

## Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8

Marco Pereira  
Cláudia Melo  
Sofia Gameiro  
Maria Cristina Canavarro

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

### Resumo

*Na década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu dois instrumentos genéricos, de essência transcultural, para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). Em 2003, procurando responder à necessidade de desenvolver uma medida de avaliação mais breve, para uso em estudos de larga dimensão e com múltiplos indicadores ou para qualquer situação em que seja necessário um indicador de qualidade de vida de aplicação rápida, surgiu o EUROHIS-QOL-8, um índice de qualidade de vida adaptado a partir dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. O presente estudo tem como objectivo apresentar as características psicométricas do EUROHIS-QOL-8. A amostra que sustenta o presente estudo foi constituída por 604 participantes (315 da população geral e 289 doentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de Centros de Saúde de Coimbra). Do protocolo de avaliação fazia igualmente parte o Beck Depression Inventory (BDI) e o Brief Symptom Inventory (BSI). O EUROHIS-QOL-8 apresentou boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.83), estabilidade temporal ( $r=.73$ ,  $p<.001$ ) e validades de construto, discriminante e convergente. As características psicométricas do EUROHIS-QOL-8 validam a sua utilização no nosso país em estudos que requeiram a avaliação de múltiplos indicadores.*

*Palavras-chave:* Estudos psicométricos, EUROHIS-QOL-8, Qualidade de vida.

### Abstract

*In the 90's, the World Health Organization (WHO) has developed, cross-culturally, two generic instruments to assess the quality of life (WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref). In 2003, the EUROHIS-QOL 8-index was developed as an adaptation of the WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref, because*

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Marco Pereira; Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra; E-mail: marcopereira@fpce.uc.pt

*studies of large scale that include multiple indicators, or any situation where it is necessary an indicator of quality of life of rapid assessment, sometimes require brief indices. The purpose of the current study was to test the psychometric properties of the EUROHIS-QOL 8-index. The sample consisted of 604 participants (315 from the general population and 289 patients from the University of Coimbra Hospitals, the Portuguese Institute of Oncology, and Health Centers from Coimbra). The assessment protocol also included the Beck Depression Inventory (BDI) and the Brief Symptom Inventory (BSI). The EUROHIS-QOL 8-index showed good internal consistency (Cronbach's  $\alpha=.83$ ), test-retest reliability ( $r=.73, p<.001$ ), as well as construct, discriminant and convergent validity. The psychometric properties of the EUROHIS-QOL 8-index validate its use in our country, especially in large studies that require the assessment of multiple health indicators.*

*Key-words:* EUROHIS-QOL-8, Psychometric studies, Quality of life.

O termo *qualidade de vida* (QdV) é utilizado, pela primeira vez em 1920 (Wood-Dauphinee, 1999), mas só a partir da década de 60 passa a ser amplamente aplicado (Cummins, 2000). Valoriza-se também a partir desta altura a percepção subjectiva dos sujeitos na avaliação da sua QdV (e.g., percepção do indivíduo acerca da realização dos seus objectivos) em detrimento da ênfase de aspectos mais objectivos e quantificáveis, como o rendimento e o nível de educação (Heinemann, 2000) sugerindo-se, porém, que uma formulação compreensiva deste conceito deveria incluir as duas dimensões (para uma revisão cf. Cummins, 2000; Phillips, 2006). Simultaneamente, verificou-se uma proliferação de definições distintas de QdV, que derivam de diferentes perspectivas, consoante as áreas de estudo dos seus autores (e.g., Ciências Sociais, Filosofia, Política, Medicina), gerando confusão e dificuldade em encontrar um conceito que seja universalmente aceite (para uma revisão mais aprofundada cf. Quartilho, 2010).

No sentido de clarificar este conceito, um painel internacional de peritos, nomeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecido como grupo WHOQOL, debateu esta questão e definiu qualidade de vida 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). Esta definição reflecte a natureza subjectiva e multidimensional do conceito, ao englobar a saúde física, psicológica e social do indivíduo, bem como a presença de dimensões de funcionamento positivo e negativo, e tem em conta o meio físico, social e cultural no qual o sujeito está inserido (Saxena & Orley, 1997; Skevington, Sartorius, Amir, & WHOQOL-Group, 2004; WHOQOL Group, 1994).

Dada a necessidade de avaliar a QdV, o Grupo WHOQOL, integrando 15 centros de investigação internacionais, desenvolveu um instrumento genérico de QdV – o World Health Organization Quality of Life Instrument – WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1995, 1998b). O WHOQOL-100 é um instrumento multidimensional, constituído por 100 questões agrupadas em 24 facetas específicas [por faceta entende-se a descrição de um comportamento, estado, capacidade ou percepção ou experiência subjectiva] que por sua vez se agrupam em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais). É transcultural, pois tem revelado captar os elementos específicos e invariantes de sociedades e culturas distintas e apresenta validade em diferentes contextos culturais (e.g., Canavarro et al., 2009; Fleck et al., 2000; Skevington, Sartorius et al., 2004; WHOQOL Group, 1995, 1998b).

Mais recentemente, têm sido desenvolvidas formas reduzidas de instrumentos, no sentido de superar desvantagens associadas às versões longas como fadiga, perda de motivação e elevadas taxas de abandono e recusa por parte dos respondentes (Mühlán, Bullinger, Power, & Schmidt, 2008).

Exemplos destas medidas são o SF-8, medida da QdV relacionada com a saúde, aplicável à população adulta em geral e composta por oito itens, em que cada um funciona como indicador de cada factor do SF-12, do qual deriva; o KIDSCREEN-10, índice de avaliação da QdV geral em crianças e adolescentes, constituído por dez questões representativas das principais áreas da versão que lhe deu origem, o KIDSCREEN-27 (KIDSCREEN-Group-Europe, 2006); e o DCGM-12, forma reduzida de doze itens, desenvolvida a partir do DCGM-37, para a avaliação da QdV em crianças e adolescentes com doenças crónicas (Mühlán et al., in preparation).

Acompanhando esta tendência de redução dos instrumentos, e dada a ampla utilização e reconhecimento dos instrumentos WHOQOL, a partir do instrumento original foi desenvolvida uma versão abreviada composta por 26 itens: o WHOQOL-BREF (para mais informação cf. Canavarro et al., 2010; WHOQOL Group, 1998a). Os instrumentos WHOQOL encontram-se validados em mais de 40 idiomas e tem revelado possuir boas propriedades psicométricas nas suas diferentes versões correspondentes a diferentes idiomas (para uma revisão cf. Simões, Sousa, Vilar, & Paredes, 2010). Posteriormente, no âmbito do projecto EUROHIS (Nosikov & Gudex, 2003), foi desenvolvido um índice ainda mais curto, de oito itens: o EUROHIS-QOL-8, que constitui o objecto do presente artigo, cujo objectivo consiste em avaliar as características psicométricas da versão em Português Europeu do índice EUROHIS-QOL-8.

As versões breves têm sido criticadas por (1) estarem associadas a uma avaliação menos precisa, menos válida e menos sensível do que a que se consegue com as formas longas (Barofsky, Erickson, & Eberhardt, 2004; Boer et al., 2004; Pollak, Mühlán, Mackensen, Bullinger, & The HAEMO-Qol Group, 2006; Sloan, Aaronson, Cappelleri, Fairclough, & Varricchio, 2002; Ware, Kosinski, & Keller, 1996; Wood-Dauphinee, 1999); (2) serem pouco apropriadas quando se pretende uma avaliação detalhada num domínio específico, já que podem não fornecer toda a informação que interessa ser avaliada ou que o sujeito considera importante em relação à sua QdV (Boer et al., 2004; Chiou et al., 2006; Putnam & Rothbart, 2006; Sloan et al., 2002); e (3) serem mais difíceis de interpretar por os itens serem mais abstractos (Chiou et al., 2006; Sloan et al., 2002). No entanto, os autores consideram que também apresentam vantagens que justificam o seu desenvolvimento e utilização, na medida em que (1) são mais breves, tornando-se úteis quando se pretende uma descrição sumária da QdV (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004; Sloan et al., 2002), (2) são mais facilmente incluídas em baterias de testes de avaliação (Putnam & Rothbart, 2006); (3) permitem poupar tempo (Badia et al., 2002; Jones, Jenkinson, & Kennedy, 2004; Pollak et al., 2006; Putnam & Rothbart, 2006) e energia aos respondentes (Barofsky et al., 2004; Boer et al., 2004; Chiou et al., 2006; Jones et al., 2004; Mühlán et al., 2008; Sloan et al., 2002; Wood-Dauphinee, 1999), mantendo os seus níveis de motivação mais elevados, o que por sua vez (4) aumenta as taxas de respostas dadas (Boer et al., 2004; Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Greenhall, & Hyman, 1997; Mühlán et al., 2008).

A opção por este tipo de medidas, naturalmente, deverá reflectir os objectivos dos investigadores. Deste modo, as medidas curtas são particularmente úteis no contexto de investigações que têm apenas objectivos de monitorização (Mühlán et al., 2008); com amostras grandes (Chiou et al., 2006; Pollak et al., 2006; Sloan et al., 2002), idosas e/ou frágeis (Sloan et al., 2002); quando os custos são limitados (Sloan et al., 2002); bem como no *follow-up* de ensaios clínicos, para avaliar o impacto de intervenções na QdV dos sujeitos (Sloan et al., 2002). Da mesma forma, em contexto clínico, estas versões reduzidas são vantajosas, nomeadamente, na rotina clínica e no exame psicopatológico (Mühlán et al., 2008), por facultarem uma avaliação mais objectiva e económica do bem-estar do doente e das suas áreas de mau e bom funcionamento. Facilitam assim a entrevista clínica e diminuem o tempo das consultas (Badia et al., 2002; Bukstein, McGrath, Buchner, Landgraf, & Goss, 2000; Jenkinson et al., 1997) permitindo

simultaneamente o rastreio de possíveis problemas (Badia et al., 2002; Barofsky et al., 2004; Jenkinson et al., 1997; Muller, Postert, & Beyer, 2010; Pollak et al., 2006).

## O EUROHIS-QOL-8

O EUROHIS-QOL-8 foi desenvolvido a partir do WHOQOL-BREF [Projecto EUROHIS (Power, 2003)] com o objectivo de ser incluído em sondagens sobre a saúde. Para tal, procedeu-se à selecção dos itens, através de métodos estatísticos e conceptuais e baseando-se em três amplas amostras, correspondendo a um total superior a 20.000 participantes. Através de procedimentos estatísticos diversos, os autores seleccionaram os itens que obedeceram aos seguintes critérios: reterem a estrutura dos domínios do WHOQOL-BREF; serem representativos do domínio em que se inserem; serem significativos na maioria das análises executadas e não apresentarem problemas de frequência ou de precisão. Como resultado, foi obtida uma medida constituída por oito itens, em que cada domínio do WHOQOL-BREF está representado por dois itens (Power, 2003; Schmidt & Power, 2006).

As propriedades psicométricas do EUROHIS-QOL-8 foram analisadas num estudo transcultural, com uma amostra de sujeitos provenientes da Alemanha, Croácia, Eslováquia, França, Israel, Letónia, Lituânia, Reino Unido, República Checa e Roménia, o que implicou a sua tradução para os respectivos idiomas (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006). Os resultados deste estudo revelaram que esta medida curta apresenta boa consistência interna (*alphas* de Cronbach entre .74 e .85), capacidade para discriminar doentes de indivíduos saudáveis, validade convergente com medidas de saúde física e mental e boa validade de contruto, validando a estrutura unidimensional (*Comparative Fit Index* [CFI]=.91; *Root Mean Square Error of Approximation* [RMSEA]=.10). Mais recentemente, Rocha, Power, Bushnell e Fleck (2010), num estudo comparativo envolvendo amostras de seis países (Austrália, Brasil, Israel, Rússia, Espanha e Estados Unidos da América) encontraram *alphas* de Cronbach entre .72 e .80, validade convergente com uma medida de psicopatologia geral (SCL-90), capacidade para discriminar entre doentes deprimidos e não deprimidos e correlações com os domínios do WHOQOL-Bref entre .61 e .77. Também estes autores validaram a estrutura unidimensional do EUROHIS-QOL-8, ainda que tenham obtido piores índices de ajustamento (CFI=.85; RMSEA=.11).

Em síntese, este índice mostrou ser um instrumento com boas características psicométricas (Mühlan et al., 2008; Power, 2003; Schmidt, Mühlan, & Power, 2006), que permite uma avaliação fácil e breve, mas também válida, da QdV (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006), justificando-se a sua tradução e validação em diferentes países e idiomas. Face ao exposto, com o presente artigo, pretendemos investigar as características psicométricas da versão em Português Europeu do índice EUROHIS-QOL-8. De forma semelhante ao desenvolvimento do índice original, o presente estudo não se baseia num novo estudo de campo quantitativo, mas partiu da amostra de validação da versão abreviada dos instrumentos de avaliação da QdV, o WHOQOL-Bref (cf. Canavarro et al., 2010).

## Método

### *Participantes*

A amostra em que se sustenta o presente estudo foi constituída durante o processo de validação do instrumento WHOQOL-Bref e incluiu 604 participantes de dois grupos distintos. O grupo de *controlo*,

constituído por 315 participantes e o grupo *clínico*, constituído por 289 indivíduos provenientes dos serviços de Psiquiatria ( $n=59$ ; 20.4%), Ginecologia ( $n=31$ , 10.7%), Medicina III/Reumatologia ( $n=73$ ; 25.3%), Ortopedia/ Oncologia ( $n=72$ ; 24.9%) dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Instituto Português de Oncologia e de Centros de Saúde de Coimbra ( $n=54$ ; 18.7%). Relativamente ao grupo de doentes, 47.1% ( $n=136$ ) encontravam-se em regime de internamento e 52.9% ( $n=152$ ) em regime ambulatorio.

As características gerais das amostras encontram-se descritas na Tabela 1. Como se pode verificar, existe uma distribuição equivalente dos sujeitos em termos de idade, sexo e, na amostra clínica, regime de tratamento. Do conjunto total da amostra regista-se que a maioria são casados ou vivem em união de facto (58.6%). Em termos de habilitações literárias, os indivíduos do grupo de comparação apresentam tendencialmente habilitações superiores ao grupo de doentes. Em relação ao nível socioeconómico (NSE), à tipologia de Simões (1994) foi acrescentada a categoria de Estudante. Como se pode observar, os doentes são essencialmente provenientes do NSE Baixo (43.6%).

Tabela 1

*Características sociodemográficas da amostra*

		Controlos ( $n=315$ )		Doentes ( $n=289$ )		Total ( $N=604$ )	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Idade</i>	Menos de 45 anos	180	57.1	139	48.1	319	52.8
	Mais de 45 anos	135	42.9	150	51.9	285	47.2
<i>Sexo</i>	Masculino	145	46.0	133	46.0	278	46.0
	Feminino	170	54.0	146	54.0	326	54.0
<i>Estado civil</i>	Solteiro(a)	114	36.2	84	29.1	198	32.8
	Casado(a)/União de facto	185	58.7	169	58.5	354	58.6
	Separado(a)/Divorciado(a)	11	3.5	25	8.7	36	6.0
	Viúvo(a)	5	1.6	11	3.8	16	2.6
<i>Habilitações Literárias</i>	Sem escolaridade	1	0.3	13	4.5	14	2.3
	1º Ciclo do Ensino Básico	31	10.0	96	33.6	127	21.3
	2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	54	17.4	71	24.8	125	20.9
	Ensino Secundário	72	23.2	45	15.7	117	19.6
	Estudos Superiores	153	49.2	61	21.3	214	35.8
<i>Nível socioeconómico</i>	Baixo	82	27.1	172	61.4	254	43.6
	Médio	125	41.3	70	25.0	195	33.4
	Elevado	32	10.6	6	2.1	38	6.5
	Estudante	64	21.1	32	11.4	96	16.5

*Instrumentos*

A bateria de instrumentos de avaliação a que os participantes responderam foi constituída pelos seguintes questionários:

*EUROHIS-QOL-8* (Power, 2003). O EUROHIS-QOL-8 é uma medida de qualidade de vida composta, tal como o nome indica, por oito itens, e desenvolvida a partir dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. Do ponto de vista conceptual, cada um dos domínios (físico, psicológico, das relações sociais e ambiente) encontra-se representado por dois itens. O resultado é um índice global, calculado a partir do somatório dos oito itens, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor percepção

da QdV. Todas as escalas de resposta têm um formato de cinco pontos, variando, por exemplo, entre “Nada” e “Completamente”. Seguindo as recomendações originais, os resultados dos domínios e da faceta geral foram transformados numa escala de 0 a 100. No estudo piloto, o EUROHIS-QOL-8 apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de .78 (Power, 2003) e no estudo de campo inicial, que envolveu uma amostra de 10 países, apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de .83 (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006).

Tabela 2

*Versões originais e traduzidas dos itens*


---

1.	Como avalia a sua qualidade de vida? [ <i>How would you rate your quality of life?</i> ]
2.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? [ <i>How satisfied are you with your health?</i> ]
3.	Tem energia suficiente para a sua vida diária? [ <i>Do you have enough energy for everyday life?</i> ]
4.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? [ <i>How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?</i> ]
5.	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? [ <i>How satisfied are you with yourself?</i> ]
6.	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? [ <i>How satisfied are you with your personal relationships?</i> ]
7.	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? [ <i>Have you enough money to meet your needs?</i> ]
8.	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive? [ <i>How satisfied are you with the conditions of your living place?</i> ]

---

*Beck Depression Inventory* [BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa (VP): Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a,b]: 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  $\alpha$  de Cronbach foi de .90 para o total da escala.

*Brief Symptom Inventory* [BSI; Derogatis, 1993; VP: Canavarro, 2007]: 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  $\alpha$  de Cronbach foi de .97 para o total da escala e, relativamente às nove dimensões psicopatológicas variou entre .74 (*Ideação paranóide*) e .87 (*Depressão*).

*Procedimento*

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

ou Direcções das entidades envolvidas. Cerca de quatro a seis semanas depois do preenchimento do protocolo, foram seleccionados aleatoriamente 60 participantes da amostra, que voltaram a responder ao protocolo de avaliação, de forma a que se obtivessem as informações necessárias ao cálculo da estabilidade temporal. Foram recebidas respostas de 49 participantes.

## Resultados

### *Sensibilidade*

A sensibilidade dos itens foi avaliada recorrendo aos coeficientes de assimetria ( $Sk$ ) e curtose ( $Ku$ ), cujos resultados se apresentam na Tabela 3. Para verificar os pressupostos de normalidade, começámos por analisar a distribuição do resultado total e os oito itens do instrumento. Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) relevaram-se significativos para o resultado total ( $K-S=0.09$ ,  $p<.001$ ), revelando violação dos pressupostos de normalidade. A análise da assimetria e curtose mostraram a existência de uma assimetria negativa ( $Sk=-.53$ ) e uma tendência platicúrtica ( $Ku=.49$ ). Relativamente aos itens, e atendendo ao critério de 0.5, designado por Meyers, Gamst e Guarino (2006) de conservador, pode-se observar que não existem problemas muito severos de sensibilidade dos itens. No entanto, podemos verificar que os itens se apresentam, globalmente, platicúrticos e enviesados para pontuações elevadas. Tal aspecto pode ser verificado analisando o valor médio das respostas aos itens que se situam todos acima da alternativa de resposta média.

Tabela 3

### *Características distribucionais dos itens*

Item	Min-Max	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose
1	1-5	3.55	0.80	-0.87	1.13
2	1-5	3.31	1.05	-0.53	-0.47
3	1-5	3.62	0.95	-0.53	0.08
4	1-5	3.61	0.96	-0.82	0.38
5	1-5	3.78	0.83	-0.94	1.28
6	1-5	3.87	0.77	-0.98	1.99
7	1-5	3.16	0.91	0.05	0.00
8	1-5	3.83	0.83	-0.98	1.50

### *Consistência interna*

A avaliação da consistência interna através do coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach foi de .83 para o índice EUROHIS-QOL-8. Analisando os coeficientes de  $\alpha$  de Cronbach excluindo os itens um a um, constatámos que o valor do  $\alpha$  de Cronbach variou entre .79 (quando se exclui o item 4) e .84 (quando se exclui o item 8). De forma geral, os resultados obtidos confirmaram a importância de cada item para o desempenho do instrumento. Atendendo ao critério apontado por Kline (2000), ao analisar as correlações obtidas entre cada item e a nota global do instrumento, verificou-se que todas as correlações foram superiores a .30, variando entre .36 (Item 8) e .70 (Item 4).

### *Estabilidade temporal*

A fim de averiguar a estabilidade temporal do EUROHIS-QOL-8, analisaram-se as respostas dadas por 49 participantes (32 saudáveis e 17 doentes) em dois momentos distintos, separados por um intervalo de tempo que variou entre três a cinco semanas. O coeficiente de correlação de Pearson entre os resultados totais das duas aplicações foi de .73 ( $p < .001$ ).

### *Validade de construto*

Foi realizada uma AFC, com o objectivo de testar a estrutura preconizada no desenvolvimento do EUROHIS-QOL-8. 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  $\chi^2$  (o nível de significação associado deverá ser superior a .05), o CFI (cujo valor deverá ser igual ou superior a .90) e o RMSEA (este valor deverá encontrar-se no intervalo entre .05 e .08). Os valores obtidos na AFC não se apresentaram nos intervalos sugeridos [ $\chi^2=287.5$ ,  $p < .001$ ; CFI=.84; RMSEA=.15]. Porém, permitindo que dois erros co-variassem (entre os itens 1 e 7; e entre os itens 5 e 6) foi possível atingir um CFI aceitável (= .93), ainda que o RMSEA fosse superior a .08 (RMSEA=.11).

No âmbito da validade de conteúdo realizou-se a análise da correlação entre o índice EUROHIS-QOL-8 e os quatro domínios e a faceta geral de qualidade de vida do WHOQOL-Bref. No grupo de doentes, a correlação entre o EUROHIS-QOL-8 variou entre .62 (domínio *Relações Sociais*) e .79 (domínio *Psicológico*). A correlação com a faceta geral de QdV foi de .81 ( $p < .001$ ). No grupo da população geral, o EUROHIS-QOL-8 mostrou-se também significativamente associado com todos os indicadores, variando entre .66 (domínio *Relações Sociais*) e .76 (domínio *Ambiente*). A correlação com a faceta geral de QdV foi de .76 ( $p < .001$ ).

### *Validade discriminante*

No âmbito da validade discriminante foi avaliada a capacidade do EUROHIS-QOL-8 para diferenciar os indivíduos doentes ( $n=289$ ) dos “saudáveis”, pertencentes à população geral ( $n=315$ ). O resultado obtido permitiu constatar a capacidade discriminativa do EUROHIS-QOL-8,  $F(1, 602)=145.45$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2=.20$ . O grupo de controlo apresentou valores significativamente mais elevados de QdV que o grupo de doentes [Controlos:  $M=71.17$  ( $SD=11.57$ ); Doentes:  $M=57.82$  ( $SD=15.50$ )].

Procurou-se ainda conhecer a capacidade do EUROHIS-QOL-8 para discriminar indivíduos saudáveis de doentes com diferentes patologias, bem como dos grupos de doentes entre si. Como critério diferenciador dos diferentes tipos de doença, foi utilizado o serviço de origem dos doentes. Para a análise do poder discriminativo do EUROHIS-QOL-8 entre doentes recorreu-se à ANOVA e ao teste de comparações múltiplas de Bonferroni (ajustado para  $p < .05$ ). Os resultados médios (e desvios-padrão) dos diferentes grupos encontram-se expressos na Tabela 4.

Na comparação dos diferentes grupos de doentes com o grupo de indivíduos saudáveis, o índice EUROHIS-QOL-8 revelou uma boa capacidade discriminativa,  $F(5,598)=36.55$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2=.23$ ], sendo que todas as comparações realizadas, entre o diverso tipo de doentes e os indivíduos saudáveis (grupo de controlo), se mostraram estatisticamente significativas ( $p < .001$ ). Quando comparamos grupos de doentes entre si, os resultados revelaram que os doentes da Psiquiatria, quando comparados com os restantes doentes, apresentam piores resultados de QdV, diferenciando-se significativamente dos doentes da Medicina III/Reumatologia ( $p=.003$ ), Centros de Saúde ( $p < .001$ ), Ortopedia/Oncologia

( $p<.001$ ). Os doentes psiquiátricos não se distinguiram, no entanto, das doentes da Ginecologia ( $p=.055$ ). Os doentes da Ginecologia e da Medicina III/Reumatologia distinguiram-se ainda significativamente dos doentes dos Centros de Saúde ( $p=.025$  e  $p=.023$ , respectivamente).

Tabela 4

*Estatísticas descritivas do índice EUROHIS-QOL-8 nos diferentes grupos de doentes e na população geral*

	<i>M (DP)</i>	<i>Post hoc</i>
1. Psiquiatria	50.48 (17.07)	1<3, 4, 5
2. Ginecologia	56.15 (14.58)	2<4
3. Medicina III/Reumatologia	57.45 (15.23)	3>1; 3<4
4. Centros de Saúde	62.91 (14.39)	4>1, 2, 3
5. Ortopedia/Oncologia	61.11 (13.41)	5>1
6. População geral	71.17 (11.57)	-

#### *Correlações com outros instrumentos*

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 avaliadas pelo *Beck Depression Inventory* (BDI) e pelo *Brief Symptom Inventory* (BSI). No grupo de doentes, o índice EUROHIS-QOL-8 apresentou coeficientes de correlação significativos com o BDI ( $r=-.61$ ,  $p<.001$ ) e o BSI ( $r=-.59$ ,  $p<.001$ ), quando se utiliza, respectivamente a sua pontuação global e o índice geral de sintomas. Em relação ao grupo de controlo verificou-se um padrão semelhante, com o EUROHIS-QOL-8 a correlacionar-se significativamente com o BDI ( $r=-.58$ ,  $p<.001$ ) e com o índice geral do BSI ( $r=-.59$ ,  $p<.001$ ).

#### *Comparações sociodemográficas e clínicas*

Por fim, para o valor total do EUROHIS-QOL-8, procedeu-se à análise dos factores sociodemográficos e clínicos de variabilidade da QdV, separadamente para doentes e controlos. Os resultados encontram-se apresentados na Tabela 5. Como podemos verificar, nos dois grupos, o resultado total do EUROHIS-QOL-8 não diferiu significativamente em termos de sexo, idade e estado civil.

Nos dois grupos, verificou-se uma influência significativa das habilitações literárias e do nível socioeconómico na QdV. No grupo de doentes, os testes *post hoc* revelaram que os doentes com estudos superiores apresentam valores mais elevados de QdV, distinguindo-se significativamente dos doentes com os níveis do 1º ( $p=.015$ ) e do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico ( $p=.030$ ). No grupo de controlo, verificou-se um padrão semelhante, com os participantes do 1º Ciclo a apresentarem valores de QdV inferiores aos participantes com o Ensino Secundário ( $p=.037$ ) e com Estudos Superiores ( $p<.001$ ).

Dado o baixo número de doentes pertencentes ao NSE Elevado ( $n=6$ ), esta categoria foi agrupada com a categoria Médio (para efeitos comparativos, o mesmo procedimento foi aplicado no grupo de controlo). Nos grupos de doentes e da população geral, os resultados mostraram que os sujeitos do NSE Baixo apresentaram menores valores de QdV, distinguindo-se significativamente dos participantes de NSE Médio/Elevado ( $p=.001$  e  $p=.005$ , respectivamente).

Por fim, quando comparados os doentes em função do regime de tratamento, foi possível verificar que os doentes em regime de internamento apresentaram valores inferiores no índice EUROHIS-QOL-8, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Tabela 5  
Comparações sociodemográficas e clínicas no índice EUROHIS-QOL-8

Variáveis		Saudáveis (n=315)	Doentes (n=289)
		M (DP)	M (DP)
Sexo	Masculino	72.13 (11.13)	58.95 (15.26)
	Feminino	70.35 (11.91)	56.85 (15.68)
		$F(1,313)=1.87$	$F(1, 287)=1.32$
Categoria de idade	≤45 anos	71.74 (11.37)	59.67 (16.47)
	>45 anos	70.42 (11.84)	56.10 (14.39)
		$F(1,313)=1.00$	$F(1,287)=3.85$
Habilitações literárias	1º Ciclo do Ensino Básico	63.96 (9.91)	55.73 (13.99)
	2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	70.43 (12.00)	55.63 (15.57)
	Ensino Secundário	70.57 (11.32)	59.72 (16.65)
	Estudos Superiores	73.45 (11.24)	63.17 (15.96)
		$F(3,307)=6.58^{***}$	$F(3,282)=3.90^{**}$
Estado civil	Vive com companheiro(a)	71.42 (11.45)	56.90 (14.62)
	Vive sem companheiro(a)	70.82(11.77)	59.11 (16.63)
		$F(1,313)=0.21$	$F(1, 287)=1.44$
Nível socioeconómico	Baixo	68.10 (11.19)	55.21 (15.10)
	Médio/Elevado	73.03 (11.82)	62.75 (13.46)
	Estudante	70.65 (10.85)	61.62 (16.79)
		$F(2,300)=5.07^{**}$	$F(2,277)=7.83^{***}$
Regime de tratamento	Internamento	-	55.40 (16.05)
	Ambulatório	-	59.97 (14.71)
			$F(1,287)=6.37^*$

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

## Discussão

O presente artigo teve como principal objectivo apresentar as características psicométricas do EUROHIS-QOL-8, de forma a permitir o seu uso na população portuguesa. Este instrumento foi desenvolvido a partir de uma medida genérica de qualidade de vida (Power, 2003), desenvolvida no âmbito de um projecto multicêntrico da OMS iniciado em 1991 (WHOQOL Group, 1994, 1995). Entre os pontos essenciais do Grupo de Qualidade de Vida da OMS encontram-se a conceptualização e concretização dos instrumentos WHOQOL como multidimensionais, a importância de uma leitura de perfil de QdV e a inexistência de um resultado global (WHOQOL Group, 1994). Procurando responder a objectivos de economia e eficácia, mas conservando a base conceptual e a essência transcultural (Mülhan et al., 2008), foi também no âmbito deste grupo que surgiu o desenvolvimento de um índice geral de QdV, no qual centramos o presente trabalho.

As características psicométricas do EUROHIS-QOL-8 foram avaliadas pelos estudos de precisão e validade realizados. Globalmente, este índice global demonstrou ter bons valores de consistência interna, estabilidade temporal, validade de construto, validade discriminante e validade convergente.

A consistência interna do EUROHIS-QOL-8, avaliada através do  $\alpha$  de Cronbach, mostrou-se bastante aceitável. Pela análise dos coeficientes  $\alpha$  de Cronbach excluindo os itens um a um, foi possível constatar que este valor inflacionou quando o item 8 (*condições do local em que vive*) foi excluído, ainda que de forma marginal. De referir ainda que este item foi um dos que, nas análises de resposta ao item do estudo de campo, apresentou um funcionamento diferencial, quando considerada a variável *país* (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006). Especificamente, foi um item que mostrou funcionamento diferencial quando comparados países como o Reino Unido, França e Alemanha, com os países de Leste e dos Balcãs. Também no estudo de Rocha et al. (2010) este mesmo item apresentou resultados problemáticos, sugerindo que possa ser um item influenciado pelas diferenças culturais.

No âmbito da validade de construto, o recurso à AFC não nos permitiu, na amostra portuguesa, confirmar totalmente a estrutura do EUROHIS-QOL-8. Os índices de ajustamento encontrados são piores que os obtidos no estudo original (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006), mas semelhantes aos recentemente reportados por Rocha et al. (2010). Para alcançar um CFI aceitável foi necessário fazer co-variari os erros entre os itens 1 (*qualidade de vida geral*) e 7 (*recursos financeiros*) e entre os itens 5 (*auto-estima*) e 6 (*relações pessoais*). Esta melhoria do índice de ajustamento permitiu demonstrar que uma estrutura unidimensional é adequada, no entanto revela também a importância dos recursos financeiros e do modo como as pessoas se sentem consigo próprias e com os outros na avaliação que fazem da sua QdV. Estes resultados foram semelhantes aos obtidos na amostra da Roménia (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006), cujo modelo melhorou significativamente após a covariação dos erros dos itens 7 (*recursos financeiros*) e 8 (*condições do local em que vive*) com o item relativo à QdV geral. Do ponto de vista conceptual, a importância dos recursos financeiros pode ilustrar a ligação entre as dimensões objectivas e subjectivas de QdV (por exemplo, quando a pobreza e dificuldades económicas são uma preocupação real dos participantes), bem como a preocupação dos participantes com as suas situações pessoais e com o contexto económico mais global. Refira-se, que foi no Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida que surgiu uma faceta adicional relativa ao *Poder Político* (para uma revisão mais aprofundada desta faceta cf. Rijo et al., 2010).

Ainda relativamente à validade de construto, as correlações entre o EUROHIS-QOL-8 e os quatro domínios do WHOQOL-Bref e a faceta geral de QdV foram todas significativas e superiores a .60. Nos grupos de participantes saudáveis e doentes, a correlação elevada registada entre o EUROHIS-QOL-8 e a faceta geral de QdV apoiam a validade clínica deste índice. Recentemente, valores semelhantes foram reportados num estudo comparativo que envolveu seis países (Austrália, Brasil, Israel, Rússia, Espanha e Estados Unidos da América) (Rocha et al., 2010).

No que diz respeito à validade discriminante, pudemos verificar que o EUROHIS-QOL-8 discriminou bem os indivíduos da população geral dos indivíduos com patologia médica, assim como foi capaz de distinguir doentes com diferentes condições de saúde. Estes resultados foram semelhantes aos resultados obtidos na maioria dos países (a excepção foram Israel e a Eslováquia) participantes no estudo de campo (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006). Ainda nos estudos de validade, procurámos ainda avaliar a associação entre o índice EUROHIS-QOL-8, a depressão e a sintomatologia psicopatológica. Como esperado, as correlações foram negativas, isto é, uma melhor pontuação índice de QdV encontra-se associada a um pior resultado nos indicadores de depressão e de psico-sintomatologia. Estes dados atestam a validade convergente deste índice e são congruentes com os obtidos nos estudos de validação disponíveis (Rocha et al., 2010; Schmidt, Mühlan, & Power, 2006).

Em relação aos factores sociodemográficos e clínicos de variabilidade da QdV, nos dois grupos, o índice de QdV não variou em função do sexo, idade e estado civil, variando em função das habilitações literárias e do nível socioeconómico. Globalmente, estes últimos resultados corroboram a integração que se tem sugerido entre as dimensões objectivas e subjectivas de QdV (Cummins, 2000; Phillips, 2006) e corroboram o que a literatura também tem assinalado: a QdV tende a ser mais elevada entre os sujeitos com maior nível educacional e de NSE mais elevado (Gameiro et al., 2010; Schmidt & Power, 2006). Estes dados destacam ainda a importância dos indicadores de natureza socioeconómica, enquanto variável de diferenciação social, mas também que se tenham em conta estes factores, sempre que se pretendam desenvolver intervenções ou programas destinados à promoção da QdV, seja junto de doentes, seja num âmbito comunitário.

Este estudo não está isento de algumas limitações, sendo que a mais importante está relacionada com a inexistência de um estudo de campo com o índice EUROHIS-QOL-8. De forma semelhante ao desenvolvimento do índice original (Power, 2003), a amostra que sustentou o presente trabalho foi recolhida para a validação das versões, em Português Europeu, dos instrumentos WHOQOL. Torna-se necessária, portanto, a realização de estudos futuros que testem a capacidade deste índice para replicar os estudos aqui reportados.

Em síntese, os dados relativos à precisão e validade do EUROHIS-QOL-8 asseguram o seu bom desempenho psicométrico, tornando-o num índice adequado para avaliar a QdV, sobretudo em estudos epidemiológicos de grande dimensão que requeiram o uso de múltiplos indicadores. Ainda que este índice, do ponto de vista psicométrico, se proponha a uma avaliação unidimensional, conceptualmente é composto por itens derivados de diferentes domínios dos instrumentos originais de avaliação da qualidade de vida. Finalmente, o EUROHIS-QOL-8 tem a vantagem de ser uma medida breve, que avalia adequadamente um construto cada vez mais presente e relevante na investigação, para além de se apresentar como um índice capaz de diferenciar indivíduos doentes de indivíduos saudáveis.

## Referências

- Badia, X., Roca-Cusachs, A., Dalfó, A., Gascón, G., Abellán, J., Lahoz, R., ... & MINICHAL Group (2002). Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clinical Therapeutics*, 24(12), 2137-2154. doi:10.1016/S0149-2918(02)80103-5
- Barofsky, I., Erickson, P., & Eberhardt, M. (2004). Comparison of a single global item and an index of a multi-item health status measure among persons with and without diabetes in the US. *Quality of Life Research*, 13, 1671-1681. doi:10.1007/s11136-004-0258-4
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Boer, A. G., van Lanschot, J. J., Stalmeier, P. F., van Sandick, J. W., Hulscher, J. B., de Haes, J. C., & Sprangers, M. A. (2004). Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? *Quality of Life Research*, 13, 311-320. doi:10.1023/B:QURE.0000018499.64574.1f
- Bukstein, D. A., McGrath, M. M., Buchner, D. A., Landgraf, J., & Goss, T. F. (2000). Evaluation of a short form for measuring health-related quality of life among pediatric asthma patients. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 106(2), 245-251. doi:10.1016/S0091-6749(00)90072-1

- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge.
- 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., 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., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... & Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, *16*, 116-124. doi:10.1007/s12529-008-9024-2
- Chiou, C. F., Sherbourne, C. D., Cornelio, I., Lubeck, D. P., Paulus, H. E., Dylan, M., ... & Weisman, M. H. (2006). Development and validation of the revised cedars-sinai health-related quality of life for rheumatoid arthritis instrument. *Arthritis & Rheumatism*, *55*(6), 856-863. doi:10.1002/art.22090
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, *52*, 55-72. doi:10.1023/A:1007027822521
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: Natural Computers System.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pizon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, *34*(2), 178-183.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C., ... & Rijo, D. (2010). Factores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Heinemann, A. W. (2000). Functional status and quality-of-life measures. In R. G. Frank & T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 261-285). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Peto, V., Greenhall, R., & Hyman, N. (1997). The PDQ-8: Development and validation of a short-form Parkinson's disease questionnaire. *Psychology and Health*, *12*, 805-814. doi:10.1080/08870449708406741
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). Development of the short form endometriosis health profile questionnaire: The EHP-5. *Quality of Life Research*, *13*, 695-704. doi:10.1023/B:QURE.0000021321.48041.0e
- KIDSCREEN-Group-Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires: Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents*. Lengerich: Pabst.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Routledge.
- 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.
- Mühlhan, H., Bullinger, M., Power, M., & Schmidt, S. (2008). Short forms of subjective quality of life assessment from cross-cultural studies for use in surveys with different populations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 142-153. doi:10.1002/cpp.573
- Mühlhan, H., Schmidt, S., Simeoni, M. C., Petersen, C., Bullinger, M., & European-DISABKIDS-Group (in preparation). *The DISABKIDS Chronic Generic Short Form Measure (DCGM-12): A Tool for Assessing Quality of Life in Children and Adolescents with Different Chronic Conditions in Cross-Cultural Context*.
- Muller, J. M., Postert, C., & Beyer, T. (2010). Comparison of eleven short versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for use in the assessment of general psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*(2), 246-254. doi:10.1007/s10862-009-9141-5
- Nosikov, A., & Gudex, C. (2003). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. Amsterdam: IOS Press.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. New York: Routledge.
- Pollak, E., Mühlhan, H., Mackensen, S., Bullinger, M., & The HAEMO-QoL Group (2006). The Haemo-Qol index: Developing a short measure for health quality of life assessment in children and adolescents with haemophilia. *Haemophilia*, *12*, 384-392. doi:10.1111/j.1365-2516.2006.01292.x
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). Amsterdam: IOS Press.
- Putnam, S., & Rothbart, M. K. (2006). Development of short and very short forms of the Children's Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *87*(1), 103-113. doi:10.1207/s15327752jpa8701\_09
- Quartilho, M. J. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa? In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rijo, D., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2010). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: Dos grupos focais ao desenvolvimento da faceta portuguesa – Poder político (FP25) do WHOQOL-100. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 191-204). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rocha, N. S., Power, M., Bushnell, D., & Fleck, M. P. A. (2010). EUROHIS-QOL-8: Comparative measurement properties to its parent WHOQOL-Bref measure. International Society for Quality of Life Research meeting abstracts. *Quality of Life Research*, *19*(Suppl.1), 29-30, Abstract 1611.
- Saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, *12*(3), 263-266. doi:10.1016/S0924-9338(97)89095-5
- Schmidt, S., & Power, M. (2006). Cross-cultural analyses of determinants of quality of life and mental health: Results from the EUROHIS study. *Social Indicators Research*, *77*, 95-138. doi:10.1007/s11205-005-5555-y
- Schmidt, S., Mühlhan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, *16*(4), 420-428. doi:10.1093/eurpub/cki155

- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Vilar, M., & Paredes, T. (2010). Avaliação da qualidade de vida: Uma breve revisão de estudos psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde* (pp. 129-170). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- 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. *Quality of Life Research, 13*, 299-310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & WHOQOL-Group. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 1-8. doi:10.1007/s00127-004-0700-5
- Sloan, J. A., Aaronson, N. K., Cappelleri, J. C., Fairclough, D. L., & Varricchio, C. (2002). Assessing the clinical significance of single items relative to summated scores. *Mayo Clinic Proceedings, 77*(5), 479-487. doi:10.4065/77.5.479
- 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.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care, 34*(3), 220-233.
- 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 Group (1998a). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*, 551-558. doi:10.1017/S0033291798006667
- WHOQOL-Group (1998b). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine, 46*(12), 1569-1585. doi:10.1016/S0277-9536(98)00009-4
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology, 52*(4), 355-363.