adequados para ambos (PSN=0,86; SF-36=0,80), assim como o CCI da confiabilidade interexaminadores (PSN=0,99; SF-36=0,96) e teste-reteste (PSN=0,94; SF-36=0,83). Todos os domínios similares e a pontuação total correlacionaram-se significativa e positivamente ($p\leq 0,01$; $0,41\leq r_s\leq 0,70$), excetuando os de NE/V ($p=0,19$; $r_s=0,21$). **Conclusões:** O SF-36 mostrou-se mais adequado com relação aos efeitos teto/chão, enquanto o PSN apresentou níveis mais altos de consistência interna e confiabilidade. Esses achados devem ser considerados na escolha do instrumento de avaliação da QVRS de idosos da comunidade.

Palavras-chave: reabilitação; fisioterapia; Perfil de Saúde de Nottingham; SF-36; qualidade de vida; idoso.

Abstract

Background: The aging population and associated high disability rates make the assessment of health-related quality of life (HRQOL) a high priority for elderly people. **Objectives:** To compare the Brazilian versions of the Nottingham Health Profile (NHP) and the Short Form Health Survey-36 (SF-36) regarding their measurement properties, such as, ceiling and floor effects, inter-rater/test-retest reliabilities, internal consistency, and the associations between the total scores and those of similar domains. **Methods:** The NHP and the SF-36 were randomly administered through interviews to 40 community-dwelling elderly (mean age 70.57; SD=7.42 years). The scores of the five similar domains of the NHP and the SF-36, in percentages, were compared: Energy level/Vitality (EL/V), pain, emotional reactions/mental health (EM/MH), social isolation/social functioning (SI/SF), and physical mobility/physical functioning (PA/PF). Descriptive statistics, Spearman Correlation Coefficient, α -Cronbach, and Intraclass Correlation Coefficients (ICCs) were used for analyses ($\alpha=0.05$). **Results:** Both instruments demonstrated ceiling and floor effects for all similar domains, however the NHP showed, on average, higher scores for individual domains and total scores, as well as, floor effects for the SI domain. The internal consistency (NHP=0.86; SF-36=0.80), the inter-rater reliability (NHP=0.99; SF-36=0.96) and the test-retest reliability (NHP=0.94; SF-36=0.83) were considered adequate. Positive and statistically significant correlations were found between all similar domains ($p\leq 0.01$; $0.41\leq r_s\leq 0.70$), except for those related to EL and vitality ($r_s=0.21$; $p=0.19$). **Conclusions:** The SF-36 demonstrated to be more adequate regarding the ceiling and floor effects, whereas the NHP presented a higher internal consistency and reliability levels. These findings should be considered for selecting instruments for the assessment of HRQOL of community-dwelling elderly.

Keywords: rehabilitation; physical therapy; Nottingham Health Profile; SF-36; quality of life; elderly.

Recebido: 11/02/2011 – **Revisado:** 30/05/2011 – **Aceito:** 16/06/2011

¹Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

²Fisioterapeuta

Correspondência para: Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Antônio Carlos, 6627, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil, e-mail: cdcmf@ufmg.br; chrismoraissf@yahoo.com

Introdução ::::

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária^{1,2}, e, no Brasil, o processo de envelhecimento é rápido e intenso^{3,4}. Durante o envelhecimento, ocorrem várias mudanças que podem gerar incapacidades e dependências^{1,3-12} e afetar diretamente a qualidade de vida (QV) do idoso, fazendo com que a avaliação desse desfecho seja essencial nessa população^{1,13,14}. Além disso, com os avanços tecnológicos, há um aumento considerável da expectativa de vida e, conseqüentemente, uma demanda de novas condutas na área da saúde e na sociedade como um todo. A tomada de decisão em relação à adoção dessas novas condutas exigem novos parâmetros de medida para serem utilizados como referência, sendo a QV um dos parâmetros recomendados^{1,5,15-20}.

O conceito de QV é amplo, e não há um consenso a seu respeito^{1,5}. Nas últimas décadas, tem sido bastante utilizado o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) para se referir à avaliação subjetiva da satisfação pessoal em relação a, no mínimo, três domínios: físico, emocional e social¹⁴.

Dentre os instrumentos de QVRS comumente utilizados em idosos e já adaptados para a população brasileira, destacam-se o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN)²¹ e o *Short Form Health Survey-36* (SF-36)²². Ambos são instrumentos simples, de fácil compreensão e não necessitam de muito tempo para ser aplicados, o que os torna de grande aplicabilidade clínica²¹⁻²³. Além disso, as suas adequadas propriedades psicométricas já foram investigadas²³⁻²⁶, inclusive na população brasileira^{21,22}.

Apesar das similaridades entre esses instrumentos, há algumas diferenças importantes, como a avaliação de domínios específicos, a forma de resposta e a obtenção da pontuação²¹⁻²⁵. Esses fatores motivaram o desenvolvimento de estudos com o objetivo de compará-los em diferentes populações para se determinar qual seria o mais indicado para a avaliação da QVRS^{23-25,27}. Entretanto, não se encontrou nenhum estudo que tenha realizado essa comparação com idosos da comunidade. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi determinar qual desses instrumentos, PSN ou SF-36, seria o mais indicado para avaliar a QVRS de idosos da comunidade, comparando os seus domínios comuns, assim como a pontuação total, a presença ou não dos efeitos teto/chão e a confiabilidade teste-reteste/interexaminadores e de consistência interna.

Materiais e métodos ::::

Participantes

Foram avaliados 40 idosos residentes na comunidade de Belo Horizonte, MG, Brasil, de ambos os sexos, com idade ≥60 anos. Todos os participantes assinaram um termo de

consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil (nº ETIC 494/06).

Instrumentos

Foram utilizados o PSN e o SF-36, instrumentos genéricos que refletem a QV de qualquer indivíduo, independente de qualquer condição de saúde associada²⁸.

O PSN, originalmente desenvolvido para avaliação da QVRS de indivíduos com doenças crônicas²⁹, é comumente utilizado em idosos²¹. Trata-se de um instrumento autoadministrado, composto por 38 itens baseados na classificação de incapacidade descrita pela OMS, com resposta no formato “sim/não”, agrupados em seis domínios (itens): nível de energia (três), dor (oito), reações emocionais (nove), interação social (cinco), habilidades físicas (oito) e sono (cinco). Originalmente, cada resposta positiva corresponde a um escore de 1 e cada negativa a 0, sendo a pontuação máxima de 38 pontos. Quanto maior a pontuação, pior a percepção de QVRS^{21,29}. Esse instrumento é considerado clinicamente válido para distinguir pacientes com diferentes níveis de disfunção e detectar alterações no quadro de saúde ao longo do tempo^{26,27}.

O SF-36 é um instrumento também de fácil administração e compreensão, considerado válido, confiável, compreensível e breve²² e tem sido usado mundialmente para avaliação da QVRS em indivíduos saudáveis, idosos e com doenças crônicas²⁵⁻²⁷. Trata-se de um instrumento multidimensional, formado por 36 itens, um relacionado à mudança na saúde e 35 englobados em oito componentes (itens): capacidade funcional (dez), aspectos físicos (quatro), dor (dois), estado geral de saúde (cinco), vitalidade (quatro), aspectos sociais (dois), aspectos emocionais (três) e saúde mental (cinco). Cada item apresenta de duas a seis possibilidades de respostas, e um escore final de 0 a 100, no qual 0 corresponde à pior e 100 à melhor QVRS²². Suas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações, já foram demonstradas como adequadas^{22,25-27}.

Segundo a literatura^{24,25}, os cinco domínios comuns ao PSN/SF-36 são: nível de energia/vitalidade (NE/V); dor/dor; reações emocionais/saúde mental; interação social/aspectos sociais (IS/AS) e habilidades físicas/capacidade funcional.

Procedimentos

A avaliação da QVRS foi realizada por dois examinadores, acadêmicos de fisioterapia do último período, que receberam treinamento prévio de aproximadamente seis horas e discutiram as questões que poderiam gerar dúvidas no momento da entrevista para assegurar semelhança entre eles na interpretação das respostas. Durante o treinamento, os examinadores aplicaram os instrumentos em quatro idosos, cujos dados não

foram considerados na análise. Embora ambos os instrumentos sejam originalmente autoadministráveis, eles foram aplicados sob forma de entrevistas individuais para evitar que a heterogeneidade dos graus de instrução dos participantes influenciasse nos resultados, como previamente recomendado por estudos com a população brasileira^{21,22}, e para assegurar a validade das informações obtidas com o uso dos instrumentos adaptados para a população brasileira, ainda que o método de entrevista possa comprometer mais a confiabilidade das informações.

Dados sociodemográficos, clínicos, história de quedas no último ano, realização de atividades físicas e participação em grupos sociais foram coletados de todos os participantes pelo examinador 1. Em seguida, foi realizada a aleatorização da ordem de aplicação dos instrumentos sob a forma de sorteio, feito pelo participante.

Para a avaliação da confiabilidade interexaminadores, os instrumentos foram aplicados consecutivamente por cada um dos examinadores, de forma independente, em ordem aleatória, em 15 participantes. Para a confiabilidade teste-reteste, os instrumentos foram aplicados duas vezes pelo examinador 1, em um intervalo de sete a dez dias³⁰ e, nos outros 25 indivíduos, adotou-se a mesma ordem de aplicação.

Análise dos dados

Para a comparação entre os instrumentos, foram utilizadas apenas as pontuações dos domínios comuns e total. Além disso, a pontuação do PSN não foi quantificada da forma tradicional^{31,32} para permitir que as pontuações dos instrumentos pudessem ser comparadas. Portanto, para a quantificação da pontuação total e dos domínios do PSN, o número de respostas negativas foi somado e realizado um cálculo de proporção para a obtenção de um valor em porcentagem³¹. Para o SF-36, a pontuação em cada domínio foi calculada pela forma tradicional²², e a pontuação total foi obtida a partir da média da pontuação de cada domínio²². Para ambos os instrumentos, a pontuação mais próxima de 0 correspondeu a uma pior e a mais próxima de 100 a uma melhor percepção da QVRS.

Estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra e determinar os efeitos chão/teto, considerando a frequência de respostas (%) com a menor e maior pontuação possível em cada domínio considerado. Com o objetivo de verificar a associação entre os domínios comuns dos dois instrumentos, assim como entre as suas pontuações totais e, dessa forma, determinar se eles avaliavam construtos semelhantes, Coeficientes de Correlação de Spearman foram calculados, como realizado por estudo prévio com este mesmo objetivo²⁷. As confiabilidades teste-reteste/interexaminadores foram avaliadas pelo Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI), e a consistência interna pelo α -Crombach. Todas as análises foram realizadas no SPSS para Windows (Versão 15.0) ($\alpha < 0,05$).

Resultados

Foram avaliados 40 idosos que viviam na comunidade, com idade variando entre 60 e 93 anos ($70,57 \pm 7,42$), sendo 22 (55%) do sexo feminino, 28 (70%) casados e nove (22,5%) viúvos. Dezoito (45%) apresentavam até quatro anos de escolaridade, 21 (52,5%) de 4 a 11 anos, e apenas um indivíduo (2,5%) com nível superior.

Dos participantes, 35 (87,5%) possuíam diagnóstico médico de até duas doenças e 33 (82,5%) utilizavam até três medicamentos (média = $2,3 \pm 1,69$). A maioria (77,5%) relatou não ter sofrido queda no último ano, e 24 (60%) praticavam atividades físicas regularmente. Com relação à ocupação, a maioria encontrava-se aposentada (65%) e participava de algum grupo social (62,5%).

A estatística descritiva referente aos domínios comparáveis, assim como a pontuação total em cada instrumento, estão apresentadas na Tabela 1. Como se pode observar na Tabela 1 e na Figura 1, em média, a pontuação total e a obtida em todos os domínios comparáveis foi maior para o PSN, o qual apresentou efeito teto para todos os domínios comparáveis, assim como para a pontuação total (4%), sendo que a frequência desse efeito foi maior no domínio de NE (75%) e menor no de habilidades físicas (32,5%). O efeito chão só foi observado no domínio de IS, com um percentual de 2,5%. Já o SF-36 também apresentou efeito teto em todos os domínios comparáveis, sendo que a menor frequência desse efeito ocorreu no domínio de V (5%) e a maior, no de AS (42,5%), mas não houve efeitos teto/chão para a pontuação total e efeito chão nos domínios comparáveis do SF-36.

Foram observadas associações positivas e significativas entre os domínios comparáveis e a pontuação total dos instrumentos, exceto entre os domínios de NE/V ($r_s = 0,21$; $p = 0,19$). A maior correlação foi para os domínios de dor ($r_s = 0,70$; $p = 0,001$) e de habilidades físicas/capacidade funcional ($r_s = 0,64$; $p = 0,001$) (Tabela 1).

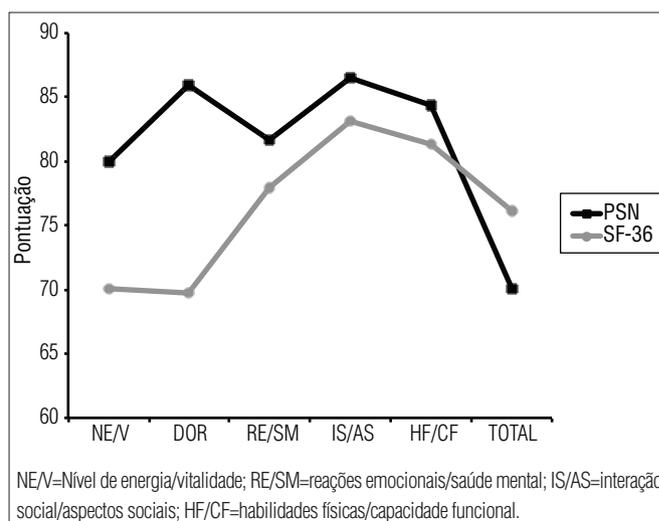


Figura 1. Média dos valores da pontuação total e dos domínios comparáveis entre o PSN e o SF-36 (n=40).

Tabela 1. Estatísticas descritivas e Coeficientes de Correlação com valores de *p* entre os domínios comparáveis e a pontuação total do PSN e SF-36 (n=40).

Variável	Instrumento	Média	Desvio-padrão	Mediana	Escore Mínimo	Escore Máximo	Efeito Chão (%)	Efeito Teto (%)	r_s (95% CI)	<i>p</i>
Nível de energia	PSN	80	13,79	100	33,33	100	0	75	0,21	0,19
Vitalidade	SF-36	70,13	17,74	70,0	25	100	0	5	(-0,10-0,52)	
Dor	PSN	85,94	17,94	87,5	12,5	100	0	45	0,71	<0,001
Dor	SF-36	69,7	25,81	66	21	100	0	35	(0,58-1,20)	
Reações emocionais	PSN	81,67	21,44	88,89	22,22	100	0	40	0,55	0,008
Saúde mental	SF-36	78	18,34	80	24	100	0	10	(0,31-0,93)	
Interação social	PSN	86,5	24,13	100	0	100	2,5	67,5	0,41	<0,001
Aspectos sociais	SF-36	83,13	19,72	87,5	25	100	0	42,5	(0,13-0,75)	
Habilidades físicas	PSN	84,36	14,36	87,5	50	100	0	32,5	0,64	<0,001
Capacidade funcional	SF-36	81,38	20,22	87,5	10	100	0	15	(0,45-1,07)	
TOTAL	PSN	70,13	17,74	70,00	25,00	100	0	4	0,43	0,03
TOTAL	SF-36	76,19	16,50	79,31	39,31	97,12	0	0	(0,15-0,77)	

PSN=Perfil de Saúde de Nottingham; SF-36=Short Form-36.

Para a consistência interna, foram encontrados valores de $\alpha=0,86$ e $0,80$ para o PSN e SF-36, respectivamente. A confiabilidade teste-reteste, investigada em 25, com média de idade de $70,64\pm 6,16$ anos, sendo 14 do sexo feminino, foi de $CCI=0,94$ e $0,83$ para o PSN e SF-36, respectivamente ($p<0,001$). A confiabilidade interexaminadores, investigada em 15 indivíduos, com média de idade de $70,47\pm 9,41$ anos, sendo oito do sexo feminino, foi de $CCI=0,99$ e $0,96$ para o PSN e SF-36, respectivamente ($p<0,001$).

Discussão

O presente estudo se propôs a comparar dois instrumentos de QVRS, o PSN e o SF-36, em uma população de idosos da comunidade. Quando os efeitos teto/chão foram considerados, o SF-36 mostrou-se um pouco mais adequado, pois não apresentou efeito chão em nenhum dos domínios comparáveis, nem efeitos chão/teto na pontuação total. Entretanto, ambos apresentaram adequados valores de consistência interna e de confiabilidade, um pouco maiores para o PSN. Além disso, as correlações em quatro dos cinco domínios comparáveis foram estatisticamente significativas e positivas, indicando que ambos os instrumentos medem construtos semelhantes nesses domínios. Entretanto, os domínios de NE (PSN) e V (SF-36), apesar de serem referidos como semelhantes⁷, pareceram não medir o mesmo construto quando aplicados em idosos com características semelhantes aos deste estudo, e isso precisa ser criteriosamente investigado.

De uma forma geral, a amostra do presente estudo assemelhou-se ao perfil descrito previamente para idosos da comunidade com relação à idade, predominância do sexo feminino, estado civil e número de doenças associadas^{4,12}. Ramos⁴, analisando o perfil multidimensional do idoso no distrito de São Paulo, relatou uma média de idade de 69 anos,

predominância de mulheres (60%), com a maioria (86%) referindo pelo menos uma doença. Diferentemente dos indivíduos investigados por Ramos⁴, no presente estudo, não foi avaliado nenhum idoso analfabeto. Contudo, o grau de instrução da maioria era ≤ 4 anos.

As medianas nos domínios do PSN foram superiores a 87,5, e da pontuação total foi 89,4. Teixeira-Salmela et al.²¹, em uma população de idosos ativos, apontaram que uma grande limitação do PSN é a ausência de itens difíceis o suficiente para discriminar indivíduos com uma boa QVRS. Portanto, a presença de medianas elevadas não significa que todas essas pessoas tenham uma excelente QVRS, ou uma percepção de QVRS semelhante, mas sim que alguns itens referem-se a habilidades tão básicas que não houve, entre os avaliados, aqueles com uma QVRS tão ruim para responder diferente. Ao contrário do PSN, o SF-36 apresentou medianas mais baixas, superiores a 66 nos domínios e de 79 na pontuação total, indicando maior capacidade de discriminar entre diferentes nuances de percepção de QVRS²⁶.

Alguns estudos^{23-25,27} já compararam esses instrumentos considerando os efeitos teto/chão, a correlação entre os domínios comparáveis e a confiabilidade, como no presente estudo, porém, em amostras de indivíduos com condições de saúde específicas, o que dificulta a comparação dos resultados. Prieto et al.²⁵, em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica, encontraram similaridade entre os estados de saúde medidos pelos dois instrumentos, com maior percentual de efeito teto/chão para o PSN (efeito teto/chão PSN: 17,2-61,6/0,6-15,6%, SF-36: 2,8-47,9/0-2,5%). Boyer et al.²⁶, em indivíduos com distrofia muscular, encontraram maior efeito chão (28%) nos aspectos de capacidade funcional/habilidades físicas e maior efeito teto nos domínios de dor (25% e 23%), reações emocionais/saúde mental (35% e 52%) e IS/AS (53% e 29%), para o PSN e SF-36, respectivamente.

Falcoz et al.²³, em cardiopatas, encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo, exceto para os domínios de dor e V do SF-36. No presente estudo, observou-se efeito teto para todos os domínios comparáveis de ambos os instrumentos, o que demonstra a predominância de itens muito fáceis para os indivíduos avaliados. Por outro lado, o efeito chão só foi observado em um dos domínios comparáveis do PSN, o que ilustra a presença de itens mais difíceis em todos os domínios comparáveis do SF-36 e na maioria dos domínios do PSN. Esses resultados apontaram uma avaliação muito positiva da QVRS, e isso pode ser explicado pelas características da amostra: idosos independentes, da comunidade, fisicamente ativos e participantes de grupos sociais. Como ressaltaram Blake et al.³³ e Freitas et al.², o envolvimento em atividades sociais e/ou a prática de atividade física são importantes instrumentos de promoção da QVRS.

Dentre os domínios comparáveis, observou-se efeito chão apenas para IS do PSN. Falcoz et al.²³, ao avaliarem indivíduos cardiopatas, encontraram efeito chão em todos os domínios comparáveis. Prieto et al.²⁵ observaram efeito chão em todos os domínios comparáveis, exceto no de saúde mental, ao aplicarem o SF-36 em uma amostra de indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica. Wann-Hansson et al.²⁴, em indivíduos com isquemia crônica de membro inferior, relataram a presença de efeito chão em todos os domínios comparáveis, exceto para habilidades físicas e reações emocionais do PSN e para a saúde mental do SF-36.

O resultado deste estudo referente à presença de efeito chão somente no domínio de IS do PSN pode estar relacionada a uma característica comum em idosos, que é a solidão e a depressão², questões claramente abordadas nos itens que constituem esse domínio. A mudança do status profissional que acompanha a aposentadoria, a perda de pessoas queridas, o casamento ou o afastamento dos filhos podem fazer com que indivíduos com um bom nível de saúde e de participação se sintam sozinhos e não tenham em quem confiar². Dessa forma, apesar de os indivíduos do presente estudo serem independentes, fisicamente ativos e participantes de grupos sociais, eles podem, ainda assim, se sentirem sozinhos e não terem em quem confiar. Entretanto, não foram realizadas avaliações específicas que suportem essa hipótese, as quais devem ser investigadas por estudos futuros.

A maior frequência de efeitos teto/chão para o PSN pode ser justificada pela dicotomia nas respostas aos itens, enquanto o SF-36 oferece um número maior de possibilidades de respostas e maior quantidade de itens em cada domínio. Quanto menor o número de itens para avaliação, maior a possibilidade de efeitos teto/chão²⁴. Entretanto, é preciso considerar que a dicotomização das respostas e um menor número de itens na avaliação de cada domínio tornam a aplicação do PSN mais

simples e com uma menor necessidade de tempo²¹, o que aumenta a sua aplicabilidade clínica.

A respeito da correlação entre os domínios comparáveis, foram observados valores significativos e positivos para a maioria, exceto para os domínios de NE/V. Esses resultados são semelhantes aos descritos por Meyer-Rosberg et al.²⁷ ($r=0,29-0,79$) e Prieto et al.²⁵ ($r=0,25-0,77$), que também relataram correlações significativas e positivas para maioria dos domínios comparáveis entre os dois instrumentos. Entretanto, no presente estudo, os domínios que não se correlacionaram significativamente foram os de NE/V, enquanto, nos estudos de Meyer-Rosberg et al.²⁷ e Prieto et al.²⁵, foram os de IS/AS. Uma possível explicação para esses resultados pode estar relacionada a uma combinação entre as características da amostra e os itens que constituem cada um dos domínios dos instrumentos. O PSN apresenta três itens no domínio de NE, o de menor número de itens, enquanto, no domínio de V do SF-36, há quatro itens. Isso permite a captura de diferentes graus de percepção de QVRS. Possivelmente, as respostas dicotômicas do PSN, associadas ao pequeno número de itens do domínio de NE, induziram a resposta “não”, já que a QVRS da amostra não foi ruim o suficiente para se responder positivamente às questões do PSN, mas também nem boas o suficiente para que se obtivesse a mais elevada pontuação do SF-36, gerando, assim, a ausência de correlação. Já a correlação positiva entre os domínios de IS/AS no presente estudo, e não significativa nos estudos de Meyer-Rosberg et al.²⁷ e Prieto et al.²⁵, talvez se deva ao fato de os itens do PSN relacionados a esse domínio serem voltados mais para o aspecto psicológico, que interfere nas relações sociais, enquanto os itens do SF-36 abordam aspectos psicológicos e físicos. Possivelmente, as características das amostras justificam esse resultado: nos estudos de Meyer-Rosberg et al.²⁷ e Prieto et al.²⁵, os indivíduos apresentavam uma condição de saúde específica que levava a incapacidades físicas, e, por isso, suas respostas podem ter sido indicativas de uma boa QV no domínio de IS do PSN e de uma pior QV no domínio de AS do SF-36. Por outro lado, idosos da comunidade avaliados no presente estudo, em que, possivelmente, o aspecto psicológico apresenta maior influência na vida social, apresentaram respostas indicativas de um mesmo sentido de QV nesses domínios comuns.

Tanto o PSN quanto o SF-36 apresentaram valores significativos e adequados para a consistência interna e para as confiabilidades teste-reteste/interexaminadores. Para o PSN e SF-36, Falcoz et al.²³ ($0,58 \leq \alpha\text{-Crombach} \leq 0,78$ e $0,73 \leq \alpha\text{-Crombach} \leq 0,89$) e Boyer et al.²⁶ ($0,51 \leq \alpha\text{-Crombach} \leq 0,88$ e $0,74 \leq \alpha\text{-Crombach} \leq 0,94$) também relataram valores adequados de consistência interna para ambos os instrumentos. Boyer et al.²⁶ relataram valores adequados de confiabilidade teste-reteste para ambos os instrumentos e também um pouco

maior para o PSN (CCI=0,73-0,95) quando comparado ao SF-36 (CCI=0,63-0,85). Não foram encontrados estudos que investigaram a confiabilidade interexaminadores desses instrumentos. Quando os presentes valores de confiabilidade são comparados, observa-se que, em ambos os instrumentos, eles foram maiores para a confiabilidade interexaminadores. Portanto, a mudança de examinador interferiu menos nos resultados do que o intervalo de tempo entre as duas avaliações feitas por um mesmo examinador. O intervalo de tempo de sete a dez dias é necessário para evitar que o efeito memória interfira nos resultados da segunda avaliação e, dessa forma, comprometa a validade interna do estudo³⁰. Entretanto, o fator tempo pode levar a alguma modificação na QV e, assim, modificar a resposta dada entre uma e outra avaliação, o que possivelmente ocorreu.

Algumas limitações devem ser consideradas. Apesar de as características sociodemográficas da amostra assemelham-se ao perfil descrito por outros estudos com idosos da comunidade^{4,12}, outras (independência, prática de atividades físicas regulares) determinam um grupo específico de idosos. Estudos futuros devem investigar o instrumento de QVRS mais indicado para a avaliação de idosos fisicamente dependentes, fragilizados e institucionalizados. Outra limitação está relacionada à comparação de apenas dois instrumentos de QVRS. Apesar de o SF-36 e do PSN serem comumente utilizados em idosos, outros instrumentos, como o WHOQOL-OLD, também são comumente utilizados.

Apesar das limitações apontadas, os resultados obtidos são de extrema relevância para a área da fisioterapia e da reabilitação: primeiro, por ser a avaliação do desfecho de QVRS essencial na população idosa^{1,13,14}, inclusive naqueles com características semelhantes às da amostra investigada; segundo, por serem os profissionais da área da reabilitação alguns dos mais interessados em desfechos orientados ao cliente e que

não reflitam apenas ausência ou presença de doença, mas a avaliação da satisfação dos indivíduos em relação a domínios essenciais à saúde¹⁴. Finalmente, os resultados direcionam esses profissionais na seleção do instrumento de QVRS mais adequado para a situação clínica em que eles se encontram, proporcionando justificativas consistentes e padronização dessa avaliação entre profissionais em situações semelhantes, o que facilita as comparações e discussões.

Portanto, se considerarmos os efeitos teto/chão, o SF-36 mostrou-se um pouco mais adequado para a avaliação da QVRS de idosos da comunidade. Entretanto, ambos os instrumentos apresentaram adequada consistência interna e adequados valores de confiabilidade, que foram um pouco maiores para o PSN. Além disso, o PSN demandou um menor tempo de aplicação, e a forma de resposta dos itens foi mais facilmente compreendida pelos indivíduos, o que aumenta a sua aplicabilidade clínica. Esses resultados, associados às particularidades de cada instrumento, como a presença de determinados domínios não comuns, devem ser levados em consideração na seleção de um deles para a avaliação da QVRS de idosos da comunidade. Ainda, ao selecionar um instrumento de avaliação da QVRS, as características da amostra devem ser criteriosamente consideradas, pois os diferentes estudos apontam comportamentos específicos das mesmas propriedades avaliadas quando as amostras apresentam características claramente distintas.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Opas; 2005.
2. Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein (São Paulo). 2008;6(Supl. 1):S4-6.
4. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):793-8.
5. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev Bras Estudo Popul. 2006;23(1):5-26.
6. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):773-81.
7. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):597-605.
8. Lotufo PA. Brazil in getting older: some lessons from de Bambuí Health and Aging Study. Sao Paulo Med J. 2004;122(3):79-80.
9. Winblad I, Jääskeläinen M, Kivelä S, Hiltunen P, Laippala P. Prevalence of disability in three birth cohorts at old age over time spans of 10 and 20 years. J Clin Epidemiol. 2001;54(10):1019-24.
10. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):383-91.
11. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: Methodology and preliminary results. Rev Saúde Pública. 1998;32(5):397-407.
12. Huber JG, Sillick J, Skarakis-Doyle E. Personal perception and personal factors: incorporating health-related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disabil Rehabil. 2010;32(23):1955-65.
13. Alesii A, Mazzarella F, Mastrilli E, Fini M. The elderly and quality of life: current theories and measurements. G Ital Med Lav Ergon. 2006;28(3 Suppl 2):99-103.

14. Sajid MS, Tonsi A, Baig MK. Health-related quality of life measurement. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(4):365-73.
15. Jette AM. Using health-related quality of life measures in physical therapy outcomes research. *Phys Ther.* 1993;73(8):528-37.
16. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. [Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF)]. *Rev Esp Salud Pública.* 2010;84(2):169-84.
17. Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The ICF as a conceptual platform to specify and discuss health and health-related concepts. *Gesundheitswesen.* 2008;70(10):e47-56.
18. Stucki G, Sigl T. Assessment of the impact of disease on the individual. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2003;17(3):451-73.
19. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med.* 2007;39(4):279-85.
20. Tulskey DS, Rosenthal M. Quality of life measurement in rehabilitation medicine: Building an agenda for the future. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83(12 Suppl 2):S1-3.
21. Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Lima RCM, Goulart F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(4):905-14.
22. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Cuaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
23. Falcoz PE, Chocron S, Mercier M, Puyraveau, Etievent JP. Comparison of the Nottingham Health Profile and the 36-Item Health Survey Questionnaires in the Cardiac Surgery. *Ann Thorac Surg.* 2002;73(4):1222-8.
24. Wann-Hansson C, Halberg IR, Risberg B, Klevsgard R. A comparison of the Nottingham Health Profile and Short Form Health Survey in patients with chronic lower limb ischaemia in a longitudinal perspective. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:9.
25. Prieto L, Alonso J, Ferrer M, Antó JM. Are results of the SF-36 Health Survey and the Nottingham Health Profile Similar?: A comparison in COPD patients. *Quality of Life in COPD Study Group. J Clin Epidemiol.* 1997;50(Suppl 4):463-73.
26. Boyer F, Morrone I, Laffont I, Dizien O, Etienne JC, Novella JL. Health related quality of life in people with hereditary neuromuscular diseases: An investigation of test-retest agreement with comparison between two generic questionnaires, the Nottingham health profile and short form-36 items. *Neuromuscul Disord.* 2006;16(2):99-106.
27. Meyer-Rosberg K, Burckhardt CS, Huizar K, Kwarnström A, Nordfors LO, Kristofferson A. A comparison of the SF-36 and Nottingham Health Profile in patients with chronic neuropathic pain. *Eur J Pain.* 2001;5(4):391-403.
28. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):580-8.
29. Bowling A. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales.* 1ª ed. Philadelphia: Open University Press; 1991.
30. Portney LG, Watkins MP. *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice.* 3ª ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2009.
31. Rodrigues de Paula F, Teixeira-Salmela LF, Faria CDCM, Brito PR, Cardoso F. Impact of an exercise program on physical, emotional, and social aspects of quality of life of individuals with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2006;21(8):1073-7.
32. Teixeira-Salmela LF, Faria CDCM, Guimaraes CQ, Goulart F, Parreira VF, Inacio EP, et al. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. *Rev Bras Fisioter.* 2005;9(3):347-53.
33. Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clin Rehabil.* 2009;23(10):873-87.