

Avaliação da qualidade de vida na infecção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref

Maria Cristina Canavarro
Marco Pereira

*Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*

Resumo

O objectivo do presente trabalho consistiu em descrever a aplicação do instrumento de avaliação de qualidade de vida na infecção VIH, versão abreviada (WHOQOL-HIV-Bref) para Português Europeu, bem como apresentar as suas características psicométricas. O WHOQOL-HIV-Bref foi aplicado a uma amostra de 1196 indivíduos infectados pelo VIH dos principais departamentos/serviços de doenças infecciosas do nosso país. Do protocolo de validação deste instrumento fazia igualmente parte o Beck Depression Inventory (BDI) e o Brief Symptom Inventory (BSI). A análise factorial confirmatória do WHOQOL-HIV-Bref indicou um ajustamento aceitável, apoiando a estrutura original composta por seis domínios. O WHOQOL-HIV-Bref apresentou características psicométricas aceitáveis de consistência interna (o α de Cronbach variou entre .61 e .80) e validade de construto. Este instrumento mostrou ainda boa capacidade discriminativa, com todos os domínios a discriminar os doentes infectados quando se adopta como critério diferenciador a percepção geral de saúde e quase todos os domínios (excepto o domínio espiritualidade) a discriminar quando se adopta como critério as categorias de contagem de linfócitos TCD4+. As características psicométricas do WHOQOL-HIV-Bref validam a sua utilização no nosso país, e este instrumento apresenta-se como particularmente útil para avaliar o impacto da infecção VIH não apenas no bem-estar físico e psicológico, mas também em várias dimensões para além da saúde.

Palavras-chave: Estudos psicométricos, Qualidade de vida, VIH/SIDA, WHOQOL-HIV-Bref.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the psychometric properties of the European Portuguese version of the World Health Organization's Quality of Life Instrument in HIV Infection, abbreviated

O presente estudo foi financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (Ref. 5-1.8.4/2007) e foi desenvolvido no âmbito da linha de investigação Relações, Desenvolvimento e Saúde, da Unidade I&D Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (FEDER/POCTI-SFA-160-192).

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Maria Cristina Canavarro; FPCE, Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo – Apartado 6153, 3001-802 Coimbra; E-mail: mccanavarro@fpce.uc.pt

version (WHOQOL-HIV-Bref). The Portuguese version of WHOQOL-HIV-Bref was administered in a sample of 1196 HIV-positive patients, attending the main services/departments of infectious diseases of our country. Patients also completed the Portuguese versions of Beck Depression Inventory (BDI) and Brief Symptom Inventory (BSI). Confirmatory factor analysis of the WHOQOL-HIV-Bref indicated reasonable fit, supporting the original six-domain structure. The WHOQOL-HIV-Bref showed acceptable internal consistency (alpha range from .61 to .80 across domains) and content validity. This instrument also showed good discriminative power, with all domains allowing the distinction between patients with different general health perception, and nearly all domains (the exception was spirituality domain) differentiating patients considering the stages of CD4+ T cell count. The psychometric properties of WHOQOL-HIV-Bref validate its use in our country and this instrument showed to be particularly useful to address the impact of HIV not only in physical and psychological well-being but also in several domains beyond health.

Key-words: HIV/AIDS, Psychometric studies, Quality of life, WHOQOL-HIV-Bref.

A avaliação da qualidade de vida (QdV) na infecção pelo VIH é fundamental para compreender a forma como vive uma pessoa com o VIH/SIDA (PLWHA – do original em inglês, *People Living With HIV/AIDS*) (Shumaker, Ellis, & Naughton, 1997; Skevington & O'Connell, 2003; WHOQOL-HIV Group, 2003b) e deve-se essencialmente à natureza da própria infecção, caracterizada pela imprevisibilidade e pelas múltiplas recorrências, bem como à necessidade de avaliar os efeitos dos tratamentos no bem-estar dos indivíduos infectados (Bing et al., 2000; Remple, Hilton, Ratner, & Burdge, 2004). Por outro lado, as exigências de aderir a uma terapêutica rigorosa, a estigmatização e o medo de morrer da doença (Pierret, 2000) relevam a importância de avaliar a QdV nos doentes seropositivos para o VIH.

A importância desta avaliação na infecção por VIH consubstanciou-se sobretudo a partir de 1997 com o desenvolvimento de diversas medidas de avaliação (e.g., Holmes & Shea, 1997; Lenderking, Testa, Katzenstein & Hammer, 1997; Leplège, Rude, Ecosse, Ceinos, Dohin, & Pouchot, 1997; Lubeck & Fries, 1997; Smith, Avis, Mayer, & Swislow, 1997; Wu, Hays, Kelly, Malitz, & Bozzette, 1997) mas também, com a formalização do grupo de QdV da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS desenvolveu a medida genérica de avaliação da QdV (WHOQOL-100), mas sentiu a necessidade de a complementar com aspectos particulares da QdV de pessoas com doenças específicas. Partindo desta premissa, e tendo em conta o impacto da infecção VIH nos indivíduos e na saúde pública, desenvolveu um módulo específico para avaliação da QdV nos doentes infectados pelo VIH. Este módulo constituiu o WHOQOL-HIV e conserva a estrutura do instrumento original acrescida das facetas específicas à infecção VIH. De forma semelhante à versão genérica, foi desenvolvida uma versão breve deste instrumento, o WHOQOL-HIV-Bref. O objectivo do presente estudo consistiu em avaliar as propriedades psicométricas da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref.

A relevância do desenvolvimento WHOQOL-HIV-Bref justifica-se por dois motivos, que vêm colmatar algumas das limitações apontadas a outros instrumentos. Em primeiro lugar, no contexto da infecção por VIH, a maioria dos instrumentos existentes foram desenvolvidos numa única cultura e depois traduzidos em vários idiomas. Este tipo de abordagem não assegurava, porém, que estas medidas fossem apropriadas para uso em culturas diferentes, ou seja, não garantiam uma equivalência transcultural. Em segundo lugar, porque nenhum instrumento genérico ou específico de avaliação da QdV no VIH foi validado em África ou na Ásia, onde o número de doentes infectados é elevado (WHOQOL-HIV Group, 2003a).

Desenvolvimento do WHOQOL-HIV-Bref: O Método WHOQOL

À medida que se tem avançado no estudo da QdV, tem-se sentido a necessidade de chegar a um acordo sobre a sua natureza e características. Actualmente, parece ter-se alcançado um consenso internacional para considerar a QdV como um conceito baseado em três aspectos principais: a QdV é subjectiva; é um conceito teórico eminentemente multidimensional; e contempla dimensões positivas e negativas (WHOQOL Group, 1994, 1995). O desenvolvimento destes elementos conduziu à definição de qualidade de vida assumida pela OMS, como 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 acordo com esta definição, de um conceito vasto, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspectos salientes do ambiente em que o indivíduo vive.

A coerência entre a definição proposta e o instrumento de avaliação construído está bem patente na estrutura multidimensional do WHOQOL-HIV-Bref. Este instrumento, tal como os restantes instrumentos da família WHOQOL, foi desenvolvido de acordo com metodologia própria (cf. WHOQOL Group, 1994, 1995) e assenta numa organização em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos associados à espiritualidade, religião e crenças pessoais) e 29 facetas específicas. Cada uma destas facetas específicas (uma faceta pode ser caracterizada como uma descrição de um comportamento, um estado, uma capacidade ou uma percepção ou experiência subjectiva) sumaria o domínio particular de QdV em que se insere. O instrumento é ainda composto por uma faceta geral, que avalia a QdV global e a percepção geral de saúde. Das 29 facetas específicas, 24 provêm do WHOQOL-100 (cf. Canavarro et al., 2010). No entanto, comporta cinco facetas adicionais específicas dos PLWHA, inseridas nos seguintes domínios: Físico: *sintomas dos PLWHA*; Relações Sociais: *inclusão social*; e Espiritualidade: *perdão e culpa*; *preocupações sobre o futuro*; e *morte e morrer*.

Assim, o WHOQOL-HIV-Bref é constituído por 31 perguntas, duas de âmbito mais geral (que avaliam a qualidade de vida geral e a percepção geral de saúde) e 29 representando as facetas específicas. Dada a sua essência mais breve, o WHOQOL-HIV-Bref cumpre diversas limitações inerentes à versão longa, como o uso em estudos epidemiológicos de larga escala, situações em que o cansaço dos doentes deva ser minimizado, monitorização clínica regular, ou que informações detalhadas no que respeita a sub-domínios da QdV sejam desnecessárias (Skevington, Lofly, & O'Connell, 2004).

O processo de desenvolvimento e validação do WHOQOL-HIV-Bref deve seguir uma metodologia própria da OMS (cf. WHOQOL Group, 1994, 1995), fundamentada num conjunto de procedimentos standardizados, relativamente a quatro fases essenciais: (1) a tradução dos instrumentos; (2) a preparação do estudo qualitativo piloto; (3) o desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) o estudo de campo quantitativo. No âmbito deste artigo, estas fases não serão abordadas; no entanto, convém referir que no processo de validação dos instrumentos de avaliação da QdV, quer das versões genéricas (longa e breve: WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref) quer das versões que incluem o módulo VIH (em particular a versão longa: WHOQOL-HIV), todas as etapas mencionadas foram cumpridas e encontram-se descritas em outras publicações (cf. Canavarro et al., 2006; Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2010, 2011; Rijo et al., 2006). Assim, o presente estudo tem como objectivo apresentar o comportamento psicométrico da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref, testando ainda a estrutura factorial definida pelo WHOQOL-HIV Group, no sentido de verificar se esta versão possui características que permitam a sua utilização em Portugal.

Método

Participantes

A amostra que integra o presente estudo foi constituída por 1196 indivíduos seropositivos para o VIH, com uma idade média de 40.72 anos ($DP=9.71$ anos) e oscilando entre 18 e 81 anos. A grande maioria dos participantes pertencia ao sexo masculino (67.4%), tinha habilitações literárias ao nível do 2º e 3º ciclos do ensino básico (45.6%) e era solteira (44.6%). As principais características sociodemográficas e relativas à infecção por VIH encontram-se expressas na Tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas e relativas à infecção por VIH da amostra

| | <i>n (%)</i> |
|---|--------------|
| <i>Sexo</i> | |
| Masculino | 808 (67.4) |
| Feminino | 388 (32.4) |
| <i>Habilitações literárias</i> | |
| Até ao 1º ciclo do ensino básico | 363 (30.5) |
| 2º e 3º ciclos do ensino básico | 543 (45.6) |
| Ensino secundário | 169 (14.2) |
| Estudos superiores | 116 (9.7) |
| <i>Estado civil</i> | |
| Solteiro(a) | 531 (44.6) |
| Casado(a)/União de facto | 398 (33.4) |
| Separado(a)/Divorciado(a) | 215 (18.1) |
| Viúvo(a) | 47 (3.9) |
| <i>Categoria de transmissão</i> | |
| Relação sexual com homem | 413 (35.1) |
| Relação sexual com mulher | 321 (27.2) |
| Drogas injectáveis | 381 (32.3) |
| Contacto com sangue | 35 (3.0) |
| Outra | 28 (2.4) |
| <i>Estado serológico</i> | |
| Assintomático | 732 (61.5) |
| Sintomático | 151 (12.7) |
| SIDA | 243 (20.4) |
| Desconhecido | 65 (5.5) |
| <i>Contagem de linfócitos CD4+</i> | |
| <200 células/mm ³ | 250 (20.9) |
| Entre 201 e 499 células/mm ³ | 447 (37.4) |
| >500 células/mm ³ | 368 (30.8) |
| Desconhecido | 131 (11.0) |

No que diz respeito às características associadas à infecção por VIH, em particular a categoria de transmissão, a maioria dos participantes refere transmissão através de relação sexual com homem. A análise, considerando o género, revelou que 73.7% ($n=283$) das mulheres referem infecção por via heterossexual. Entre os homens, a distribuição pelas principais características foi relativamente mais

equilibrada: 40.3% referiram infecção por via sexual heterossexual; 38.8% através de drogas injectáveis; e 16.4% referiram transmissão através de relação sexual com homem. A maioria dos doentes pertenciam ao estágio assintomático e em termos de contagem de linfócitos CD4+, a maior proporção dos inquiridos apresentam uma contagem no intervalo 201-499 células/mm³. O tempo médio decorrido desde o diagnóstico foi de 9.03 anos ($DP=5.18$).

Em termos globais, 18.4% dos participantes classificaram a sua saúde como “má” ou “muito má”; 36.6% classificaram-na como “nem boa nem má”; 40.6% classificaram-na como “boa” e 4.4% como “muito boa”. Dado que o número de indivíduos referindo o estado de saúde como muito mau foi pequeno ($n=42$; 3.6%), esta categoria foi combinada com a categoria “má”. A proporção de indivíduos que assinalou a categoria “muito boa” foi também pequena ($n=51$) donde optou-se pela agregação com a categoria “boa”.

Instrumentos

O protocolo de avaliação, para além dos instrumentos que a seguir descrevemos, era composto por uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos. A primeira parte incluindo informações sobre género, idade, escolaridade, estado civil e situação profissional. A parte respeitante aos dados clínicos incluiu informações sobre: estado geral de saúde, presença de co-infecções ou de outras doenças anteriores, estado serológico, ano em que realizou o primeiro teste positivo e ano em que pensou ter sido infectado, categoria de transmissão, contagem de linfócitos CD4+ e aspectos relativos à toma da medicação. No nosso estudo, o estado serológico foi definido de acordo com o sistema de classificação dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), nomeadamente, tendo em consideração os três níveis de contagem dos linfócitos CD4+: (1) >500 células/mm³; (2) entre 201 e 499 células/mm³; e (3) <200/mm³). O estado geral de saúde foi avaliado através da pergunta “Como está a sua saúde?”, e de acordo com uma escala variando entre muito má (1) até muito boa (5). Para efeitos comparativos, os indivíduos foram colocados em um dos três seguintes grupos: saúde má (*scores* 1 e 2); saúde nem boa nem má (*scores* 3); e saúde boa (*scores* 4 e 5).

Qualidade de vida. O *World Health Organization Quality of Life in HIV Infection*, versão abreviada (WHOQOL-HIV-Bref), é um instrumento de avaliação da QdV na infecção VIH/SIDA, constituído pelos seis domínios anteriormente referidos. Cada um dos seis domínios referidos é composto por um conjunto de facetas avaliadas por apenas uma pergunta. Neste sentido, o instrumento compreende 24 perguntas sobre as facetas específicas do instrumento genérico original (o WHOQOL-100) e duas perguntas de âmbito mais geral relativas à avaliação global da qualidade de vida e percepção geral de saúde. Este instrumento comporta 5 facetas adicionais específicas à infecção por VIH anteriormente referidas. A versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref encontra-se na Tabela 2.

Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à excepção da faceta sobre qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde. As perguntas do WHOQOL foram formuladas para quatro escalas de resposta de cinco pontos associadas às dimensões intensidade, capacidade, frequência e avaliação, e foram enunciadas, quer de forma positiva quer de forma negativa. De forma geral, a interpretação dos resultados do WHOQOL-HIV-Bref é feita de forma linear a partir dos resultados obtidos. A resultados mais elevados corresponde uma melhor QdV. Seguindo as recomendações originais, os resultados dos domínios e da faceta geral foram transformados numa escala de 0 a 100. Dada a natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida que se encontra subjacente ao instrumento, os resultados deverão ser sempre analisados em função das pontuações

obtidas nos seis domínios que compõem o WHOQOL-HIV-Bref, não existindo uma “pontuação total” do instrumento. Indicações sobre a qualidade de vida em geral apenas podem ser obtidas através dos resultados da faceta que avalia a qualidade de vida em geral e a percepção geral de saúde.

Tabela 2

Versões originais e traduzidas dos itens

-
1. Como avalia a sua qualidade de vida? [*How would you rate your quality of life?*]
 2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? [*How satisfied are you with your health?*]
 3. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?
[*To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?*]
 4. Até que ponto se sente incomodado(a) com problemas físicos desagradáveis relacionados com a sua infecção VIH?
[*How much are you bothered by any physical problems related to your HIV infection?*]
 5. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?
[*How much do you need any medical treatment to function in your daily life?*]
 6. Até que ponto gosta da vida? [*How much do you enjoy life?*]
 7. Em que medida sente que a sua vida tem sentido? [*To what extent do you feel your life to be meaningful?*]
 8. Em que medida se sente incomodado(a) pelo facto de as pessoas o(a) culparem pela sua condição de portador(a) do VIH?
[*To what extent are you bothered by people blaming you for your HIV status?*]
 9. Até que ponto receia o futuro? [*How much do you fear the future?*]
 10. Até que ponto se preocupa com a morte? [*How much do you worry about death?*]
 11. Até que ponto se consegue concentrar? [*How well are you able to concentrate?*]
 12. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? [*How safe do you feel in your daily life?*]
 13. Em que medida é saudável o seu ambiente físico? [*How healthy is your physical environment?*]
 14. Tem energia suficiente para a sua vida diária? [*Do you have enough energy for everyday life?*]
 15. É capaz de aceitar a sua aparência física? [*Are you able to accept your bodily appearance?*]
 16. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? [*Have you enough money to meet your needs?*]
 17. Em que medida se sente aceite pelas pessoas que conhece? [*To what extent do you feel accepted by the people you know?*]
 18. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?
[*How available to you is the information that you need in your day-to-day life?*]
 19. Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?
[*To what extent do you have the opportunity for leisure activities?*]
 20. Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?
[*How well are you able to get around?*]
 21. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? [*How satisfied are you with your sleep?*]
 22. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?
[*How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?*]
 23. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? [*How satisfied are you with your capacity for work?*]
 24. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? [*How satisfied are you with yourself?*]
 25. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? [*How satisfied are you with your personal relationships?*]
 26. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? [*How satisfied are you with your sex life?*]
 27. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?
[*How satisfied are you with the support you get from your friends?*]
 28. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?
[*How satisfied are you with the conditions of your living place?*]
 29. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?
[*How satisfied are you with your access to health services?*]
 30. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza? [*How satisfied are you with your transport?*]
 31. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?
[*How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?*]
-

Depressão. O *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a,b) é um inventário de avaliação da depressão, constituído por 21 itens, que pretende avaliar a forma como o indivíduo se sente, e não o que manifesta, em relação a determinados sintomas característicos do quadro depressivo, permitindo assim diferenciar todos os indivíduos de uma população deprimida, em confronto com outros indivíduos de populações não deprimidas. Cada grupo de afirmações (grupos de sintomas) inclui quatro, cinco ou seis afirmações, ordenadas de acordo com a gravidade crescente do sintoma com que se relacionam, e onde o indivíduo deve assinalar a afirmação que melhor corresponde ao seu estado actual. Estas afirmações correspondem a quatro graus de gravidade (Inexistente, Leve, Moderado e Grave), categorias estas que também servem para avaliar o grau de depressão, consoante a pontuação total obtida pelo sujeito nesta escala. Assim, quanto maior a pontuação, mais grave é o quadro depressivo. No presente estudo, o α de Cronbach foi de .93 para o total da escala.

Sintomatologia psicopatológica. O *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, 2007) é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de cinco pontos ancorada em “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). O BSI avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia (somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; e psicoticismo) e três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS); o Total de Sintomas Positivos (TSP); e o Índice de Sintomas Positivos (ISP). No presente estudo, o α de Cronbach foi de .97 para o total da escala.

Procedimento

Após o desenvolvimento da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref, seguindo todas as recomendações da OMS e descritas com maior detalhe em outras publicações (cf. Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2010, 2011), teve início a recolha de dados. A recolha da amostra decorreu entre Setembro de 2007 e Julho de 2008 em diversos departamentos/serviços de doenças infecciosas dos principais hospitais de referência de Portugal, bem como em instituições não-governamentais de apoio aos doentes seropositivos. Para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicada a natureza e os objectivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato dos questionários; e assinado o consentimento informado, previamente aprovado pelas Comissões de Ética de todas as instituições envolvidas.

Resultados

Análise dos valores omissos e dos efeitos chão e tecto

Em primeiro lugar procedemos à análise dos valores omissos nos 31 itens do WHOQOL-HIV-Bref. Os resultados mostraram que estes eram aleatórios, não havendo uma percentagem significativa de não respostas, que variaram entre 0% (Item 30: *transportes*) e 0.9% (Item 23: *capacidade de trabalho*).

Com o objectivo de analisar a distribuição das respostas pelas diferentes categorias, foram realizadas a análise dos efeitos chão (percentagem de indivíduos com o resultado mínimo) e tecto (percentagem de sujeitos com resultado máximo). Para considerar a inexistência destes efeitos, a percentagem de respostas nos extremos deverá ser inferior a 20%. A análise da distribuição dos resultados nos domínios revelou a inexistência de efeitos chão e tecto. Os efeitos chão variaram entre 0.1% (domínio *psicológico*) e 2.3% (*faceta geral*) e os efeitos tecto variaram entre 0.3% (domínio *ambiente*) e 5.8% (domínio *nível de independência*). A análise dos itens não revelou efeitos chão. No que se prende com os efeitos tecto, em nove itens a proporção de sujeitos com resultado máximo foi superior a 20%. Concretamente: 44.5% (Item 3: *dor e desconforto*); 41.4% (Item 8: *perdão e culpa*); 37.5% (Item 5: *dependência de medicação e tratamentos*); 37.1% (Item 4: *sintomas dos PLWHA*); 33% (Item 10: *morte e morrer*); 28.1% (Item 20: *mobilidade*); 24.1% (Item 6: *sentimentos positivos*); 21.1% (Item 15: *imagem corporal e aparência*); e 20.5% (Item 9: *preocupações sobre o futuro*).

Sensibilidade

A sensibilidade dos itens foi avaliada recorrendo aos coeficientes de assimetria e curtose. Começámos por testar se os seis domínios e faceta geral do instrumento seguiam uma distribuição normal. Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov relevaram-se significativos para todos os domínios ($p < .001$), revelando violação dos pressupostos de normalidade. As análises da assimetria e curtose mostraram a existência de uma assimetria negativa e uma tendência mesocúrtica (cf. Tabela 3). Dado o conceito em causa, bem como a percentagem significativa de doentes que referiram uma percepção boa a muito boa da sua saúde (45%) não é de estranhar que a média das respostas se situe acima do ponto médio dos domínios e faceta geral ($M=50$).

Tabela 3

Características distribucionais dos domínios

| Domínios | Min-Max | <i>M</i> | <i>DP</i> | Assimetria | Curtose |
|------------------------|---------|----------|-----------|------------|---------|
| Físico | 0-100 | 63.02 | 21.51 | -0.34 | -0.65 |
| Psicológico | 0-100 | 59.58 | 19.00 | -0.38 | -0.23 |
| Nível de independência | 0-100 | 64.30 | 21.82 | -0.41 | -0.50 |
| Relações sociais | 0-100 | 60.67 | 20.30 | -0.42 | -0.21 |
| Ambiente | 0-100 | 56.40 | 15.32 | -0.15 | 0.25 |
| Espiritualidade | 0-100 | 59.30 | 22.22 | -0.01 | -0.75 |
| Faceta geral | 0-100 | 53.07 | 20.57 | -0.36 | -0.19 |

Relativamente às características distribucionais dos itens, pela leitura da Tabela 4, podemos verificar que os itens se apresentam, globalmente, mesocúrticos e ligeiramente enviesados para pontuações elevadas. Atendendo ao critério de 0.5, designado por Meyers, Gamst e Guarino (2006) de conservador, pode-se observar que não existem problemas severos de sensibilidade dos itens. Tal aspecto pode ser verificado analisando o valor médio das respostas aos itens que se situam, com excepção dos itens 9, 16, 19 e 31, acima da alternativa de resposta média. De igual modo, estes dados são coerentes com os efeitos tecto referidos anteriormente, que indicam uma maior selecção da opção de resposta máxima.

Tabela 4

Características distribucionais dos itens

| Domínios | Min-Max | <i>M</i> | <i>DP</i> | Assimetria | Curtose |
|----------|---------|----------|-----------|------------|---------|
| 1 | 1-5 | 3.18 | 0.87 | -0.46 | 0.15 |
| 2 | 1-5 | 3.06 | 1.01 | -0.28 | -0.78 |
| 3 | 1-5 | 3.92 | 1.18 | -0.72 | -0.73 |
| 4* | 1-5 | 3.63 | 1.31 | -0.42 | -1.21 |
| 5 | 1-5 | 3.70 | 1.26 | -0.49 | -1.08 |
| 6 | 1-5 | 3.78 | 1.02 | -0.83 | 0.22 |
| 7 | 1-5 | 3.54 | 1.07 | -0.64 | -0.22 |
| 8* | 1-5 | 3.65 | 1.35 | -0.46 | -1.12 |
| 9* | 1-5 | 2.95 | 1.35 | 0.29 | -1.21 |
| 10* | 1-5 | 3.35 | 1.44 | -0.21 | -1.39 |
| 11 | 1-5 | 3.26 | 0.97 | -0.18 | -0.62 |
| 12 | 1-5 | 3.24 | 0.93 | -0.29 | -0.14 |
| 13 | 1-5 | 3.37 | 0.87 | -0.41 | -0.05 |
| 14 | 1-5 | 3.35 | 1.02 | -0.20 | -0.40 |
| 15 | 1-5 | 3.52 | 1.09 | -0.34 | -0.60 |
| 16 | 1-5 | 2.48 | 1.02 | 0.34 | -0.25 |
| 17* | 1-5 | 3.63 | 0.97 | -0.35 | -0.41 |
| 18 | 1-5 | 3.31 | 0.96 | -0.07 | -0.43 |
| 19 | 1-5 | 2.89 | 1.10 | 0.09 | -0.64 |
| 20 | 1-5 | 3.78 | 1.04 | -0.64 | -0.21 |
| 21 | 1-5 | 3.19 | 1.19 | -0.22 | -1.04 |
| 22 | 1-5 | 3.47 | 1.02 | -0.46 | -0.57 |
| 23 | 1-5 | 3.33 | 1.09 | -0.33 | -0.78 |
| 24 | 1-5 | 3.43 | 1.09 | -0.39 | -0.62 |
| 25 | 1-5 | 3.54 | 1.01 | -0.57 | -0.24 |
| 26 | 1-5 | 3.05 | 1.12 | -0.15 | -0.78 |
| 27 | 1-5 | 3.49 | 1.03 | -0.54 | -0.29 |
| 28 | 1-5 | 3.55 | 1.03 | -0.67 | -0.14 |
| 29 | 1-5 | 3.65 | 0.94 | -0.77 | 0.31 |
| 30 | 1-5 | 3.57 | 0.95 | -0.80 | 0.40 |
| 31 | 1-5 | 2.92 | 1.07 | -0.03 | -0.52 |

Nota. *Itens do módulo VIH.

Validade de construto

Foi realizada uma AFC, com o objectivo de testar a estrutura original do WHOQOL-HIV-Bref. De acordo com Byrne (2010) é necessária a análise de diversos itens de ajustamento, de forma a avaliar a adequabilidade do modelo proposto aos dados da amostra. Tendo em consideração os critérios apresentados por Marsh, Hau e Wen (2004), foram seleccionados o χ^2 (o nível de significação associado deverá ser superior a .05), o *Comparative Fit Index* (CFI; cujo valor deverá ser igual ou superior a .90) e o *Root Mean Square Error of Aproximation* (RMSEA; este valor deverá encontrar-se no intervalo entre .05 e .08). Os valores obtidos na AFC não se apresentaram nos intervalos sugeridos [$\chi^2=3052.91$, $p<.001$; $CFI=.814$; $RMSEA=.078$]. A análise dos índices de modificação sugeriu a correlação entre vários pares de erros, nomeadamente: Item 3 (*dor e desconforto*) e Item 4 (*sintomas dos PLWHA*), Item 6 (*sentimentos positivos*) e Item 7 (*espiritualidade, religião e crenças pessoais*), Item 18 (*acesso a informações*) e Item 19 (*recreio e lazer*), Item 24 (*auto-estima*) e Item 25 (*relações pessoais*), Item 29 (*cuidados de saúde e sociais*) e Item 30 (*transportes*), Item 8 (*perdão e culpa*) e Item 9 (*preocupações*

sobre o futuro), Item 8 (*perdão e culpa*) e o Item 10 (*morte e morrer*), e entre o Item 8 (*perdão e culpa*) e Item 17 (*inclusão social*). A análise dos índices de ajustamento revelou um ajustamento mais aceitável [$\chi^2=1748.42$, $p<.001$; $CFI=.901$; $RMSEA=.058$].

Adicionalmente, procuraram-se conhecer as correlações entre os seis domínios do WHOQOL-HIV-Bref. Através da leitura da Tabela 5, constata-se que todas as correlações são estatisticamente significativas. As correlações mais elevadas registaram-se entre o domínio *psicológico* e os domínios *físico e relações sociais*; e também entre os domínios *físico e nível de independência*; e *relações sociais e ambiente*.

Tabela 5

Comparação dos resultados nos diferentes domínios e faceta geral em relação à percepção geral de saúde

| Domínio | Má | Nem boa nem má | Boa | F | η_p^2 |
|------------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|------------|
| | M (DP) | M (DP) | M (DP) | | |
| Físico | 45.40 (20.04) | 59.85 (19.89) | 73.05 (17.36) | 174.61*** | .23 |
| Psicológico | 47.22 (19.42) | 57.40 (17.01) | 66.62 (17.35) | 97.90*** | .14 |
| Nível de Independência | 44.91 (20.18) | 61.82 (19.97) | 74.39 (17.49) | 190.75*** | .25 |
| Relações Sociais | 49.48 (21.44) | 58.99 (18.73) | 66.53 (18.99) | 61.53*** | .10 |
| Ambiente | 46.11 (15.10) | 54.11 (12.97) | 62.69 (14.34) | 116.62*** | .17 |
| Espiritualidade | 52.73 (21.08) | 56.92 (21.58) | 64.49 (21.98) | 27.40*** | .05 |
| QdV geral | 33.04 (18.85) | 49.31 (16.33) | 64.41 (16.60) | 278.29*** | .32 |

Nota. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

Dado que o conceito de QdV, tal como foi definido pela OMS, é um conceito complexo que não pode ser avaliado de forma linear, tendo em conta a sua essência multidimensional, à semelhança do realizado por diversos autores no processo de validação da versão genérica dos instrumentos WHOQOL procuraram-se conhecer as relações entre os domínios e a faceta que avalia a QdV global e a percepção geral de saúde. Com este objectivo, foram realizadas correlações entre os seis domínios e a faceta que avalia a QdV geral e a percepção geral de saúde. Todos os domínios apresentaram correlações elevadas, positivas e estatisticamente significativas. Ainda neste âmbito, procurou-se igualmente verificar a associação entre as diferentes dimensões do WHOQOL-HIV-Bref e a percepção do estado de saúde. Todas as associações foram positivas e estatisticamente significativas, variando entre .22 (*Espiritualidade*) e .51 (*Nível de independência*). A correlação entre a percepção de estado de saúde e a *Faceta geral de QdV* foi de .59 ($p<.001$).

Por fim, procurámos analisar as correlações obtidas entre cada item (faceta) e os seis domínios do WHOQOL-HIV-Bref. Quase todos os itens se correlacionam de forma estatisticamente significativa com o domínio a que pertencem (r entre .58 e .85). A única excepção registou-se no Item 7 (*espiritualidade, religião e crenças pessoais*) que se correlacionou mais significativamente com o domínio *Psicológico* ($r=.68$, $p<.001$) do que com o domínio da *Espiritualidade*, do qual faz parte ($r=.44$, $p<.001$).

Fidelidade

A consistência interna dos itens e dos diferentes domínios foi analisada através do cálculo do α de Cronbach, do coeficiente de bipartição (*split-half*) e do coeficiente de Spearman-Brown. Relativa-

mente aos domínios, os valores do α de Cronbach foram os seguintes: .71 (*Físico*), .78 (*Psicológico*), .80 (*Nível de independência*), .79 (*Relações sociais*), .78 (*Ambiente*) e .61 (*Espiritualidade*). Tendo em consideração os critérios anteriormente mencionados, a consistência interna do domínio da *Espiritualidade* configura-se como particularmente frágil mas, ainda assim, acima do nível considerado inaceitável ou indesejável. Quando se consideram as 31 questões que compõem o instrumento o α de Cronbach foi de .93. O coeficiente de *Guttman Split-half* (entre metades) ($r=.81$) e o coeficiente de *Spearman-Brown* (.90) para o total dos itens surgem igualmente como dados abonatórios da boa consistência interna do instrumento.

Para avaliar em que medida cada item é capaz de representar adequadamente o construto que o instrumento pretende medir, procedemos à análise dos coeficientes de correlação entre cada item e o total corrigido (excluindo o item). Nesta análise seguimos os critérios apontados por Kline (2000), que sugere que são bons itens aqueles que se correlacionam acima de .30 com o total corrigido (total excluindo o item). Todos os itens apresentaram correlações superiores a 0.30: as correlações item-total variaram entre .31 para o item 10, que corresponde à faceta *morte e morrer* e .72 – item 24, que corresponde à faceta *auto-estima*.

A contribuição particular de cada item para a consistência interna do instrumento foi determinada através dos coeficientes α de Cronbach excluindo os itens, em relação à totalidade do instrumento. Ao analisar os resultados obtidos, quando o item é excluído, constatamos que o valor do α de Cronbach variou entre .925 (quando se exclui o item 24) e .931 (quando se retiraram, isoladamente, os itens 9 e 10). De forma geral, os resultados obtidos confirmam a importância de cada item para o desempenho do instrumento.

Validade discriminante

A pergunta “Como está a sua saúde?”, relativa à percepção geral de saúde foi, como referimos, considerada como critério discriminador do estado de saúde. Os participantes, de acordo com a resposta a esta pergunta, foram agrupados em três categorias: saúde *má*; saúde *nem boa nem má* e saúde *boa*. Os efeitos multivariados do factor estado de saúde revelaram-se estatisticamente significativo [*Wilk's lambda*=.61; $F(12,2314)=46.59$, $p<.001$, $\eta_p^2=.22$]. Os testes univariados subsequentes revelaram que todos os domínios, bem como a faceta geral, contribuíram para esse efeito multivariado. Na Tabela 6 encontram-se os resultados em relação aos seis domínios e faceta geral do WHOQOL-HIV-Bref.

Tabela 6

Comparação dos resultados nos diferentes domínios e faceta geral em relação aos subgrupos de contagem de CD4+ (células/mm³)

| Domínio | A [<200] | B [201-499] | C [>500] | F | η_p^2 |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|----------|------------|
| | M (DP) | M (DP) | M (DP) | | |
| Físico | 57.23 (21.95) | 65.03 (20.88) | 65.29 (20.89) | 13.42*** | .03 |
| Psicológico | 54.95 (19.23) | 60.02 (18.41) | 60.64 (18.62) | 7.95*** | .02 |
| Nível de Independência | 55.58 (23.08) | 65.25 (20.84) | 68.97 (20.44) | 30.37*** | .05 |
| Relações Sociais | 57.30 (20.29) | 60.87 (19.66) | 62.56 (20.70) | 5.11** | .01 |
| Ambiente | 51.67 (15.30) | 56.85 (14.67) | 58.08 (15.22) | 14.64*** | .03 |
| Espiritualidade | 59.06 (21.23) | 60.67 (21.94) | 59.49 (22.52) | 0.52 | .00 |
| QdV geral | 44.02 (20.05) | 53.68 (19.84) | 58.08 (20.21) | 37.20*** | .07 |

Nota. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

Pela leitura da Tabela 6, podemos verificar que a QdV é tanto maior quanto melhor a percepção que os indivíduos têm do seu estado de saúde e que em todos as dimensões do instrumento se encontraram diferenças significativas. O maior efeito discriminador verificou-se na *Faceta geral de QdV* e no domínio *Nível de independência*. Pelo contrário, a menor capacidade discriminativa registou-se no domínio da *Espiritualidade*. No que respeita aos seis domínios, das 21 comparações possíveis (baseadas na correcção de Bonferroni), apenas uma não se revelou estatisticamente significativa: entre a categoria “má” e “nem boa nem má” e em relação ao domínio da *Espiritualidade* ($p=.063$). Os resultados mostraram ainda que as 29 facetas específicas discriminam os indivíduos em função da sua percepção do estado de saúde.

Considerando o estado serológico dos inquiridos, tendo em conta as categorias criadas de acordo com a contagem dos linfócitos CD4+, efeitos multivariados revelaram-se estatisticamente significativos [*Wilk's lambda*=.90; $F(14,2112)=8.11$, $p<.001$, $\eta_p^2=.05$]. Como se pode observar na Tabela 7, registaram-se efeitos univariados estatisticamente significativos em cinco domínios do WHOQOL-HIV-Bref, bem como na faceta que avalia a qualidade de vida global e percepção geral de saúde, sendo que, em termos gerais, são os indivíduos com menor contagem de linfócitos CD4+ (<200 células/mm³) que registam os piores resultados de QdV. No domínio da *Espiritualidade* os doentes com menor contagem de linfócitos CD4+ apresentaram resultados mais elevados que os doentes da categoria C (>500 células/mm³). Neste domínio não se encontraram quaisquer diferenças com significação estatística. O maior poder discriminativo observou-se no *Nível de independência* e na *Faceta geral de QdV*. Relativamente aos domínios, das 21 comparações possíveis, doze revelaram-se significativas e, em todas, o grupo A se diferenciou significativamente dos grupos B e C.

Tabela 7

Coefficientes de correlação ente os diferentes domínios e faceta geral, e correlações entre os domínios e o resultado total do BDI e o Índice Geral de Sintomas do BSI

| Domínio | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| D1 (Físico) | - | | | | | |
| D2 (Psicológico) | .63*** | - | | | | |
| D3 (Nível de Independência) | .71*** | .62*** | - | | | |
| D4 (Relações Sociais) | .56*** | .70*** | .61*** | - | | |
| D5 (Ambiente) | .56*** | .65*** | .62*** | .65*** | - | |
| D6 (Espiritualidade) | .46*** | .52*** | .39*** | .47*** | .38*** | - |
| QdV geral | .55*** | .59*** | .59*** | .50*** | .57*** | .36*** |
| BDI | -.57*** | -.66*** | -.53*** | -.54*** | -.51*** | -.48*** |
| BSI | -.57*** | -.64*** | -.51*** | -.53*** | -.51*** | -.53*** |

Nota. *** $p<.001$.

Validade convergente

Com o objectivo de avaliar a validade convergente, procedemos à correlação dos domínios do WHOQOL-HIV-Bref com medidas de depressão e psicopatologia, tal como são avaliadas, respectivamente, pelo BDI e BSI. Verificou-se que todos os domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos com o resultado global de depressão (BDI) e o índice geral de sintomas (BSI). A correlação com a faceta geral de QdV foi, respectivamente, de $-.52$ ($p<.001$) e $-.48$ ($p<.001$). As correlações são inversas, isto é, uma melhor pontuação nas dimensões de QdV encontra-se associada

a menores resultados na depressão e nos indicadores psicopatológicos. Os resultados mostram ainda que tanto o resultado global do inventário depressivo como o índice geral de sintomas do BSI apresentam coeficientes de correlação significativamente mais elevados com o domínio *Psicológico* (respectivamente, $-.66$ e $-.64$), o que é consistente com as variáveis avaliadas por estes dois instrumentos.

Discussão

O presente artigo tem como principal objectivo apresentar as propriedades psicométricas do WHOQOL-HIV-Bref. Este questionário faz parte de um conjunto de instrumentos derivados de um projecto multicêntrico da OMS e consiste na versão abreviada do WHOQOL-HIV, instrumento de avaliação da qualidade de vida que congrega um módulo específico da infecção por VIH, suplementar à medida genérica de avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1994, 1995).

As características psicométricas do instrumento foram avaliadas pelos estudos de precisão e validade realizados. Globalmente, este instrumento demonstrou ter bons valores de consistência interna, validade discriminante e validade de construto. Ainda que existam alguns estudos que utilizaram o WHOQOL-HIV-Bref (e.g., Calvetti, Muller, & Nunes, 2008; Chandra et al., 2006; Kovačević, Vurusić, Duvančić, & Maček, 2006; Mutimura, Stewart, & Crowther, 2007; Préau, Apostolidis, Francois, Raffiti, & Spire, 2007), no presente momento, e que seja do nosso conhecimento, anda não foram publicados (por outros Centros da OMS) resultados sobre os estudos psicométricos deste instrumento, pelo que na discussão dos nossos resultados não temos termos de comparação.

No âmbito da validade de construto, o recurso à AFC não nos permitiu, na presente amostra, confirmar totalmente a estrutura do WHOQOL-HIV-Bref, que apresentou, inicialmente, índices de ajustamento inaceitáveis. Para alcançar um CFI aceitável foi necessário fazer co-variá diversos pares de erros. Esta melhoria do índice de ajustamento permitiu demonstrar que a estrutura proposta é adequada, no entanto, revelou também a importância de analisar com maior detalhe a constituição do domínio da *Espiritualidade*. Com efeito, quatro dos oito erros correlacionados envolvem itens deste domínio. Especificamente, o item 7 (*espiritualidade, religião e crenças pessoais*) correlacionou-se mais fortemente com o domínio *Psicológico* do que com o domínio em que estava originalmente incluído. Este dado foi já referido em estudos de validação da versão genérica (WHOQOL-Bref) (e.g., Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin, 2000) sugerindo-se que este item possa ser deslocado para o domínio *Psicológico*.

A consistência interna, avaliada através do α de Cronbach, apresentou valores bastante aceitáveis, quer se analisem as 31 perguntas ou cada domínio individualmente. Em concreto, os coeficientes α de Cronbach determinados para o conjunto dos itens satisfazem os critérios propostos por autores como Nunnally (1978) e Pasquali (2003), segundo os quais é aceitável um valor de α superior a 0.70. A excepção registou-se no domínio da *Espiritualidade*, onde se verificou uma menor consistência interna. Os nossos resultados são semelhantes aos de um estudo croata (Kovačević et al., 2006), que encontrou α entre .51 e .80. Embora tenham encontrado um valor mais elevado no domínio *Espiritualidade* ($\alpha=.67$), a consistência registada no domínio *Físico* ($\alpha=.51$) situou-se claramente abaixo do valor por nós encontrado. Os nossos dados são, porém, melhores que os resultados reportados no estudo de Préau et al. (2007), no qual três domínios apresentaram consistência interna

inferior a .70 (*Nível de independência, Relações sociais e Espiritualidade*). Pensamos que a baixa consistência interna do domínio *Espiritualidade* reflecte essencialmente o conteúdo dos itens que compõem este domínio (Itens 7, 8, 9 e 10; cf. Tabela 2). Concretamente, trata-se de um domínio que avalia, para além da faceta específica do instrumento genérico (*espiritualidade, religião, crenças pessoais*), três facetas do módulo HIV: *perdão e culpa; preocupações sobre o futuro; e morte e morrer*. Estas três facetas, ainda que tenham sido um importante acrescento à faceta original, permitindo uma exploração mais completa dos aspectos existenciais e, sobretudo, possibilitando a investigação de áreas da QdV ainda não analisadas pelo WHOQOL-100 (WHOQOL-HIV Group, 2004), aglutinam também conteúdos passíveis de, e particularmente no caso da infecção VIH, maior activação emocional.

No que se prende com a capacidade discriminativa, verificámos que todos os domínios do WHOQOL-HIV-Bref discriminam bem os doentes infectados quando se adopta como critério diferenciador a percepção geral de saúde. Quando consideramos a contagem de CD4+ (estratificada de acordo com a classificação dos CDC), o domínio *Espiritualidade* não apresenta poder discriminativo. Os resultados mostram igualmente que entre os indivíduos infectados, e de forma consistente entre os grupos, são os domínios *Ambiente e Espiritualidade* que apresentam piores resultados, sugerindo que a infecção VIH se estende para além dos aspectos directamente associados com a saúde física. Por outras palavras, estes resultados parecem sugerir a importância de considerar intervenções alternativas, de carácter mais holístico, e considerando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, para além dos contemplados no modelo estritamente biomédico. Em relação ao *Ambiente*, estes resultados reflectem, particularmente, as características pouco diferenciadas da amostra no que respeita aos indicadores socioeconómicos. Já no que se prende com os aspectos espirituais, refira-se que estes constituem uma das áreas que, mais recentemente, têm assumido maior relevância no contexto da infecção por VIH (Siegel & Scrimshaw, 2000; WHOQOL Group, 2003b, 2004) incluindo, de modo mais aprofundado, dentro do projecto WHOQOL (WHOQOL SRPB Group, 2006).

No que se prende com a validade de conteúdo, pela observação da matriz de correlações verificou-se que os seis domínios do WHOQOL-HIV-Bref se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa, quer entre si, quer com a faceta geral de qualidade de vida. No mesmo sentido, é positiva e estatisticamente significativa a associação com a percepção que os doentes têm do seu estado de saúde. Estes resultados são consistentes do ponto de vista teórico, dado o construto em causa e têm sido demonstrados nos vastos estudos dos instrumentos da família WHOQOL.

No âmbito dos estudos de validade, procurámos ainda estudar a associação entre a QdV, a depressão e a psicopatologia. Em ambos os casos se verificou uma correlação significativamente mais elevada com o domínio *Psicológico*. Todas as correlações são negativas (ou seja, uma melhor pontuação nos domínios da QdV está associado a um menor resultado nos indicadores de depressão e de psico-sintomatologia), moderadas a elevadas e estatisticamente significativas. A associação entre o *distress* emocional e as diferentes dimensões de QdV tem sido amplamente demonstrada na literatura sobre o VIH e suporta a evidência de que o estado emocional poderá ter um papel preponderante na QdV (Heinonen, Aro, Aalto, & Uutela, 2004). De igual modo, estes dados são coerentes com os reportados por diversos estudos de validação da versão longa (e.g., Canavarro et al., 2011; Starace et al., 2002; Zimpel & Fleck, 2007) e atestam a validade convergente do instrumento.

Este estudo não está isento de algumas limitações. Em primeiro lugar, as limitações impostas pela amostragem por conveniência e o desenho transversal devem ser consideradas na generalização dos resultados. Por outro lado, o desenho transversal não permite avaliar a sensibilidade à mudança do instrumento. Uma outra limitação diz respeito à ausência de reteste. O número de participantes que preencheram o protocolo de avaliação num segundo momento foi significativamente baixo para permitir a realização do estudo da estabilidade temporal. Também a metodologia inicial do projecto

WHOQOL-HIV (para revisão cf. WHOQOL-HIV Group, 2003b) recomendava uma divisão da amostra segundo critérios de idade (50% com menos de 30 anos), género (50% do sexo masculino) e estado de saúde (33% de cada estágio de infecção). Dado que a amostra do presente estudo foi efectuada por conveniência, não foi possível cumprir as recomendações internacionais. Este aspecto acabou se observar inclusivamente no desenvolvimento da versão longa deste instrumento (o WHOQOL-HIV) das versões de Itália (Starace et al., 2002), do Brasil (Zimpel & Fleck, 2007), bem como do próprio WHOQOL-HIV Group (WHOQOL-HIV Group, 2003b, 2004). Pensamos, contudo, que esta amostra, sendo de grande dimensão, reflecte de forma mais precisa as características das pessoas oficialmente notificadas com infecção por VIH em Portugal (DDI-URVE, 2010).

Em síntese, e face ao exposto anteriormente, os dados relativos à precisão e validade da versão do WHOQOL-HIV-Bref para Português de Portugal, ainda que exploratórios, asseguram o seu bom desempenho psicométrico, tornando-se uma medida adequada para avaliação da qualidade de vida em Portugal, nesta população específica. O WHOQOL-HIV-Bref, de forma semelhante aos outros instrumentos da família WHOQOL, é um instrumento conceptualmente fundamentado, a sua essência transcultural e o desenvolvimento derivado de uma sofisticação metodológica permite ainda a comparação dos resultados em estudos internacionais. Pensamos que este facto ultrapassa uma das principais limitações associadas aos instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida dos doentes seropositivos, que consiste no desenvolvimento monocultural e posterior tradução, abordagem que, de acordo com o grupo da OMS (WHOQOL-HIV Group, 2003a), não certifica que estas medidas sejam apropriadas para uso em culturas diferentes, e de forma mais particular nos locais onde o vírus tem maior expansão.

Referências

- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bing, E. G., Hays, R. D., Jacobson, L. P., Chen, B., Gange, S. J., Kass, N. E., ... Zucconi, S. L. (2000). Health-related quality of life among people with HIV disease: Results from the Multicenter AIDS Cohort Study. *Quality of Life Research*, 9, 55-63. doi:10.1023/A:1008919227665
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1-12. doi:10.1016/S0895-4356(99)00123-7
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 13(3), 523-530.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2010). WHOQOL-HIV Disponível para Portugal: Desenvolvimento e Aplicação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde na Infecção VIH/SIDA. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra

- (Orgs.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 205-228). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2011). Quality of life assessment in HIV-infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care*, 23(2), 187-194. doi:10.1080/09540121.2010.498870
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., ... Paredes, T. (2010). WHOQOL Disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... 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*, 27(1), 15-23.
- Chandra, P. S., Gandhi, C., Satishchandra, P., Kamat, A., Desai, A., Ravi, V., ... Kumar, M. (2006). Quality of life in HIV subtype C infection among asymptomatic subjects and its association with CD4 counts and viral loads – A study from South India. *Quality of Life Research*, 15, 1597-1605. doi:10.1007/s11136-006-9001-7
- DDI-URVE (2010). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2009*. Lisboa: Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: Natural Computers System.
- Heinonen, H., Aro, A. R., Aalto, A.-M., & Uutela, A. (2004). Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Quality of Life Research*, 13, 1347-1356. doi:10.1023/B:QURE.0000040788.12947.b9
- Holmes, W. C., & Shea, J. A. (1997). Performance of a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. *Quality of Life Research*, 6, 561-571. doi:10.1023/A:1018464200708
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Kovačević, S. B., Vurusić, T., Duvančić, K., & Maček, M. (2006). Quality of life of HIV-infected persons in Croatia. *Coll Antropol*, 30, Suppl. 2, 79-84. Retirado de <http://hrcak.srce.hr/file/43662>
- Lenderking, W. R., Testa, M. A., Katzenstein, D., & Hammer, S. (1997). Measuring quality of life in early HIV disease: The modular approach. *Quality of Life Research*, 6, 515-530. doi:10.1023/A:1018408115729
- Leplège, A., Rude, N., Ecosse, E., Ceinos, R., Dohin, E., & Pouchot, J. (1997). Measuring quality of life from The point of view of HIV-positive subjects: the HIV-QL31. *Quality of Life Research*, 6, 585-594. doi:10.1023/A:1018468301617
- Lubeck, D. P., & Fries, J. F. (1997). Assessment of quality of life in early stage HIV-infected persons: Data from the AIDS Time-Oriented Health Outcome Study (ATHOS). *Quality of Life Research*, 6, 494-506. doi:10.1023/A:1018404014821
- Marsch, H. W., Hau, K., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cut-off values for fit indexes and dangers in over generalizing Hu and

- Bentler's findings. *Structural Equation Modelling*, 11, 320-341. doi:10.1207/s15328007sem1103_2
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mutumura, E., Stewart, A., & Crowther, N. J. (2007). Assessment of quality of life in HAART-treated HIV-positive subjects with body fat redistribution in Rwanda. *AIDS Research and Therapy*, 4: 19. doi:10.1186/1742-6405-4-19
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos testes na Psicologia e Educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pierret, J. (2000). Everyday life with AIDS/HIV: Surveys in the social sciences. *Social Science & Medicine*, 50, 1589-1598. doi:10.1016/S0277-9536(99)00467-0
- Préau, M., Apostolidis, T., Francois, F., Raffiti, F., & Spire, B. (2007). Time perspective and quality of life among HIV-infected patients in the context of HAART. *AIDS Care*, 19(4), 449-458. doi:10.1080/09540120601017464
- Remple, V. P., Hilton, B., Ratner, P. A., & Burdge, D. (2004). Psychometric assessment of the Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV/AIDS (MQOL-HIV) in a sample of HIV-infected women. *Quality of Life Research*, 13, 947-957. doi:10.1023/B:QURE.0000025584.77779.e1
- Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Quartilho, M. J., ... 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*, 27(1), 25-30.
- Shumaker, S. A., Ellis, S., & Naughton, M. (1997). Assessing health-related quality of life in HIV disease: key measurement issues. *Quality of Life Research*, 6, 475-480. doi:10.1023/A:1018499813912
- Siegel, K., & Scrimshaw, E. W. (2000). Perceiving benefits in adversity: Stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 51, 1543-1554. doi:10.1016/S0277-9536(00)00144-1
- Skevington, S., & O'Connell, K. (2003). Measuring quality of life in HIV and AIDS: A review of the recent literature. *Psychology & Health*, 18(3), 331-350. doi:10.1080/0887044031000084030
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, 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. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Smith, K. W., Avis, N. E., Mayer, K. H., & Swislow, L. (1997). Use of the MQoL-HIV with asymptomatic HIV-positive patients. *Quality of Life Research*, 6, 555-560. doi:10.1023/A:1018412216638
- Starace, F., Cafaro, L., Abrescia, N., Chirianni, A., Izzo, C., Rucci, P., & de Girolamo, G. (2002). Quality of life assessment in HIV-positive persons: Application and validation of the WHOQOL-HIV, Italian version. *AIDS Care*, 14(3), 405-415. doi:10.1080/09540120220123793
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.

- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, *XX*, 713-736.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, *23*(3), 24-56.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41*(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- WHOQOL-HIV Group. (2003a). Initial steps to developing the World Health Organization’s quality of life instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care*, *15*(3), 347-357. doi:10.1080/0954012031000105405
- WHOQOL-HIV Group. (2003b). Preliminary development of the World Health Organization’s quality of life HIV instrument (WHOQOL-HIV): Analysis of the pilot version. *Social Science & Medicine*, *57*, 1259-1275. doi:10.1016/S0277-9536(02)00506-3
- WHOQOL-HIV Group. (2004). WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: Results from the field test. *AIDS Care*, *16*(7), 882-889. doi:10.1080/09540120412331290194
- WHOQOL-SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, *62*, 1486-1497. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.001
- Wu, A. W., Hays, R. D., Kelly, S., Malitz, F., & Bozzette, S. A. (1997). Applications of the Medical Outcomes Study health-related quality of life measures in HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, *6*, 531-554. doi:10.1023/A:1018460132567
- Zimpel, R. R., & Fleck, M. P. (2007). Quality of life in HIV-positive Brazilians: Application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*, *19*(7), 923-930. doi:10.1080/09540120701213765