

## Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal

POR

ADRIANO VAZ SERRA<sup>(1)</sup>, MARIA CRISTINA CANAVARRO<sup>(2)</sup>, MÁRIO R. SIMÕES<sup>(3)</sup>, MARCO PEREIRA<sup>(4)</sup>, SOFIA GAMEIRO<sup>(5)</sup>, MANUEL JOÃO QUARTILHO<sup>(6)</sup>, DANIEL RIJO<sup>(7)</sup>, CARLOS CARONA<sup>(8)</sup> E TIAGO PAREDES<sup>(9)</sup>

### Resumo

*Em face da falta de um instrumento de avaliação da qualidade de vida com características transculturais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma metodologia própria para a construção do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100). Actualmente este instrumento encontra-se disponível em mais de 40 idiomas.*

*Com o objectivo de permitir a utilização deste instrumento na população portuguesa, após contrato estabelecido com a OMS, realizaram-se as diversas tarefas correspondentes às etapas e procedimentos definidos pela OMS no protocolo internacional de validação do WHOQOL.*

*O presente artigo pretende descrever a etapa correspondente à aplicação da versão para português de Portugal a uma amostra da população portuguesa (composta por 315 indivíduos da população normal e 289 doentes, utentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de Centros de Saúde de Coimbra) e os estudos psicométricos realizados.*

*O instrumento revelou boas características psicométricas ao nível da consistência interna, fiabilidade temporal, validade de constructo e validade discriminante, permitindo a sua utilização em Portugal.*

**Palavras-chave:** *Organização Mundial de Saúde; Qualidade de Vida; Estudos Psicométricos; WHOQOL-100*

### Introdução

O interesse pelo conceito de qualidade de vida, aliado à sua crescente relevância na prática clínica

(Stenner, Cooper & Skevington, 2003) e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de qualidade de vida que privilegiasse uma perspectiva transcultural e subjectiva, conduziu a OMS (WHO-

<sup>(1)</sup> Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

<sup>(2)</sup> Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

<sup>(3)</sup> Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

<sup>(4)</sup> Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/19126/2004).

<sup>(5)</sup> Bolseira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/21584/2005).

<sup>(6)</sup> Professor Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

<sup>(7)</sup> Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

<sup>(8)</sup> Psicólogo do Núcleo Regional do Centro da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (NRC-APPC).

<sup>(9)</sup> Psicólogo. Aluno de Mestrado em Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

QOL Group) a desenvolver o WHOQOL-100.

Este instrumento foi construído de acordo com uma metodologia própria (WHOQOL Group, 1994, 1995) que descrevemos de forma mais pormenorizada em artigos anteriores, nesta mesma Revista, (Canavarro *et. al.*, 2006; Rijo *et al.*, 2006). O conteúdo e organização dos itens, facetes e domínios que constituem a versão original do WHOQOL-100 foram objecto de sucessivos processos de reflexão, revisão e aperfeiçoamento, inicialmente através de metodologias de natureza qualitativa e, posteriormente quantitativa, até chegar ao estabelecimento de uma estrutura

conceptual internacionalmente consensual (Skevington, 1999; WHOQOL Group, 1994).

O WHOQOL-100 é um instrumento de auto-avaliação da qualidade de vida constituído por seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais). Como se encontra representado na Figura 1, cada um dos seis domínios é composto por facetes que são, por sua vez, avaliadas por quatro itens, correspondentes a quatro perguntas. No seu conjunto, o instrumento original é constituído por seis domínios, 24 facetes específicas e uma faceta ge-

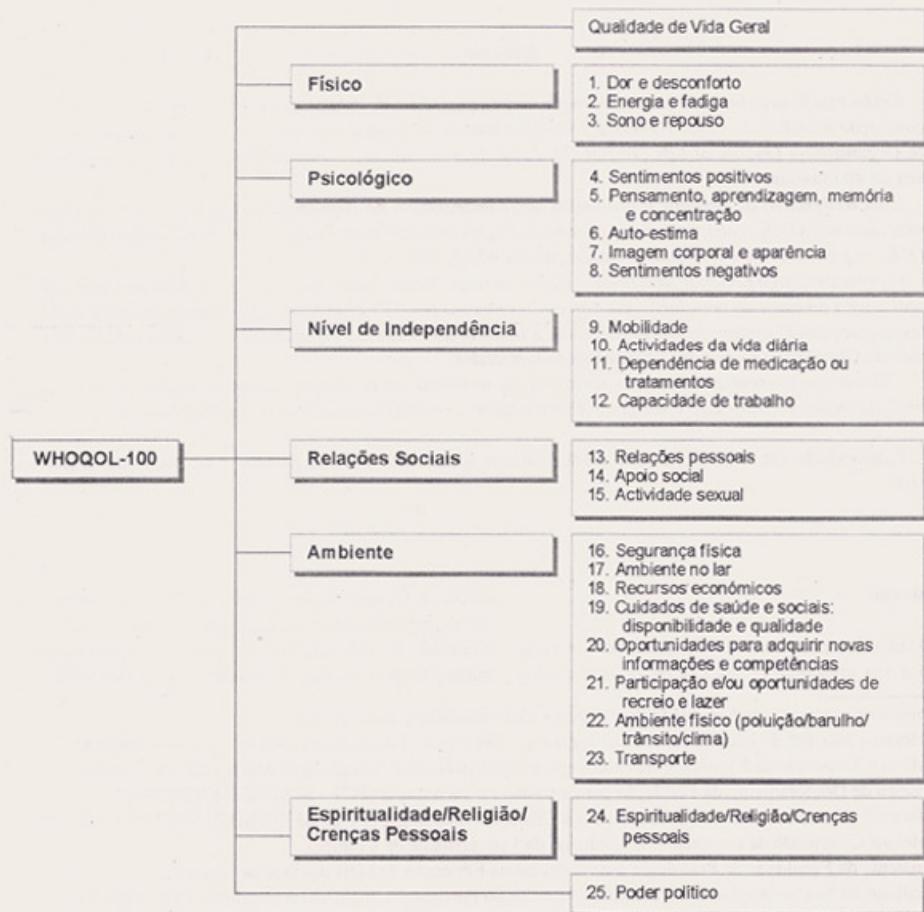


Figura 1 – Estrutura do WHOQOL-100: domínios e facetes (versão original + Faceta Portuguesa FP25)

ral, que inclui perguntas de avaliação global da qualidade de vida, como descrevemos anteriormente, de forma mais pormenorizada (Canavarro et al., 2006). A versão portuguesa possui ainda uma faceta adicional, resultante do estudo qualitativo realizado através da técnica dos grupos focais (Rijo et al., 2006).

A formulação das perguntas que compõem este instrumento obedeceu a critérios específicos definidos pelo WHOQOL Group (1994). As perguntas estão organizadas por escala de resposta (capacidade, frequência, intensidade ou avaliação) e estão formuladas, quer de forma positiva (por exemplo, para a face *Imagem corporal e aparência*: "Até que ponto está satisfeito(a) com a aparência do seu corpo?"), quer de forma negativa (e.g., "Sente-se inibido(a) pela sua aparência?").

Os seis domínios referidos articulam-se com a definição de qualidade de vida oferecida pela Organização Mundial de Saúde: qualidade de vida diz respeito à *percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Desta forma, a qualidade de vida é perspectivada como um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspectos salientes do ambiente em que vive (WHOQOL Group, 1995).

O WHOQOL está actualmente disponível em mais de 40 idiomas diferentes<sup>1</sup> (Skevington, Sartorius, Amir & WHOQOL Group, 2004).

A versão para portugueses do Brasil foi desenvolvida no Centro de Qualidade de Vida Brasileiro, em Porto Alegre (Fleck, 2000; Fleck et al., 1999a, 1999b, 2000; Berlim, Pavanello, Caldieraro & Fleck, 2005). Contudo, as variações linguísticas e a existência de um contexto cultural diferente conduziram à necessidade de criar uma nova versão do instrumento para portugueses de Portugal.

## Metodologia

Como referimos anteriormente, a OMS recorreu a uma metodologia própria para construir o instrumento e recomenda também uma metodologia específica para a sua validação noutros Centros Internacionais WHOQOL. Esta metodologia, é composta por quatro fases e inclui: (1) tradução dos instrumentos; (2) preparação do estudo piloto qualitativo; (3) desenvolvi-

mento das escalas de resposta; e (4) estudo de campo quantitativo. As primeiras três etapas foram discutidas em artigos anteriores (cf. Canavarro et al., 2005; Rijo et al., 2005), a quarta e última etapa é objecto do presente trabalho.

De acordo com as recomendações da OMS relativamente aos critérios de amostragem para validação internacional do instrumento, este deve ser administrado a um número mínimo de 300 pessoas. Destas, 250 devem ser indivíduos doentes ("utentes constantes" de um serviço de saúde) e 50 devem ser indivíduos "saudáveis" (controles). Na validação do instrumento para portugueses de Portugal, o número de indivíduos da população em geral (controles) foi equivalente ao do grupo de doentes.

A amostra clínica deve ser constituída a partir dos seguintes critérios: (a) os doentes devem ser adultos

<sup>1</sup> O WHOQOL Group é constituído por um grupo de investigadores de diversos centros internacionais e por um painel de consultores. O Prof. Rex Billington dirigiu o projecto, que foi iniciado pelos Professores John Orley e Norman Sartorius.

Os coordenadores de outros centros da Organização Mundial de Saúde para avaliação da Qualidade de Vida são: Prof. H. Herrman, St. Vincent's Hospital, Australia; Dr. S. Bonicatto, FUNDONAR, Argentina; Prof. M. Fleck, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; Dr. V. Petkov, National Centre for Interdisciplinary Human Studies, Bulgaria; Prof. S. Szabo, Prof. Z. Metelko and Mrs. M. Pibernik-Okanovic, University of Zagreb, Croatia; Prof. M.C. Angermeyer and Dr. R. Kilian, Department of Psychiatry, University of Leipzig, Leipzig, Germany; Dr. L. Kullmann, National Institute for Medical Rehabilitation, Hungary; Dr. S. Kumar, Chennai Medical College, Madras, India; Dr. S. Saxena and Dr. Rachna Bhargava, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Dr. M. Amir, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel; Dr. G. de Girolamo, Istituto Superiore di Sanita, Rome, Italy; Dr. M. Tazaki, Science University of Tokyo, Japan; Dr. H. Che Ismail, University of Sains Malaysia, Kelantan, Malaysia; Dr. M. Kalfoss, Oslo College, Norway; Dr. A. Lomachenkov, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St Petersburg, Russian Federation; Dr. R. Lucas Carrasco, Barcelona, Spain; Dr. C. Fidaner, Izmir Cancer Registry Center, Turkey; Prof. S. Skevington, Ms. K. O'Connell and Ms. A. Wright, University of Bath, Bath, United Kingdom; Prof. D. Patrick, Ms. M. Martin and Dr. D. Buesching, University of Washington, Seattle, United States.

(idade superior a 18 anos ou exercer o papel social de adulto); (b) 50% da amostra deve ter mais de 45 anos de idade; a outra metade deve ter entre 18 e 44 anos; (c) 50% da amostra deve ser do sexo masculino; e (d) metade da amostra deve ser constituída por doentes hospitalizados e a outra metade por outros doentes em tratamento ambulatório.

Assim, na aplicação deste instrumento, foram utilizadas dois grupos distintos. O grupo de *controlo* é constituído por 315 indivíduos, que responderam negativamente às seguintes perguntas: (1) "Tem alguma doença crónica?"; (2) "Toma alguma medicação de forma regular?"; e (3) "Consultou um médico ou profissional de saúde no último mês (excepção feita às consultas de prevenção, e.g., revisões em ginecologia)?"; o grupo *clínico* é constituído por 289 indivíduos provenientes dos serviços de Psiquiatria (20,4%), Ginecologia (10,7%), Medicina III/Reumatologia (25,3%), Ortopedia/Oncologia (24,9%) dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Instituto Português de Oncologia e de Centros de Saúde de Coimbra (18,7%).

A amostra total ficou assim constituída por 604 indivíduos. Destes, 315 indivíduos pertencem à população normal e 289 pertencem à população clínica.

As características gerais das amostras encontram-se descritas no Quadro 1. Como se pode verifi-

car, existe uma distribuição equitativa dos sujeitos em termos de idade, género e, na amostra clínica, regime de tratamento. No conjunto dos indivíduos (N=604) regista-se que a maioria são casados ou vivem em união de facto (58,6%). Em termos de habilitações literárias, os indivíduos do grupo de comparação apresentam tendencialmente habilitações superiores à amostra clínica.

## Resultados<sup>2</sup>

### Consistência Interna

A fiabilidade de um instrumento refere-se à precisão e à consistência da medida, bem como à estabilidade temporal dos seus resultados.

Os estudos de fiabilidade do instrumento foram realizados através da análise da consistência interna do WHOQOL-100. Foram calculados coeficientes de fidelidade para o conjunto das facetas, domínios e

<sup>2</sup> Os resultados apresentados referem-se aos estudos psicométricos realizados tendo em conta os seis domínios da versão original do WHOQOL-100. O estudo e discussão relativos à faceta portuguesa encontram-se descritos num outro artigo publicado neste mesmo número da *Psiquiatria Clínica* (Rijo et al., 2005).

**Quadro 1** – Características gerais dos grupos de controlo, clínico e do total da amostra

	Controlos (N=315)		Doentes (N=289)		Total (N=604)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade</b>						
Menos de 45 anos	180	57,1	139	48,1	319	52,8
Mais de 45 anos	135	42,9	150	51,9	285	47,2
<b>Sexo</b>						
Masculino	145	46,0	133	46,0	278	46,0
Feminino	170	54,0	146	54,0	326	54,0
<b>Habilitações Literárias</b>						
Sem escolaridade	1	0,3	13	4,5	14	2,3
1º Ciclo do Ensino Básico	31	10,0	96	33,6	127	21,3
2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	54	17,4	71	24,8	125	20,9
Ensino Secundário	72	23,2	45	15,7	117	19,6
Estudos Superiores	153	49,2	61	21,3	214	35,8
<b>Estado civil</b>						
Solteiro(a)	114	36,2	84	29,1	198	32,8
Casado(a)/União de facto	185	58,7	169	58,5	354	58,6
Separado(a)/Divorciado(a)	11	3,5	25	8,7	36	6,0
Víuvo(a)	5	1,6	11	3,8	16	2,6
<b>Regime de tratamento</b>						
Internamento			136	47,1		
Consulta Externa			153	52,9		

perguntas do WHOQOL-100. Os valores encontram-se expressos no Quadro 2.

Como se pode verificar, o instrumento apresenta bons índices de consistência interna quando se considera o conjunto das facetas, dos domínios e das perguntas que compõem o instrumento. Quando analisados individualmente, os domínios também apresentam alfas de Cronbach bastante aceitáveis, variando entre .84 (Domínio 6, *Espiritualidade*) e .94 (Domínio 3, *Nível de Independência*).

#### Validade Discriminante

Foi igualmente avaliada a validade discriminante do WHOQOL-100, isto é, a sua capacidade para diferenciar os indivíduos doentes (n=289) daqueles que pertencem à população normal (n=315). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 3.

Verificámos que para todos os domínios, com excepção do Domínio 6 (*Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais*), existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Em termos ge-

**Quadro 2** – WHOQOL-100: Coeficientes de Cronbach das facetas, dos domínios, das 100 perguntas e dos 6 analisados individualmente

	Alfa de Cronbach	Número de casos	Número de Itens
<b>Facetas</b>	.93	604	25
<b>Domínios</b>	.81	604	6
<b>100 perguntas</b>	.97	604	100
D1 (Físico)	.88	604	12
D2 (Psicológico)	.93	604	20
D3 (Nível de Independência)	.94	604	16
D4 (Relações Sociais)	.85	604	12
D5 (Ambiente)	.91	604	32
D6 (Espiritualidade)	.84	604	4

**Quadro 3** – WHOQOL-100: Comparação dos resultados nos diferentes domínios em relação à presença de doença

Domínio	Controlos		Doentes		t	p
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
D1 (Físico)	64,79 (13,47)	49,85 (16,99)	11,904	.000		
D2 (Psicológico)	68,67 (12,93)	62,15 (15,40)	5,617	.000		
D3 (Nível de Independência)	78,21 (12,72)	53,83 (19,93)	17,740	.000		
D4 (Relações Sociais)	71,24 (13,17)	65,10 (15,12)	5,332	.000		
D5 (Ambiente)	64,10 (10,18)	58,81 (11,62)	5,929	.000		
D6 (Espiritualidade)	67,52 (17,30)	63,13 (18,50)	.952	.342		
<b>QOL GERAL</b>	72,02 (14,03)	54,56 (18,15)	13,143	.000		

**Quadro 4** – WHOQOL-100: Análise da variância dos 6 domínios em relação à origem dos doentes (N=289)

Origem	D1 (Físico)	D2 (Psicológico)	D3 (Nível de Independência)				D6 (Espiritualidade)
			D4 (Relações Sociais)	D5 (Ambiente)	D6 (Espiritualidade)	D6 (Espiritualidade)	
Psiquiatria	49,36*	50,42**	51,83*	53,39**	53,57***	60,69****	
Ginecologia	49,93*	61,21**	58,67*	65,79**	56,85***	70,56	
Medicina III / Reumatologia	46,66*	63,99**	45,99*	68,55**	62,04	64,64	
Centros de Saúde	52,08*	66,04**	64,58*	66,74**	58,89***	69,91	
Ortopedia / Oncologia	51,77*	67,36**	53,27*	69,68**	60,59	67,36	
<b>CONTROLOS</b>	64,79*	68,67**	78,21*	71,24**	64,09***	67,52****	

Diferenças estatisticamente significativas para  $p < .05$

\* QV Controlos > QV Doentes (todos os serviços)

\*\* QV Psiquiatria < QV Doentes (restantes serviços) e QV Controlos

\*\*\* QV Controlos > QV Doentes Psiquiatria, Ginecologia e Centros de Saúde

\*\*\*\* QV Controlos > QV Doentes Psiquiatria

rais, os indivíduos pertencentes ao grupo de controlo têm pontuações mais elevadas de qualidade de vida do que os indivíduos do grupo de doentes.

Tendo em consideração o serviço de origem dos doentes, de forma geral, os doentes da Psiquiatria apresentam piores resultados de qualidade de vida, excepto nos domínios 1 (*Físico*) e 3 (*Nível de Independência*), em que os doentes do serviço de Medicina III/Reumatologia apresentam resultados inferiores (cf. Quadro 4).

O maior poder discriminativo do WHOQOL-100 verificou-se nos Domínios *Físico* [ $F(5, 598)=30,092$ ,  $p<.001$ ] e *Nível de Independência* [ $F(5, 598)=78,899$ ,  $p<.001$ ], em que todas as comparações com o grupo de controlo se mostraram estatisticamente significativas.

O Domínio *Psicológico* apresenta também uma boa capacidade discriminativa [ $F(5, 598)=19,184$ ,  $p<.001$ ], ainda que as diferenças apenas sejam estatisticamente significativas em relação aos doentes provenientes dos serviços de Psiquiatria ( $p<.001$ ), Ginecologia ( $p<.05$ ) e de Medicina III/Reumatologia ( $p<.05$ ).

O Domínio das *Relações Sociais* [ $F(5, 598)=17,781$ ,  $p<.001$ ] também discrimina doentes de não doentes, no entanto, a diferença só é estatisticamente significativa em relação à Psiquiatria. No que diz respeito ao domínio *Ambiente*, existem diferenças entre o grupo de controlo e os doentes da Psiquiatria, da Ginecologia e dos Centros de Saúde.

Embora o Domínio da *Espiritualidade* não tenha discriminado doentes da população normal (cf. Quadro 3), quando realizada a ANOVA e comparação múltipla com grupo de controlo verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa em relação ao sub-grupo da Psiquiatria. Neste domí-

nio, os sub-grupos da Ginecologia e dos Centros de Saúde apresentam resultados superiores em relação ao grupo de controlo, sem que essa diferença, no entanto, seja estatisticamente significativa.

#### Validade de Constructo

As correlações entre os diferentes domínios, apresentadas no Quadro 5, são todas estatisticamente significativas. Podemos verificar que o Domínio 6 (*Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais*) apresenta coeficientes de correlação mais baixos em relação aos restantes domínios.

Se analisarmos as correlações mais elevadas, constatamos que os melhores coeficientes se encontram entre os Domínios *Físico* e *Nível de Independência* ( $r=.74$ ), *Psicológico* e *Relações Sociais* ( $r=.66$ ), *Relações Sociais* e *Ambiente* ( $r=.63$ ), *Psicológico* e *Ambiente* ( $r=.61$ ), e *Físico* e *Psicológico* ( $r=.60$ ).

Todos os domínios, com excepção do Domínio 6 ( $r=.25$ ), apresentam correlações elevadas e significativas com a faceta geral da qualidade de vida. As correlações variam entre .61 (*Físico*) e .69 (*Psicológico* e *Nível de Independência*).

#### Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal dos resultados do WHOQOL-100 foi determinada através de uma segunda aplicação do protocolo a um sub-grupo de 52 sujeitos, que integrava indivíduos pertencentes a ambos os grupos. O intervalo de tempo, entre as duas aplicações do protocolo, variou entre 21 e 35 dias.

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias entre os domínios nos tempos considerados, correspondentes ao teste e ao re-teste. Verificamos também que as correlações de Pearson entre os valores obtidos em

Quadro 5 – WHOQOL-100: Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios da amostra total (N=604)

Domínio	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D1 (Físico)	-					
D2 (Psicológico)	.60	-				
D3 (Nível de Independência)	.74	.56	-			
D4 (Relações Sociais)	.42	.66	.43	-		
D5 (Ambiente)	.48	.61	.45	.63	-	
D6 (Espiritualidade)	.15	.35	.17	.29	.26	-
QOL GERAL	.61	.69	.69	.62	.66	.25

Todas as correlações significativas para  $p < .001$

cada domínio, nas duas aplicações do instrumento (cf. Quadro 6), são indicativas de que o WHOQOL-100 possui boa estabilidade temporal.

**Qualidade de Vida, Depressão e Psicopatologia**

Do protocolo de avaliação utilizado faziam também parte o *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973b), o *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa: Canavarro, 1999, no prelo) e o WHOQOL-BREF.

Foi possível verificar que todos os domínios apresentam coeficientes de correlação significativos com o BDI e o BSI (cf. Quadro 7), quando se utiliza, respectivamente a sua pontuação global e o índice geral de sintomas. Como seria esperado, a correlação é

inversa, isto é, uma melhor pontuação na medida da qualidade de vida indica menores resultados de depressão e de indicadores psicopatológicos.

Os resultados mostram ainda que tanto o BDI como o BSI apresentam coeficientes de correlação significativamente mais elevados com o Domínio *Psicológico* (respectivamente, -.73 e -.69). Ambos os instrumentos apresentam correlações mais baixas com o Domínio 6 (*Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais*).

No sentido de testar quais os melhores preditores da qualidade de vida, realizámos uma regressão linear múltipla em relação à faceta geral de qualidade de vida. Os resultados, descritos no Quadro 8 mostram que os Domínios 2 (*Psicológico*), 3 (*Nível de Independência*), 4 (*Relações Sociais*) e 5 (*Ambiente*) parecem ser os melhores preditores, de acordo com um modelo linear explicativo de 67,6% da variância.

**Quadro 6** – WHOQOL-100: Comparação das médias obtidas em cada domínio e coeficientes de correlação entre o teste e o re-teste (n=52)

Domínio	Média		t	p	Coef. de Correlação	p
	Teste	Re-teste				
D1 (Físico)	59,54	59,38	.095	.925	.73	.000
D2 (Psicológico)	65,63	65,87	.173	.863	.81	.000
D3 (Nível de Independência)	72,03	72,96	.716	.477	.86	.000
D4 (Relações Sociais)	70,67	69,51	.844	.403	.73	.000
D5 (Ambiente)	62,74	62,27	.455	.651	.82	.000
D6 (Espiritualidade)	65,99	64,42	.793	.432	.67	.000

**Quadro 7** – Coeficientes de correlação ente os resultados dos diferentes domínios do WHOQOL-100 e o resultado total do BDI e o Índice Geral de Sintomas do BSI na amostra total (N=604)

Escala	D1 (Físico)	D2 (Psicológico)	D3 (Nível de Independência)	D4 (Relações Sociais)	D5 (Ambiente)	D6 (Espiritualidade)
BDI	-.56	-.73	-.61	-.56	-.47	-.27
BSI	-.53	-.69	-.47	-.54	-.53	-.20

Todas as correlações significativas para  $p < .001$

**Quadro 8** – Regressão Linear Múltipla entre os diferentes domínios do WHOQOL-100 em relação à qualidade de vida geral [faceta geral]

Domínio	$\beta$	p
D1 (Físico)	.021	.564
D2 (Psicológico)	.218	.000
D3 (Nível de Independência)	.372	.000
D4 (Relações Sociais)	.145	.000
D5 (Ambiente)	.255	.000
D6 (Espiritualidade)	-.001	.966

Percentagem de variância explicada: 67,6% [F(6, 597)=207.55,  $p < .001$ ]

## Discussão

O presente trabalho refere-se ao estudo de campo quantitativo do instrumento original de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). Nesta etapa do protocolo seguiram-se os critérios de amostragem da população clínica estabelecidos pela OMS, no que diz respeito à idade, género e regime de tratamento.

O WHOQOL-100 apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo e estabilidade temporal.

A consistência interna, avaliada através do valor do  $\alpha$  de Cronbach apresenta valores aceitáveis, quer se analisem os seis domínios ou cada domínio individualmente, o conjunto das facetas ou o conjunto dos itens.

Em relação ao poder discriminativo, verificámos que todos os domínios do WHOQOL-100 discriminam bem os indivíduos da população normal dos indivíduos da população clínica, com a excepção do Domínio 6 (*Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais*), onde não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Estes resultados foram também encontrados noutros Centros (Fleck et al., 1999; Bonomi, Patrick, Bushnell & Martin, 2000) e podem ser compreendidos por factores relacionados com a fragilidade do domínio (uma vez que é avaliado por menos perguntas, comparativamente com os restantes domínios) ou com a possibilidade deste domínio não ser afectado pela presença de doença, na medida em que o WHOQOL-100 é um instrumento que avalia a qualidade de vida num registo mais amplo e para além das preocupações imediatas associadas aos aspectos relacionados com a saúde/doença.

O WHOQOL-100 apresenta igualmente boa capacidade discriminativa quando se tem em consideração a existência de doença. Tendo em conta as diferentes proveniências dos doentes que compõem o grupo clínico, verificou-se uma tendência para os doentes da Psiquiatria apresentarem resultados de qualidade de vida mais baixos comparativamente aos outros doentes, excepto nos Domínios 1 (*Físico*) e 3 (*Nível de Independência*), em que dão os doentes provenientes da Medicina III/Reumatologia quem apresenta resultados mais baixos. Este resultado é compreensível tendo em conta a natureza das patologias observadas neste serviço e é semelhante ao verificado noutros centros (Fleck et al., 1999) que utilizaram doentes com patologias semelhantes.

No que toca à validade de constructo, verificou-

se que os seis domínios do WHOQOL-100 se correlacionam de forma estatisticamente significativa entre si. O Domínio 6 (*Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais*) é o que apresenta correlações menos elevadas com os restantes domínios.

Quando realizada a regressão linear múltipla dos seis domínios do WHOQOL-100 em relação à faceta que avalia a *qualidade de vida geral* verificou-se que quatro domínios [com excepção dos Domínios *Físico* (1) e *Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais* (6)] surgem num modelo que explica 67,6% da variância.

Relativamente à estabilidade teste-reteste, os resultados sugerem que o WHOQOL-100 é um instrumento com uma boa estabilidade temporal, apropriado para avaliar a percepção de qualidade de vida de cada sujeito. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias nas duas aplicações. A correlação teste-reteste para cada domínio apresentou valores aceitáveis (entre .67 e .86).

Procurámos também estudar a associação entre qualidade de vida, depressão e psicopatologia. Em ambos os casos se verifica uma maior correlação com o Domínio *Psicológico*. Todas as correlações são negativas (isto é, um melhor resultado da qualidade de vida está associado a uma menor pontuação nos indicadores de depressão e de psicopatologia) e estatisticamente significativas e, para as pontuações de qualquer dos instrumentos, são menores em relação ao Domínio 6 (*Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais*).

Estes resultados referem-se a uma aplicação inicial do instrumento a uma pequena amostra da população portuguesa. No entanto, variações regionais, diferenças sócio-culturais e aspectos particulares deverão ser estudados, futuramente, numa amostra maior, representativa da população portuguesa.

No entanto e, em forma de síntese, podemos afirmar que os estudos psicométricos realizados da versão para português de Portugal do instrumento de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) à qual foram adicionados quatro itens, relativos à faceta portuguesa (cf. Rijo et al., 2005), revelaram boas características psicométricas, permitindo a utilização desta versão do WHOQOL para português de Portugal no nosso país.

## Agradecimentos

Os autores agradecem ao grupo WHOQOL, em particular aos Professores Shekhar Saxena, Somnath Chatterji, Mark Van Ommeren e Debashish Chattopadhyay.

Um agradecimento muito especial é dirigido ao Prof. Marcelo Fleck, coordenador do Centro Brasileiro da WHOQOL, consultor do projecto WHOQOL para português de Portugal, por todo o apoio prestado ao longo das diversas fases do processo de validação dos instrumentos.

### Referências Bibliográficas

- BECK, A. T., WARD, C., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BERLIM, M. T., PAVANELLO, D. P., CALDIERARO, M. A., & FLECK, M. (2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Quality of Life Research*, 14, 561-564.
- BONOMI, A. E., PATRICK, D. L., BUSHNELL, D. M., & MARTIN, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1-12.
- CANAVARRO, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II; pp. -95-109). Braga: APPORT/SHO.
- CANAVARRO, M. C. (no prelo). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves e L. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III). Coimbra: Quarteto Editora.
- CANAVARRO, M. C., VAZ SERRA, A., PEREIRA, M., SIMÕES, M. R., QUINTAIS, L., QUARTILHO, M. J., RUIJO, D., CARONA, C., GAMEIRO, S., & PAREDES, T. (2005). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*.
- FLECK, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5 (1), 33-38.
- FLECK, M. P., LEAL, O., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., & PINZON, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28.
- FLECK, M. P., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., & PINZON, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.
- FLECK, M. P., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., & PINZON, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 178-183.
- RUIJO, D., CANAVARRO, M. C., PEREIRA, M., SIMÕES, M. R., VAZ SERRA, A., QUARTILHO, M. J., CARONA, C., GAMEIRO, S., & PAREDES, T. (2005). Especificidades da avaliação da Qualidade de Vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*.
- SKEVINGTON, S. M. (1999). Measuring Quality of Life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 449-459.
- SKEVINGTON, S. M., SARTORIUS, N., AMIR, M., & THE WHOQOL GROUP (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 1-8.
- STENNER, P. H., COOPER, D., & SKEVINGTON, S. M. (2003). Putting the Q into Quality of Life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social Science & Medicine*, 57, 2161-2172.
- VAZ SERRA, A., & PIO ABREU, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- VAZ SERRA, A., & PIO ABREU, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar

de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do "Inventário Depressivo de Beck". *Coimbra Médica*, XX, 713-736.

WHOQOL GROUP (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

WHOQOL GROUP (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.