

# Revista de Saúde Pública

---

# Journal of Public Health

## **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)\***

Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)

Marcelo P. A. Fleck, Sérgio Louzada, Martha Xavier, Eduardo Chachamovich\*\*, Guilherme Vieira\*\*, Lyssandra Santos\*\*, Vanessa Pinzon\*\*

*Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS - Brasil*

FLECK Marcelo P. A., Sérgio Louzada, Martha Xavier, Eduardo Chachamovich\*\*, Guilherme Vieira\*\*, Lyssandra Santos\*\*, Vanessa Pinzon\*\* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)\* Rev. Saúde Pública, 33 (2): 198-205, 1999 [www.fsp.usp.br/~rsp](http://www.fsp.usp.br/~rsp)

# Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)\*

## Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)

Marcelo P. A. Fleck, Sérgio Louzada, Martha Xavier, Eduardo Chachamovich\*\*, Guilherme Vieira\*\*, Lyssandra Santos\*\*, Vanessa Pinzon\*\*

*Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS - Brasil*

---

### Descritores

Organização Mundial da Saúde.  
Qualidade de vida.  
Avaliação, escala

### Resumo

#### Introdução

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu um instrumento de avaliação de Qualidade de Vida, o WHOQOL-100 que está traduzido para 20 idiomas (WHOQOL GROUP, 1998). A aplicação do instrumento na versão em português é o objetivo do trabalho.

#### Métodos

Foram aplicados em 250 pacientes provenientes de quatro grandes áreas médicas (psiquiatria, clínica, cirurgia e ginecologia) de um hospital de clínicas de Porto Alegre, RS, e em 50 voluntários-controles o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100), o Inventário de Beck para a depressão (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS).

#### Resultado e Conclusões

O Instrumento mostrou bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Concluiu-se que o instrumento está em condições de ser usado no Brasil, sendo importante avaliar seu desempenho em outras regiões e em diferentes amostras de indivíduos.

---

**Correspondência para/Correspondence to:**  
Marcelo P. A. Fleck  
Rua Ramiro Barcellos, 2350 - 4º andar -  
90035-003 Porto Alegre, RS - Brasil  
E-mail: mfleck@voyager.com.br

\* Financiado pela FIPE-Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Processo nº 96134).

\*\*Alunos de graduação.

Recebido em 13.3.1998. Reapresentado em 24.8.1998. Aprovado em 28.10.1998.

### Keywords

World Health Organization.  
Quality of life.  
Evaluation.

### Abstract

#### Objective

The WHOQOL group have developed an instrument to evaluate Quality of Life, the WHOQOL-100, available in 20 different languages (WHOQOL Group, 1998). The field trial of the portuguese version of the instrument is presented.

#### Methods

Two hundred and fifty patients from four main medical areas (Psychiatry, Clinical, Surgery and Gynecology) of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and 50 controls were evaluated with the Portuguese version of the WHO Quality of Life Instrument (WHOQOL-100), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Hopelessness Scale (BHS) in Porto Alegre, south Brazil.

#### Results and Conclusion

The instrument showed a good psychometric performance with good internal consistency, discriminant validity, criterion validity, concurrent validity and reliability. The authors conclude that the instrument is ready for use in Brazil, it being important to evaluate its performance in other regions and with different samples.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No entanto, as diferentes áreas da medicina sempre priorizaram o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade (Orley et al.<sup>8</sup>, 1998).

Recentemente tem-se buscado desenvolver instrumentos que avaliem bem-estar e qualidade de vida (Gill e Feinstein<sup>5</sup>, 1993; Guyatt et al.<sup>6</sup>, 1993). Na sua grande maioria esses instrumentos são desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países (WHOQOL GROUP<sup>11</sup>, 1995; Bullinger<sup>2</sup>, 1994). A utilização desses instrumentos em culturas diferentes tem sido objeto de críticas (Fox-Rushby e Parker<sup>4</sup>, 1995) e considerações (Bullinger et al.<sup>1</sup>, 1993; Patrick et al.<sup>9</sup>, 1994).

A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas características (WHOQOL GROUP<sup>11</sup>, 1995). O grupo de Qualidade de Vida da OMS, sob a coordenação de John Orley, definiu *qualidade de vida* como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, ex-

pectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP<sup>10</sup>, 1994). Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é *subjetivo, multidimensional* e que inclui elementos de avaliação tanto *positivos* como *negativos*.

O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL\*-100) está atualmente disponível em 20 idiomas diferentes (WHOQOL GROUP<sup>12</sup>, 1998). O desenvolvimento da versão em português seguiu a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde e foi descrita em outra publicação (Fleck et al.<sup>3</sup>, 1999).

O objetivo do presente trabalho é mostrar a aplicação do teste de campo do WHOQOL-100 em uma amostra de pacientes da cidade de Porto Alegre, Sul do Brasil.

## MÉTODOS

Entre os meses de julho e dezembro de 1996, foram aplicados em uma amostra de 250 pacientes de um hospital de clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários-controles os seguintes instrumentos: versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100), inventário de Beck para a depressão (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS).

A amostra de pacientes foi constituída a partir dos seguintes critérios: a) os pacientes deveriam ser adultos (idade acima de 18 anos ou exercendo papel social de adulto); b) 50% da amostra deveria ter idade menor que 45 anos; c)

\* World Health Organization Quality of the Assessment.

50% da amostra deveria ser do sexo feminino: c) a metade deveria ser constituída por pacientes hospitalizados (p.ex. diabetes descompensado) e a outra metade por pacientes em tratamento ambulatorial (p.ex. infecções respiratórias) ou em contato com o serviço de saúde por condições de saúde mais leves (p.ex. hipertensão arterial). Os pacientes foram recrutados das quatro grandes áreas de atendimento médico: clínica médica, cirurgia, ginecologia e psiquiatria

Assim, dos 250 pacientes, 121 (48%) eram pacientes ambulatoriais e 129 (52%) estavam internados. Os pacientes provinham das seguintes áreas básicas: clínica (104 pacientes), cirurgia (65 pacientes), ginecologia (29 pacientes) e psiquiatria (52 pacientes).

Os 50 indivíduos-controles foram selecionados entre os funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e deveriam apresentar resposta negativas às três perguntas que se seguem: (a) Você tem alguma doença crônica? (b) Você usa algum remédio de forma regular atualmente? (c) Você consultou algum médico ou profissional de saúde no último mês (exceção feita às consultas de prevenção, por exemplo revisões em ginecologia)?

Com o objetivo de avaliar a percepção subjetiva da saúde foi feita a pergunta "Como está sua saúde". Os pacientes distribuíram-se da seguinte forma: 6,7% consideraram muito ruim; 9,7%, fraca; 33,3%, nem ruim nem boa; 38%, boa e 12,3% muito boa.

As demais características da amostra encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1** - Características gerais da amostra.

Variáveis	N
Idade: média (dp)	43,8 (15,7)
Sexo (mulheres/homens)	149/151
Estado civil	
Solteiros	80 (26,7%)
Casados	179 (59,7%)
Separados	27 (9,0%)
Viúvos	14 (4,7%)
Nível de escolaridade	
Analfabeto	8 (2,7%)
I Grau	145 (48,3%)
II Grau	81 (27,0%)
III Grau	66 (21,9%)

Todos os indivíduos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados. Também foi assinado consentimento de participação avaliado pela Comissão de Ética em Pesquisa do hospital estudado.

Os entrevistadores eram estudantes de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, previamente treinados para a aplicação do questionário.

Como o WHOQOL-100 é um instrumento de auto-avaliação, ele é auto-explicativo. Quando o respondente não entendia o significado de alguma pergunta o entrevistador relia a pergunta de forma lenta (aplicação assistida). Não foram utilizados sinônimos ou dadas explicações em outras palavras da questão, para evitar a modificação do sen-

tido original da questão. Quando o respondente não tinha condições de ler o questionário em função de suas condições de saúde ou de alfabetização, o questionário era lido pelo entrevistador (aplicação administrada). Assim, em relação à forma de administração do questionário, 48,7% foram auto-administrados, 32,3% foram assistidos pelo entrevistador e 19% foram administrados pelo entrevistador.

O WHOQOL-100 é um instrumento que possui seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade). Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. Assim, o Instrumento é composto por 24 facetas específicas descritas na Tabela 2 e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida.

## RESULTADOS

### Consistência Interna

A consistência interna do WHOQOL-100 para as facetas, domínios, domínios + facetas e questões foi

**Tabela 2** - Domínios e facetas do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL).

Domínio I - Domínio físico
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
Domínio II - Domínio psicológico
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
Domínio III - Nível de independência
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
Domínio IV - Relações sociais
13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual
Domínio V - Ambiente
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais : disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte
Domínio VI - Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach e é apresentada na Tabela 3.

O coeficiente de Cronbach mostra valores elevados quando se tomam as questões, as facetas e os domínios individualmente, atestando a boa consistência interna do Instrumento.

**Tabela 3** - Coeficiente de fidedignidade de Cronbach das facetas, domínios, domínios + facetas, 100 questões.

Itens considerados	Coeficiente de Cronbach	Número de casos	Número de itens
Facetas	0,83	288	25
Domínios	0,82	297	6
Domínios + facetas	0,89	288	31
100 questões	0,93	246	100

### Validade Discriminante

Para avaliar a validade discriminante, comparou-se o escore médio de cada um dos 6 domínios entre o grupo de pacientes (n=250) e de controles (n=50). Com exceção do domínio 6 (espiritualidade/religião/crenças pessoais) em que a probabilidade de F foi

limítrofe (p=0,06), nos demais domínios os pacientes tiveram piores escores de qualidade de vida do que entre os controles (Tabela 4).

A Tabela 5 mostra a análise de variância dos diferentes domínios em relação a especialidade em que os pacientes foram atendidos. Observa-se que os pacientes da psiquiatria têm uma tendência a ter os piores escores independente dos domínios, com exceção do domínio 3 (nível de independência) em que os pacientes da clínica tem escores inferiores. Por outro lado, os controles apresentam os melhores escores.

### Validade de Critério

Nas Tabelas 6 e 7 serão apresentados os dados referentes a análise da validade de critério.

A Tabela 6 apresenta uma regressão linear múltipla dos domínios em relação à faceta que avalia a qualidade de vida geral. Observa-se que, com exceção do domínio 6, todos os domínios aparecem num modelo linear explicando 60,5 da variância.

**Tabela 4** - Comparação dos escores dos domínios em relação à presença de doença (controle x paciente).

Domínio	Média (dp)		t	Probabilidade de t
	Controle	Paciente		
Domínio 1 (Físico)	14,6 (2,4)	12,3 (2,9)	5,3	0,0001
Domínio 2 (Psicológico)	15,2 (1,8)	13,8 (2,3)	4,8	0,0001
Domínio 3 (Nível de independência)	17,1 (1,8)	13,4 (3,4)	11,0	0,0001
Domínio 4 (Relações sociais)	15,7 (2,0)	14,4 (2,6)	3,9	0,0001
Domínio 5 (Meio-ambiente)	14,0 (2,0)	13,1 (1,8)	3,0	0,003
Domínio 6 (Espiritualidade/religião/crenças)	16,3 (2,8)	15,4 (3,0)	1,9	0,062

**Tabela 5** - Análise de variância dos 6 domínios em relação à origem do paciente.

Origem	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Nível indep)	Domínio 4 (Rel sociais)	Domínio 5 (Meio-amb)	Domínio 6 (Espiritual)
Psiquiatria	11,6 <sup>3</sup>	12,7 <sup>1</sup>	13,1 <sup>3</sup>	12,9 <sup>1</sup>	12,7 <sup>3</sup>	14,5 <sup>2</sup>
Clínica	12,1 <sup>4</sup>	13,8 <sup>4</sup>	13,0	14,4 <sup>4</sup>	12,8 <sup>4</sup>	15,4
Ginecologia	12,2	14,0	13,5	14,8	13,4	16,0
Cirurgia	13,2	14,8	14,3	15,4	13,8	16,0
Controle	14,6 <sup>5</sup>	15,2 <sup>5</sup>	17,1 <sup>5</sup>	15,7 <sup>6</sup>	14,0 <sup>6</sup>	16,3

Diferença significativa entre os grupos (Duncan's multiple range test  $\alpha=0,05$ ):

<sup>1</sup> Psiquiatria < todos os demais grupos

<sup>2</sup> Psiquiatria < Ginecologia, Cirurgia e Controle

<sup>3</sup> Psiquiatria < Cirurgia e Controle

<sup>4</sup> Clínica < Cirurgia e Controle

<sup>5</sup> Controle > todos os demais grupos

<sup>6</sup> Controle > Psiquiatria e Clínica

**Tabela 6** - Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à qualidade de vida de vida geral - (faceta 25).

Domínio	B	T	Significância T
Domínio 1 (Físico)	0,17	2,66	0,0083
Domínio 2 (Psicológico)	0,25	2,79	0,0056
Domínio 3 (Nível de independência)	0,11	2,32	0,0210
Domínio 4 (Relações sociais)	0,20	3,23	0,0014
Domínio 5 (Meio-ambiente)	0,51	6,44	0,0001
Domínio 6 (Espiritualidade/crenças)	0,41	1,03	0,3028
Constante	-3,7965	-4,217	0,0001

Porcentagem da variância explicada (R quadrado): 60,5%

**Tabela 7** - Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios na amostra total (n=300).

Domínio	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Nível indep.)	Domínio 4 (Rel. sociais)	Domínio 5 (Meio-amb.)	Domínio 6 (Espiritual)
Domínio 1 (Físico)		0,67	0,71	0,41	0,51	0,22
Domínio 2 (Psicológico)	0,67		0,55	0,67	0,62	0,46
Domínio 3 (Nível de independência)	0,71	0,55		0,37	0,43	0,18 *
Domínio 4 (Relações sociais)	0,41	0,67	0,37		0,53	0,40
Domínio 5 (Meio-ambiente)	0,51	0,62	0,43	0,53		0,33
Domínio 6 (Espiritualidade)	0,22	0,46	0,18 *	0,40	0,33	

\* p = 0,002

Demais p < 0,0001

**Tabela 8** - Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios e o escore total do Inventário de Beck para depressão e Escala de desesperança de Beck na amostra total (n = 300).

Instrumentos	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Nível indep.)	Domínio 4 (Rel. sociais)	Domínio 5 (Meio-amb.)	Domínio 6 (Espiritualidade)
Inventário de Beck para depressão	- 0,61	- 0,70	- 0,54	- 0,50	- 0,43	- 0,32
Escala de desesperança de Beck	- 0,37	- 0,59	- 0,35	- 0,47	- 0,38	- 0,43

p < 0,0001

Na Tabela 7 são apresentados os coeficientes de correlação dos domínios entre si. Observa-se que todos os domínios apresentam coeficientes de correlação significativos. O domínio 6 apresenta os coeficientes de correlação mais baixos em relação aos demais domínios. Os melhores coeficientes de correlação encontram-se entre *nível de independência* e *domínio físico*, *domínio físico* e *domínio psicológico*, *relações sociais* e *domínio psicológico*, *meio ambiente* e *domínio psicológico*.

### Validade Concorrente

Todos os domínios apresentam coeficientes de correlação significativos com os BDI e BHS conforme mostra a Tabela 8. O correlação é inversa na medida em que o escore maior, na medida de qualidade de vida, indica uma “melhor qualidade de vida”. Nos dois outros instrumentos o escore maior significa “mais depressão” e “mais desesperança”.

### Fidedignidade Teste-reteste

Nas Tabela, 9 a 11 são apresentados os dados referentes aos 50 pacientes em que foram aplicados o

reteste, aproximadamente 4 semanas após. Nesses pacientes não foi possível controlar a evolução de sua doença, isto é alguns poderiam ter seu estado inalterado, melhorado ou piorado. A Tabela 9 mostra a comparação da média entre os escores nos diferentes domínios entre o teste e reteste. Observa-se que não houve diferença significativa nas médias entre os domínios quando se considera o teste e o reteste.

**Tabela 9** - Comparação teste-reteste entre os escores nos domínios (n = 50).

Domínio		Média	Probabilidade de T
Domínio 1 (Físico)	Teste-	13,5	0,40
	Reteste	13,0	
Domínio 2 (Psicológico)	Teste-	14,2	0,39
	Reteste	13,7	
Domínio 3 (Nível indep.)	Teste-	14,9	0,27
	Reteste	14,2	
Domínio 4 (Rel sociais)	Teste-	14,1	0,80
	Reteste	14,0	
Domínio 5 (Meio-amb.)	Teste-	13,3	0,50
	Reteste	13,0	
Domínio 6 (Espiritualidade)	Teste-	14,7	0,86
	Reteste	14,8	

**Tabela 10** - Coeficiente de correlação dos escore dos diferentes domínios entre o teste e reteste.

Domínio	Coeficiente de correlação Teste-reteste	Probabilidade de T
Domínio 1 (Físico)	0,1	0,73
Domínio 2 (Psicológico)	-0,1	0,50
Domínio 3 (Nível de Independência)	0,1	0,60
Domínio 4 (Relações sociais)	0,2	0,23
Domínio 5 (Meio-ambiente)	-0,0	0,93
Domínio 6 (Espiritualidade)	0,1	0,84

**Tabela 11** - Coeficiente de correlação entre a diferença dos escores dos domínios entre o teste e reteste (n = 300).

Domínio	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Nível indep.)	Domínio 4 (Rel. sociais)	Domínio 5 (Meio-amb.)	Domínio 6 (Espiritual)
Domínio 1 (Físico)		0,64	0,74	0,51	0,50	0,17*
Domínio 2 (Psicológico)	0,64		0,61	0,74	0,65	0,61
Domínio 3 (Nível indep.)	0,74	0,61		0,47	0,48	0,21*
Domínio 4 (Rel. sociais)	0,51	0,74	0,47		0,57	0,54
Domínio 5 (Meio-amb.)	0,50	0,65	0,48	0,56		0,47
Domínio 6 (Espiritualidade)	0,17*	0,61	0,21*	0,54	0,47	

\* Correlação não significativa para p = 0,05  
Demais correlações significativas para p < 0,001

No entanto, o coeficiente de correlação entre a medida do teste e reteste mostram-se baixos e não significativos sugerindo que não houve estabilidade na medida caso a caso (Tabela 10). Isto poderia ser devido a uma instabilidade do estado dos pacientes (os pacientes alteraram sua qualidade de vida no intervalo entre as duas medidas) ou por uma instabilidade do instrumento.

Na Tabela 11 são apresentadas as correlações entre a variação dos escores entre os escores do teste e reteste. Com exceção do domínio 6 em relação aos domínios 1 e 3, as diferenças dos escores entre o teste e reteste apresentaram coeficientes de correlação significativos entre todos os domínios. Isto sugere que a qualidade de vida dos pacientes variou e que o instrumento através de seus diferentes domínios variou de forma correlacionada.

## DISCUSSÃO

Conforme já mencionado, o presente estudo refere-se ao teste de campo da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, versão integral com 100 questões (WHOQOL-100). Como tal, não foi desenhado para testar hipóteses, nem comparar subpopulações de pacientes. Em relação à constituição da amostra, foram selecionados pacientes provenientes das diferentes especialidades atendidas no hospital bem como os diferentes regimes de atendi-

mento (ambulatorial e internado). As eventuais comparações mostradas no presente estudo têm por objetivo investigar de forma inicial algumas características de validade discriminante do instrumento. Foge aos presentes objetivos testar reais diferenças entre as diferentes subpopulações de pacientes.

As características psicométricas do WHOQOL-100 preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e validade de conteúdo básicos em uma avaliação preliminar.

O WHOQOL-100 apresentou boa consistência interna, medidos pelo coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, quer se tomem as 100 questões ou as 24 facetas, ou ainda os 6 domínios.

A capacidade de discriminar pacientes de indivíduos-controles (validade discriminante) foi observada em todos os domínios exceto no domínio 6 ("espiritualidade/religião/crenças pessoais) que obteve nível de significância limítrofe. A não-discriminação por parte desse domínio pode ser entendido por fatores referentes ao instrumento ou a amostra estudada. Por ser um domínio composto por apenas uma faceta e avaliado por 4 questões, é possível que ele tenha um poder de discriminação menor se comparado com outros domínios do instrumento. Por outro lado, é possível que a espiritualidade, religião ou crenças pessoais não estejam necessariamente afetadas pela condição de doença. Pode-se supor que esse domínio possa estar mais afetado em doentes

terminais ou pela percepção de uma doença grave. Na medida em que o WHOQOL-100 propõem-se a ser um instrumento geral de Qualidade de Vida e não apenas um instrumento para avaliar Qualidade de Vida relacionada à saúde (“Health-related quality of life”), o domínio “espiritualidade/religião/crenças pessoais” pode eventualmente ser útil para avaliar qualidade de vida em outras situações que não a de saúde-doença,

Quando os pacientes foram divididos segundo a sua origem (clínica, cirurgia, ginecologia e psiquiatria) houve uma tendência aos pacientes psiquiátricos apresentarem os escores mais baixos em todos os domínios (exceto “nível de independência”). No outro extremo, os indivíduos controles apresentaram os melhores escores em cada um dos domínios. A noção de que os pacientes psiquiátricos, especialmente pacientes deprimidos, têm uma qualidade de vida e de funcionamento social inferiores ou semelhantes a doenças clínicas graves tem sido evidenciada em outros estudos (Wells et al.<sup>13</sup>, 1989).

Para estudar a validade de critério do WHOQOL-100, realizou-se uma regressão linear múltipla dos domínios em relação à faceta que avalia a “qualidade de vida geral”. Observou-se que 5 dos 6 domínios fizeram parte do modelo, explicando 60,5 % da variância. Assim, podemos inferir que com a exceção do domínio 6 (“espiritualidade/religião/crenças pessoais”) os demais domínios foram importantes na definição de qualidade de vida numa amostra de pacientes com doenças de diferentes naturezas e severidades.

Quando se comparou a correlação entre os diferentes domínios entre si, observou-se que todos eles apresentaram coeficientes de correlação significativos entre si. Novamente, o domínio 6 (“espiritualidade/religião/crenças pessoais”) foi o que apresentou coeficientes de correlação mais baixos. O domínio 2 (“psicológico”) apresentou coeficientes de correlação com os demais domínios acima de 0,5 (exceto com o domínio 6).

O fato de todos os domínios apresentarem um coeficiente de correlação significativo remete necessariamente à questão da possibilidade ou não de se poder utilizar um escore total de qualidade de vida para o WHOQOL-100. O WHOQOL-100 foi desenvolvido a partir da premissa de que *qualidade de vida* é um construto multidimensional (Orley<sup>7</sup>, 1994) e de que

somar itens relativos ao “domínio psicológico” com itens do “domínio de meio ambiente”, por exemplo, seria como adicionar “laranjas a bananas”. Desta forma, haveria mais sentido em considerar cada domínio e seus escores individualmente. Dentro deste mesmo enfoque, os escores por domínios trariam muito mais informações, na medida em que um determinado tratamento ou política de saúde poderia afetar um determinado domínio e não outro, ou ainda, afetar os domínios em sentidos opostos, e o escore total, assim, ficaria inalterado. Por outro lado, a possibilidade de um instrumento ter um escore total é útil do ponto de vista de análise de dados, pois simplifica sua interpretação, muito embora com os riscos de perda de informações. Os dados iniciais do presente estudo não permitem responder a esta questão, pois os coeficientes de correlação entre os domínios, embora sejam estatisticamente significativos, têm valor intermediário (entre 0,4 e 0,7) na sua maioria.

O BDI e o BHS foram utilizados como instrumentos de avaliação indireta de validade concorrente. Tanto um como o outro apresentaram os maiores coeficientes de correlação com o domínio psicológico. O domínio psicológico apresentou coeficiente mais alto em relação ao BDI ( $r=0,70$ ) do que para o BHS ( $r=0,59$ ). Este achado é coerente com a proposição do domínio que é o de avaliar os aspectos psicológicos envolvidos na qualidade de vida em que facetas como “sentimentos negativos”, “auto-estima” e “concentração” são avaliadas. Já o BHS apresentou coeficiente de correlação mais alto que o BDI para o domínio 6 (espiritualidade /religião /crenças pessoais). Na medida em que este domínio é avaliado por uma faceta que examina “as crenças pessoais e como elas afetam a qualidade de vida” (WHO<sup>14</sup>, 1995), é coerente esperar que uma escala que avalia especificamente desesperança, esteja mais correlacionada do que a que avalia depressão.

Finalmente quando foi avaliado a fidedignidade teste-reteste, observou-se que não houve diferença significativa entre as médias. No entanto, como houve coeficiente de correlação estatisticamente não significativo entre os escores do teste e do reteste, não foi possível discriminar se isto era devido a uma não-estabilidade do instrumento ou uma não-estabilidade da condição em estudo (qualidade de vida). Como estes pacientes eram avaliados um mês após, não havia como prever se sua condição mórbida iria manter-se igual, piorar ou



melhorar e nem como qual seria o impacto sobre sua qualidade de vida. O estudo das diferenças entre o escore do teste e do reteste mostrou que estas diferenças eram bastante correlacionadas entre os diferentes domínios, com exceção do domínio 6 em relação aos domínios 1 e 3.

Em conclusão, o teste de campo da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS na sua versão original de 100 itens (WHOQOL-100) mostrou um bom desempenho psicométrico quando estudado a partir de uma amostra de pacientes e indivíduos-controles na cidade de Porto Alegre, na região Sul do Brasil. O instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

O presente estudo é uma aplicação inicial do instrumento e está longe de responder às inúmeras questões referentes à aplicação de um instrumento de

avaliação de qualidade de vida no meio brasileiro. Variáveis culturais regionais, diferenças socioculturais e peculiaridades de algumas situações específicas merecem ser estudadas em profundidade para que esse instrumento possa ter a abrangência a que ele se propõe. No entanto, a metodologia utilizada para o desenvolvimento do instrumento e sua versão em português (Fleck et al.<sup>3</sup>, 1999), bem como o presente estudo, indicam que esse instrumento tem papel importante no estudo da qualidade de vida no Brasil, além de possibilitar comparação com dados de outros países.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os componentes do WHOQOL. O Grupo WHOQOL compreende um grupo coordenador, investigadores colaboradores nos centros originais, investigadores colaboradores dos novos centros e um painel de consultores.

## REFERÊNCIAS

1. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality Life Res* 1993; 2:451-9.
2. Bullinger M. Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solutions. In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 33-40.
3. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL* 1999; No prelo.
4. Fox-Rushby J, Parker M. Culture and the measurement of health-related quality of life. *Rev Eur Psychol Appl* 1995; 45:257-63.
5. Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1993; 272:619-26.
6. Guyatt G, Feeny D, Patrick L. Measuring health related quality of life. *Ann Inter Med* 1993; 118:622-9.
7. Orley J. The World Health Organization (WHO) Quality of Life Project. In: Trimble M, Dodson W. *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven Press; 1994. p. 99-108.
8. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. *Br J Psychiatry* 1998; 172:291-3.
9. Patrick D, Wild DJ, Johnson et al. Cross cultural validation of quality of life measures: problems and approaches to solutions. In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 19-32.
10. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
11. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-9.
12. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85.
13. Wells K, Steward A, Hays R et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989; 262:914-9.
14. World Health Organization. *Facet definitions and questions*. Geneva: WHO; 1995; (MNH/PSF/95.1.B. Rev.1).