

VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA “MCGILL QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE” - QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS *

Autores: Ana Catarina Nunes Veríssimo Duarte ¹; Ana Isabel Querido²; Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe ³

¹ Student of Master Palliative Care - Institute of Health Sciences, Portuguese Catholic University and Nurse at the Health Center of Marinha Grande, Portugal

Email - catarina.verissimo@sapo.pt

² School of Health Sciences, Polytechnic Institute of Leiria

Email - querido.ana@gmail.com

³School of Health Sciences, Polytechnic Institute of Leiria

Email - manjos@ipleiria.pt

RESUMO

Introdução e objectivos: A investigação e a prática de cuidados no domínio da qualidade de vida (QV) de doentes em cuidados paliativos tem evidenciado a necessidade da construção/validação de instrumentos para avaliar com precisão a QV. Respondendo a esta necessidade, procedemos à validação transcultural do *McGill Quality of Life Questionnaire* (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe & Tong, 1997).

Metodologia. Este estudo metodológico incidiu sobre 132 doentes com uma média de idades de 67,2 anos (SD=12,1), 56.1% homens e 82.6% são doentes oncológicos, a receber cuidados paliativos em média há 160 dias (SD= 295).

Na validação seguiu-se a mesma metodologia dos autores da escala original a quem foi solicitada autorização, assim como às direcções das instituições onde recolhemos os dados. Solicitou-se consentimento informado aos doentes.

Resultados: A escala, constituída por 16 itens, permite obter uma pontuação global (pontuação mais elevada maior QV) e pontuações correspondentes a quatro factores: físico, psicológico, existencial e apoio, isolados com recurso a análise factorial dos itens seguida de rotação ortogonal tipo Varimax, explicando 66,3% de variância acumulada. O Alfa de Cronbach (0,896) permite igualmente afirmar que o instrumento apresenta boa consistência interna.

Conclusão. A escala validada apresenta boas características psicométricas permitindo a utilização na prática de cuidados e na investigação.

Palavras Chave: Cuidados Paliativos; qualidade de vida; *McGill Quality of Life Questionnaire*

ABSTRACT

Introduction and Aims: Previous research in palliative care has highlighted the need of construction and validation of instruments to precisely measure quality of life of palliative patients. To answer this need we proceed to cross-cultural validation of *McGill Quality of Life Questionnaire* (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe & Tong, 1997).

Methodology: This study examined 132 patients with an average age of 67.2 years (SD=12,1). Of which 56.1% are men and 82.6% are cancer patients receiving palliative care for an average of 160 days (SD = 295).

In order to validate the data, we apply the same methodology followed by the authors of the original study, which was requested authorization. It was also requested authorization to the heads of directions of the institutions where we collected the data the informed consent of patients.

Results: The scale consists of 16 items to obtain an overall score (higher score higher life quality) and scores corresponding to four domains: Physical, Psychological, Existential well being and Support. These domains were isolated using factor analysis of the items followed by Varimax orthogonal rotation type, explaining 66.3% of accumulated variance. The Cronbach's alpha (0,986) indicates good internal consistency of the instrument.

Conclusion: Portuguese version of *McGill Quality of Life Questionnaire* presents good psychometric characteristics, allowing is use in research and daily practice.

Key Words: Palliative care; Quality of Life; *McGill Quality of Life Questionnaire*

1. INTRODUÇÃO

A origem dos cuidados paliativos é muito antiga, remonta ao século IV a.c., na civilização grega, onde uma determinada actividade social era denominada “*xenodochium*”, cujo significado era hospitalidade. Posteriormente, durante o império romano, o termo grego acima mencionado, foi traduzido para Latim, “*hospitium*”, com o mesmo, hospitalidade, tal como descreve (Marques, 2000).

Segundo o mesmo autor, “Na Idade Média, muitos hospícios foram construídos nas rotas das Cruzadas à Terra Santa e das peregrinações da Europa, como, por exemplo, nos caminhos de Santiago de Compostela. A Igreja Católica teve então um papel fundamental no desenvolvimento e na orientação deste movimento.”. Estes hospícios tinham como função acolher os peregrinos, dar-lhes alimento e proporcionar-lhes cuidados médicos.

Como refere (Pessini, 2004:168), “Na Europa, desde a Idade Média, muitos desses *hospices* eram religiosos e o foco desse trabalho tornou-se “o cuidado dos doentes” e “o cuidado dos que estavam morrendo””.

Segundo (Barbosa & Neto, 2006:18), desde o século XIX existiam inúmeras personalidades e grupos, em especial religioso que “à luz da sua filosofia de vida, se dedicavam a dispensar cuidados aos moribundos e aos mais carenciados (...).”.

Ao longo do século XX a Medicina sofreu diversos avanços. A morte que ocorria após um curto período de doença, passou a ser combatida com sucesso, a cura, foi surgindo em especial nas doenças agudas. Ou seja “Todos os progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência de doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada.”. (Barbosa & Neto, 2006:17).

O movimento mais moderno dos cuidados paliativos surge em 1967 com Cecily Saunders que “(...) funda o St. Christopher’s Hospice, originando o movimento dos *hospices* ingleses e sendo hoje reconhecida como fundadora do movimento dos cuidados paliativos (...)”, tal como refere (Cabete, 2000:3).

Cecily Saunders tinha “(...) o objectivo de chamar a atenção para a necessidade de oferecer cuidados rigorosos, científicos e de qualidade, a um grupo cada vez mais numeroso de

peças que, frequentemente, eram encaradas como doentes a quem já não havia nada a fazer - os doentes com doenças incuráveis, progressivas e avançadas.” (Barbosa & Neto 2006:18).

Em 1988, com a criação da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), constata-se o alargamento do movimento de cuidados paliativos à Europa. Os cuidados paliativos foram implementados seguindo os modelos dos *hospices* ingleses, mas cada país foi-se organizando de forma diferente.

O envelhecimento da população, o aumento da incidência de cancro, a SIDA, a insuficiência avançada de órgãos ou a doença neurológica degenerativa tornam os doentes, que carecem de cuidados paliativos, num problema de enorme impacto social e importância crescente em termos de saúde pública (Navalhas, 2000).

Os cuidados paliativos consistem na assistência proporcionada pelos serviços de saúde no sentido de aliviar sintomas, particularmente a dor e o sofrimento, às pessoas sem perspectiva de cura e com uma expectativa de vida limitada. O doente manifesta uma pluralidade de necessidades físicas, psicológicas e espirituais, sendo urgente dar-lhes uma resposta eficaz em termos de cuidados. É imprescindível assegurar o acompanhamento efectivo do doente e família de modo a garantir a máxima qualidade de vida.

Cada indivíduo tem uma percepção sobre a sua qualidade de vida que depende dos seus objectivos, expectativas e preocupações, tendo em conta os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Twycross, 2003).

Segundo Doyle referido por (Barbosa & Neto 2006:20) “ Defende-se hoje que, com vista à maximização da qualidade de vida do doente, a introdução dos cuidados paliativos se faça tão precocemente quanto possível no curso da doença.” É assim desejável conjugar os cuidados curativos com os cuidados paliativos, mesmo quando a cura já não é possível, os profissionais de saúde não devem deixar de investir, pois para além das medidas terapêuticas pretende-se a promoção do conforto do doente. Não deve ser esquecido o controlo sintomático, só com um controlo sintomático eficaz é que o doente pode encontrar sentido e qualidade de vida, na vida que ainda tem para viver.

Muitas vezes é difícil aos profissionais de saúde avaliar com precisão a qualidade de vida dos doentes por ausência de uma ferramenta adequada, daí surgir a necessidade de validar e implementar em Portugal um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos, que é justificada pela sua relevância social, científica e pessoal.

A avaliação da qualidade de vida exige a participação das percepções e expectativas do próprio indivíduo. Sendo, ao mesmo tempo, um conceito dinâmico que se altera com o tempo e com as vivências de cada sujeito, vai mudando com a idade, o grau de escolaridade e a cultura em que vive.

No presente estudo, reconhecemos a importância da qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos, pretendendo-se contribuir para uma melhor compreensão desta temática e consequentemente permitir uma melhor avaliação da qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos, alcançando desse modo uma melhor prestação de cuidados.

Com a validação e implementação em Portugal do questionário sobre a qualidade de vida dos doentes em Cuidados Paliativos o *McGill Quality of Life Questionnaire* (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe & Tong, 1997), tornar-se-á uma ferramenta essencial para a prestação de cuidados paliativos, sendo assim possível fazer uma abordagem planificada na sua intervenção.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo e objectivos do estudo

O presente estudo tem como objectivos traduzir e validar para a população Portuguesa um instrumento de medida capaz de identificar a Qualidade de Vida de doentes em Cuidados Paliativos, avaliar a qualidade de vida de doentes em cuidados paliativos e determinar as características sócio - demográficas e clínicas da amostra.

Tendo presente os objectivos o tipo de estudo é designado de metodológico (Fortin, 2009).

2.2. População e amostra

Um dos aspectos fundamentais da validação transcultural de instrumentos de medida é seguir os mesmos passos do autor original. Tendo por base esta premissa a amostragem foi efectuada tendo presente os mesmos critérios (critérios de inclusão) do estudo original, *McGill Quality of Life Questionnaire* de (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe & Tong, 1997), ou seja, ser doente em Cuidados Paliativos, estar a ser cuidado por uma unidade onde lhes estejam a ser prestados Cuidados Paliativos, falar fluentemente português, saber ler e escrever, ter idade superior a 18 anos, estar consciente da participação no preenchimento

questionário e em condição física capaz de o preencher ou na sua impossibilidade ser ajudado por alguém da sua confiança, ou pelo próprio investigador.

A amostra final ficou constituída por 132 doentes conscientes e orientados recrutados em Equipas de Cuidados Paliativos reconhecidas pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (A.P.C.P.).

2.3. Instrumento

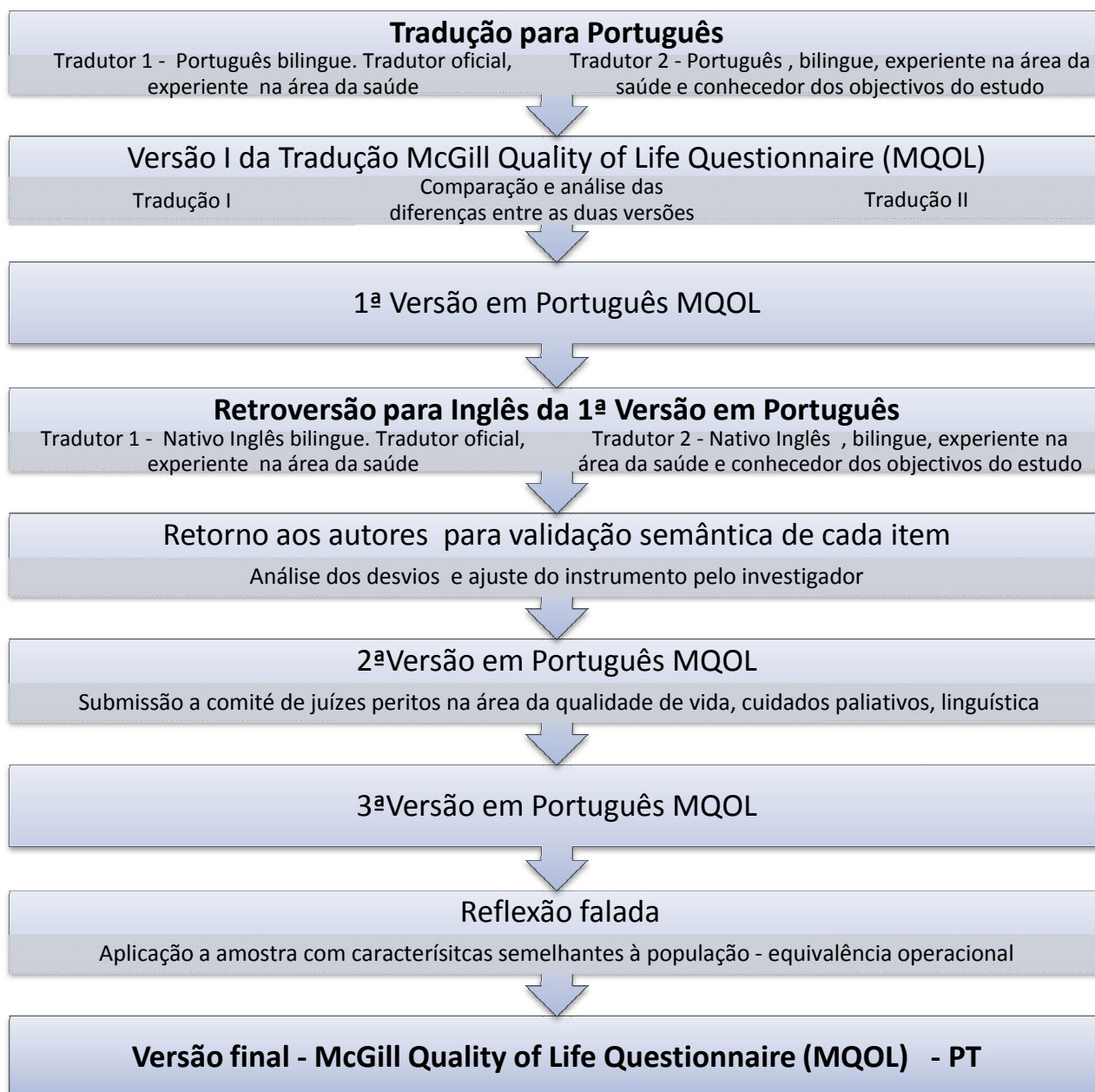
A todos os doentes foi aplicado um questionário constituído por duas partes: Características sócio - demográficas e clínicas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, diagnóstico inicial e tempo decorrido desde o diagnóstico - em meses, tipo de tratamento a que foi sujeito no decorrer da doença) e a escala de qualidade de vida, *McGill Quality of Life Questionnaire*, de (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe & Tong, 1997).

McGill Quality of Life Questionnaire é um instrumento construído por (Cohen, Mount, Strobel & Bui, 1995), desenvolvido e validado em 1997, especificamente para avaliar a Qualidade de Vida de doentes em Cuidados Paliativos.

É constituído por 16 afirmações, formuladas de forma positiva e negativa, para prevenir respostas enviesadas. Apresenta uma escala de classificação numérica, 0-10, em que (0) é o valor mais baixo e (10) é o valor mais alto, em que é pedido ao doente que classifique a sua qualidade de vida nas dimensões: física, psicológica, existencial e de apoio (suporte). Para além do referido, apresenta um item adicional que mede a qualidade de vida no geral, onde o doente poderá fazer a descrição da sua qualidade de vida, utilizando a mesma escala numérica.

Para se proceder à validação transcultural do instrumento de medida de Qualidade de Vida, foi solicitado autorização ao autor. Após a sua autorização procedeu-se à tradução e retroversão seguindo os passos recomendados para esse fim por vários autores nomeadamente por (Almeida & Freire, 2007) e (Ribeiro, 2008) e que se exemplifica na Figura 1, representada abaixo.

Figura 1 - Processo de adaptação transcultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida



2.4. Procedimentos formais e éticos e tratamento de dados

Após a autorização das instituições e antes do início da colheita de dados, foram contactados os profissionais responsáveis de cada serviço e, com cada um, negociado o momento propício de colheita de dados consoante as características e disponibilidade de cada local. Os dados foram colhidos pelo investigador após a apresentação, esclarecimento e consentimento informado do doente. A recolha realizou-se nos meses de Julho de 2009 a Fevereiro de 2010.

Para o estudo das propriedades psicométricas do instrumento foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total (excluindo o respectivo item) e o Alfa de Cronbach utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos.

A validade de construto foi efectuada tal como no original através da análise factorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de *varimax*.

3. RESULTADOS

De seguida apresentam-se os discutem-se os resultados tendo presente os objectivos.

a) Características sócio - demográficas e clínicas da amostra

A amostra deste estudo é constituída por cento e trinta e dois (132) doentes a receber cuidados paliativos. Relativamente às características sócio - demográficas poderemos referir que predomina o sexo masculino com 74 inquiridos (56,1%).

Quanto ao estado civil pode-se constatar que, 11 (8,3%) são solteiros (as), 91 (68,9%) casados, 6 (4,5%) divorciados, 20 (15,2%) viúvos e 4 (3,0%) em união de facto.

Relativamente ao nível de escolaridade (habilitações literárias) dos doentes podemos verificar que, 74 (56,1%) possui 1º ciclo, 10 (7,6%) o 2º ciclo, 13 (9,8%) o 3ºciclo, 13 (9,8%) o Secundário, 11 (8,3%) o Ensino Superior, 1 (0,8%) Sabe ler e escrever e 10 (7,6%) são analfabetos (tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da amostra quanto às características sócio – demográficas

| Características sócio - demográficas | | Nº | % |
|--------------------------------------|---------------------|----|------|
| Sexo | Masculino | 74 | 56,1 |
| | Feminino | 58 | 43,9 |
| Estado civil | Solteiro | 11 | 8,3 |
| | Casado | 91 | 68,9 |
| | Divorciado | 6 | 4,5 |
| | Viúvo | 20 | 15,2 |
| | União de facto | 4 | 3,0 |
| Habilitações literárias | 1º ciclo | 74 | 56,1 |
| | 2º ciclo | 10 | 7,6 |
| | 3ºciclo | 13 | 9,8 |
| | Secundário | 13 | 9,8 |
| | Ensino Superior | 11 | 8,3 |
| | Analfabeto | 10 | 7,6 |
| | Sabe ler e escrever | 1 | 0,8 |

Relativamente à idade (tabela 2) constatou-se que a média de idades é de 67,21 anos com um desvio padrão de 12,02. Tendo presente o Coeficiente de variação (CV) pode ainda referir-se que não existe grande dispersão em relação à média (17,8%).

Tabela 2 – Caracterização da amostra relativamente à idade

| Variável | Média | D. P. | X min | X Max | CV |
|----------|-------|-------|-------|-------|------|
| Idade | 67,21 | 12,02 | 29 | 96 | 17,8 |

Através da análise dos resultados apresentados na tabela 3, podemos constatar que a maior parte dos doentes apresentava como diagnóstico inicial a neoplasia 109 (82,6%).

Para termos uma percepção mais pormenorizada dos doentes relativamente ao tipo de tratamento anterior ao início em cuidados paliativos, podemos verificar também na tabela 3 que 60 (45,5%) foram sujeitos a cirurgia, 76 (56,6%) a quimioterapia, 36 (27,3%) radioterapia, 4 (3%) a tratamento hormonal, 17 (12,9%) a tratamento de feridas malignas e 22 (16,7%) a outro tipo de tratamento (ex: transplante, traqueostomia entre outros).

Tabela 3 – Caracterização do diagnóstico e tratamento dos doentes antes do início dos cuidados paliativos

| | | Nº | % |
|---------------------|--|-----|------|
| Diagnóstico inicial | Diagnóstico de neoplasia | 109 | 82,6 |
| | Outro tipo de diagnóstico (doença degenerativa e insuficiência de órgão) | 23 | 17,4 |
| Tipo de tratamento | Cirurgia | 60 | 45,5 |
| | Quimioterapia | 76 | 56,6 |
| | Radioterapia | 36 | 27,3 |
| | Tratamento hormonal | 4 | 3 |
| | Tratamento de feridas malignas | 17 | 12,9 |
| | Outro tipo de tratamento | 22 | 16,7 |

Como se pode observar pela tabela 4, a média de tempo decorrido desde o início do apoio de Cuidados Paliativos é de 156,3 dias verificando-se um desvio padrão (D.P.) elevado, de 291,8. Relativamente ao tempo decorrido desde o diagnóstico, a média é de 47,45 meses, equivalente a cerca de 4 anos com um desvio padrão de 66,9. Em relação ao tempo decorrido desde o

início da actual intervenção em Cuidados Paliativos, constata-se uma média de 127,1 dias (cerca de 4 meses) e um desvio padrão de 237,0.

Tabela 4 – Distribuição da amostra relativamente aos tempos de intervenção de Cuidados Paliativos e de diagnóstico clínico.

| Variável | Mín. | Max | Média | D. P. |
|---|------|------|-------|-------|
| Tempo decorrido desde o início do apoio de Cuidados Paliativos (em dias) | 1 | 1825 | 156,3 | 291,8 |
| Tempo decorrido desde o diagnóstico (em meses) | 2 | 324 | 47,4 | 66,9 |
| Tempo desde o início da actual intervenção de Cuidados Paliativos (em dias) | 1 | 1460 | 127,1 | 237,0 |

b) Características psicométricas do *McGill Quality of Life Questionnaire*

Para que qualquer medição seja precisa é essencial que, primeiro, meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, o resultado obtido seja idêntico (fidelidade).

De acordo com Fortin (2009) é necessário indicar os tipos de fidelidade e de validade verificados nos instrumentos de medida e precisar o valor dos respectivos coeficientes de correlação.

Fidelidade

O estudo da fidelidade foi realizado através da determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens da dimensão como para o conjunto de cada dimensão após irem sendo excluídos, um a um, os vários itens. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida. Segundo alguns autores, entre os quais (Ribeiro, 1999) e (Hill & Hill, 2005), uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80 mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de itens. A tabela 5 mostra que os valores de α de Cronbach são bons, tendo presente os critérios destes autores (0,887 o valor mais baixo para os itens e 0,896 para o total da escala). Verifica-se ainda que, na totalidade dos casos o α desce quando os itens são excluídos, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala.

Ao realizarmos a inspecção da correlação de cada item com o total da escala, verificamos que os valores oscilam entre 0,425 e 0,690. De salientar que na correlação do

item com o total o valor encontrado se reporta à correlação do item com a soma dos restantes itens, ou seja, ele próprio foi excluído da soma da escala. Todos os itens cumprem o critério (estas correlações devem ser superiores a 0,20) referido por vários autores (Almeida & Freire, 2007).

Em relação ao cálculo dos valores de α de Cronbach, do questionário original, este indica que a consistência interna das dimensões existentes e os 16 itens é boa ($\alpha > 0,70$), tem um valor total de $\alpha = 0,83$ (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe & Tong, 1997) o que é similar ao encontrado por nós neste estudo.

Tabela 5 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach)

| Items | N | Média | Desvio padrão | Correlação de Pearson sem o item | Alfa de Cronbach (excluindo o item) |
|---|-----|-------|---------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1- Sintomas ou problemas físicos desagradável | 132 | 3,39 | 2,833 | 0,425 | 0,895 |
| 2- Sintomas ou problemas físicos desagradável | 132 | 5,28 | 3,730 | 0,551 | 0,891 |
| 3- Sintomas ou problemas físicos desagradável | 132 | 7,11 | 3,635 | 0,503 | 0,893 |
| 4- Nos últimos dois dias tenho-me sentido bem fisicamente | 132 | 5,98 | 2,682 | 0,690 | 0,886 |
| 5- Durante os últimos dois dias tenho me sentido deprimido | 132 | 6,57 | 3,302 | 0,663 | 0,886 |
| 6- Durante os últimos dois dias tenho me sentido Nervoso ou preocupado | 132 | 5,38 | 3,616 | 0,512 | 0,893 |
| 7- Durante os últimos dois dias senti-me triste | 132 | 5,98 | 3,770 | 0,599 | 0,889 |
| 8- Durante os últimos dois dias quando pensei no futuro senti medo | 132 | 6,52 | 3,650 | 0,601 | 0,889 |
| 9- Durante os últimos dois dias senti que a minha vida não fazia sentido | 132 | 6,69 | 2,979 | 0,646 | 0,887 |
| 10- Durante os últimos dois dias senti que atingi completamente os objectivos de vida | 132 | 7,11 | 2,596 | 0,539 | 0,891 |
| 11- Durante os últimos dois dias quando penso na minha vida sinto que valeu a pena vive-la | 132 | 8,12 | 2,248 | 0,534 | 0,892 |
| 12- Durante os últimos dois dias quando olho para a minha vida sinto que tenho controlo sobre ela | 132 | 6,93 | 3,121 | 0,549 | 0,891 |
| 13- Durante os últimos dois dias tenho-me sentido bem enquanto pessoa | 132 | 8,23 | 2,603 | 0,615 | 0,889 |
| 14- Para mim os últimos dois dias foram uma dádiva | 132 | 6,90 | 3,356 | 0,647 | 0,887 |
| 15- Nos últimos dois dias todos tem sido carinhosos comigo | 132 | 8,01 | 2,488 | 0,506 | 0,892 |
| 16- Durante os últimos dois dias tenho-me sentido apoiado | 132 | 8,84 | 2,143 | 0,495 | 0,893 |
| Alfa Cronbach total | | | | 0,896 | |

Validade do instrumento

Para o estudo da validade do instrumento e, mais especificamente, da sua estrutura interna, realizámos procedimentos de análise factorial em componentes principais. No sentido de se maximizar a saturação dos itens, procedemos à rotação ortogonal pelo método de Varimax.

Após sucessivas análises e de acordo com critérios estatísticos e de interpretabilidade, optámos por uma estrutura factorial de componentes principais, segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a 1) apresentada na tabela 6.

Para se obter uma estrutura factorial harmoniosa e fiável utilizaram-se, para a eliminação de itens, os seguintes critérios: Saturação inferior ou igual a 0,3; correlação simultânea com dois factores, sendo que a distância entre ambos os valores não dista mais do que 0,1.

De acordo com estes critérios, os resultados dessa análise revelam que os 16 itens se organizam em quatro factores. Os quatro factores explicam 66,3% da variância total. Da análise dos resultados apresentados na tabela constata-se que os itens se organizam nos factores com uma distribuição idêntica à do autor original.

Tabela 6 - Análise factorial da escala pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação Varimax (N= 132).

| Itens | Factor psicológico | Factor existencial | Factor apoio | Factor Físico |
|---|--------------------|--------------------|--------------|---------------|
| 1. Sintomas ou problemas físicos desagradável | | | | 0,640 |
| 2. Sintomas ou problemas físicos desagradável | | | | 0,784 |
| 3. Sintomas ou problemas físicos desagradável | | | | 0,738 |
| 4. Nos últimos dois dias tenho-me sentido bem fisicamente | | | | 0,628 |
| 5. Durante os últimos dois dias tenho me sentido deprimido | 0,708 | | | |
| 6. Durante os últimos dois dias tenho me sentido Nervoso ou preocupado | 0,805 | | | |
| 7. Durante os últimos dois dias senti-me triste | 0,781 | | | |
| 8. Durante os últimos dois dias quando pensei no futuro senti medo | 0,723 | | | |
| 9. Durante os últimos dois dias senti que a minha vida não fazia sentido | | 0,637 | | |
| 10. Durante os últimos dois dias senti que atingi completamente os objectivos de vida | | 0,738 | | |
| 11. Durante os últimos dois dias quando penso na minha vida sinto que valeu a pena vive-la | | 0,872 | | |
| 12. Durante os últimos dois dias quando olho para a minha vida sinto que tenho controlo sobre ela | | 0,585 | | |
| 13. Durante os últimos dois dias tenho-me sentido bem enquanto pessoa | | 0,441 | | |
| 14. Para mim os últimos dois dias foram uma dádiva | | 0,353 | | |
| 15. Nos últimos dois dias todos têm sido carinhosos comigo | | | 0,819 | |
| 16. Durante os últimos dois dias tenho-me sentido apoiado | | | 0,893 | |
| Total de variância explicada_ 66,3% | 18,497 | 16,918 | 15,918 | 14,999 |
| Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin | 0,870 | | | |
| Teste de esfericidade de Bartlett | 988,515 | P< 0,000 | | |

Ao analisarmos os dados apresentados na tabela 7 verificamos que os valores de Alfa de Cronbach de cada dimensão são bons oscilando entre 0,762 (factor físico) e 0,841 (factor apoio) valores ligeiramente superiores aos do autor original: a dimensão psicológica com $\alpha=0,81$, existencial com $\alpha=0,79$, apoio com $\alpha=0,74$ e dimensão física com $\alpha= 0,62$. (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe & Tong, 1997)

Tabela 7- Coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) de cada um dos factores

| Factor físico | Factor psicológico | Factor existencial | Factor apoio |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------|
| 0,762 | 0,833 | 0,838 | 0,841 |

c) Qualidade de vida dos doentes

Ao analisarmos a tabela seguinte, tabela 8, verificamos que os doentes apresentam em média uma qualidade de vida superior à mediana de cada uma das dimensões e do total (score médio oscila entre 0 e 10). Poderemos ainda referir que a área de menor qualidade é a física (Média = 5,44; DP = 2,48) e a qualidade de vida global a melhor é a de apoio (Média = 8,42; DP = 2,16). Os resultados obtidos são idênticos aos do estudo original (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe & Tong, 1997), onde a área de menor qualidade de vida é a física (Média =4,3; DP =2,2) e a qualidade de vida global a melhor é de apoio (Média = 8,5; DP = 2,0).

Tabela 8- Caracterização da amostra quanto à qualidade de vida

| | Mínimo | Máximo | Media | D P |
|-------------------------------|--------|--------|-------|------|
| Qualidade de vida física | 0 | 10 | 5,44 | 2,48 |
| Qualidade de vida psicológica | 0 | 10 | 6,11 | 2,93 |
| Qualidade de vida existencial | 0 | 10 | 7,33 | 2,11 |
| Qualidade de vida apoio | 0 | 10 | 8,42 | 2,16 |
| Qualidade de vida total | 0 | 10 | 6,69 | 1,93 |

4. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo, permitem-nos concluir que a versão portuguesa do *McGill Quality of Life Questionnaire* é válida e fiável e deve ser proposta como um bom instrumento de medição de qualidade de vida de doentes em cuidados paliativos, contribuindo para uma melhor compreensão da mesma e melhorar a prestação de cuidados. Serve igualmente para ajudar a identificar o perfil das mudanças na qualidade de vida com vista a futuras comparações e intervenções em cuidados paliativos por todo mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. S. & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Edições Psiquilibrios. Braga.

Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. 1ª edição, Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

Cabete, D. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Lusociência. Loures.

Cohen, SR., Mount, BM., Strobel, MG., & Bui, F. (1995). *The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability*. Palliat Med . Canada.

Cohen, SR., Mount, BM., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J., & Tong K. (1997). *Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain*. Palliative Medicine. Canada.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. Loures.

Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. 2ª edição revista. Edições Sílabo. Lisboa.

Marques, A.L. (2000). *Cuidados Paliativos*. 1ª edição. Edições Formasau, Formação e Saúde Lda. Coimbra.

Navalhas, J.C. (2000). *Cuidados Paliativos*. 1ª edição. Edições Formasau, Formação e Saúde Lda. Coimbra.

Pessini, L. & Bertachini, L. (2006). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 3ª Edição. Edições Loyola. Brasil.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.

Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2ª Edição. Legis Editora/Livpsic. Porto.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. 2ª edição. Climepsi Editores. Lisboa.

- Publicado em

Duarte, A. C., Querido, A. I., & Dixe, M. A. (Abril de 2010). Validação transcultural da "McGill Quality of Life Questionnaire"- Qualidade de vida em doentes em cuidados intensivos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* , pp. 437-448.