

Desenvolvimento e aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)

Marcelo Fleck¹, Sérgio Louzada², Marta Xavier²,
Eduardo Chachamovich³, Guilherme Vieira⁴,
Lissandra Santos⁵, Vanessa Pinzon⁵

OBJETIVO: A Organização Mundial da Saúde desenvolveu um instrumento para avaliação de qualidade de vida através de um projeto colaborativo multicêntrico. São descritas a metodologia e as diferentes etapas de desenvolvimento do instrumento original. A seguir é apresentado o desenvolvimento da versão em português e a aplicação deste em uma amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS: Através de uma metodologia própria foi realizada a tradução, discussão em grupos focais com membros da comunidade, pacientes e profissionais de saúde seguida de retrotradução.

RESULTADOS: O Instrumento mostrou um bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

CONCLUSÕES: Os autores concluem 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.

Unitermos: Qualidade de vida; Organização Mundial da Saúde; transcultural; validade; escala de avaliação.

Development and application of the Portuguese version of the instrument for assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)

OBJECTIVE: The World Health Organization developed an instrument to assess quality of life in the framework of a collaborative multicentric project. The methodology and the different stages of developing the original instrument are described. Next, the developing of the portuguese version is presented as well as its application in 300 patients in Porto Alegre, south Brazil.

MATERIALS AND METHODS: Through a singular methodology, translation, discussion

¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Dr. Marcelo Pio de A. Fleck, Rua Ramiro Barcellos 2350, 4º andar, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. e-mail: mfleck@voyager.com.br.

² Médico Psiquiatra.

³ Residência em Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴ Residência em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico São Pedro.

⁵ Médico.

in focal groups with community members, patients and health professionals was performed followed by back translation.

RESULTS: The instrument showed a good psychometric performance with good internal consistency, discriminant validity, criterion validity, concurrent validity and reliability.

CONCLUSIONS: The authors concluded showing that the instrument is ready to be used in Brazil, being important to evaluate its performance in other regions and different samples.

Key-words: Quality of life; World Health Organization; cross-cultural; validity; rating scale.

Revista HCPA 1999;19(1):9-24

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.

Recentemente tem havido uma busca no sentido de desenvolver instrumentos que avaliem bem estar e qualidade de vida. Na sua grande maioria, estes instrumentos são desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países. A utilização destes instrumentos em culturas diferentes tem sido objeto de críticas (1).

A busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do World Health Organization Quality Of Life Measurement Instrument, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens.

O grupo de qualidade de vida da OMS, sob a coordenação do Dr. 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, expectativas, padrões e preocupações” (2). O reconhecimento da multidimensionalidade do construto “qualidade de vida” refletiu-se na

estrutura do instrumento, baseada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade.

O instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS está atualmente disponível em 20 idiomas diferentes.

O objetivo deste trabalho é descrever a metodologia utilizada pela OMS para desenvolver o WHOQOL-100, apresentar o desenvolvimento de sua versão em português e mostrar a aplicação do teste de campo do WHOQOL-100 em uma amostra de pacientes da cidade de Porto Alegre, RS.

O desenvolvimento do WHOQOL-100

Os estágios do desenvolvimento do WHOQOL-100 estão descritos de forma mais detalhada em outros documentos da Organização Mundial da Saúde (2-12). A tabela 1 resume os diferentes estágios.

Clarificação do conceito

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto “qualidade de vida” foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas: 1) subjetividade; 2) multi-dimensionalidade; 3) presença de dimensões positivas (por exemplo: mobilidade) e negativas (por exemplo: dor).

O reconhecimento da multi-dimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em seis domínios.

Tabela 1. Estágios no desenvolvimento do WHOQOL-100 (Grupo WHOQOL, 1995)

Estágio	Método	Produto	Objetivos
1) Clarificação do conceito	Revisão por especialistas internacionais	Definição de qualidade de vida - Definição de um protocolo para o estudo	Estabelecimento de um consenso para definição de qualidade de vida e para uma abordagem internacional da avaliação de qualidade de vida
2) Estudo piloto qualitativo	Revisão por especialistas Grupos focais Painel escrito de especialistas e leigos	Definição de domínios e subdomínios Elaboração de um conjunto de questões	Exploração do conceito de qualidade de vida através das culturas e geração de questões
3) Desenvolvimento de um piloto	Administração do WHOQOL piloto em 15 centros para 250 pacientes e 50 normais	Padronização de um questionário de 300 questões	Refinamento da estrutura do WHOQOL. Redução do conjunto de questões.
4) Teste de campo	Aplicação em grupo homogêneos de pacientes	Estrutura comum de domínios Conjunto de 100 questões Escala de respostas equivalentes nas diferentes línguas	Estabelecimento de propriedades psicométricas do WHOQOL.

Estudo piloto qualitativo

Os investigadores principais e consultores de cada centro relacionaram uma lista de domínios e subdomínios (facetas) para serem discutidos através da técnica de grupo focal com diferentes amostras nos diferentes centros, utilizando indivíduos normais, indivíduos portadores de doença e profissionais de saúde. Quinze centros em todo o mundo estiveram envolvidos nesta etapa. O centro brasileiro não participou desta.

Os grupos focais foram realizados com seis a oito indivíduos com características demográficas representativas da população alvo, discutindo-se de que forma cada faceta interferia com a sua qualidade de vida e qual a melhor forma de perguntar sobre cada uma das facetas. Foram realizados painéis para redação

das questões que incluíam o investigador principal do centro, os moderadores dos grupos focais além de uma pessoa leiga para assegurar que as questões eram formuladas com uma linguagem natural e compreensível.

As sugestões provenientes de todos os centros foram reunidas, perfazendo aproximadamente 1800 questões. Estas foram analisadas em relação à qualidade semântica e a quanto interferem na qualidade de vida. A combinação da classificação das perguntas de todos os centros permitiu que 235 questões fossem selecionadas.

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Os pontos âncora são

Tabela 2. Metodologia para desenvolvimento das escalas de respostas do WHOQOL-100

Definição das palavras âncoras para cada uma das escalas (intensidade, capacidade, frequência e avaliação).

Seleção de 15 palavras com significados intermediários entre os dois pontos âncoras através de dicionários, literatura e outros instrumentos psicométricos (por exemplo: escala de intensidade: âncora 0% = nada ; âncora 100% = extremamente; palavras selecionadas: quase nada, levemente, pouco, ligeiramente, nem muito nem pouco, moderadamente, razoavelmente etc.)

Confecção de uma escala visual analógica de 100 mm para cada uma das palavras selecionadas.

Aplicação das escalas em 20 indivíduos representativos da população que procura o serviço de saúde em questão.

Seleção das palavras que tiveram média entre 20 - 30 mm (25%), entre 45 - 55mm (50%) e entre 70 - 80 mm (75%). Se mais de uma palavra ficou com média entre as faixas acima, seleciona-se a de menor desvio padrão.

Verificação da característica ordinal da escala em 10 indivíduos que ordenam as palavras sorteadas entre as duas palavras âncoras.

de fácil tradução nas diferentes línguas, porém a escolha dos termos intermediários apresenta dificuldades de equivalência semântica. A escolha das três palavras entre os dois pontos âncoras seguiram metodologia descrita na tabela 2.

Desenvolvimento de um teste piloto

O instrumento piloto do WHOQOL 100 tinha 235 questões que avaliavam 29 facetas de qualidade de vida. A testagem deste instrumento envolveu a aplicação em 250 pacientes e 50 normais em 15 centros (n=4500). O plano de análise destes dados visava examinar a validade de construto das facetas e domínios do WHOQOL, selecionar as melhores questões para cada faceta e estabelecer a consistência interna e validade discriminante do instrumento. Estas análises resultaram na composição final do instrumento com 100 questões.

Teste de campo

O quarto estágio consistiu em estabelecer a sensibilidade à mudança, confiabilidade teste-reteste, validade de critério, especificamente

com relação a validade convergente, discriminante e validade preditiva. A versão do WHOQOL foi a versão com 100 questões com escores de seis domínios e 24 facetas (tabela 3).

A inclusão de novos centros

Após a elaboração do WHOQOL-100, novos centros foram admitidos. Para as novas versões, foi estabelecida pelo grupo WHOQOL uma metodologia que consistia das etapas, descritas a seguir.

Tradução do instrumento

A Organização Mundial da Saúde vem acumulando uma considerável experiência na tradução de instrumento de saúde (13). Esta metodologia apresenta vantagens em relação àquela da tradução simples ou da tradução-retrotradução. Esta metodologia é descrita na tabela 4.

Preparação do teste piloto

A versão do WHOQOL-100 é discutida nos grupos focais do novo centro. Os grupos

Tabela 3. Domínios e facetas do 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

focais devem ser compostos por seis a oito indivíduos representativos da população do centro em questão, em relação a sexo, idade, nível educacional, nível sócioeconômico,

estado civil e grupo étnico. Três categorias diferentes devem ser estudadas em cada centro, com dois grupos focais por categoria:

a) Pessoas em contato com um serviço de saúde: pacientes com doenças agudas, crônicas, pacientes ambulatoriais e internados

b) Pessoas da população geral incluindo cuidadores informais: pessoas que representam a população "normal", bem como indivíduos que cuidam de pessoas "doentes".

c) Profissionais da área de saúde: enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos que trabalham no hospital participante. Devem discutir a qualidade de vida dos pacientes sob seus cuidados.

Os grupos focais dos novos centros podem propor questões adicionais para facetas já existentes ou novas facetas adicionais. As novas facetas devem ser acompanhadas de uma definição e de pelo menos quatro questões para serem investigadas.

1) Desenvolvimento das escalas de respostas: as escalas de respostas referentes aos quatro tipos básicos de questão (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) devem ser desenvolvidas na língua do centro, utilizando a metodologia descrita na tabela 4.

2) Administração do piloto: o instrumento deve ser aplicado em 300 pessoas adultas, sendo o termo "adulto" culturalmente definido. Em relação a idade, 50% devem ter menos que 45 anos, 50% devem ser do sexo masculino, 250 devem ser pacientes e 50 normais. É importante que a amostra seja composta por pacientes com diferentes níveis de qualidade de vida. Uma forma de obter esta amostra é incluindo pacientes com doenças crônicas severas, algumas pessoas com doença mais leves, transitórias, e outras procurando por condições que em nada modificariam sua qualidade de vida. Um mínimo de 50 pessoas (25 "normais" e 25 "doentes") cujo estado de saúde é improvável de mudar substancialmente no decorrer de 2 semanas deverá ser seguido e retestado.

Tabela 4. Metodologia de tradução da OMS

- 1) Tradução por tradutor com entendimento detalhado do instrumento.
- 2) Revisão da tradução por um grupo bilíngüe composto por entrevistadores, clínicos e antropólogos.
- 3) Revisão por um grupo monolíngüe representativo da população onde o instrumento vai ser aplicado.
- 4) Revisão pelo grupo bilíngüe para incorporação das sugestões do grupo monolíngüe.
- 5) Retrotradução por tradutor independente.
- 6) Reavaliação da retrotradução pelo grupo bilíngüe. Qualquer diferença significativa é revisada interativamente.

O desenvolvimento da versão em português do WHOQOL-100

A versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Método

A tradução do instrumento

A tradução para o português foi realizada seguindo metodologia apresentada na tabela 4. A tradução inicial foi realizada por um tradutor com familiaridade com tradução de instrumentos e conhecedor da literatura referente a ciências sociais. A seguir foi realizado um painel bilíngüe composto por um psiquiatra professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, uma professora de antropologia da mesma Universidade e três residentes em psiquiatria do 3º ano. Após alguns ajustes, a tradução foi discutida em quatro grupos focais compostos por pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre hospitalizados, de ambulatório, profissionais de saúde e pessoas da comunidade, alunos do curso de mestrado em Sociologia. A formulação das questões no original em inglês seguindo uma metodologia que enfatiza a clareza, objetividade e simplicidade facilitou o processo de tradução. Optou-se por manter palavras de uso corrente na língua portuguesa. A retrotradução para o inglês por um tradutor independente mostrou que ela guardava forte semelhança com a versão do instrumento

original.

Discussão em grupos focais da versão em português

A versão em português do WHOQOL-100 foi discutida em quatro grupos focais na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil. Os grupos focais foram compostos por indivíduos representativos das características demográficas da população que procura o Hospital de Clínicas de Porto Alegre em relação a sexo, idade, nível educacional e nível sócioeconômico. Os participantes dos grupos focais preencheram um termo de consentimento informado para a realização do estudo. Os grupos foram compostos por seis a oito pessoas. Três membros da equipe envolvida no projeto participaram de cada sessão: um como coordenador, outro anotando os aspectos relevantes da discussão e um terceiro realizando a gravação da sessão em fita cassete.

A duração média das sessões foi de 2 horas, sendo realizada uma sessão com cada grupo de participantes.

Foram realizados os seguintes grupos focais, todos compostos por sete indivíduos.

Grupo 1: Pessoas da população geral: Quatro mulheres e três homens com média de 28 anos de idade (25 a 35). Todos eram estudantes universitários, alunos de pós-graduação em antropologia

Grupo 2: Profissionais da área de saúde: Seis mulheres e um homem com média de idade de 33 anos (25 a 47). Participaram três enfermeiras, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e dois médicos residentes (psiquiatria e medicina interna). Este grupo foi

centrado na qualidade de vida dos pacientes por eles atendidos.

Grupo 3: Pacientes internados: Quatro mulheres e três homens com média de idade de 62 anos (36 a 71). Em relação ao diagnóstico, três eram pacientes deprimidos em remissão, um estava em investigação diagnóstica (dores abdominais), um tinha infecção respiratória com DBPOC, um em investigação de doença hepática e o último com litíase renal.

Grupo 4: Pacientes ambulatoriais: Quatro mulheres e três homens. Todos eram portadores de doenças crônicas. Todos estes pacientes seguiam algum programa regular de cuidado de saúde com o serviço de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O objetivo dos grupos focais foi 1) revisar a formulação e a compreensão das 100 questões do questionário; 2) discutir o quanto cada uma das facetas afeta a qualidade de vida das pessoas; 3) investigar se existiriam outras facetas não investigadas que seriam importantes especificamente para o Brasil.

Desenvolvimento das escalas de respostas

As perguntas do WHOQOL-100 possuem quatro tipos de escalas de resposta: intensidade, capacidade, avaliação e frequência. A escala de intensidade será utilizada para exemplificar a metodologia utilizada (conforme tabela 2). Entre as âncoras “nada” (0%) e “extremamente” (100%) listaram-se 15 palavras que descrevem diferentes graduações entre estes dois extremos. Cada uma das palavras foi colocada em uma escala analógica de 100mm, tendo as duas âncoras como extremos. A seguir, 20 indivíduos graduaram na escala analógica cada uma das palavras. Foi calculada a média e desvio padrão de cada uma das palavras. A palavra selecionada para o descritor 25% foi aquela que teve média entre 20mm e 30mm e o menor desvio padrão (“muito pouco”); para o descritor de 50% escolheu-se a que teve média entre 45mm e 55mm e o menor desvio padrão (“mais ou menos”) e para o descritor de 75% a que teve média entre 70mm e 80mm (“bastante”),

Tabela 5. Desempenho das palavras da escala de intensidade

	Média	Desvio Padrão	Descritor
Nada (âncora)			
Quase nada	2,70	2,32	25%
Levemente	3,95	2,00	25%
Muito pouco	2,45	1,74	25%
Pouco	2,80	2,09	25%
Ligeiramente	3,97	2,28	50%
Mais ou menos	4,77	0,95	50%
Nem muito nem pouco	4,86	1,37	50%
Razoavelmente	5,20	1,46	50%
Moderadamente	5,05	1,09	50%
Médio	5,73	0,97	50%
Nem tanto	4,78	1,79	50%
Muito	7,80	1,15	75%
Demasiadamente	7,55	1,74	75%
Excessivamente	8,07	0,87	75%
Bastante	7,79	0,96	75%
Extremamente (âncora)			

Tabela 6. Escala de respostas para as escalas de avaliação, capacidade e frequência

Escala	0% (âncora)	25%	50%	75%	100% (âncora)
Avaliação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
Capacidade	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre

já que ambas tinham o menor desvio padrão (tabela 5).

Para as escalas de avaliação, capacidade e frequência utilizou-se a mesma metodologia. A tabela 6 mostra as palavras selecionadas.

Resultados da discussão em grupos focais

Tradução

Os grupos focais sugeriram pequenas modificações na maneira de formular as questões. Estas sugestões foram posteriormente discutidas num segundo painel bilíngüe, sendo incorporadas à versão final do instrumento. O painel decidiu manter as sugestões que fornecessem o sinônimo mais simples e de uso comum para facilitar o entendimento do maior número de pessoas.

Um problema que diz respeito à versão em português ocorrido em outras versões de línguas latinas, foi a tradução de algumas questões de avaliação (por exemplo: “*How satisfied?*” ou “*How difficult...?*”). A formulação “Quão.....” (por exemplo, “Quão satisfeito...?” ou “Quão difícil....”) é gramaticalmente correta em português. O painel bilíngüe discutiu sobre o fato de não ser uma formulação de uso corrente no sul do Brasil. Decidiu-se manter esta formulação para ser discutida nos grupos focais. Os pacientes, mesmo os de nível educacional mais baixo, consideraram que, embora não usassem no

seu vocabulário diário, diziam entender perfeitamente como sendo a mesma coisa que “Quanto”, “para ver a quantidade de dificuldade”.

Validade

A lista de facetas foi considerada como válida pela grande maioria dos participantes. Pessoas da comunidade, pacientes (internados e ambulatoriais) bem como profissionais de saúde salientaram que as facetas descrevem de forma detalhada o que cada um dos participantes entende por qualidade de vida no seu meio ambiente.

Os pacientes internados por mais de 2 semanas encontraram alguma dificuldade em discriminar se as questões referiam-se a antes da hospitalização ou se deveriam responder com base na qualidade de vida dentro do hospital.

Uma vez finalizado o processo de versão do instrumento original para o português, a OMS recomenda que o instrumento no novo idioma seja submetido a uma aplicação piloto no contexto cultural para avaliar a adequação da versão e estimar as qualidades psicométricas desta. O centro brasileiro optou por ampliar esta avaliação, aplicando simultaneamente outros dois instrumentos destinados a medir depressão e desesperança, visando estabelecer ainda uma correlação entre os achados dos três instrumentos. Serão descritos a seguir o processo de aplicação do novo instrumento e os resultados obtidos.

Tabela 7. Características gerais da amostra

Idade: média (dp)	43,80 (15, 72)
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%)

Sujeitos e métodos

Entre os meses de julho e dezembro de 1996, foram aplicados em 250 pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários normais os seguintes instrumentos: a versão em português do 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).

A amostra de pacientes seguiu os critérios propostos pela OMS e explicitados no subitem 4 (administração do Piloto) no item inclusão de novos centros. Os pacientes foram recrutados das quatro grandes áreas de atendimento médico: clínica médica, cirurgia, ginecologia e psiquiatria

Os indivíduos normais foram selecionados entre os funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e deveriam apresentar resposta negativa 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)?

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).

Com o objetivo de avaliar a percepção subjetiva da saúde foi feita a pergunta "Como está sua saúde". Os pacientes se distribuíram 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 7.

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

Tabela 8. Coeficiente de fidedignidade de Cronbach das facetas, domínios, domínios + facetas, 100 questões

	Coeficiente de Cronbach	Número de casos	Número de itens
Facetas	0,8272	288	25
Domínios	0,8211	297	6
Domínios + facetas	0,8886	288	31
100 questões	0,9308	246	100

Tabela 9. Análise de variância do domínio em relação a normal x paciente

	F	Probabilidade de F
Domínio 1 (Físico)	28,03	0,00001
Domínio 2 (Psicológico)	16,38	0,0001
Domínio 3 (Nível de independência)	54,06	0,00001
Domínio 4 (Relações sociais)	10,64	0,001
Domínio 5 (Meio-ambiente)	8,85	0,003
Domínio 6 (Espiritualidade/religião/crenças pessoais)	3,51	0,06

(aplicação assistida). Não foram utilizados sinônimos ou dadas explicações em outras palavras da questão, para evitar a modificação do sentido 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.

Resultados da aplicação

Consistência interna

A consistência interna do WHOQOL-100 para as facetas, domínios, domínios + facetas e questões foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach e é apresentada

na tabela 8.

Validade discriminante

Para avaliar a validade discriminante, comparou-se o escore médio de cada um dos seis domínios entre o grupo de pacientes (n=250) e de normais (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 normais (tabela 9).

A tabela 10 mostra as análises de variância dos diferentes domínios em relação à especialidade em que os pacientes eram 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 "normais"

Tabela 10. Análise de variância dos seis 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 ^c	12,7 ^a	13,1 ^c	12,9 ^a	12,7 ^c	14,5 ^b
Clínica	12,1 ^d	13,8 ^d	13,0	14,4 ^d	12,8 ^d	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 ^e	15,2 ^e	17,1 ^e	15,7 ^f	14,0 ^f	16,3

Diferença significativa entre os grupos (Duncan's multiple range test $\alpha=0,05$): ^aPsiquiatria < todos os demais grupos ^bPsiquiatria < Ginecologia, Cirurgia e Controle ^cPsiquiatria < Cirurgia e Controle ^dClínica < Cirurgia e Controle ^eControle > todos os demais grupos ^fControle > Psiquiatria e Clínica

Tabela 11. Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação a qualidade de vida geral (faceta 25)

Variável	B	T	Significância T
Domínio 1 (Físico)	0,1654	2,659	0,0083
Domínio 2 (Psicológico)	0,2484	2,791	0,0056
Domínio 3 (Nível de independência)	0,1080	2,320	0,0210
Domínio 4 (Relações sociais)	0,1962	3,225	0,0014
Domínio 5 (Meio-ambiente)	0,5106	6,435	0,0001
Domínio 6 (Espiritualidade/crenças)	0,4050	1,032	0,3028
Constante	-3,7965	-4,217	0,0001

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

apresentam os melhores escores.

Validade de critério

Nas duas tabelas que seguem serão apresentados os dados referentes à análise da validade de critério.

A tabela 11 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.

Na tabela 12 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 o

Tabela 12. Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios na amostra total (n=300)

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

^a P = 0,002; demais P < 0,0001.

Tabela 13. 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)

	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

$P < 0,0001$.

inventário de depressão de Beck e a Escala de desesperança de Beck, conforme mostra a tabela 13. A 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

Tabela 14. Comparação teste-reteste entre os escores nos domínios (n=50)

Domínio		Média	Sig
Domínio 1 (Físico)	Teste	13,47	0,40
	Reteste	12,99	
Domínio 2 (Psicológico)	Teste	14,15	0,39
	Reteste	13,73	
Domínio 3 (Nível indep)	Teste	14,92	0,27
	Reteste	14,21	
Domínio 4 (Rel sociais)	Teste	14,14	0,80
	Reteste	14,01	
Domínio 5 (Meio-amb)	Teste	13,28	0,50
	Reteste	12,99	
Domínio 6 (Espiritualidade)	Teste	14,66	0,86
	Reteste	14,78	

Tabela 15. Coeficiente de correlação dos escore dos diferentes domínios entre o teste e reteste

	Coeficiente de correlação teste-reteste	Sig
Domínio 1 (Físico)	0,05	0,73
Domínio 2 (Psicológico)	-0,10	0,50
Domínio 3 (Nível de Independ)	0,08	0,60
Domínio 4 (Relações sociais)	0,17	0,23
Domínio 5 (Meio-ambiente)	-0,01	0,93
Domínio 6 (Espiritualidade)	0,03	0,84

Tabela 16. Coeficiente de correlação entre a diferença dos escores dos domínios entre o teste e reteste (n=300)

	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 ^a
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 ^a
Domínio 4 (Rel sociais)	0,51	0,74	0,47		0,57	0,54
Domínio 5 (Meio-amb)	0,50	0,65	0,56	0,56		0,47
Domínio 6 (Espiritualidade)	0,17 ^a	0,61	0,54	0,54	0,47	

^a Correlação não significativa para $P = 0,05$; demais correlação significativa para $P < 0,001$.

significa “mais depressão” e “mais desesperança”.

Fidedignidade teste-reteste

Nas tabelas 14 a 16 são apresentados os dados referentes aos 50 pacientes a quem foram aplicados o reteste aproximadamente 4 semanas após. Nestes pacientes não foi possível controlar a evolução de sua doença, isto é alguns poderiam ter seu estado inalterado, melhorado ou piorado. A tabela 14 mostra a comparação da média entre os escores nos diferentes domínios entre o teste e reteste. Observa-se que não houve diferença significativa na médias entre os domínios quando se considera o teste e o reteste.

No entanto, os coeficientes 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 15). 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 a uma instabilidade do instrumento.

Na tabela 16 são apresentadas as correlações entre a variação dos escores do teste e reteste. Com a 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

O trabalho com os grupos focais permitiu concluir que as questões de qualidade de vida apresentam uma boa validade de face quando examinadas por pessoas da comunidade, pacientes ambulatoriais, hospitalizados e profissionais de saúde da cidade de Porto Alegre, Brasil. A simplicidade do vocabulário e da estrutura da formulação das questões facilita a leitura mesmo por pessoas com nível educacional baixo e com vocabulário restrito. Por tratar-se de um auto-questionário ele apresenta os problemas inerentes a este método em populações de baixo nível educacional.

As eventuais comparações mostradas neste estudo têm por objetivo investigar de forma inicial algumas características de validade discriminante do instrumento. Foge ao objetivo deste estudo inicial testar reais diferenças entre as distintas 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 α de Cronbach, quer se tomem as 100 questões ou as 24 facetas, ou ainda os 6 domínios.

A capacidade de discriminar pacientes de indivíduos normais (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 deste domínio pode ser entendido por fatores referentes ao instrumento ou à 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. Na medida que o WHOQOL-100 se propõe 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 normais 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 (14).

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 cinco dos seis domínios fizeram parte do modelo, explicando 60,5 % da variância. Assim, podemos inferir que, com 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 os domínios 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 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 (7) 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-se 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 deste estudo não permitem responder a esta questão, pois os coeficientes de correlação entre os domínios, embora sejam estatisticamente significativos, têm um valor intermediário (entre 0,4 e 0,7) na sua maioria.

A escala de Beck para depressão (BDI) e a escala de desesperança de Beck (BHS) foram utilizados como instrumentos de avaliação indireta de validade concorrente. Tanto o BDI como o BHS 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 BHS ($r=0,59$). Este achado é coerente com a proposição do domínio, que é ao de avaliar os aspectos psicológicos envolvidos na qualidade de vida em que facetas como “sentimentos negativos”, “auto-estima” e

“concentração” são avaliados. Já o BHS apresentou coeficiente de correlação mais alto que o BDI para o domínio 6 (espiritualidade / religião / crenças pessoais). Na medida que este domínio é avaliado por uma faceta que examina “as crenças pessoais e como elas afetam a qualidade de vida” (8-11), é coerente esperar que uma escala que avalia especificamente desesperança esteja mais correlacionada do que a que avalia depressão.

Finalmente, quando foi avaliada 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 1 mês após, não havia como prever se sua condição mórbida iria manter-se igual, piorar ou melhorar e nem 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.

Conclusões

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 normais 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. Estamos cientes de que variáveis culturais regionais, diferenças sócio-culturais e peculiaridades de algumas situações

específicas merecem ser estudadas em profundidade para que este instrumento possa ter a abrangência a que ele se propõe. No entanto, a metodologia utilizada para o desenvolvimento do instrumento e desta versão em português, bem como este estudo inicial, indicam que este instrumento tem um papel importante no estudo da qualidade de vida em nosso meio, além de uma possibilidade de comparação com dados de outros países.

Agradecimentos. Os autores agradecem aos componentes do WHOQOL. O Grupo WHOQOL compreende um coordenador, investigadores colaboradores nos centros originais, investigadores colaboradores dos novos centros e um painel de consultores. Dr. J. Orley dirige o projeto assistido pelo Dr. W.Kuyken, Dr. N. Sartorius, Dr. M. Power e Dr. R. Billington. Nos centros colaboradores originais os investigadores são: Professor H. Herrman, Dr. H. Shofield and Ms. Murphy, University of Melbourne, Australia; Professor Z. Metelko, Professor S. Szabo and Mrs. Pibernik-Okanicov, Institute of Diabetes, Endocrinology and Metabolic Diseases and Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Zagreb, Croácia; Dr. N. Quemada and Dr. A. Caria, INSERM, Paris, France; DR. S. Rajkumar and Mrs. Shuba Kumar, Madras, Medical College, Índia; Dr. S. Saxena, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, Índia; Dr. D. Bar-On and Dr. M. Amir, Bem-Gurion Univerdity, Beer-Sheeva, Israel; Dr. Miyako Tazaki, Department of Science, Science University of Tokyo, Japan and Dr. Ariko Noji, Department of Community Health Nursing, ST. Luke’s College of Nursing, Japão; Dr. G. van Heck and Mrs. J. De Vries, Tilburg University, Holanda; Professor J. Arroyo Sucre and Professor L. Picard-Ami, University of Panama, Panamá; Professor M. Kabanov, Dr. A. Lomachenkov and Dr. G. Burkovsky, Bekhterev Psychoneurological Research Institute, ST. Petersburg, Rússia; Dr. R. Lucas Carrasco, Barcelona, Espanha; Dr. Yooth Bodharamik and Mr. Kiticorn Meesapya, Institute of Mental Health, Bangcoc, Tailândia; Dr. S. Skevington, University of Bath, Reino Unido; Dr. D. Patrick, Ms. M. Martin and Ms. D. Wild, University of Washington, Seattle, USA e Professor W.

Acuda, Dr. J. Mutambirwa, University of Zimbabwe, Harare, Zimbabwe.

Nos novos centros os investigadores são: Dra. Sylvia Bonicatto, FUNDONAR, Fundacion Oncológica Argentina, La Plata, Argentina; Dr. Gao Yonping, Hebei Mental Health Center, Hebei, China; Dr. Marcelo P. A. Fleck, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil; Dra. Anita Motzahn, Faculty of Human and Social Development, University of Victoria, Victoria BC, Canadá;

Dr. Ginette Page, School of Nursing University of Quebec, Rimouski, Canadá; Professor Jiqian Fang, Department of Medical Statistics and Community Medicine School of Public Health, GuangZhou, China; Professor M.C. Angermeyer, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Leipzig, Alemanha; Mr. Leung Kwok-fai, Department of Occupational Therapy Queen Elizabeth Hospital, Kowloon, Hong-Kong; Dr. Judith Harangozo, Semmelweis University of Medicine, Dr. Lajos Kullmann, National Institute for Medical Rehabilitation, Budapeste, Hungria; Dr. G. de Girolamo, Department of Mental Health, Bolonha, Itália; Dr. Mary Kalfoss, Department of Public Health and Primary Health Care, Division of Nursing Science, University of Bergen, Bergen, Noruega; Dr. Malik H. Mubbashar, Department of Psychiatry, Rawalpindi General Hospital, Rawalpindi, Paquistão; Professor Ingela Wiklund, Health Economics & Quality of Life, Mölndal, Suécia; Dr. Caner Fidaner, Balçova/Izmir, Turquia; Professor Per Bech, Psychiatric Research Unit, Hilerod, Dinamarca; Professor Mare Teichmann, Tallinn Technical University, Tallinn, Estônia.

Um painel internacional incluiu: Dr. N.K. Aaronson, Dr. P. Bech, Dr. M. Bullinger, Dr. He-Nian Chen, Dr. J. Fox-Rushby, Dr. C. Moinpour and Dr. R. Bosser. Consultores que contribuíram com a OMS nos vários estágios do desenvolvimento do projeto incluíram: Dr. D. Buesching, Dr. D. Bucquet, Dr. L.W. Chambers, Dr. B. Jambon, Dr. C.D. Jenkins, Dr. D. De Leo, Dr. L. Fallowfield, Dr. P. Gerin, Dr. P. Graham, Dr. O. Gureje, Dr. K. Kalumba, Dr. Kerr-Correa, Dr. C. Mercier, Mr. J. Oliver, Dr. Y. H. Poortinga, Dr. R. Trotter e Dr. F. van Dam.

Referências

1. Fox-Rushby J, Parker M. Culture and the measurement of health-related quality of life. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 1995;45(4):257-63.
2. World Health Organization. Protocol for new centers WHOQOL. [MNH/PSF/94.4]. Genebra: WHO; 1994.
3. World Health Organization. WHOQOL focus group moderator training. Genebra. [MNH/PSF/92.9]. Genebra: WHO;1992.
4. World Health Organization. WHOQOL Rating scales. [Draft 30.08.93]. Genebra: WHO; 1993.
5. World Health Organization. WHOQOL Study protocol. [MNH/PSF/93.9]. Genebra: WHO; 1993.
6. 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.
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. World Health Organization. Field Trial WHOQOL-100 February 1995. The 100 questions with response scales. [MNH/PSF/95.1D Rev.1]. Genebra: WHO ;1995.
9. World Health Organization. Field Trial WHOQOL-100 February 1995. Scoring the WHOQOL. [MNH/PSF/95.1F]. Genebra: WHO; 1995.
10. World Health Organization. Resources for new WHOQOL centers. [MNH/PSF/95.2] Genebra: WHO; 1995.
11. World Health Organization. Summary of analyses of WHOQOL pilot data. [MNH/PSF/95.3]. Genebra: WHO; 1995.
12. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. [MAS/MNH/PSF/97.4]. Genebra: WHO; 1997.
13. Sartorius N, Kuyken W. Translation of health status instruments. In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 3-18.
14. 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(7):914-9.