

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

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

Resumo

A necessidade de dispor de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de fácil aplicação e cujo preenchimento ocupasse pouco tempo, conduziu o Grupo de Qualidade de Vida da OMS ao desenvolvimento de uma versão breve do WHOQOL-100: o WHOQOL-Bref. Este instrumento é constituído por 26 perguntas e está organizado em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

O objectivo do presente trabalho consiste em descrever a aplicação deste instrumento à população portuguesa, bem como as suas características psicométricas.

O instrumento foi aplicado a 604 sujeitos (315 da população normal e 289 doentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de vários Centros de Saúde de Coimbra).

Os resultados mostram que o WHOQOL-BREF apresenta boas características psicométricas (fiabilidade e validade), sugerindo que se trata de um bom instrumento para avaliar qualidade de vida em Portugal.

Palavras-chave: Organização Mundial de Saúde; Qualidade de Vida; Estudos Psicométricos; WHOQOL-Bref.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde define como Qualidade de Vida a *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). Trata-se de um conceito alargado, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características psicométricas (fiabilidade e validade) (WHOQOL Group, 1995).

Esta definição resulta do consenso a que chegou

⁽¹⁾ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

⁽²⁾ Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

⁽³⁾ Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

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

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

⁽⁶⁾ Professor Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

⁽⁷⁾ Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

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

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

um conjunto de peritos de diferentes culturas de que o conceito de qualidade de vida tem subjacente três aspectos elementares: subjectividade; multidimensionalidade; e presença de dimensões positivas e negativas (Fleck et al., 1999a; WHOQOL Group, 1995). Apresenta-se como uma ampla visão multidisciplinar que se afasta da tradicional associação do conceito de qualidade de vida aos aspectos relacionados com o contexto de saúde.

A necessidade de um instrumento de avaliação de qualidade de vida que demorasse menos tempo a preencher do que a versão original do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) mas que revelasse igualmente características psicométricas satisfatórias, levou o Grupo de Qualidade de Vida da OMS a desenvolver uma versão reduzida do WHOQOL-100: o WHOQOL-BREF (Saxena, Carlson, Billington & Orley, 2001; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004; WHOQOL Group, 1998). A construção do WHOQOL-100 e subsequente desenvolvimento da sua versão abreviada seguiu uma metodologia própria desenhada pela OMS (WHOQOL Group, 1994, 1995). Esta metodologia encontra-se descrita em artigos anteriores nesta mesma Revista (Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006).

Os critérios de selecção de perguntas que constituiriam a versão breve do WHOQOL-100 foram simultaneamente conceptuais e psicométricos. Em primeiro lugar, cumprindo o objectivo de preservar o carácter abrangente do instrumento original e, em segundo, seleccionando as perguntas que melhor representassem a faceta em questão. Neste sentido, os itens que compõem o WHOQOL-BREF foram seleccionados tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, a sua relação com o modelo geral de qualidade de vida e a sua capacidade discriminativa (WHOQOL Group, 1998).

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Neste sentido, enquanto que na versão longa do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS cada uma das facetas é examinada por 4 perguntas, no WHOQOL-Bref cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Desta forma, este instrumento conserva as 24 facetas do WHOQOL-100 e mantém a essência subjectiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida.

Como referido em artigos anteriores (Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006) os itens que compõem o instrumento foram formulados de acordo com a metodologia específica da OMS (WHOQOL Group, 1994), e estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos. As escalas correspondem a quatro dimensões de avaliação (intensidade, capacidade, frequência e avaliação).

O WHOQOL-BREF está organizado em quatro domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*, como se encontra representado na Figura 1.

A análise dos itens extraídos mostrou que uma estrutura factorial de quatro domínios era a que melhor se adequava aos resultados obtidos. Esta estrutura, ainda que contrastando com a estrutura original, baseada em seis domínios, mostrou-se consistente com os resultados empíricos obtidos noutros estudos (Min, Kim, Lee, Jung, Suh & Kim, 2002; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004).

Metodologia

Como referimos anteriormente, a OMS recorreu a uma metodologia própria para construir o instrumento e recomenda igualmente uma metodologia específica para a sua validação noutros Centros de WHOQOL internacionais. Esta metodologia, é composta por quatro etapas e compreende: (1) tradução dos instrumentos; (2) preparação do estudo piloto qualitativo; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo de campo quantitativo. As primeiras três etapas foram descritas em artigos anteriores (Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006); a quarta etapa, correspondente à aplicação e realização de estudos psicométricos do WHOQOL-Bref para português de Portugal, é objecto do presente artigo.

Na aplicação do instrumento à população portuguesa, seguiram-se as directrizes da OMS respeitantes ao processo de amostragem. A OMS recomenda que o instrumento deve ser aplicado a um mínimo de 300 pessoas adultas. Destes, 250 devem ser indivíduos doentes ("utentes constantes" de um serviço de saúde) e 50 devem ser indivíduos "normais"/"saudáveis" (controlos). Na validação do instrumento para português de Portugal, o número de indivíduos da população em geral (grupo de comparação) foi equivalente ao do grupo de doentes.

A amostra clínica (mínimo de 250), como referimos anteriormente deve ser constituída a partir dos seguintes critérios: (a) Os doentes devem ser adultos (idade superior a 18 anos ou exercer o papel social de

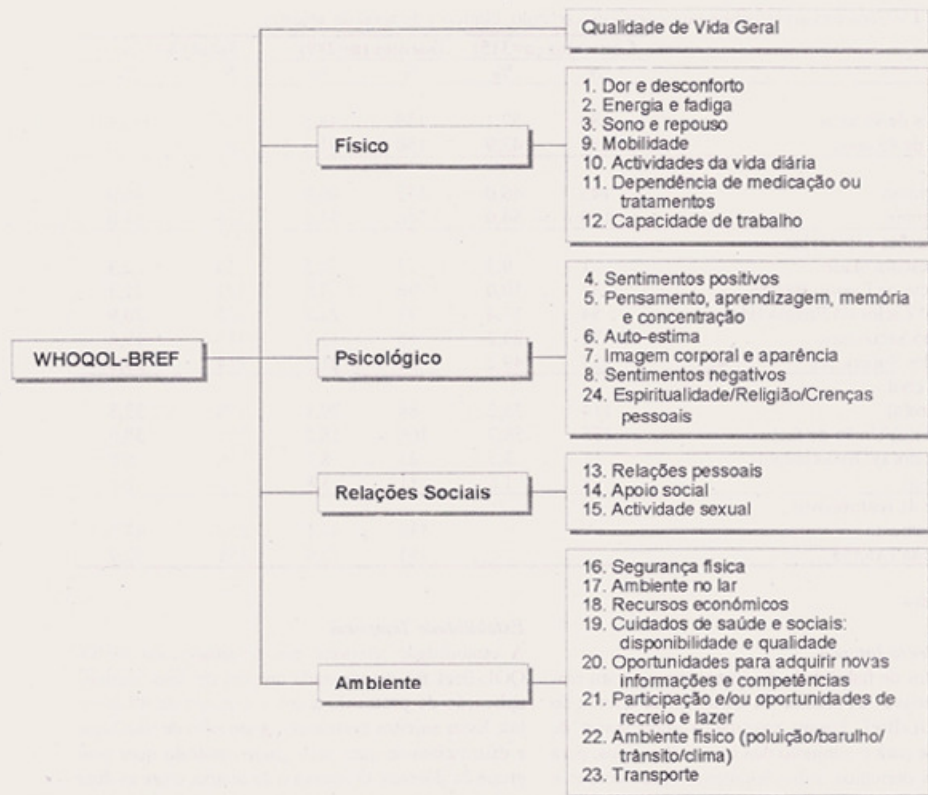


Figura 1 – Estrutura do WHOQOL-Bref: domínios e facetas

adulto); (b) Metade da amostra deve ter mais de 45 anos de idade; a outra metade deve ter entre 18 e 44 anos; (c) Metade da amostra deve ser do sexo masculino; e (d) Metade deverá ser constituída por doentes hospitalizados e outros em tratamento ambulatorio.

Na aplicação deste instrumento, foram utilizados dois grupos distintos. O grupo *controlo* ou de comparação, constituído por 315 indivíduos que responderam negativamente às seguintes questões: (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)?”; e o grupo *clínico*, constituído por 289 indivíduos provenientes dos serviços de Psiquiatria (20,4%), Ginecologia (10,7%), Medicina III/Reuma-

tologia (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 verificar existe uma distribuição equivalente dos sujeitos em termos de idade, género e regime de tratamento. No conjunto dos indivíduos (N=604) verifica-se que a maioria são casados ou vivem em união de facto (58,6%). Em termos de habilitações literárias, os indivíduos da amostra controlo apresentam habilitações literárias superiores à amostra clínica.

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	%
Idade						
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
Sexo						
Masculino	145	46,0	133	46,0	278	46,0
Feminino	170	54,0	146	54,0	326	54,0
Habilitações Literárias						
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
Estado civil						
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
Viúvo(a)	5	1,6	11	3,8	16	2,6
Regime de tratamento						
Internamento			136	47,1	136	47,1
Consulta Externa			153	52,9	153	52,9

Resultados

Consistência Interna

Os estudos de fiabilidade do instrumento foram realizados através da análise da consistência interna do WHOQOL-Bref. Foram calculados coeficientes de fidelidade para o conjunto dos quatro domínios, para os vários domínios individualmente considerados e para os 26 itens do WHOQOL-Bref. Os valores encontram-se expressos no Quadro 2.

Como se pode verificar, o instrumento apresenta bons índices de consistência interna quando se consideram o conjunto dos domínios e os 26 itens que compõem o instrumento. Quando analisados individualmente, os domínios também apresentam alfas de Cronbach bastante aceitáveis. O Domínio 3 (*Relações Sociais*) é o que apresenta um menor valor (.64).

Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal dos resultados do WHOQOL-Bref foi determinada através de uma segunda aplicação do protocolo a um sub-grupo de 49 sujeitos. Estes sujeitos pertenciam à amostra de validação e distribuíam-se quer pelo grupo controlo quer pelo grupo de doentes. O intervalo de tempo, entre as duas aplicações do protocolo, oscilou entre 3 e 5 semanas. Em termos de pontuações médias, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os domínios, quando avaliados os tempos de teste e o de re-teste. Verificamos também que as correlações de Pearson entre os valores obtidos em cada domínio, nas duas aplicações do instrumento (cf. Quadro 3), são indicativas de que o WHOQOL-Bref possui uma boa estabilidade temporal.

Quadro 2 – WHOQOL-Bref: Coeficientes de Cronbach dos domínios, dos 26 itens e dos 4 Domínios individualmente considerados

	Alfa de Cronbach	Número de casos	Número de Itens
Domínios	.79	604	4
26 itens	.92	604	26
D1 (Físico)	.87	604	7
D2 (Psicológico)	.84	604	6
D3 (Relações Sociais)	.64	604	3
D4 (Ambiente)	.78	604	8

Correlação entre WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref

As correlações entre os domínios do WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref revelaram-se todas estatisticamente significativas, variando entre .77 para o Domínio das *Relações Sociais* e .86 para o Domínio *Psicológico*. A correlação entre as facetas que avaliam a qualidade de vida geral e percepção geral de saúde foi de .80 (todas as correlações significativas para $p < .001$).

Validade Discriminante

Foi igualmente avaliado o poder discriminativo do WHOQOL-Bref, 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 4.

Quadro 3 – WHOQOL-Bref: Comparação das médias obtidas em cada domínio e coeficientes de correlação entre o teste e o re-teste ($n=49$)

Domínio	Média (DP)		t	p	Coef. de Correlação	
	Teste	Re-teste			Coef. de Correlação	p
D1 (Físico)	71,50	72,01	.345	.732	.79	.000
D2 (Psicológico)	69,30	69,39	.071	.944	.85	.000
D3 (Relações Sociais)	69,90	69,90	.000	1.000	.65	.000
D4 (Ambiente)	63,58	63,97	.263	.794	.66	.000

Quadro 4 – WHOQOL-Bref: 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)	77,49 (12,27)	54,99 (19,50)	64,41 (17,47)	52,40**	16.803	.000
D2 (Psicológico)	72,38 (13,50)	63,04****	65,32**	55,04***	6.228	.000
D3 (Relações Sociais)	70,42 (14,54)	65,64****	68,95**	61,60	4.426	.000
D4 (Ambiente)	64,89 (12,24)	71,07	68,52**	58,39***	5.592	.000
QV GERAL	71,51 (13,30)	72,38****	70,42**	64,89***	15.977	.000

Quadro 5 – WHOQOL-Bref: Análise da variância dos 4 domínios em relação à origem dos doentes ($n=289$)

Origem	D1	D2	D3	D4
	(Físico)	(Psicológico)	(Relações Sociais)	(Ambiente)
Psiquiatria	54,78*	51,27****	52,40**	53,65***
Ginecologia	58,07*	63,04****	65,32**	55,04***
Medicina III / Reumatologia	48,39*	65,64****	68,95**	61,60
Centros de Saúde	62,04*	71,07	68,52**	58,39***
Ortopedia / Oncologia	55,26*	69,56	66,44**	62,07
CONTROLOS	77,49*	72,38****	70,42**	64,89***

Diferenças estatisticamente 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, Ginecologia e Medicina III/Reumatologia

Podemos verificar que para todos os domínios existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. De igual forma, em todos os domínios, os indivíduos pertencentes ao grupo controlo têm pontuações mais elevadas de qualidade de vida do que os indivíduos do grupo clínico.

Analisando os resultados por serviço de origem dos doentes, verificamos que os doentes da Psiquiatria apresentam piores resultados de qualidade de vida, excepto nos Domínio 1 (*Físico*), em que os doentes do serviço de Medicina III/Reumatologia apresentam resultados inferiores. As diferenças estatisticamente significativas em relação à origem dos doentes encontram-se descritas no Quadro 5.

Validade de Constructo

As correlações entre os diferentes Domínios

apresentadas no Quadro 6 são todas estatisticamente significativas. Se analisarmos as correlações mais elevadas, constatamos que os melhores coeficientes se encontram entre os Domínios *Psicológico* e *Ambiente* ($r=.57$), *Psicológico* e *Relações Sociais* ($r=.56$), *Físico* e *Psicológico* ($r=.55$) e *Relações Sociais* e *Ambiente* ($r=.50$).

Todos os domínios apresentam correlações elevadas e significativas com a faceta geral da qualidade de vida (avaliada pelos itens 1 e 2). As correlações variam entre .44 (*Relações Sociais*) e .72 (*Físico*).

Qualidade de Vida, Depressão e Psicopatologia

Como referido anteriormente, o protocolo de avaliação incluía o WHOQOL-100, 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 na depressão e nos 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, -.71 e -.69).

No sentido de testar quais os melhores preditores da qualidade de vida, realizámos uma regressão linear múltipla em relação à qualidade de vida geral (avaliada através das perguntas 1 e 2 do WHOQOL-Bref). Os resultados, descritos no Quadro 8 mostram que todos os domínios aparecem num modelo linear que explica 58,8% da variância.

Discussão

O presente artigo refere-se ao estudo de campo quantitativo da versão abreviada do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (o WHOQOL-Bref). Nesta etapa do protocolo respeitaram-se os critérios de amostragem

Quadro 6 – WHOQOL- Bref: Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios na amostra total (N=604)

Domínio	D1	D2	D3	D4
D1 (Físico)	-			
D2 (Psicológico)	.55	-		
D3 (Relações Sociais)	.39	.56	-	
D4 (Ambiente)	.47	.57	.50	-
QV GERAL	.72	.57	.44	.53

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

Domínio	BDI	BSI
D1	-.63	-.71
D2	-.49	-.69
D3	-.46	-.48
D4	-.41	-.48

Todas as correlações significativas para $p < .001$

Quadro 8 – WHOQOL-Bref: Regressão Linear Múltipla entre os diferentes domínios em relação à qualidade de vida geral [Q1 e Q2]

Domínio	β	p
D1 (Físico)	.553	.000
D2 (Psicológico)	.137	.000
D3 (Relações Sociais)	.068	.038
D4 (Ambiente)	.165	.000

Percentagem de variância explicada: 58,8% [$F(4, 599)=213.55, p < .001$]

do grupo clínico prescritos pela OMS no que diz respeito à idade, género e regime de tratamento.

A consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach apresenta valores aceitáveis, quer quando se analisam os 4 Domínios, cada Domínio individualmente considerado ou os 26 itens. O valor do α de Cronbach varia entre .64 para o Domínio 3 (*Relações Sociais*) e .87 para o Domínio 1 (*Físico*). Estes valores são semelhantes aos observados no estudo que congregou as amostras dos vários Centros internacionais envolvidos na origem deste instrumento (WHOQOL Group, 1998). De forma análoga aos resultados de diversos Centros (Fleck et al., 2000; Min et al., 2002; WHOQOL Group, 1998), o domínio das *Relações Sociais* é o que apresenta menor valor de consistência interna. Este resultado poderá ser devido ao facto deste domínio se basear apenas em três itens (relações pessoais, apoio social e actividade sexual), um número comparativamente menor ao número de itens que compõem os restantes domínios.

Relativamente ao teste-reteste, os resultados sugerem que o WHOQOL-Bref é um instrumento com uma boa estabilidade temporal, adequado para avaliar a percepção de qualidade de vida de cada sujeito. Os coeficientes de correlação variam entre .65 e .85 e não se observaram diferenças entre as pontuações médias nas duas aplicações do instrumento.

Os domínios da versão portuguesa (de Portugal) do WHOQOL-Bref apresentaram correlações elevadas (entre .77 e .86) com a versão longa do WHOQOL. Estes resultados são comparáveis aos obtidos no estudo piloto do WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998) e aos obtidos noutros centros internacionais (e.g. Min et al., 2002).

Em relação à validade discriminante, verificámos que o WHOQOL-Bref discrimina bem os indivíduos da população normal dos indivíduos com patologia médica associada em todos os domínios, assim como na faceta geral da qualidade de vida. Estes resultados são semelhantes aos resultados obtidos no teste de campo dos Centros que desenvolveram a versão abreviada do WHOQOL-100 (Fleck et al., 2000; Min et al., 2002; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004; WHOQOL Group, 1998).

No mesmo sentido ao verificado com o WHOQOL-100 (cf. Vaz Serra et al., 2006), os doentes psiquiátricos apresentam uma tendência para apresentar resultados inferiores em todos os domínios, excepto no Domínio 1 (*Físico*) em que os doentes provenientes da Medicina III/ Reumatologia apresentam piores resultados. Estes dados são semelhantes aos observa-

dos noutros Centros que utilizaram nas suas amostras doentes provenientes da Psiquiatria (e.g., Fleck et al., 2000).

No que se prende com a validade de constructo, verificou-se que os quatro domínios do WHOQOL-Bref se correlacionam de forma estatisticamente significativa entre si. No mesmo sentido, todos os domínios se correlacionam de forma significativa com a faceta geral da qualidade de vida, avaliada pelas duas primeiras questões.

Quando realizada a regressão linear múltipla dos quatro domínios do WHOQOL-Bref em relação à faceta que avalia a *qualidade de vida geral e a percepção geral de saúde*, verificou-se que, ao contrário do observado no WHOQOL-100 (cf. Vaz Serra et al., 2006) todos os domínios da versão abreviada do WHOQOL-100 aparecem num modelo linear que explica 58,8% da variância. Também de forma diversa ao observado na versão longa, no WHOQOL-Bref o Domínio *Físico* aparece como aquele que mais contribui para o modelo explicando, por si só, 52,2% da variância, seguindo-se os Domínios *Psicológico*, *Ambiente* e *Relações sociais*. Este resultado é congruente com o encontrado nos Centros Brasileiro (Fleck et al., 2000) e Coreano (Min et al., 2002).

O BDI e o BSI foram utilizados para testar a associação entre a qualidade de vida, a depressão e a psicopatologia. De forma semelhante ao verificado com a versão longa (cf. Vaz Serra et al., 2006), a correlação da nota global do BDI e do índice geral de sintomas do BSI é inversa (uma melhor pontuação nos domínios do WHOQOL-Bref está associada a uma pontuação inferior no BDI e BSI, portanto, à presença de sintomatologia depressiva e existência de psicopatologia) e estatisticamente significativa. A correlação é, igualmente, mais forte com o Domínio 2 (*Psicológico*).

Comparando o WHOQOL-Bref com a versão longa do mesmo instrumento (Vaz Serra et al., 2006), verifica-se que as características psicométricas obtidas são semelhantes. Ambos discriminam bem doentes de não doentes. A principal diferença reside no facto de no WHOQOL-100 o Domínio *Físico* não contribuir significativamente para a variância observada na faceta geral de qualidade de vida.

Em síntese, os resultados mostram que o WHOQOL-Bref apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo e estabilidade teste-reteste, tornando-o um bom instrumento para avaliar qualidade de vida em Portugal.

Este instrumento é uma alternativa válida à sua

versão longa, o WHOQOL-100, sobretudo nas situações em que a versão longa seja de difícil aplicabilidade, habitualmente em estudos epidemiológicos, que requerem grandes amostras, ou em estudos em que a bateria de avaliação é constituída por diversos instrumentos.

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 do WHOQOL-Bref para português de Portugal.

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.
- 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 - 110). 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., RIJO, D., CARONA, C., GAMEIRO, S., & PAREDES, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*.
- 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. (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., 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.
- MIN, S. K., KIM, K. I., LEE, C. I., JUNG, Y. C., SUH, S. Y., & KIM, D. K. (2002). Development of the Korean versions of WHO Quality of life scale and WHOQOL-BREF. *Quality of Life Research*, 11, 593-600.
- RIJO, D., CANAVARRO, M. C., PEREIRA, M., SIMÕES, M. R., VAZ SERRA, A., QUARTILHO, M. J., CARONA, C., GAMEIRO, S., & PAREDES, T. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*.
- SAXENA, S., CARLSON, D., BILLINGTON, R., & ORLEY, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*, 10, 711-721.
- SKEVINGTON, S. M., LOTFY, M., & O'CONNEL, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 199-310.
- 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.

VAZ SERRA, A., CANAVARRO, M. C., SIMÕES, M. R., PEREIRA, M., GAMEIRO, S., QUARTILHO, M. J., RUIJO, D., CARONA, C. & PAREDES, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*.

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). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.