REVISTA PORTUGUESA de PSICOSSOMATICA

Revista Portuguesa de Psicossomática
Sociedade Portuguesa de Psicossomática
medisa@mail.telepac.pt
ISSN: 0874-4696
PORTUGAL

2003
José Luís Pais Ribeiro / Sónia Antunes
CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE 28 ITENS (GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE – GHQ28
Revista Portuguesa de Psicossomática, junho, año/vol. 5, número 001
Sociedade Portuguesa de Psicossomática
Porto, Portugal
pp. 37-45

Red ALyC
LA HEMEROTECA CIENTÍFICA EN LINEA EN CIENCIAS SOCIALES
www.redalyc.com

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE 28 ITENS
(GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE – GHQ28)

José Luís Pais Ribeiro*, Sónia Antunes**

RESUMO

O General Health Questionnaire é uma medida de auto-resposta utilizada universalmente para avaliar perturbações psiquiátricas não psicóticas. A versão principal inclui 60 itens, sendo populares versões com 30, 20, 12 e 28 itens. As propriedades métricas do questionário estão bem estabelecidas internacionalmente.

O objectivo do presente estudo é identificar as propriedades métricas do General Health Questionnaire de 28 itens.

Recorreu-se a dois grupos de 30 participantes, um grupo sem doença e outro de doentes internados num hospital para doenças infecciosas.

Os resultados do estudo mostram que a versão portuguesa do questionário tem uma estrutura equilibrada, semelhante à que é apresentada pela versão original dos autores, o que facilita a sua utilização em investigação.

***Palavras-chave**: General Health Questionaire; Propriedades psicométricas.*

* Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.

** Psicóloga.

INTRODUÇÃO

O Questionário de Saúde Geral é a tradução de uma das versões do questionário conhecido por *General Health Questionnaire*. A versão utilizada neste estudo é conhecida sumariamente por GHQ-28 ou *Scaled* GHQ. Neste estudo chamar-lhe-emos GHQ-28.

O GHQ-28 é um questionário de auto-resposta desenvolvido por Goldberg e Hillier em 1979, a partir da versão inicial do *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg, 1972). Ao GHQ--28 chama-se também *Scaled* GHQ porque a sua estrutura foi definida, e os itens seleccionados, a partir da análise factorial.

A versão mãe do questionário –GHQ – contém 60 itens que visam identificar a existência de possíveis perturbações psiquiátricas não psicóticas. O questionário foi concebido para ser utilizado em censos populacionais, em cuidados de saúde primários e com doentes em ambulatório. McDowell e Newell (1987) referiam que este questionário era provavelmente um dos mais estudados da gama de questionários desta área.

Segundo Goldberg e Hillier (1979), o GHQ foi concebido para identificar quer a incapacidade para realizar as actividades que são usuais numa pessoa saudável, quer o aparecimento de fenómenos *stressantes* novos. Não visa detectar traços estáveis mas sim quebras no funcionamento usual. Não é um questionário de saúde geral é, antes, um questionário apropriado para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico.

A versão principal – GHQ – é a que tem uma validade mais apropriada. No entanto, quando

não é possível ou adequado utilizar esta versão pode-se utilizar uma das versões mais reduzidas. Com efeito foram desenvolvidas outras versões com 30, 20 e 12 itens mais o GHQ-28.

O GHQ original foi desenvolvido a partir de critérios clínicos. Somente a versão que está em estudo neste trabalho – o GHQ-28 – foi trabalhada, também, com base em critérios psicométricos, embora os critérios clínicos sejam dominantes. Ou seja, podemos considerar, utilizando dois grandes processos de validação de questionários deste tipo – empírico *versus* teórico – que a validação do GHQ-28 é uma validação fundada na teoria, apoiada por resultados empíricos. Trata-se portanto de uma validação mista.

Goldberg (1978), comparando os resultados do GHQ com a *Clinical Interview Schedule*, em países de língua inglesa e latina, encontrou correlações entre os dois processos de avaliação variando entre 0,76 e 0,81. Utilizando o GHQ-28, encontraram-se correlações com magnitude à volta de 0,73.

Os resultados neste questionário são indicadores de uma boa probabilidade de existir perturbação psiquiátrica não psicótica. Segundo o autor, o GHQ-28 pode ser utilizado com objectivos de rastreio, tendo outros autores confirmado esta potencialidade do GHQ-28 em países latinos (Seva, Sarasola, Merino, Magallon, 1992).

A validação desenvolvida pelos autores permitiu identificar um ponto de corte a partir do qual se devia fazer uma avaliação de psicopatologia. Segundo os autores, uma nota acima do ponto de corte de 4/5 (ou seja nota superior a 90) seria indicador da probabilidade de se tratar de um caso psiquiátrico. Investigando com base neste critério, Goldberg e Hilier (1979) verificaram a existência de classificação errada de depressão em 14,5% dos casos.

O GHQ- 28 tem sido utilizado para avaliar a saúde mental – o estado mental e não o traço mental – em muitas doenças, tais como a diabetes (de-Mont-Marin, Hardy, Lepine, Halfon *et al.*,1993, Thomas *et al*.,1999 *et al*., 1993), na prevalência de morbilidade psiquiátrica em doentes em hemodiálise e transplantados renais (Petrie, 1989), na saúde mental de mulheres lésbicas (Welch, Collings, & Howden-Chapman, 2000), no *stress* em profissionais de saúde (Butterworth, Carson, Jeacock, White, & Clements, 1999, Tyrrell, & Smith, 1996), na qualidade de vida em transplantados (Eudier, Caggia, & Badiche, 1994), em gravidezes problemáticas (Hunfeld, Wladimiroff, Passchier, 1997), na doença neurológica (Lykouras, Adrachta, Kalfakis, Oulis, *et al.*, 1996), na artrite reumatóide (Krol, Sanderman, Moum, Suurmeijer, Doeglas, Krynen, Robinson, Briançon Bjelle, & van den Heuvel, 1994), no transplante medular (Bertarelli, & Santinello, 1997), na intolerância aos alimentos (Knibb, Armstrong, Booth, Platts, Booth, & McDonald, 1999).

Várias traduções têm sido utilizadas em Portugal, traduções essas sem referência à metodologia utilizada na tradução, nem com referências às qualidades métricas. Existe uma versão publicada (Santos & Moutinho, 1994) que no entanto não refere, igualmente, nem a forma de tradução dos itens nem as propriedades métricas do questionário. A tradução referida foi desenvolvida no âmbito de um protocolo de avaliação de doentes respiratórios, ou mais especificamente no âmbito de uma "proposta de estandardização da avaliação da deficiência, da incapacidade e do *handicap* no doente respiratório". O estudo com este título está publicado como documentos das comissões de trabalho no jornal Arquivos da Sociedade Portuguesa de Patologia Respiratória, XI(5), totalidade do número.

O objectivo do presente trabalho é contribuir para o estudo das propriedades métricas do GHQ-28. Com efeito este teste (como aliás todos os testes) são susceptíveis de alterar a sua estrutura em função da cultura e língua dos países onde são aplicados. Embora Goldberg defenda a uniformidade da estrutura do teste através de diversas culturas (Goldberg, Gater, Sartorius, Ustun, *et al.*, 1997), outros autores encontraram organizações factoriais diferentes (Bhogle, & Prakash, 1994). Siegert, McCormick, Taylor, & Walkey (1987) referem a existência de inúmeras soluções factoriais da versão inglesa do teste e mesmo soluções factoriais diferentes em diferentes populações.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

Participaram no estudo de validação 60 pes-

soas, 30 doentes com diagnóstico de tuberculose pulmonar e 30 sem doença. Dentro do grupo de doentes consideram-se ainda dois grupos: um grupo com doença de longa duração e longos internamentos e outro de curtos internamentos. O Quadro 1 mostra as características demográficas dos dois grupos.

Como mostra o quadro 1, as diferenças entre os dois grupos quanto à idade e à escolaridade não são estatisticamente significativas, o mesmo se verificando quanto à distribuição dos participantes, quando se cruzam as variáveis doença/não doença com o sexo.

GHQ-28 adoptou a versão publicada por Santos e Moutinho (1994). O questionário contém 28 itens a que se responde numa escala ordinal de quatro posições variando de "0" a "3" (ver em anexo). Para além de uma nota total inclui quatro sub-escalas designadas por: "Sintomas Somáticos", "Ansiedade e Insónia", "Disfunção Social" e "Depressão Grave", cada uma delas incluindo sete itens. A nota de cada sub-escala varia entre "0" e "21" e a nota total do questionário varia entre "0" e "84". Valores mais elevados neste questionário correspondem a pior saúde mental. Têm sido utilizadas formas alternativas de cotar estas escalas.

QUADRO 1 - **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS DOIS GRUPOS**

	Sem doença		***Doentes***		***Signf.***
	N= 30		***N=30***		
sexo	Masc=13	Fem=17	Masc=18	Fem=12	$\chi 2$ =1,66 ns
idade	*M* = 46,76	*M*=50,41	*M* =46,44	*M*=38,66	F=1,20 ns
	DP=18,71	*DP*=15,70	*DP*=14,78	*DP*=17,71	
escolaridade					
(anos de)	*M*=9,15	*M*=8,76	*M*=5,82	*M*=9,27	F=1,59 ns
	DP=4,54	*DP*=5,73	*DP*=3,89	*DP*=6,27	
estado civil					
solteiro	4	2	7	6	$\chi 2$=10,20 ns
casado	9	11	7	4	
viúvo	-	3	2	1	
divorciado	-	1	2	1	

O grupo de doentes encontrava-se internado num serviço de doenças infecto-contagiosas, mais especificamente numa unidade de tuberculose de um hospital público. Todos estavam internados há mais de uma semana. O grupo de não doentes foi seleccionado de modo a ter características idênticas ao grupo doente excepto a patologia em estudo.

Material

Recorreu-se a três questionários: Um questionário demográfico recolheu informações sobre características demográficas dos dois grupos mais características relacionadas com a doença do grupo doença; um segundo questionário, o questionário de avaliação do estado de saúde – SF-36 – de Ware, Snow, Kosinski e Gandek (1992) foi utilizado no processo de validação; o terceiro questionário, o

O SF-36 é o acrónimo de *Short For*m de 36 itens do questionário de avaliação do Estado de Saúde. Inclui 36 itens que se distribuem por oito dimensões: "Funcionamento Físico", "Desempenho Físico", "Dor Corporal", "Percepção de Saúde Geral", "Vitalidade", "Funcionamento Social", "Desempenho Emocional", e "Saúde Mental". Inclui ainda um item que avalia a transição de saúde. Cada escala fornece uma nota, e o resultado final consiste num perfil. A nota de cada escala é transformada e apresentada em percentis, variando entre 0 e 100, correspondendo 100 ao melhor valor do estado de saúde. As oito dimensões podem ser agrupadas em duas grandes dimensões "Mental" e "Físico". Este questionário é um dos mais utilizados para avaliar o Estado de Saúde e a Qualidade de Vida. É um questionário baseado na auto-avaliação da funcionalidade, que foi traduzido para a população portu-

guesa por Ferreira (Ferreira, 2000). Esta tradução é a reconhecida pela entidade proprietária do questionário – A *Medical Outcomes Trust* – que autoriza a sua utilização para investigação académica após a assinatura de protocolo, desde que se garanta que a versão utilizada é a reconhecida por eles. Estudos das propriedades métricas do SF-36 para a população portuguesa estão em vias de publicação pelo autor da tradução e por Ribeiro (2000).

Como Goldberg refere, o GHQ-28 visa identificar a incapacidade para realizar as actividades usuais que uma pessoa saudável realizaria, ou o aparecimento de fenómenos *stressantes* novos. Ora, o aparecimento de uma doença ou a agudização de uma doença crónica constituem acontecimentos não normativos susceptíveis de gerar *stress*, por um lado e de dificultar a realização de actividades usuais. Tal é susceptível de se reflectir no estado psicológico pelo que o GHQ-28 a ser sensível a estes acontecimentos, pode ser uma boa medida do estado psicológico da pessoa doente.

No entanto as doenças são muito diferentes e, quer a própria doença quer o seu tratamento têm, provavelmente, impactos diferentes. Presume-se então que o padrão de respostas pode depender da doença, principalmente se considerar-mos o perfil fornecido pelas dimensões que constituem a escala – "Sintomas Somáticos", "Ansiedade e Insónia", "Disfunção Social" e "Depressão Grave" – em vez de, somente, a nota total. Aliás Siegert, McCormick, Taylor, e Walkey (1987) referem que a estrutura das respostas varia consoante as populações.

Deste modo, neste estudo que pretende ser uma contribuição para o estudo da escala se tenha decidido inspeccionar os resultados da escala no conjunto dos participantes e por cada um dos grandes grupos (com e sem doença).

Procedimento

A primeira fase do estudo consistiu em verificar se a tradução da versão portuguesa do GHQ-28 que era proposta por Santos e Moutinho, estava de acordo com a versão original e se ela era de fácil compreensão para a população do estudo. Verificou-se se cada item expressava a dimensão que se propunha avaliar.

Pediu-se autorização à comissão de ética do hospital segundo os procedimentos exigidos. Uma vez autorizado o acesso aos doentes, eralhes pedido a colaboração na investigação segundo os procedimentos recomendados para o consentimento informado. Passou-se de seguida à passagem do questionário. Nos casos em que o nível de literacia era baixo, o preenchimento do questionário era apoiado pelo psicólogo segundo procedimento protocolarizado de modo a que o respondente estivesse sempre a ver o que era escrito na folha de resposta.

RESULTADOS

O primeiro passo dado consistiu em verificar se a distribuição de cada variável nos dois grupos era diferente ou se era idêntica. Para isso recorreu-se ao teste de Levene. Este teste permite verificar se a distribuição da variável nas duas amostras é diferente ou semelhante. A inspecção da diferença na distribuição entre grupos, por item e por dimensões é mostrada no quadro 2.

Verifica-se que nove dos 28 itens exibem variâncias diferentes nas duas amostras. A sub-escala Depressão Grave é a que contém mais itens com variância diferente (cinco em sete) seguida da sub-escala Disfunção Social (três itens em sete) e da Sintomas Somáticos (um item em sete). Para a sub-escala ou dimensão ansiedade

QUADRO 2 - **VARIÁVEIS EM QUE AS DISTRIBUIÇÕES SÃO DIFERENTES ENTRE OS GRUPOS DE DOENÇA E SEM DOENÇA**

variável	*valor de F*
Somático	
item 1	6,84*
Social	
item 15	4,16*
item 18	13,00***
item 19	4,14*
Depressão	
item 22	7,8**
item 23	8,2**
item 25	7,57**
item 27	7,57*
item 28	4,18*
Sub-escala ansiedade	4,54*

**p<0,05; **p<0,01*

a variância dos dois grupos é idêntica para todos os itens. A inspecção por nota global de cada dimensão e da nota total do GHQ-28 mostra que somente a variância da sub-escala Ansiedade e Insónia varia entre os dois grupos.

Estes resultados apontam para a existência de padrões de resposta inerentes a cada grupo num número substancial de itens da escala total (exactamente um terço). A inspecção do conteúdo destes itens permitirá fazer uma análise clinimétrica quando se pretender descrever aspectos típicos do grupo de doentes por comparação com os não doentes.

Fidelidade

A fidelidade do GHQ-28 foi avaliada com recurso à consistência interna, mais especificamente, ao α de Cronbach, verificando-se os seguintes valores: Para a escala GHQ-28 total, α= 0,94; Para a sub-escala Sintomas Somáticos, α=0,85; Para a sub-escala Ansiedade e Insónia α=0,88; Para a sub-escala Disfunção Social α=0,83; Para a sub-escala Depressão Grave α=0,89. Estes valores são elevados evidenciando que os itens de cada dimensão medem o mesmo construto, e que os itens da escala total também medem o mesmo construto.

Validade dos itens

A inspecção da validade dos itens foi feita de três maneiras: a) inspecção da correlação de cada item com a escala total (consistência interna do item); b) inspecção da correlação de cada item com a sub-escala ou dimensão a que pertence (validade convergente). Nos dois casos conside-

QUADRO 3 - **CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE OS ITENS E AS SUB-ESCALAS, CORRIGIDA PARA SOBREPOSIÇÃO**

itens	*GHQ-28 Total*	*Sintomas Somáticos*	*Ansiedade e Insónia*	*Disfunção Social*	*Depressão Grave*
01	0,59	**0,60**	0,44	0,59	0,41
02	0,67	**0,73**	0,54	0,59	0,43
03	0,68	**0,65**	0,57	0,65	0,44
04	0,70	**0,79**	0,53	0,63	0,45
05	0,54	**0,53**	0,50	0,21	0,51
06	0,38	0,39	0,42	0,09	0,31
07	0,60	**0,64**	0,53	0,46	0,40
08	0,61	0,47	**0,65**	0,42	0,50
09	0,80	0,76	0,71	0,57	0,60
10	0,66	0,60	**0,73**	0,49	0,41
11	0,52	0,34	**0,57**	0,33	0,50
12	0,64	0,58	0,57	0,32	0,63
13	0,51	0,29	**0,63**	0,31	0,49
14	0,73	0,61	**0,78**	0,59	0,49
15	0,42	0,40	0,32	**0,52**	0,24
16	0,64	0,58	0,57	0,55	0,45
17	0,66	0,61	0,50	**0,71**	0,46
18	0,59	0,53	0,43	**0,71**	0,40
19	0,45	0,24	0,39	**0,55**	0,40
20	0,28	0,20	0,16	**0,44**	0,24
21	0,52	0,52	0,45	**0,54**	0,28
22	0,61	0,49	0,49	0,45	**0,63**
23	0,69	0,56	0,59	0,43	**0,75**
24	0,66	0,54	0,58	0,41	**0,68**
25	0,62	0,43	0,51	0,40	**0,77**
26	0,71	0,52	0,66	0,51	**0,71**
27	0,49	0,27	0,43	0,30	**0,69**
28	0,46	0,26	0,37	0,24	**0,68**

rou-se uma correlação adequada um valor superior a 0,40; c) a correlação do item com a sub-escala a que pertence deverá ser superior em 10 pontos à da correlação com as sub-escalas a que não pertence (validade discriminante). Tanto na correlação do item com a escala total, como com a sub-escala a que pertence o valor encontrado reporta-se à correlação do item com a soma dos restantes itens, ou seja ele próprio foi excluído da soma da escala (por exemplo na correlação do item 01 com a sua sub-escala – Sintomas Somáticos – se se considerasse a correlação com a soma estando ele na soma, essa seria de 0,71 em vez de 0,60 como se verifica no quadro 3.

Consistência interna do item

No que respeita à correlação entre os itens e a escala total verifica-se que o item seis (r= 0,38) e o item 20 (r=0,28) não satisfazem o critério de correlação com a escala total superior a r=0,40.

Validade convergente/discriminante do item

No que respeita à correlação dos itens com a sub-escala ou dimensão a que pertence (ele próprio excluído dessa soma de que resulta a nota da sub-escala), verifica-se, para a dimensão Sintomas Somáticos, que o mesmo item seis não satisfaz o critério de existência de uma magnitude superior a r=0,40. Para a validade convergente dos itens da mesma sub-escala verifica-se que o mesmo item seis exibe uma correlação com a sub-escala Ansiedade e Insónia superior à que exibe com a sub-escala a que pertence. Relativamente à validade discriminante verifica-se que somente três dos sete itens da sub-escala Sintomas Somáticos exibem uma correlação com a escala a que pertencem superior em 10 pontos à correlação com a sub-escala a que não pertencem.

Para a sub-escala Ansiedade e Insónia apenas cinco itens satisfazem, em simultâneo os dois critérios em análise de validade convergente e discriminante do item.

Para a sub-escala Disfunção Social igualmente cinco dos sete itens satisfazem os dois critérios.

Para a sub-escala Depressão Grave todos os itens satisfazem os dois critérios.

Em resumo podemos afirmar que a maioria dos itens satisfaz os critérios que permitem afirmar que avaliam a dimensão a que pertence – quer no que diz respeito à escala total quer a cada uma das sub-escalas –, embora vários itens necessitem, eventualmente, de ser revistos, se se pretender melhorar as propriedades psicométricas.

Não esquecer no entanto, como mostram Siegert, McCormick, Taylor, e Walkey (1987) que, não só o número de factores varia consoante os estudos, como a distribuição dos itens pelas dimensões varia consoante as populações. Ora, dado que as dimensões pertencem a uma mesma família de itens que avaliam perturbações não psicóticas é esperado que haja alguma interpenetração de itens com as diferentes escalas.

Não se pode esquecer que estas análises que têm vindo a ser discutidas se referem a critérios psicométricos enquanto a escala original foi construída com base em critérios teóricos ou clinimétricos, somente se tendo recorrido a critérios psicométricos para estudar o GHQ-28.

Correlação entre dimensões

Os autores do GHQ-28 verificaram que as correlações entre as diversas sub-escalas variava entre 0,33 e 0,58, evidenciando que havia correlação ou dependência entre as sub-escalas. No presente estudo as correlações de Pearson entre sub-escalas são mostradas no quadro 4. A primeira linha corresponde à correlação para o total de participantes (n=60), a segunda linha ao grupo sem doença (n=30) e a terceira linha aos participantes com doença (n=30).

A inspecção do quadro mostra que o padrão da magnitude de respostas varia pouco quer se considere cada grupo por si ou em conjunto. O valor mais digno de nota verifica-se na correlação entre a sub-escala Disfunção Social e as escalas de Sintomas Somáticos onde parece haver uma associação forte para a população doente e não para a população não doente e a de Depressão.

A relação entre a sub-escala Depressão e as restantes escalas mostra algumas peculiaridades, mostrando que a magnitude das correlações varia consoante se trate dos dois grupos em conjunto, ou cada grupo por si. Estas diferenças verificam-se, principalmente, nas correlações entre a dimensão Depressão Grave, e Ansiedade e Insónia e Disfunção Social.

QUADRO 4 - **CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE SUB-ESCALAS, E ENTRE AS SUB-ESCALAS E A ESCALA TOTAL (NA PRIMEIRA LINHA SURGEM AS CORRELAÇÕES DO GRUPO TOTAL, NA SEGUNDA LINHA OS DOENTES, E NA TERCEIRA OS SAUDÁVEIS)**

	GHQ-28	*Somático*	*Ansiedade*	*Social*
Somático	0,87#			
	0,84#			
	0,75#			
Ansiedade	0,89#	0,69#		
	0,80#	0,57&		
	0,93#	0,59&		
Social	0,77#	0.64#	0,58#	
	0,66#	0,58&	0,31ns	
	0,66#	0,34ns	0,59*	
Depressão	0,82#	0,57#	0,67#	0,51#
	0,75#	0,43*	0,53&	0,25ns
	0,69#	0,36ns	0,64*	0,30ns

**-p<0,05; &-p<0.01; #- p<0,0001; ns- não significativo*

General Health Questionnaire -28- GHQ-28- Escala Total; Somático- Sintomas Somáticos; Ansiedade- Ansiedade e Insónia; Social- Disfunção Social; Depressão- Depressão Grave.

Por outro lado a correlação entre as dimensões do GHQ-28 é elevada o que evidencia sobreposição entre as dimensões. Tal não é de admirar dado que as dimensões são, de facto, da mesma família.

Validade concorrente ou simultânea da escala e sub-escalas

Para inspeccionar a validade concorrente ou simultânea do GHQ-28 analisou-se a correlação entre as dimensões do GHQ-28 e o SF-36. O quadro 5 exibe as correlações entre as duas variáveis inspeccionando-se, primeiro as correlações entre as duas escalas para o total dos participantes, depois o grupo doença e de seguida o grupo sem doença.

A inspecção do quadro 5 mostra que a magnitude da correlação entre as duas escalas – SF36 e GHQ-28 – é normalmente mais elevada para o total da população do que para cada um dos subgrupos. Seria esperado que fosse assim dado que há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo doente e o grupo sem doença a favor do grupo sem doença, o que potencia artificialmente estes resultados. Para cada um dos subgrupos a magnitude das correlações tende a ser idêntica. A correlação negativa deriva do facto de numa escala valores mais elevados corresponderem a melhor saúde enquanto na outra ocorre o inverso.

Interessa pois inspeccionar os resultados que não estão de acordo com padrão geral (ou seja que são diferentes para os dois grupos). Assim verificamos que a correlação entre o Desempenho Físico e Dor Corporal da escala SF36 e Disfunção Social, e Depressão Grave da escala GHQ-28 exibem um padrão diferente. O mesmo se verifica entre Percepção Geral de Saúde e Sintomas Somáticos; entre Vitalidade e Depressão Grave; entre Desempenho Emocional, e Sintomas Somáticos e Depressão Grave; entre Saúde Mental, e Sintomas Somáticos e Ansiedade e Depressão. Podemos então afirmar que para estas dimensões do GHQ-28 há especificidades nos doentes tuberculosos que importa inspeccionar, provavelmente de modo mais clínico, nomeadamente item a item.

Sensibilidade

A sensibilidade de uma escala é evidenciada pela sua capacidade de discriminar entre grupos no sentido esperado. O quadro 6 mostra as diferenças estatisticamente significativas, com recurso ao teste *t -student*, para o GHQ-28 e suas sub-escalas.

Verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas, quer para a Escala Total quer para cada uma das dimensões, entre o grupo com doença e o grupo sem doença, em que os valores do grupo sem doença são melhores do que o grupo com doença. Verifica-se assim que a escala é sensível à doença.

QUADRO 5 - **CORRELAÇÃO ENTRE SF-36 E GHQ-28 PARA O GRUPO TOTAL (N=60, PRIMEIRA LINHA) DOENTES TUBERCULOSOS (N=30, SEGUNDA LINHA) SEM DOENÇA (N=30, TERCEIRA LINHA)**

	GHQTotal	*Somático*	*Ansiedade*	*Social*	*Depressão*
Ffisico	-0,67#	-0,64#	-0,47#	-0,57#	-0,60#
	-0,47**	-0,53**	-0,30ns	-0,37*	-0,27ns
	-0,28ns	-0,20ns	-0,17ns	-0,14ns	-0,38*
Dfisico	-0,70#	-0,67#	-0,50#	-0,55#	-0,62#
	-0,50**	-0,65#	-0,24ns	-0,55**	-0,15ns
	-0,49*	-0,33ns	-0,37*	-0,05ns	-0,75#
DCorporal	-0,58#	-0.56#	-0,38**	-0,49#	-0,53#
	-0,44*	-0,45*	-0,15ns	-0,50**	-0,30ns
	-0,34ns	-0,32ns	-0,26ns	-0,003ns	-0,43*
PSGeral	-0,64#	-0,54#	-0,49#	-0,45#	-0,27ns
	-0,36*	-0,13ns	-0,23	-0,06ns	-0,46**
	-0,44*	-0,39*	-0,34ns	-0,67#	-0,55**
Vitalidade	-0,66#	-0,59#	-0,52#	-0,59#	-0,54#
	-0,48**	-0,46*	-0,34*	-0,49**	-0,21ns
	-0,48**	-0,33ns	-0,41*	-0,25ns	-0,50**
Fsocial	-0,22ns	-0,07ns	-0,17ns	-0,25*	-0,29*
	0,06ns	0,14ns	0,19ns	0,03ns	-0,15ns
	-0,25ns	0,05ns	-0,31ns	-0,42*	-0,19ns
DEmocional	-0,68#	-0,55#	-0,57#	-0,63#	-0,55#
	-0,45*	-0,52**	-0,31ns	-0,46**	-0,14ns
	-0,49*	-0,09ns	-0,51**	-0,44*	-0,54**
SMental	-0,76#	-0,58#	-0,60#	-0,68#	-0,71#
	-0,84#	-0,70#	-0,61#	-0,65#	-0,62#
	-0,41*	-0,08ns	-0,37*	-0,38*	-0,53**

**p<0,05; **p<0,01; &-p<0,001; # -p< 0,0001*

Escala SF-36: Ffisico - Funcionamento físico; Dfisico - Desempenho Físico; Dcorporal - Dor Corporal; PSGeral - Percepção de Saúde Geral; Vitalidade - Vitalidade; Fsocial - Funcionamento Social; Democional - Desempenho Emocional; Smental- Saúde Mental

General Health Questionnaire -28- GHQTotal- Escala Total; Somático - Sintomas Somáticos; Ansiedade- Ansiedade e Insónia; Social- Disfunção Social; Depressão- Depressão Grave.

QUADRO 6 - **DIFERENÇAS ENTRE O GRUPO SAUDÁVEL E DOENTE**

Questionário		*n*	*M*	*t*	*p*
SGHQ-28	N/doentes	30	41,56	6,48	<0,0001
	doentes	30	59,56		
Sintomas físicos	N/doentes	30	5,00	5,59	<0,0001
	doentes	30	10,36		
Ansiedade	N/doentes	30	5,04	3,99	<0,0001
	doentes	30	9,66		
Função social	N/doentes	30	7,93	5,07	<0,0001
	doentes	30	11,33		
Depressão	N/doentes	30	2,23	5,61	<0,0001
	doentes	30	7,20		

N/Doentes - grupo sem doença; doentes - grupo com tuberculose

A comparação entre sexos mostra que não há diferenças estatisticamente significativas entre os 29 indivíduos do sexo feminino e os 31 do sexo masculino, tanto quando se considera a amostra total, quer quando se considera em separado o grupo de doentes e o grupo sem-doença, para O GHQ-28 ou para cada uma das dimensões.

CONCLUSÃO

A versão do GHQ-28 apresentada em anexo mostra boas propriedades métricas, o que justifica a sua utilização em investigação. A utilização desta versão da escala para estudos de rastreio necessita ainda de ser confirmada por estudos desenhados para o efeito.

ABSTRACT

The General Health Questionnaire is a self-administered widely used measure of non-psychotic psychiatric disorders. The main version includes 60 items but there are also versions with 12, 20, 28 and 30 items. The metric properties are well established internationally.

The main objective of the present study is to identify the metric properties of the Portuguese version of the 28 item General Health Questionnaire.

Two groups of participants were used in the study: one group (n=30) of people without disease and one group (n=30) of inpatients with infectious diseases.

Results show that the Portuguese version shares the same kind of metric properties of the original version, and that it seems adequate to be used in research.

Key-words: *General Health Ques-tionnaire; Metric properties.*

BIBLIOGRAFIA

- Bhogle S, Prakash I. Factor structure of the scaled GHQ for an Indian population. Psychological-Studies 1994; 39: 107-112.
- Bertarelli P, Santinello M. Bone marrow donation between unrelated donors in Italy. Psychosomatics 1997; 3: 299-300.
- Butterworth T, Carson J, Jeacock J, White E, Clements A. Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: Findings from the Clinical Supervision Evaluation Project. Stress-Medicine 1999; 15: 27-33.
- de-Mont-M, Hardy P, Lepine J, Halfon P, et-al. Validation of a French version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a diabetic population. Encephale 1993; 19: 293-301.
- Eudier F, Caggia M, Badiche A. La qualite de vie du transplante hepatique en pre et post operatoire. Quality of life before and after liver transplantation. Psychologie-Medicale 1994; 26 (Spec Issue 3): 265-268.
- Ferreira P. Criação da versão portugue-sa do MOS SF-36 Parte I - adaptação cultural e linguística. Acta Médica Portugue-sa 2000; 13: 55-63.
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
- Goldberg D. Manual of the General Health Questionnaire. England: NFER Publishing, 1978.
- Goldberg D, Hillier V. A scaled version of the general health questionnaire. Psychological Medicine 1979; 9: 139-145.
- Goldberg D, Gater R, Sartorius N, Ustun T, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological-Medicine 1997; 27: 191--197.
- Hunfeld J, Wladimiroff J, Passchier J. The grief of late pregnancy loss. Patient-Education-and-Counseling 1997; 31: 57-64.
- Krol B, Sanderman R, Moum T, Suur-meijer T, Doeglas D, Krynen W, Robin-son I, Briançon S, Bjelle A, van den Heuve W. A comparison of the General Health Questionnaire-28 between patients with rheumatoid arthritis from the Netherlands, France, Sweden and Norway. European-Journal-of-Psychological-Assessment 1994; 10: 93-101.
- Knibb R, Armstrong A, Booth D, Platts R, Booth I, McDonald A). Psychological characteristics of people with perceived food intolerância in a community sample. Journal of Psychosomatic Research 1999; 47: 545--554.
- Lykouras L, Adrachta D, Kalfakis N, Oulis P et-al. GHQ-28 as an aid to detect mental disorders in neurological inpatients. Acta-Psychiatrica-Scandinavi-ca 1996; 93: 212-216.
- McDowell I, Newell C. Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press 1987.
- Petrie K. Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients. British Journal of Medical Psychology 1989; 62: 91-96.
- Ribeiro J. Contribution for the validation of the Portuguese version of the SF-36 (Submited) 2000.
- Santos M, Melo I. Avaliação da deficiência no doente respiratório crónico. Arquivos da Sociedade Portuguesa de Patologia Respiratória 1994; XI(5): 327-329.
- Seva A, Sarasola A, Merino J, Magallon R. Validity test of the G.H.Q.-28 items in a subsample of young people. European-Journal-of-Psychiatry 1992; 6: 239-247.
- Siegert R, McCormick I, Taylor A, Wal-key F. Na examination of the reported factor structures of the General Health Questionnaire and the identification of a stable replicable structure. Australian Journal of Psychology 1987; 39: 89-100.
- Thomas V, Dixon A, Miligan P. Cognitive behaviour therapy for the management of the sickle cell disease pain. Na evaluation of a community – based intervention. British Journal of Health Psychology 1999; 4: 209-229.
- Tyrrell J, Smith H. Levels of psychological distress among occupational thera-py students.British-Journal-of-Occupational-Therapy 1996; 59: 365-371.
- Villaverde-Ruiz-M, Gracia-Marco R, de-la-Fuente-Portero J, Benitez M. Psychiatric morbidity community survey on urban population of the Island of Tenerife. European-Journal-of-Psychiatry 1999; 13: 133-143.
- Ware J, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center. 1992.
- Welch S, Collings S, Howden-C. Lesbians in New Zealand: Their mental health and satisfaction with mental health services. Australian-and-New-Zealand-Journal-of-Psychiatry 2000; 34: 256--263.