

**RESUMO:**

A patologia psiquiátrica induz elevado sofrimento e morbidade, sendo que o seu tratamento e/ou estabilização exige uma complexidade de meios e recursos psicoterapêuticos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS-WHO, 2008) mostra que a depressão, os distúrbios de consumo de álcool e as psicoses estão entre as 20 causas mundiais de incapacidade, referindo ainda que as condições psiquiátricas são mais comuns em pessoas com idade inferior a 59 anos, correspondendo a cerca de um terço dos anos de vida perdidos devido a incapacidade entre adultos com idades superiores aos quinze anos.

Estes dados remetem para um problema de saúde pública, sendo indispensável, acções no âmbito da prevenção, identificação precoce, tratamento e reabilitação na área da psiquiatria e saúde mental, de forma a conhecer, compreender e intervir eficazmente nas populações.

Os Hospitais de Dia na área da psiquiatria para doentes mentais adultos incluem uma ampla variedade de intervenções psicoterapêuticas com o objectivo de dar apoio intensivo a doentes em ambulatório, com alívio dos sintomas em curto tempo, depois de internamento completo e para programas de reabilitação a longo prazo.

A escassez de literatura encontrada sobre avaliação dos resultados deste tipo de estruturas e as controvérsias existentes, vão de encontro à necessidade de mais investigação no âmbito desta área.

Além do conhecimento científico na saúde têm também de ser equacionados aspectos relacionados com a economia e qualidade dos serviços, em que as decisões procurem reduzir procedimentos ineficazes, racionalizar serviços e medir benefícios.

Assim, este trabalho pretende explorar e descrever de forma mais objectiva até que ponto as intervenções incluídas num programa psicoterapêutico de um serviço de internamento parcial (Hospital de Dia) têm reflexo na Qualidade de Vida dos utentes que frequentam esse serviço, aspecto que se deseja melhor quantificado e para o qual se espera dar um contributo.

Considera-se esta questão actual e pertinente devido ao crescente interesse pelos aspectos relacionados com a qualidade de vida e a procura de uma maior eficácia e efectividade dos tratamentos existentes na área da saúde mental e psiquiátrica.

Assim, o objectivo geral do estudo é:

“Explorar e descrever as relações entre o tratamento terapêutico e de apoio psicossocial, a qualidade de vida e a psicopatologia dos utentes internados no Hospital de Dia, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.”

Estabeleceram-se os seguintes objectivos específicos:

- 1 - Caracterizar os doentes internados num Hospital de Dia de Psiquiatria.
- 2 - Descrever aspectos clínicos apresentados por doentes internados num Hospital de Dia de Psiquiatria.
- 3 - Descrever as relações entre a QDV e a psicopatologia existentes nos doentes internados num Hospital de Dia de psiquiatria.
- 4 - Avaliar a diferença da QDV e da psicopatologia após protocolo de tratamento terapêutico e de ajuda psicossocial.

De acordo com a literatura, foram colocadas as hipóteses seguintes:

H1 - A QDV, nos seus diversos domínios, apresenta uma correlação negativa com a psicopatologia.

H2 - A QDV dos utentes, nos seus diversos domínios, aumenta após o programa terapêutico e de apoio psicossocial.

H3 - A psicopatologia diminui após o programa terapêutico e de apoio psicossocial.

No desenho de investigação delineado foram considerados dois momentos de colheita de dados.

No primeiro momento, ocorrido durante a primeira semana de internamento foi aplicada a WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life - Brief Form*), o BSI (*Brief Symptom Inventory*) e o *Questionário 1*, em que as questões formuladas incluíram dados sociodemográficos e dados clínicos relativos a antecedentes da história psiquiátrica (incluindo tempo de acompanhamento psiquiátrico, com recorrência ou não a internamentos completos ou parciais, a existência ou não de ideação e de tentativas de suicídio, de apoio e/ou de discriminação).

Determinou-se realizar o segundo momento de avaliação aos três meses (tempo definido na equipa para realizar a reavaliação da continuidade ou não em internamento dos doentes) ou aquando da alta do doente, atendendo ao carácter naturalista do estudo e não se pretender alterar as decisões da equipa (pois podiam existir critérios de alta em tempo inferior, o que aconteceu).

No segundo momento realizou-se novamente a aplicação da WHOQOL - Bref, do BSI e *Questionário 2*, para o despiste de critérios de exclusão e avaliação do utente sobre programa terapêutico e de apoio psicossocial

Simultaneamente houve por parte do investigador o registo dos dias de internamento e o número de actividades em que o utente participou.

Na amostra incluíram-se todos os utentes internados no serviço que sabiam ler e escrever e que de forma livre e esclarecida consentiram em participar.

Atendendo aos objectivos do estudo, excluíram-se os utentes que, não aderiram ao programa terapêutico (com três faltas injustificadas), não cumpriram com a medicação, tiveram um evento de vida significativo (morte, divórcio, desemprego,...), e tiveram alta, fosse esta por transferência (agravamento do quadro clínico), abandono ou contra o parecer da equipa.

Aos participantes foram-lhes explicados os objectivos e a metodologia da investigação, os inconvenientes (tempo de preenchimento da escalas) e as vantagens em participar (o estudo permitirá a outros utentes beneficiar dos resultados dos mesmos), garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados e promoveu-se a assinatura do consentimento informado dos que voluntariamente anuíram em participar. No passo seguinte, foi-lhes pedido o preenchimento dos questionários, em local que garantiu a privacidade.

O momento escolhido para a aplicação das escalas procurou evitar a interrupção do programa psicoterapêutico, pelo que foi realizada no início da manhã ou da tarde.

Apresentando-se como um estudo naturalista, a inclusão dos indivíduos nas diferentes actividades terapêuticas foram, como habitualmente, uma decisão dos elementos da equipa terapêutica (médico, enfermeira e técnica superior de serviço social) e dos utentes, tendo em consideração as dificuldades e a disponibilidade apresentadas por estes, e as intervenções existentes. Assim, cada utente participou em actividades diferentes assim como o número de sessões também diferiu, sendo considerado na avaliação o total de actividades participadas. O presente estudo não implicou mais actividades ou mais acompanhamentos da equipa do que o normalmente ocorreria.

O número total de inscritos no estudo foi de dezanove utentes, tendo sido excluídos dois por abandono. Dos restantes, treze utentes têm dados colhidos nos dois momentos de avaliação previstos no trabalho, não possuindo ainda os demais informação completa aquando da análise dos dados por não ter decorrido o tempo previsto (três meses).

As variáveis atributo consideradas foram a idade, o sexo, o nível de escolaridade, o estado civil, o diagnóstico clínico e a situação laboral.

A variável independente deste estudo foi o *Programa terapêutico e de apoio psicossocial*, operacionalizada pelos dias de internamento e pelo número de sessões frequentadas pelos utentes.

As variáveis dependentes nesta investigação foram a *Qualidade de Vida* e a *Psicopatologia*. A *Qualidade de Vida* foi mensurada através da WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994, 1998), versão portuguesa de Portugal, que foi validada e aferida por Vaz Serra e colaboradores (2006) e Canavarro e colaboradores (2007), e a *Psicopatologia* através do *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1983), que foi traduzido e validado para a população portuguesa por Canavarro (1995/2007).

#### *Caracterização da amostra*

A amostra inicial é constituída por 19 sujeitos, com idade compreendida entre os 22 e os 68 anos ( $M = 43.79 / DP = 13.10$ ), sendo a moda o género feminino. A maioria dos indivíduos refere como estado civil ser solteiro (47.4%), ter como habilitações literárias o ensino universitário (31.6%), encontrar-se desempregado (53.8%) e tem como diagnóstico clínico Distúrbio Afectivo (52,6%).

Na história clínica, encontrou-se como média do primeiro contacto com os serviços 30,47 anos de idade ( $DP = 13.46$ ). Relativamente à existência de internamentos completos 57,9% já esteve internado nesse tipo de serviços e 21.1% tiveram

internamento parcial. A maioria dos indivíduos (78.9%) já teve ideação suicida, refere incompreensão pela doença (78.9%) e sente-se discriminado (73.7%), mas 78.9% sente apoio. O suicídio já foi tentado por 52,6%.

A média dos dias de internamento foi de 27,62 dias (DP=14.86) e a mediana 29 dias. Quanto às sessões assistidas pelos utentes, o seu valor variou entre 23 e 200 sessões, sendo a média de 85.31 sessões (DP= 49.03).

Como resultado do internamento experienciado pelos sujeitos, 76.9% referiu *ter melhorado*, 15.4% *ter ficado na mesma* e 7.7% *ter piorado*. Nos que melhoraram, 60% atribuíram como causa de melhoria a medicação e o programa, e os restantes 40% exclusivamente ao programa terapêutico e de apoio social, não sendo referenciados outros motivos.

Quanto às hipóteses colocadas confirmaram-se as três.

A Qualidade de Vida e a Psicopatologia tanto no primeiro momento como no segundo mostram-se correlacionadas significativa e negativamente.

Quanto à diferença nos valores da Qualidade de Vida QDV entre os dois momentos, houve aumento em todos os domínios e Faceta Geral da QDV, no segundo momento de avaliação, embora apenas sejam estatisticamente significativas no *Domínio Físico, Psicológico e Ambiente*.

Quanto à diferença na Psicopatologia entre os dois momentos de avaliação, houve diminuição no segundo momento em todas as dimensões e índices do BSI, com exceção à dimensão *Ideação Paranóide*. As diferenças foram estatisticamente significativas nas dimensões *Obsessões/Compulsões, Ansiedade, Hostilidade e no Índice dos Sintomas Positivos*.

Uma das limitações deste estudo é o tamanho reduzido da amostra e a heterogeneidade dos sujeitos a nível das características sociodemográficas e clínicas que impediu a análise comparativa entre variáveis e com outros estudos revistos na

literatura. A expectativa relativa ao número de indivíduos era maior, contudo, tal não sucedeu por motivos relacionados com o processo metodológico (atraso na avaliação do processo por parte da comissão de ética da instituição), por não se pretender influenciar o encaminhamento das situações para o internamento e pelo carácter longitudinal do estudo em que existe um período de tempo de aplicação do programa de intervenção terapêutico entre os dois momentos de avaliação. Por outro lado, o facto de ser um estudo não probabilístico, não representativo da população, determina que os seus resultados sejam válidos apenas para este estudo, não possibilitando a sua generalização. Por fim, ao ser um estudo correlacional também não permite tirar conclusões relativamente à direcção específica da influência exercida entre as variáveis.

Este estudo sugere que o programa terapêutico e de apoio psicossocial do Hospital de dia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra contribui para a melhoria da Qualidade de vida e da Psicopatologia dos utentes internados, o que vai de encontro à percepção do Serviço.

Contudo, admite-se a existência de outros factores que possam influenciar os resultados, que não foram explorados, identificados ou mensurados, nomeadamente o nível socioeconómico, o apoio recebido, a personalidade, a resiliência, a ocorrência de acontecimentos positivos entre outros, aspectos que em estudos futuros, poderão ser controlados.

Entende-se que seria importante a continuidade do estudo no sentido de aumentar o número da amostra e possibilitar a criação de grupos homogéneos de diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas.

A avaliação das intervenções terapêuticas recorrendo a instrumentos com consistência interna e estabilidade temporal e transcultural, deve ser realizada de forma disseminada permitindo a definição de estratégias mais adequadas, a qualidade dos

serviços e a satisfação dos utentes e profissionais, sendo a inclusão da avaliação da Qualidade de Vida um importante parâmetro a considerar.



**Universidade de Coimbra**  
**Faculdade de Medicina**  
**Mestrado de Saúde Pública**

**Vera Cristina Ribeiro da Fonseca**

**Qualidade de Vida e Psicopatologia**

**Intervenção Terapêutica em Hospital de Dia**

**Coimbra**

**2011**

**Dissertação de Mestrado em Saúde Pública (2009/2011)**  
**Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de**  
**Coimbra sob a orientação do Professor Dr. Manuel João**  
**Quartilho e co-orientação da Professora Dra. Maria**  
**Cristina Canavarro**

## **AGRADECIMENTOS**

**Ao Professor Doutor Manuel João Quartilho, orientador, e à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, co-orientadora, pela disponibilidade demonstrada, pelos conhecimentos transmitidos e pelo apoio prestado.**

**À equipa do grupo de investigação em Relações, Desenvolvimento & Saúde da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, coordenada pela Professora Cristina e particularmente ao Dr. Marco Pereira, pelos seminários apresentados e pela ajuda.**

**À equipa do Hospital de Dia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra pela disponibilidade e apoio dado, especialmente à Dra. Inês Martins que muito ajudou no tratamento estatístico.**

**Ao conselho de administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, por autorizar a realização deste estudo.**

**Aos utentes que aceitaram participar e a todos os outros que se cruzaram no meu percurso profissional, por confiarem as suas vidas e, sem saberem, serem incentivo ao meu desenvolvimento profissional.**

**À minha família de origem, especialmente à minha mãe e ao meu pai (em memória), pelo exemplo de honestidade, verdade e trabalho.**

**Ao meu marido e filhos (os de sangue e os de afecto), pela presença constante, pela flexibilidade na dinâmica familiar e pela ajuda na construção deste projecto pessoal, especialmente o Cesário e o Miguel que colaboraram na revisão do texto.**

**Aos meus amigos, por enriquecerem a minha vida com carinho, alegria, divertimento e pela partilha de todos os momentos.**

**Ao Deus em que acredito, pela luz e força no caminho da minha vida.**

**Dedicatória**

**À mãe Luísa e ao pai Jorge (em memória)**

**Ao Cesário, companheiro de jornada**

**Aos filhos Mariana, Cesário, Pedro, Catarina, Carla e Miguel**

## RESUMO

Aspectos relacionados com a qualidade de vida são cada vez mais equacionados na avaliação dos resultados em saúde. Este estudo pretende descrever e explorar a relação entre um protocolo de intervenção terapêutica e de apoio psicossocial e as várias dimensões da qualidade de vida dos utentes internados em regime de Hospital de Dia, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

A amostra final ficou constituída por treze utentes internados nesse serviço, com características heterogéneas relativamente à idade, sexo, escolaridade, situação laboral e diagnóstico clínico.

A investigação teve dois momentos de avaliação: o primeiro ocorreu na primeira semana aquando da admissão no serviço e o segundo aquando da alta ou aos três meses de internamento. Nos dois momentos, avaliou-se a qualidade de vida, medida pela WHOQOL- Bref (*World Health Organization Quality of Life - Brief Form*) e a sintomatologia psicopatológica, avaliada pelo BSI (*Brief Symptom Inventory*).

A qualidade de vida melhorou em todos os seus domínios e na sua Faceta Geral após a frequência do serviço, embora seja estatisticamente significativa apenas no *Domínio Físico, Psicológico e Ambiente*. Verificou-se também a diminuição em todas as dimensões e índices do BSI, com exceção à dimensão *Ideação Paranóide*, sendo as diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Obsessões/compulsões, Ansiedade, Hostilidade e no Índice dos Sintomas Positivos*. A Qualidade de vida e a psicopatologia encontram-se correlacionadas significativamente no *Domínio Físico e Psicológico*.

O estudo sugere que o programa psicoterapêutico e de apoio psicossocial realizado no serviço contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e da sua sintomatologia psicopatológica.

Palavras - chave: Qualidade de vida, Doença mental, Hospital de Dia de Psiquiatria, Programa terapêutico.

## **ABSTRACT**

Quality of life is an increasingly important factor in the evaluation of the health services results. This study aims to describe and explore the relationship between a therapeutic protocol and the various dimensions of quality of life of the users admitted in Day Hospital, in a psychiatric hospital.

The final sample was composed of thirteen subjects admitted to that service; these have diverse characteristics regarding age, gender, education, employment status and clinical diagnosis.

The investigation had two stages: the first was performed during the first week of admission to the service and the second when the subject was discharged or after three months of hospitalization. In the two stages, we evaluated the quality of life, measured by WHOQOL- Bref (*World Health Organization Quality of Life - Brief Form*) and the psychopathological symptoms assessed by BSI (*Brief Symptom Inventory*).

The study showed a Quality of life improved in all areas of WHOQOL-Bref after having attended the service, although only in the physical, psychological and environmental areas was a statistically significant correlation found. There was also a decrease in all dimensions and index of BSI, with an exception in the paranoid ideation scale. In the Obsessions/Compulsions, Anxiety, Hostility and the Index of Positive Symptoms a statistically significant correlation was found. Quality of life and psychopathology are significantly correlated in the physical and psychological areas.

The psychotherapeutic program held suggests that the service improves the quality of life of patients and their psychopathological symptoms.

Key-words: Quality of life, Mental disease, Outpatients of psychiatry, Therapeutic protocol.

# **ÍNDICE**

## **Introdução**

### **Capítulo 1 - QUALIDADE DE VIDA**

**1.1 - Perspectiva histórica**

**1.2 - Diferentes abordagens da qualidade de vida**

**1.3 - Qualidade de vida relacionada com a saúde**

**1.4 - Instrumentos de avaliação**

### **CAPÍTULO 2 - SAÚDE MENTAL e DOENÇA MENTAL**

**2.1 - Saúde Mental**

**2.2 - Doença Mental**

### **CAPÍTULO 3 - QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA MENTAL**

### **CAPÍTULO 4 - OS HOSPITAIS DE DIA**

**4.1 - Breves considerações**

**4.2 - O programa terapêutico e de apoio psicossocial do Hospital de Dia do**

Centro Hospitalar Psiquiátrico De Coimbra

### **CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

**5.1 - Objecto e tipo de investigação**

**5.2 - Hipóteses**

**5.3 - Variáveis**

**5.4 - Amostra**

**5.5 - Instrumentos de colheita de dados**

**5.6 - Tratamento estatístico**

**5.7 - Procedimentos éticos**

### **CAPÍTULO 6 - RESULTADOS**

### **CAPÍTULO 7 -DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

### **BIBLIOGRAFIA**

### **ANEXOS**

## **Lista de abreviaturas**

BSI - Brief Symptom Inventory

DALY - Disability-Adjusted Life Years

NSE - Nível Socioeconómico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático

QDV – Qualidade de Vida

SM - Saúde Mental

WHO – World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL- Bref – World Health Organization Quality of Life - Brief Form

YLD - Years Lost Due to Disability

YLL - Years of Life Lost



## Índice de Quadros

Quadro 1 - Valores do BSI estabelecidos para a população em geral e para a existência de perturbação emocional

Quadro 2 - Características sociodemográficas da amostra

Quadro 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o diagnóstico clínico (ICD-10)

Quadro 4 - Distribuição de informações clínicas dos sujeitos, para n=19

Quadro 5 - Coeficiente de correlação entre a QDV (WHOQOL-Bref) e a psicopatologia (BSI), no primeiro momento (n=13)

Quadro 6 - Coeficiente de correlação entre a QDV (WHOQOL-Bref) e a sintomatologia psicopatológica (BSI), no segundo momento (n=13)

Quadro 7 - Comparação entre a QDV (WHOQOL-Bref) antes e após o programa psicoterapêutico e de apoio psicossocial

Quadro 8 - Coeficiente de correlação entre a QDV (WHOQOL-Bref) e os seus diferentes domínios, no primeiro momento (n=13)

Quadro 9 - Coeficiente de correlação entre a QDV (WHOQOL-Bref) e os seus diferentes domínios, no segundo momento (n=13)

Quadro 10 - Comparação entre psicopatologia (BSI) antes e após o programa psicoterapêutico e de apoio psicossocial

## **Índice de Anexos**

ANEXO I - Distribuição Semanal das Actividades Terapêuticas

ANEXO II - Questionário 1

ANEXO III- Questionário 2

ANEXO IV - WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life - Brief Form)

ANEXO V - BSI (Brief Symptom Inventory)

ANEXO VI- Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra

ANEXO VII - Formulário do consentimento informado

## INTRODUÇÃO

A patologia psiquiátrica induz elevado sofrimento e morbidade, sendo que o seu tratamento e/ou estabilização exige uma complexidade de meios e recursos psicoterapêuticos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS-WHO, 2008) mostra que a depressão, os distúrbios de consumo de álcool e as psicoses estão entre as 20 causas mundiais de incapacidade, referindo ainda que as condições psiquiátricas são mais comuns em pessoas com idade inferior a 59 anos, correspondendo a cerca de um terço dos anos de vida perdidos devido a incapacidade entre adultos com idades superiores aos quinze anos.

Também a nível nacional a preocupação sobre esta temática é traduzida no Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016 (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) onde consta que “os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbidade, nas sociedades actuais. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas (p. 5)”.

Estes dados remetem para um problema de saúde pública, sendo indispensável, acções no âmbito da prevenção, identificação precoce, tratamento e reabilitação na área da psiquiatria e saúde mental, de forma a conhecer, compreender e intervir eficazmente nas populações.

Além do conhecimento científico na saúde têm também de ser equacionados aspectos relacionados com a economia e qualidade dos serviços, em que as decisões procurem reduzir procedimentos ineficazes, racionalizar serviços e medir benefícios.

Assim, este trabalho pretende explorar e descrever de forma mais objectiva até que ponto as intervenções incluídas num programa psicoterapêutico de um serviço de internamento parcial (Hospital de Dia) têm reflexo na Qualidade de Vida dos utentes que frequentam esse serviço, aspecto que se deseja melhor quantificado e para o qual se espera dar um contributo.

Neste estudo a questão de investigação é:

“Qual a relação entre um protocolo de intervenção terapêutica e de apoio psicossocial, as várias dimensões da qualidade de vida e a psicopatologia dos utentes internados em regime de Hospital de Dia, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra?”

Considera-se esta questão actual e pertinente devido ao crescente interesse pelos aspectos relacionados com a qualidade de vida e a procura de uma maior eficácia e efectividade dos tratamentos existentes na área da saúde mental e psiquiátrica.

Este trabalho foi estruturado em sete capítulos. No primeiro, apresentar-se-á uma breve perspectiva histórica sobre a QDV, diferentes abordagens existentes sobre a temática e a qualidade de vida relacionada com a saúde, e alguns instrumentos de avaliação existentes. No capítulo dois abordar-se-á aspectos relativos à saúde/doença mental e a alguns distúrbios com maior morbilidade. No capítulo 3 descrever-se-á alguns estudos no âmbito da Qualidade de Vida e da doença mental. No capítulo seguinte, após breves considerações sobre os hospitais de dia, apresentar-se-á o programa terapêutico e de apoio psicossocial do Hospital de Dia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra. No capítulo cinco serão descritos aspectos metodológicos relativos ao trabalho de investigação. No capítulo seis apresentar-se-á os resultados obtidos e, concluindo com a discussão dos resultados e as suas conclusões, no capítulo sete.

## CAPÍTULO 1 - QUALIDADE DE VIDA

### 1.1 - Perspectiva histórica.

O termo Qualidade de Vida (QDV) é utilizado frequentemente quer na linguagem quotidiana, quer nas diferentes áreas do saber científico. Contudo, o seu significado difere bastante de acordo com os contextos. Uma simples pesquisa deste conjunto de palavras num motor de busca orienta para áreas tão diversas como o ambiente, a economia, a religião, o urbanismo, a saúde... Nesta última, tem ocorrido uma crescente importância deste assunto e a sua integração na avaliação de resultados, de programas/ intervenções e na tomada de decisões.

Definir o conceito torna-se difícil, pois a QDV é experienciada de forma diferente de acordo com a idade, o tipo de personalidade, o trabalho (ou a sua ausência), as relações familiares ou de amizade existentes (ou não), a situação financeira, o estado de saúde, os valores pessoais, as actividades voluntárias, as condições de vida, a cultura, etc. Assim, um mesmo indivíduo também no seu percurso pessoal pode ir alterando o seu próprio conceito, de acordo com as suas vivências. Contudo tem existido no âmbito da saúde, um esforço em clarificar, aprofundar e operacionalizar esta noção tão relativa.

Walters (2009) informa que o termo QDV foi introduzido na MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) em 1975 e, aceite no *Index Medicus* em 1977. Em 1991, surgiu a primeira edição do jornal multidisciplinar *Quality of life Research*, com o objectivo da rápida difusão de pesquisas originais, artigos teóricos e relatórios metodológicos sobre a QDV nas diferentes ciências da saúde. Em 1993, foi constituída a *International Society for Quality of Life Research*, que tem a missão de desenvolver o estudo científico da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) e de outros resultados centrados nos doentes, para identificar intervenções eficazes, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e promover a saúde das populações.

Pigou, em 1920 (citado por O'Boyle, 1992), utilizou o termo Qualidade de Vida num livro de Economia e Bem-estar que debatia o apoio do governo americano às classes

mais pobres e o impacto das medidas económicas nos mais desfavorecidos e nas finanças do país.

Pais Ribeiro (2009), corrobora estes dados e acrescenta que o tema foi retomado após longo período de ausência no relatório da *Commission on National Goals* do presidente Eisenhower, na década de 60.

Na revisão realizada por Rapley (2003), este cita Noll (2000) que reconhece o trabalho de Drenowski sobre os indicadores sociais nos anos cinquenta nas Nações Unidas como a primeira contribuição para desenvolver a medição do nível de vida, identificando componentes de bem-estar e elaborando os seus indicadores.

Em 1964, é atribuído ao presidente Lyndon Johnston a valorização da QDV das pessoas e a sua opinião em detrimento do saldo da sua conta bancária na avaliação de progresso do país (Rapley,2003; Pais Ribeiro, 2009; Canavarro, 2010), o que impulsionou o desenvolvimento de investigações nesta área.

Uma análise realizada por Costa Neto em 1998 (citado por Seidl & Zannon, 2004) à obra de Cummins, *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*, este identificou 446 instrumentos relacionados com a QDV , num período de setenta anos, sendo que os primeiros instrumentos surgiram nos anos 30 tendo ocorrido, mais tarde a partir dos anos 80 um elevado crescimento, correspondendo a mais de 70% desses instrumentos.

Pais Ribeiro (2009), nomeia como um dos primeiros estudos na avaliação da QDV o "*Quality of Life of American People*", de Campbell e Rodgers (1976). Estes autores manifestaram a complexidade do conceito e da sua medição e enfatizaram a forma como as pessoas experienciavam a sua vida. Por outro lado, simultaneamente, outros estudos, nomeadamente os estudos de Liu (1975), valorizavam aspectos mais mensuráveis como por exemplo, o rendimento *per capita*.

## **1.2 - Diferentes abordagens da Qualidade de Vida.**

Rapley (2003) considera que a QDV é um construto que pode ser encarado a dois níveis: o global e o individual.

No nível global, a QDV das populações pode ser inferida de indicadores sociais realizados por diferentes organizações internacionais, nomeadamente os *World Development Indicators of World Bank*, ou os *European System of Social Indicators* (EUSI). No EUSI (projecto que se baseou no inventário de metas e objectivos da União Europeia e na análise dos indicadores sociais da literatura), Berger-Schmitt e Noll (2000) identificaram seis metas para desenvolver a sociedade europeia que foram seleccionadas directamente de conceitos de QDV, coesão social e sustentabilidade. Aqui, a QDV incorpora duas dimensões: o desenvolvimento de condições objectivas de vida (condições de trabalho, estado de saúde e padrão de vida) e o reforço do bem estar subjectivo, avaliado por medidas de felicidade ou satisfação.

Por seu lado, Hagerty e os seus colaboradores (2001) numa pesquisa solicitada pela *International Society for Quality of Life Studies* (ISQOLS) para encontrar índices de QDV a nível populacional, encontraram uma enorme variação nas medidas utilizadas e a ausência de uma teoria bem estabelecida que definisse o significado e os mecanismos de produção de QDV, pelo que propuseram um modelo. Este relaciona a QDV com variáveis exógenas, ou seja as variáveis ambientais que afectam os cidadãos (políticas públicas, ambiente, estado socio-económico, liberdade, desigualdade de rendimentos,..) e endógenas, definidas como as respostas individuais ao ambiente (nível educacional, casamento, infância, expectativas,...). O resultado da interacção entre estas variáveis traduz-se em felicidade, sobrevivência e contribuição para a humanidade, que condicionarão futuras escolhas a nível individual e da comunidade.

Rapley (2003) critica este modelo afirmando que não tem em conta que o acesso às escolhas individuais significativas não tem uma distribuição normal nas populações e não explica de forma precisa como funciona.

Salvaris (citado por Rapley, 2003) vê os indicadores sociais como um movimento social, que podem contribuir para o reforço do processo democrático e defende que devem ser determinados por processos de consulta à comunidade atendendo aos objectivos de desenvolvimento local, sendo os cidadãos a escolher o que a QDV significa.

Land (2001) identifica três tipos de indicadores sociais: os indicadores critério (caracterizados por resultados, valores finais,...), os indicadores descritivos sociais (que traduzem o estado da sociedade e as mudanças necessárias a efectuar, devendo ter a

flexibilidade de vários graus de abstracção e poderem basear-se numa série mínima de dados) e os indicadores de satisfação com a vida e/ou indicadores de felicidade (aceitam que as medidas dos estados psicológicos individuais - valores, atitudes, crenças e expectativas - são importantes para compreender as mudanças sociais e a QDV). Esta posição é rejeitada por investigadores que afirmam que as avaliações individuais com baixas aspirações ou elevada adaptação são infrutíferas como índice de bem-estar social.

Rapley (2003) aponta como uma das dificuldades dos índices de larga escala poderem involuntariamente mascarar diferenças reais entre os subgrupos da população e por outro lado distanciarem-se dos interesses do cidadão ou das comunidades. Em resposta a estas preocupações surge a noção de QDV como um construto de nível individual.

Apesar da dicotomia entre ver a QDV como um fenómeno partilhado universalmente pelas pessoas (com domínios definidos e medidos empiricamente), ou como um conceito sensível que pode alertar para aspectos que importam na vida de pessoas particulares, a QDV é definida como uma experiência individual e subjectiva, com uma parte psicológica e a expressão da satisfação das pessoas com a sua vida individual, havendo um esforço para definir conceptualmente o construto.

Para Cummins (1997) a QDV é objectiva e subjectiva, considerando cada eixo como o agregado de sete domínios: bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, bem-estar comunitário e emocional. Os domínios objectivos compreendem medidas culturalmente relevantes de bem-estar objectivo, já os subjectivos compreendem a satisfação de domínios ponderados pela importância atribuída pelos indivíduos. O autor sugere separar os componentes objectivos dos subjectivos em eixos.

Noll (2000) também fez essa distinção e conceptualizou dois eixos: o das condições de vida objectivas (CVO) e o do bem-estar subjectivo (BES), que podem dicotomicamente ser bons ou maus. Do cruzamento destas variáveis podem resultar quatro situações: *bem-estar* (boas CVO e bom BES), *dissonância* (boas CVO e mau BES); *privação* (más CVO e mau BES) e, por último, *adaptação* (más CVO e bom BES).



A existência de pessoas com elevada adaptação ou com baixas aspirações, leva a que vários investigadores ignorem os indicadores subjectivos nas suas investigações, considerando apenas os objectivos. Contudo, vários autores (Veenhoven, 1996,1997; Berger-Schmitt e Jankowitsch, 1999; Noll, 2000) defendem a importância de medir os dois tipos de indicadores.

A nível da literatura os aspectos subjectivos da QDV aparecem associados a outras noções como felicidade, satisfação com a vida e bem-estar, que convém explicitar.

Já em 1900, Saw, citado por Fayers e Machin (2007), faz a distinção entre felicidade e QDV: "A vida mais nobre deixa a mera felicidade para trás e certamente não pode suportá-lo... A felicidade não é o objecto da vida: a vida não tem objecto: é um fim em si mesma; e a coragem consiste na disposição de sacrificar a felicidade por uma qualidade de vida mais intensa."

Nas notas de Aristóteles surge o termo Boa vida... A felicidade varia de pessoa para pessoa: se é pobre a felicidade é ser rico, se está doente é ter saúde.

A felicidade, segundo Quartilho (2010), pode ser encarada numa perspectiva hedonista, como o modo como se experiencia o prazer, ou então na perspectiva eudemonista em que se valoriza o desenvolvimento pessoal, o caminho virtuoso e a reflexão filosófica. O autor realça ainda o carácter cultural da felicidade, exemplificando com as diferenças existentes entre as sociedades orientais, em que é valorizado o colectivo, a relação social e emocional entre as pessoas, e as ocidentais, em que o individual, assume a primazia.

Warburton, citado por Phillips (2006), define felicidade como uma sensação fisiológica agradável causada por uma resposta neuroquímica do sistema dopaminérgico do cérebro a um estímulo externo, havendo a procura de repetição de experiências que provocam sentimentos de bem-estar. Também Kahneman (1999), valoriza as boas experiências, colocando contudo a ênfase na avaliação das experiências presentes e não, em reconstruções ou avaliações do passado. Este investigador é o criador do conceito, *felicidade objectiva*, defendendo a ideia que se deve medir objectivamente as sensações associadas à felicidade no instante, e não a percepção subjectiva da pessoa sobre a sua felicidade.

Phillips (2006) levanta várias objecções a esta felicidade objectiva: por um lado, alerta para as diferenças químicas existentes em diferentes pessoas, em que pessoas com níveis mais elevados de dopamina experienciam mais vezes instantes de felicidade (independentemente dos estímulos externos), o que compromete a felicidade objectiva quer genética quer experiencialmente. Por outro lado, a medição fisiológica de um acontecimento não traduz o significado e a importância atribuídos pelas diferentes pessoas aos acontecimentos (embora possam ter o mesmo nível sérico de neurotransmissores). O autor chega ainda a propor ironicamente a distribuição de anti-depressivos através da rede pública de água!

A definição e a avaliação do bem-estar subjectivo conseguem ser mais bem aceites pela comunidade científica, havendo mais investigadores na clarificação deste conceito. Quartilho (2010) tece algumas considerações gerais sobre este: refere-se à avaliação do indivíduo ao modo como se sente, podendo ser questionada a sua validade, devido ao facto desta avaliação depender das circunstâncias na vida das pessoas. Contudo, para avaliar o bem-estar ou a felicidade das pessoas é imperioso estas manifestarem-se sobre esses aspectos.

Santos, Martins e Ferreira (2009) alegam existir duas abordagens em relação à génese do bem-estar: a *bottom up* (em que este emerge de vários domínios externos, como o trabalho, a família e o lazer e é encarado como o resultado de vidas positivas e agradáveis), e o *top down*, que reconhece haver uma predisposição para as pessoas experienciarem os eventos de forma positiva, estando associado a características estáveis da personalidade como o neuroticismo, o optimismo, a extroversão,...

Diener e Lucas (1999) distinguem ainda no bem-estar subjectivo o afecto positivo e o negativo (aspectos emocionais) e a satisfação com a vida (aspectos cognitivos ou de julgamento), ocorrendo o bem-estar subjectivo, como afirma Quartilho (2010), quando existem níveis relativamente altos de afecto positivo, níveis relativamente baixos de afecto negativo e uma avaliação globalmente positiva da vida.

No bem-estar subjectivo, Land (2001) sugere a existência de características de traço ou de estado, ou seja, *como estado* reconhece a existência de uma condição psicológica duradoura, diferente entre os indivíduos, que contribui para a estabilidade e consistência para ultrapassar situações ao longo do tempo e que pode ser alterado

pelas circunstâncias e, por outro lado, *como traço* que se remete à forma como, com mais ou menos aspectos fixos, as pessoas particulares vêem o seu mundo.

A proposta de Cummins (2000) dá maior ênfase aos aspectos biológicos e/ou cognitivos, encarando o bem-estar subjectivo como um dispositivo do sistema cerebral cuja acção é manter, de forma homeostática, o bem-estar dentro de um intervalo positivo qualquer que seja a escala utilizada de QDV, satisfação ou felicidade.

Para o *Australian Bureau of Statistics's (ABS, 2001)* o bem-estar é sinónimo de QDV. Considera como maior força na actividade humana o desejo de uma saúde óptima, para melhores condições de vida e para desenvolver a QDV. Encara como essencial a identificação de medidas de bem-estar, de forma a monitorizar a efectividade da política social. Assim, defende que medir a QDV envolve mapear os enredos da vida e considerar cada evento de vida ou contexto social, reconhecendo a influência das preocupações e interesses da cultura contemporânea nos indicadores de bem-estar possíveis.

Quartilho (2010) explora os determinantes do bem-estar, quer a nível individual, social, cultural, económico e político. Defende que os estados de bem-estar devem ser concebidos como um processo, e não como um resultado, uma vez que são produzidos numa interacção que envolve essas múltiplas dimensões. Assim, o conceito de felicidade ou de bem-estar diferem ao longo da história e dos contextos culturais, e são determinados por vários factores que incluem desde o *set point* biológico, as variações genéticas, as circunstâncias ou situações de vida, as actividades ou estratégias intencionais do indivíduo, o modo como este presta atenção ao que acontece no mundo, como o interpreta e o organiza na sua memória, os atributos da personalidade, a idade, as actividades voluntárias, as condições de vida, o amor, o trabalho, as relações familiares e de amizade, a situação financeira, a vida comunitária, o estado de saúde, a liberdade e os valores e desejos pessoais, a capacidade de controlo, a capacidade de adaptação e a solidariedade social.

Para Phillips (2006) existem diferentes abordagens para perspectivar a QDV, que se distinguem pelas suas representações da natureza humana, pela extensão dos factores que têm em conta (tais como o divertimento e outras facetas do bem-estar), pelas

suas implicações morais na acção social e pela sua relação com a saúde e o rendimento.

Assim, na revisão feita pelo autor, a QDV pode ser vista através da abordagem da utilidade, das necessidades, dos valores prudenciais e das capacidades, que serão sucintamente apresentadas de seguida.

### *Utilitarismo*

A abordagem do utilitarismo é a mais simples, a mais implementada e a mais usada. A utilidade é a forma básica e é definida como o estado mental de prazer e felicidade, em oposição ao sofrimento e à dor. A felicidade é considerada um atributo eudemónico, multidimensional e complexo constituindo uma importante parte do que faz a vida correr bem.

Nesta perspectiva, é atribuída centralidade à auto-avaliação das pessoas em relação ao seu próprio bem-estar e são respeitadas a integridade, a dignidade, a liberdade pessoal e a sua liberdade de escolha. Aqui, a ausência de coerção e paternalismo são aspectos centrais na habilitação das pessoas para a prosperidade. Todos os outros construtos são sustentados por preocupações sociais, iniciando-se nas noções de decência, passando por pré-requisitos de participação e culminando em valores e normas universais. Assim na sua natureza, o utilitarismo é individualista - as pessoas são seres hedónicos, à procura de prazer, a evitar a dor e a maximizar a sua utilidade.

O utilitarismo dá uma visão do objectivo da sociedade ideal onde a utilidade é maximizada. Dois aspectos do utilitarismo são discutidos na QDV: a nível teórico, relacionado com os valores e desejos, e a nível prático, relacionado com a utilidade no mundo material. Em termos práticos, é o conceito mais simples de compreender da QDV: fazemos o que nos faz felizes e para tal, é necessário dinheiro. O dinheiro, o rendimento das pessoas torna-se um indicador de utilidade: quanto mais dinheiro, maior é a oportunidade de consumo, maior a felicidade, maior a utilidade. Assim, é fácil a mensuração nesta abordagem, pois o dinheiro é a única medida e a utilidade é medida em termos do preço que uma pessoa está disposta a pagar por um bem ou um serviço, ou pelo dinheiro que tem (rendimento ou saúde).

Aqui, a implicação moral para a acção social está ligada a alcançar mais felicidade para um número maior de pessoas.

### *Necessidades*

Nesta abordagem as necessidades podem ser identificadas em termos de provisão de recursos, capazes de garantir a sobrevivência e/ou os padrões mínimos para uma vida aceitável, em termos de nutrição, habitabilidade, serviços básicos de saúde e de educação. Apesar de ser considerada uma abordagem simples, existem questões práticas que se levantam.

Na perspectiva das necessidades básicas existe uma visão redutora da vida humana, em que apenas são encaradas a nutrição e os serviços básicos de saúde e de educação. Embora tenham o mérito de se reconhecerem como universais e como mínimas, não respondem a todas as aspirações humanas e não englobam outras necessidades.

A avaliação da satisfação das necessidades básicas, indispensável para a QDV, não pode ser efectuada pelo rendimento *per capita*, pois em sociedades com elevadas diferenças podem existir pessoas com necessidades por suprir.

Doyal e Gough, citados por Phillips (2006), desenvolveram um modelo mais amplo, complexo e sofisticado da teoria das necessidades humanas. Estes autores defendem que existem necessidades universais que todas as pessoas têm interesse em alcançar. Por outro lado, afirmam que as pessoas têm interesse objectivo em evitar sérios danos e a aptidão de participar socialmente. Daqui derivam duas necessidades primárias: a saúde física e a autonomia na capacidade de agir, isto é, a capacidade das pessoas fazerem escolhas informadas nas suas vidas, que definem como a característica dos seres humanos. A autonomia requer auto-confiança e fica comprometida quando existem défices na saúde mental, nas capacidades cognitivas ou nas oportunidades de desenvolver a participação social.

Além das necessidades básicas ou primárias, este modelo contempla outro nível de necessidades - as intermediárias - estabelecendo os autores onze necessidades: nutrição adequada e água potável, condições de habitabilidade, ambiente físico e de trabalho saudável, cuidados de saúde apropriados, infância segura, relações primárias

significativas, segurança física e económica, educação apropriada, adequado planeamento familiar e vigilância da gravidez.

Os autores defendem que mais do que necessidades humanas, elas são o mínimo de pré condições para a sobrevivência num nível de decência, implicando portanto direitos sociais correspondentes. Eles excluem o prazer e o divertimento das necessidades humanas, pois não as consideram essenciais para essa sobrevivência, apesar de não serem contra eles. Consideram a natureza humana essencialmente social e delimitada por conjuntos de direitos e responsabilidades entrelaçadas entre si. Defendem que os membros da sociedade têm deveres, contudo as pessoas não podem cumprir esses deveres a menos que as suas necessidades sejam alcançadas, portanto o conjunto dessas necessidades é um direito social.

O rendimento não é explicitamente aqui incluído, contudo é considerado um facto importante na satisfação das necessidades, devendo ser utilizado na avaliação da QDV com cautela.

Esta abordagem é parcialmente operacionalizável, recorrendo a técnicas estatísticas.

Um outro formulário utilizado é o *Índice do Desenvolvimento Humano* o qual pode ser visto como um híbrido com o utilitarismo e no qual estão incluídos a medida do rendimento nacional, o produto nacional bruto, assim como a esperança de vida e a literacia. A praticabilidade desta abordagem é facilitada pela existência de vários itens, embora independentes e desproporcionais.

### *Valores Prudenciais*

Este conceito foi iniciado por James Griffin (1986) e desenvolvido por Mozaffar Qizilbash (1997; 1998). *Os valores prudenciais* são considerados valores que fazem melhorar a vida humana e são predicado da noção de vida boa baseada na nossa humanidade essencial. Eles começam como o utilitarismo, nos desejos, contudo não nos actuais (que são vistos como falíveis), mas nos desejos informados que o autor considera a receita para qualquer vida humana melhorar. Baseiam-se na natureza da vida caracteristicamente humana a qual está relacionada com a intersubjectividade essencial e a inteligibilidade mútua dos seres humanos, sendo esta característica

partilhada por alguns modelos de QDV. O seu núcleo reside no prazer e não no sofrimento. Outros valores prudenciais abrangem áreas como a das necessidades básicas, enquanto outros valorizam valores estéticos e aspiracionais. Estes valores ainda não estão definidos claramente (não existe uma lista onde constem), mas os seus proponentes não consideram este facto como o maior problema e encorajam a construção de listas através do processo de deliberação prudencial acerca do que faz a vida humana melhorar, pois os resultados serão similares, visto partilharmos valores humanos. Esta abordagem, é de difícil operacionalização devido ao pluralismo que lhe está associado contudo, podem ser realizadas comparações parciais entre diferentes países.

A maior diferença entre as abordagens de valores prudenciais e das necessidades básicas, é nestas existirem listas fechadas e rigorosamente definidas e nas primeiras, haver a possibilidade e liberdade em construí-las.

### *Capacidades*

Na abordagem das capacidades, existem dois autores que desenvolveram esta perspectiva, Amartya Sen (1993, 1995) e Martha Nussbaum (1995, 2000).

Sen (1993) valoriza a liberdade de escolher entre diversas alternativas, sendo as capacidades, as aptidões das pessoas para realizar actos valiosos e estados de bem-estar elevados, a fim de florescer como ser humano. Florescer inclui prazer e divertimento como no utilitarismo e nos valores prudenciais. Neste modelo, as capacidades são idênticas às necessidades básicas: as capacidades básicas englobam áreas idênticas às necessidades básicas mas com mais flexibilidade no seu repertório de mecanismos de entrega e têm em conta as diferenças nas características pessoais. Defendendo fortemente o valor da liberdade, Sen (1995) recusa providenciar a lista de capacidades além do nível básico, dá contas substantivas de boa vida para todos e aceita as diferenças culturais nas capacidades entre as culturas. Esta abordagem valoriza a liberdade individual, contudo reconhece o contexto social onde todas as capacidades humanas se encontram. Existe ainda um imperativo moral que se fundamenta, num apelo à justiça social, ao igualitarismo e a uma humanidade comum

mais do que em teorias normativas. O pluralismo desta abordagem, além da ausência de lista, torna-a de difícil aplicabilidade no mundo da investigação.

Nussbaum (1995) toma em consideração a estrutura do modelo de Sen de actos e estados de bem-estar, mas baseia-se numa versão mais coesa e densa de florescimento. Neste modelo as capacidades não permitem a relatividade cultural. Nos dois modelos as capacidades são universais e singulares, contudo esta autora tem uma extensa lista das capacidades humanas centrais. Inclui áreas das necessidades básicas, dos valores prudenciais, mas também as capacidades de rir, jogar e recrear-se, de respeitar outras espécies, de controlar o seu ambiente, de ter a liberdade de usar e expressar os seus sentidos, imaginação e pensamento e de ser capaz de viver a sua vida e a de ninguém mais. Também neste modelo, a igualdade social aparece como imperativo moral na acção social e a natureza humana é semelhante aos dos valores prudenciais, sendo importante, os valores informados para uma vida correcta.

Martins citado por Santos, Martins e Ferreira (2009) considera que apesar das diferentes abordagens do conceito existem alguns aspectos conceptuais consensuais na QDV: integrar domínios relacionados como o bem-estar (sejam avaliados em termos de bem estar físico, satisfação, felicidade, velhice bem sucedida,...); conter mais do que uma dimensão que podem estar inter-relacionadas; integrar factores objectivos externos à pessoa (interacção com o meio,...) e factores subjectivos (experiências de vida,...); ser influenciada pela idade, sexo, raça, cultura, estatuto socioeconómico; existir uma larga variabilidade intra e intersujeito; integrar uma visão holística que permite compreender o que é importante para cada pessoa e ser baseado em percepções pessoais.

A OMS formou, nos anos 90, um grupo de investigadores de diferentes países, com o objectivo de reflectir e definir o conceito de QDV e de elaborar um instrumento para a avaliação transcultural do mesmo.

Esse grupo defendeu que o conceito de QDV devia fundamentar-se em três aspectos: na subjectividade (associada ao próprio indivíduo), na multidimensionalidade e na presença de dimensões positivas e negativas. Definiu depois a Qualidade de Vida como



"a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994, p.28). Esta definição traduz a subjectividade do conceito associada ao próprio indivíduo assim como ao seu contexto cultural, social e ambiental.

Vários estudos foram realizados para explorar as variáveis que influenciam a QDV em populações saudáveis.

Na variável *Idade*, Wahl e colaboradores (2004) não encontraram diferenças significativas. Já Mercier, Péladeau e Tempier (1998), afirmam que os idosos expressam valores mais elevados de satisfação com a vida. Também Skevington (1999), utilizando o WHOQOL-100, encontrou melhor QDV em indivíduos mais velhos (45-65 anos), nos domínios *Psicológico*, *Social* e *Ambiente*; apresentando os mais novos (16-44 anos), valores superiores no domínio *Relações Sociais*, sendo este último resultado corroborado por Bayram e colaboradores (2007). Contudo, estes dados são contraditórios com os de Gameiro e colaboradores (2010), que observaram que os valores dos diferentes domínios da QDV diminuíram com a idade, com a excepção do domínio *Espiritualidade* que se correlaciona positivamente e de forma significativa com esta.

Relativamente ao *Género*, estudos apontam para a existência de pequenas diferenças na QDV entre homens e mulheres. No entanto, outros revelam melhor QDV no género masculino nomeadamente no domínio *Físico* (Tsutsumi et al, 2006) e no *Psicológico* (Skevington, 1999; Gameiro et al, 2010) mas por outro, o género feminino apresentou valores mais elevados na QDV (Wahl et al, 2004), no domínio *Ambiente* (Tsutsumi et al, 2006) e no domínio *Espiritualidade* (Gameiro et al, 2010).

Na revisão efectuada por Skevington e colaboradores (2004), concluem que o género e a idade apenas explicam 2,7% da variância dos resultados no WHOQOL-Bref, nos estudos realizados pelos diferentes centros do WHOQOL-Group.

No que respeita ao *Estado Civil*, Bayram e colaboradores (2007) encontraram valores mais elevados de QDV, em indivíduos solteiros comparados aos casados e divorciados. Já no estudo de Gameiro e colaboradores (2010), parece haver uma tendência para os indivíduos divorciados (ou separados) e viúvos apresentarem uma QDV significativamente inferior relativamente aos solteiros e casados (ou unidos de facto), não existindo entre estes últimos, diferenças significativas.

Quanto às *Habilitações Literárias*, investigações indicam valores mais elevados de QDV em indivíduos com formação universitária quando comparados aos que têm a escolaridade primária (Wahl et al, 2004; Bayram et al, 2007; Gameiro et al, 2010).

Relativamente ao *Nível Socioeconómico* (NSE), Gameiro e colaboradores (2010), referem que os indivíduos com NSE médio e elevado tendem a apresentar valores superiores de QDV, comparativamente aos sujeitos com NSE baixo e aos estudantes, contudo essas diferenças nem sempre são significativas.

Gameiro e colaboradores (2010) procuraram analisar quais os factores sociodemográficos preditores de melhor QDV. As percentagens de variância encontradas foram baixas, embora significativas (máximo valor encontrado foi de 8%, reportando-se às habilitações literárias e ao estado civil para o domínio Físico da WHOQOL-100), apontando para sua reduzida contribuição na QDV.

A nível clínico, quer sejam situações médicas do foro orgânico (cancro, doenças cardiovasculares, diabetes,...) quer sejam do foro psiquiátrico (distúrbios do humor, dependência alcoólica, perturbação de ansiedade...) existem diversos estudos em que, nas várias doenças, e de forma sistemática a QDV dos doentes apresenta valores mais baixos do que em indivíduos saudáveis.

### **1.3 – Qualidade de vida relacionada com a saúde.**

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), existe uma relação inerente entre as condições, qualidade de vida e a saúde, para o esclarecimento da qual contribui o Relatório de

Lalonde (1974). Este, ao apresentar os determinantes para a saúde (a biologia humana, o estilo de vida, o sistema de assistência sanitária e o meio ambiente), permitiu uma visão mais global e concreta da saúde e possibilitou a integração progressiva de indicadores de qualidade de vida "universais", no âmbito das condições sanitárias do meio (água potável, saneamento básico, habitação), da nutrição (calorias ingeridas, consumo dos diferentes alimentos/ nutrientes), dos recursos e actividades sanitárias (acessos aos serviços de saúde e disponibilidade dos mesmos, vacinas) e das condições económicas e sociais (rendimento, custo de vida, educação, trabalho, lazer).

Desta interligação, surge na literatura o conceito *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* (QDVRS).

Vários autores concordam que este conceito é multidimensional e foca o impacto da doença e o seu tratamento no bem-estar individual.

Barbosa e Pais Ribeiro (2000) defendem que a QDV e a QDVRS se relacionam mas enquanto a primeira tem um sentido mais amplo, a segunda remete-se para os aspectos da QDV relacionados com a doença e o tratamento.

Patrick e Erickson, citados por Fairclough (2010), propõem uma definição mais ampla em que definem que a QDVRS é o valor atribuído à duração da vida e à sua modificação pelo comprometimento do estado funcional, percepções e oportunidades sociais que são influenciados por doença, ferimentos, tratamento ou política.

Apesar desta relação Smith, Avis e Assmann (citados por Vaz Serra, 2010) concluíram em estudos realizados, que a QDV e a Saúde são dois conceitos diferentes e que exigem distintos instrumentos de avaliação na sua medição. Os autores usaram três dimensões associadas aos dois conceitos (saúde mental, funcionamento físico e social) e constataram que a dimensão saúde mental tinha maior valor preditivo para a QDV e a dimensão do funcionamento físico para a Saúde.

Fairclough (2010) considera existirem dois tipos de medida de QDVRS: *as medidas do estado de saúde e as medidas da preferência dos doentes*. Nas primeiras são colocadas questões que focam o impacto da doença (frequência e severidade do sintomas) e do tratamento, sendo avaliados múltiplos aspectos do bem-estar percebido pelos

utentes. É atribuída uma pontuação que reflecte a QDVRS do doente comparada com a de outros doentes e a desse doente em tempos diferentes. As *medidas da preferência dos doentes*, reflectem as decisões do próprio utente nas incertezas e estão fortemente associadas ao conceito de utilidade dos economistas. Estas medidas podem ser extraídas directamente dos pacientes ou indirectamente da saúde pública.

#### 1.4 - Instrumentos de avaliação

Concomitantemente à evolução do conceito de QDV também se verificaram mudanças a nível dos seus instrumentos de medição.

Walters (2009) defende a existência de dois tipos de medidas de QDV: as genéricas e as específicas.

As primeiras podem ser aplicáveis a pessoas doentes (independentemente da doença ou condição do doente) e a pessoas saudáveis, podendo ser usadas em inquéritos populacionais. Têm as vantagens de poderem ser aplicadas a uma ampla gama de condições e de permitirem que as pontuações dos doentes com várias doenças sejam comparadas entre eles e com a restante população. Têm as desvantagens de poderem falhar no foco das preocupações dos doentes e terem pouca sensibilidade para detectar as diferenças que podem surgir na consequência de tratamentos. Neste contexto desenvolveram-se questionários de condições ou doenças específicas.

Fayers e Machin (2007) esclarecem que há investigadores que enfatizam os aspectos relacionados com a saúde surgindo a QDVRS, enquanto outros adoptam o conceito de *Patient-reported outcomes* (PROs) ou, visto nem todos serem doentes, o termo *Person-reported outcomes*, em que o interesse é por uma série de resultados, como fadiga, dor, depressão, náusea, vómitos.

Para avaliar a QDV recorre-se ao paciente ou à pessoa em cuja experiência estamos interessados ou então a um representante (familiar ou observador próximo), no caso de o doente ser incapaz de uma resposta coerente (por ser muito novo, muito velho, severamente doente ou com limitações mentais).

Os autores afirmam que embora variem de estudo para estudo os aspectos habitualmente incluídos na avaliação da QDV, englobam questões relativamente à saúde em geral, à função física, aos sintomas físicos e toxicidade, à função emocional e cognitiva, ao funcionamento do papel e bem-estar social, às questões existenciais e ao funcionamento sexual. Segundo estes autores um dos primeiros instrumentos utilizados para realizar uma avaliação mais ampla além do exame físico e clínico foi a *Karnofsky Performance Scale* (Karnofsky & Burchenal, 1947), preenchida pelos profissionais de saúde, que variava entre os zero (para a morte) e os 100 valores que indicava "normal, sem queixas, sem evidência de doença".

Ao longo dos anos surgiram outras escalas que avaliavam a capacidade funcional, funcionamento físico e as actividades de vida diária e eram apelidadas de instrumentos de QDV, contudo focavam apenas um aspecto, representando inadequadamente o conceito de QVD.

Nos finais dos anos setenta e inícios dos anos oitenta, surgiram questionários no sentido de quantificar o estado de saúde e a sua evolução. Esses instrumentos focavam o funcionamento físico, os sintomas físicos e psicológicos, o impacto da doença, o distress percebido e a satisfação com a vida. Por exemplo, o *Sickness Impact Profile* (Bergner et al, 1981) e o *Nottingham Health Profile* (Hunt et al, 1980).

Fayers e Machin (2007) referem que progressivamente foi atribuído maior ênfase aos aspectos subjectivos, como por exemplo, o funcionamento emocional, social e cognitivo. Contudo, apesar desta mudança, a maioria dos instrumentos mantêm a avaliação da função física e apresentam uma ou mais questões referentes à QDV global. Os autores alertam para o facto de, se as pessoas forem incapazes de alcançar alguns destes aspectos poderão ter uma QDV baixa.

Existem modelos que têm em consideração as necessidades das pessoas, definindo a QDV como a aptidão e a capacidades destas para as satisfazer. Quanto mais as necessidades estão satisfeitas, maior é a QDV. As necessidades incluem comida, sono, identidade, estatuto, auto-estima, afectos, amor, segurança, divertimento, criatividade, actividade e ausência de dor.

Instrumentos como o SEIQoL (*Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life; McGee et al, 1991; O'Boyle, 1992*) e o PGI (*Patient Generated Index; Ruta et al, 1994, 1999*) baseiam-se nas expectativas que cada indivíduo tem na sua vida, ou seja, os indivíduos têm objectivos e metas na vida e a QDV é traduzida pela diferença entre as expectativas e as realizações do indivíduo, pelo que quanto menor for essa distância maior será a QDV do indivíduo.

Outros modelos consideram a QDV como o bem-estar e a satisfação com a vida. Nesta abordagem mais existencial, as crenças do indivíduo e a sua percepção em como lidar com as situações assumem papel primordial, pois alterando-os a sua QDV pode ser melhor. O impacto da doença nos domínios social, emocional, ocupacional e familiar enfatiza este conceito.

Existem modelos mais utilitaristas em que há a explicitação de medidas, com vista a definir a importância que as pessoas atribuem a algumas dimensões permitindo a comparação entre estas e estabelecendo um ranking entre as preferências dos indivíduos. São utilizados muitas vezes na escolha de tratamentos.

## CAPÍTULO 2 - SAÚDE MENTAL e DOENÇA MENTAL

### 2.1 - Saúde Mental.

Para a OMS (WHO, 1948), a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Com esta definição, já em 1948, esta organização reconhecia a existência da componente mental na saúde dos indivíduos e atribuía igual consideração às diferentes componentes.

Considera ainda, a saúde mental como o estado de bem-estar no qual cada indivíduo realiza o seu próprio potencial, consegue lidar com o normal stress da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a comunidade onde se insere. Assim, a saúde mental como afirma esta organização está relacionada com a promoção do bem-estar, com a prevenção dos distúrbios mentais e com o tratamento e a reabilitação de pessoas afectadas por estes distúrbios.

Pais-Ribeiro (2003) reafirma a mudança existente no conceito de saúde durante a segunda metade do séc.XX, onde vários estudos ajudaram a dar uma perspectiva mais positiva ou saudável à saúde (" e não apenas a ausência de doença"). Refere como exemplo a utilização na avaliação da saúde da medida dos " *five D's - Death, Disease, Disability, Discomfort and Dissatisfaction*", e reconhece o desenvolvimento de medidas mais positivas para avaliar a saúde e não a doença, que influenciaram as medidas de QDV.

O desenvolvimento científico na área da biologia, das neurociências, do comportamento e das sociedades está a permitir um maior conhecimento e compreensão das relações entre os diferentes componentes da saúde e as causas das doenças, assim como clarificou que o funcionamento mental está subjacente à fisiologia, ao funcionamento físico e social e aos resultados em saúde.

A OMS ((WHO, 2001) reconhece a indivisibilidade dos conceitos de saúde mental e saúde física, embora admita sua divisão em termos académicos. Defende que as doenças físicas e mentais são influenciadas por factores biológicos, psicológicos e

sociais e que os pensamentos, os sentimentos e o comportamento influenciam a saúde física e por seu lado, esta tem repercussões na saúde mental e no bem-estar. Esta influência é feita através de duas vias que embora distintas não são independentes uma da outra e influenciam-se sempre mutuamente: a primeira é através dos sistemas fisiológicos, como o funcionamento neuroendócrino e imunitário; a outra refere-se aos comportamentos saudáveis. Este conceito inclui diversas actividades como comer e dormir adequadamente, prática de exercício regular, evitar fumar, ter uma vida sexual segura, utilizar cintos de segurança nos veículos e prática de terapias alternativas.

Conhece-se que a ansiedade e o humor deprimido iniciam mudanças adversas no sistema endócrino e imunitário que aumentam a susceptibilidade para doenças físicas e morte prematura.

Por outro lado, a via do comportamento saudável é relevante pois sabe-se que este assume particular importância no estado de saúde das populações. Temos como exemplo as doenças cardiovasculares fortemente associadas à alimentação inadequada e ao sedentarismo e a infecção pelo HIV à partilha de seringas e a comportamentos sexuais de risco. O comportamento saudável está altamente dependente da saúde mental das pessoas e do stress psicológico e, é condicionado por vários factores, nomeadamente a aprendizagem directa das crianças e jovens através da observação e informação dos outros, a pobreza e as normas socioculturais.

A saúde de um indivíduo é influenciada por factores (determinantes em saúde), que podem reflectir uma escolha individual (como ingerir bebidas alcoólicas ou não), estar relacionados com características intrínsecas do próprio indivíduo (género, etnia) ou relacionar-se com agentes sociais, económicos e ambientais, fora do controlo dos indivíduos (por exemplo: classe social, acesso à educação, qualidade da habitação, presença de relações de apoio, nível de participação social e cívica, disponibilidade de trabalho, qualidade do ar, ...).

As desigualdades na saúde estão relacionados com diferenças no material genético, nos factores sociais referidos, nos comportamentos relacionados com a saúde e nas escolhas (possíveis a cada indivíduo) em matéria de educação, trabalho e lazer.



A saúde mental (SM) inclui conceitos de bem-estar subjectivo, autonomia, auto-eficácia percebida, competência, auto-actualização do seu potencial intelectual e emocional, dependência intergeracional, entre outros. É influenciada pela cultura em que é definida, assim como o seu significado depende do lugar, cultura e influências socioeconómicas e políticas.

A OMS (WHO, 2004) considera que a SM engloba uma emoção/afecto positivo com sentimentos de felicidade, uma personalidade com recursos psicológicos de auto-estima e mestria e resiliência, ou seja a capacidade de lidar com a adversidade e evitar desistir quando confrontado com agentes stressantes. Reconhece-se-lhe ainda diversos aspectos e modelos que ajudam a construir o significado duma saúde mental positiva.

Assim, a saúde mental envolve a auto-realização dos indivíduos o que lhes permite explorar o seu potencial, o sentimento de controlo pelo indivíduo em todo o seu ambiente e, finalmente, saúde mental também significa autonomia como capacidade de os indivíduos terem aptidão para identificar, confrontar e resolver os problemas. De forma geral existe um consenso em que a saúde mental é mais do que a ausência de doença mental.

A OMS (WHO, 2004) apresenta o conceito de Saúde mental positiva como sendo um conjunto de domínios que engloba o bem-estar e estados de espírito positivos, nomeadamente o optimismo, o controlo pessoal e o sentido de coerência.

Reconhece a sua interferência, como factores protectores da saúde, quer no início, no curso e nos resultados de doenças físicas e mentais. Estas por seu lado, influenciam-se reciprocamente. Vários estudos estabeleceram associações entre os distúrbios mentais e as doenças físicas como por exemplo Bunker e seus colaboradores (2003), o que realça a importância de uma abordagem holística da saúde em termos de saúde mental e física e da doença.

Segundo a OMS (2004), a SM pode ser encarada sob diversas perspectivas.

Considerando o tipo de personalidade, Leighton e Murphy (1987) definem vários tipos de personalidade e afirmam que as pessoas saudáveis têm diferentes estratégias para

lidar com as situações, algumas das quais relativamente doentias, e, quando são alteradas, aumentam a probabilidade do desenvolvimento de uma doença mental.

A SM pode ser conceptualizada, numa dimensão afectiva, isto é, como um sentimento de bem-estar subjectivo, que envolve a avaliação de facetas positivas e negativas do bem-estar psicológico, sendo que se considera que o bem-estar subjectivo exerce mais influência sobre o meio ambiente do que o ambiente exerce sobre ele.

Antonovsky (1996) propõe uma abordagem salutogénica que dá ênfase ao lidar com em vez do desistir e aos factores saudáveis mais do que aos factores de risco. Este autor considera que os agentes stressantes podem ter consequências positivas, neutras ou negativas, sendo indispensável um sentimento de coerência, vital para uma SM positiva e que envolve a capacidade de responder com flexibilidade aos agentes stressantes. Na SM o optimismo aparece como uma cognição dominante, pois permite que as pessoas encontrem melhores mecanismos para lidar com as situações, aceitem mais facilmente a realidade e dependam do seu crescimento pessoal (Scheier & Carver 1992).

A Resiliência varia bastante entre os indivíduos. As respostas ao stress podem servir como mecanismos de coping, não sendo sempre patológicas. Os mecanismos saudáveis de defesa e de coping foram estudados por vários autores. Rutter (1985) considera a resiliência como produto do ambiente, sendo a sua constituição um processo interactivo. Existem factores protectores que alteram as respostas das pessoas ao risco ambiental, pelo que o resultado nem sempre é prejudicial e os factores protectores apenas se activam face ao agente stressante.

A abordagem psicanalítica encara a SM como a capacidade da pessoa usar a sua energia interna para a realização de vários domínios: sexual, emocional e intelectual.

Numa perspectiva da QDV e considerando a definição da OMS, descreve a saúde, incluindo a SM, como compreendendo os aspectos de coping positivos, assim como os negativos, satisfação, resiliência e autonomia entre outros. Não é apenas uma medida de saúde mental, mas também contém itens e domínios directamente relacionados com aspectos da saúde mental.

Independentemente da abordagem, é reconhecida a importância e o valor da SM na vida das pessoas, da sociedade e da cultura. Esse valor é considerado de várias maneiras: é essencial para o bem-estar e funcionalidade dos indivíduos, é um importante recurso para os indivíduos, famílias, comunidades e países, é parte integrante da saúde geral, contribui para as funções da sociedade e afecta toda a produtividade, diz respeito a todos e é gerada no quotidiano (na casa, na escola, no local de trabalho e no lazer). A SM positiva contribui para o capital social, humano e económico de cada sociedade, A espiritualidade pode contribuir significativamente para a promoção da SM e esta influencia a vida espiritual.

Para Vaillant (2003) definir SM normal, não é o mesmo que saudável, pois o normal inclui uma combinação entre prevalecer o saudável em relação à psicopatologia. O que é saudável depende da cultura geográfica e do momento histórico. Nesta discussão também é importante clarificar o que é *traço* ou *estado*. O autor questiona se não existe uma contaminação por valores na avaliação das situações, defende que o senso comum deve prevalecer e que existem certos elementos "universais" para a saúde mental.

A SM pode ser encarada como um recurso individual, contribuindo para a QDV da pessoa e pode ser aumentada ou diminuída pelas acções da sociedade. É afectada por factores e experiências individuais, interacção social, valores culturais, estrutura e recursos da sociedade. Um sinal de boa SM é a capacidade de mutuamente satisfazer e manter relações.

Lahtinen e colaboradores (1999) defendem que a SM é influenciada pelas experiências de vida de cada dia, nas famílias, escolas, ruas e trabalho e por seu lado, ela afecta a vida de cada um nesses domínios e conseqüentemente a saúde da comunidade ou população.

Acontecimentos stressantes da vida são associados com a saúde mental pobre (Brown & Harris, 1989) e amplamente estudado nas ciências sociais (Wethington, Brown & Kessler, 1995).

As pessoas que estão socialmente mais isoladas e as pessoas que estão em desvantagem têm pior saúde do que outros (House, Landis & Umberson, 1988).

Sociedades com maior coesão social são mais saudáveis e apresentam menor mortalidade (Kawachi & Kennedy, 1997). Também Putnam (2001) definindo o termo *capital social*, como as realizações da organização social, trabalhos, normas e confiança social, que facilitam a coordenação e a cooperação para benefício mútuo, encontrou associações fortes entre saúde e capital social.

O apoio social foi associado com a saúde e mais particularmente com a saúde mental positiva e tem sido documentada em trabalhos longitudinais (Cederblad et al, 1995). Este factor social é reciprocamente mantido pelos indivíduos.

O estado de SM é associado ao comportamento em todos os estádios da vida. Existem factores associados à saúde - doença mental que também estão relacionados com o uso de álcool e drogas ilícitas, crime e abandono escolar. A falta de determinantes de saúde e a presença de factores nocivos parecem também ter papel noutros comportamentos de risco, como comportamento sexual de risco, acidentes rodoviários e sedentarismo. Além disso, existem complexas interacções entre os determinantes, comportamentos e SM. Walker, Moodie e Herrman (2004) encontraram a falta de emprego como factos significativos associado à depressão e uso de álcool e drogas ilícitas, o que pode resultar em acidente de viação o qual pode causar incapacidade física ou perda de emprego.

Kleinman (1999) deparou-se com um conjunto de problemas sociais e de SM que se entrelaçam, em bairros pobres e entre populações de migrantes vulneráveis e marginais, tais como: conflitos entre civis, violência doméstica, consumo de substâncias, depressão, suicídio e distúrbios pós-traumáticos. Estes estudos são necessários para o desenvolvimento e avaliação de programas que controlem e reduzam estes aglomerados e por outro lado, assistam as pessoas que vivem nessas circunstâncias.

Gostin (2001) defende que para manter elevados níveis de SM é necessário haver segurança e liberdade, provenientes dum clima de respeito e protecção dos direitos básicos (civis, políticos, económicos, sociais e culturais).

Na revisão realizada pela OMS (2001), os factores individuais, sociais e ambientais que determinam a saúde e a doença mental podem ser agrupados conceitualmente em três temas:

- O desenvolvimento e manutenção de comunidades saudáveis - isso fornece um ambiente seguro, condições de habitabilidade, experiências educacionais positivas, emprego, boas condições de trabalho e uma infra-estrutura política de apoio; diminui o conflito e a violência; permite a auto-determinação e controle da própria vida e fornece validação da comunidade, apoio social, modelos positivos e as necessidades básicas de comida, calor e abrigo.

-a capacidade de cada pessoa para lidar com o mundo social através de aptidões como a participação, a tolerância da diversidade e a responsabilidade mútua. Isto é associado com experiências positivas de ligação precoce, afecto, relacionamentos, comunicação e os sentimentos de aceitação.

- a capacidade de cada pessoa para lidar com pensamentos e sentimentos, a gestão da vida e resiliência emocional, associado com a saúde física, auto-estima, capacidade de gerir conflitos e capacidade de aprender.

Tem ocorrido uma evolução de conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde mental e transtornos mentais. No início do século XXI, foi retomada a posição de que a expressão genética pode ser moldada por agentes exógenos e pela experiência social.

Assim, é conhecimento adquirido que durante o desenvolvimento fetal, os genes conduzem à formação do cérebro, que se torna numa estrutura específica e altamente organizada. Desde logo é influenciado por factores ambientais como a nutrição durante a gravidez, o uso de substâncias (álcool, tabaco, drogas ilícitas) ou a exposição a radiações. Depois do nascimento e ao longo da vida, todo o tipo de experiências têm o poder de produzir comunicação imediata nos e entre os neurónios e iniciar processos moleculares que remodelam conexões sinápticas.

### *Promoção da Saúde e QDV*

A OMS (WHO, 2004) apesar de admitir o "princípio da prudência" (que afirma que embora todas as provas possam ter fraquezas pode-se, em muitos casos, devido à qualidade das provas existentes, fazer recomendações para a acção), reconhece a necessidade de intervenções de promoção da saúde, sabendo que a maioria dos estados de saúde têm múltiplas causas interagindo ao longo do tempo, desde o ambiente familiar, o abuso ou negligência da criança, as circunstâncias e os eventos de vida, que podem contribuir para a saúde e resiliência ou para o desenvolvimento da doença.

Keleher e Armstrong (2005) citam como determinantes chave para promover a saúde mental e o bem-estar, num enquadramento realizado na Austrália, três componentes: a *inclusão social* (a existência de relações de apoio, envolvimento em actividades de grupo e a participação cívica), a *ausência de discriminação e violência* (com a valorização da diversidade, segurança física, auto-determinação e controle da própria vida) e a *participação económica* (onde se inclui o trabalho, a educação, a habitação e o dinheiro)

Considerar estes determinantes da SM, exige a articulação entre diversos actores, sendo que para promover e manter a SM e o bem-estar são indispensáveis políticas de promoção dirigidas aos indivíduos e às comunidades e o desenvolvimento de parcerias entre instituições públicas, privadas e sectores não governamentais, capazes de diminuir o impacto da doença mental.

## **2.2 - Doença Mental.**

Ao longo da história, a doença mental foi encarada de maneira diversa: como a ligação com os deuses, como manifestações do demónio, como objecto do saber científico e como doença que necessita de ser tratada e cuidada.

A separação dos conceitos entre saúde mental e doença mental tem contribuído para alguma confusão nos conceitos. Um exemplo é o uso do termo saúde mental para

descrever os tratamentos e os serviços de suporte para as pessoas com distúrbio mental ou de comportamento.

Na maioria dos países, e até recentemente, os serviços para tratamento da doença mental estavam separados dos outros cuidados médicos, havendo asilos, comumente denominados de manicômios, para os doentes, pois eram considerados alienados e a sua doença incurável.

A evolução social (com definição de direitos universais e da importância da democracia) e dos conhecimentos em medicina, farmacologia e noutras áreas do saber científico, assim como o reconhecimento da importância das componentes psicológica e sociológica na etiologia da doença mental, possibilitou a evolução ao nível do tratamento dos distúrbios mentais.

Foram desenvolvidas outras estruturas de assistência e serviços locais, não hospitalares, com vista ao tratamento e reabilitação das pessoas com distúrbios mentais e do comportamento: estas deixaram de ficar fechadas em instituições e o seu tratamento passou a ser o mais próximo possível da sua comunidade de origem, possibilitando o seu *empowerment*.

Nos distúrbios mentais e do comportamento incluem-se doenças como a depressão, o uso de substâncias psico-activas, atrasos mentais, esquizofrenia e demências, entre muitas outras.

Conforme é apresentado no relatório da OMS (WHO, 2008), existe em todo o mundo um elevado número de pessoas a apresentarem doença mental ou distúrbios do comportamento, acrescido do sofrimento causado pelo estigma e discriminação por serem portadores deste tipo de doenças, prevendo-se um aumento destas patologias associados ao envelhecimento da população, ao aumento da miséria social e dos distúrbios civis (WHO, 2001, 2004).

No seu relatório sobre o impacto global de doenças - *Global Burden of Disease, GDB* (WHO, 2008) mostra que as condições neuro-psiquiátricas aparecem em todas as regiões como a terceira causa de incapacidade, medida em YLD (*years lost due*), entre

as pessoas com mais de 15 anos, sendo a depressão, a terceira condição clínica que provoca incapacidade moderada ou severa, tanto no sexo feminino como no masculino. Outra medida utilizada e exposta é o DALY (*disability-adjusted life years*).

Também neste indicador a depressão contribui largamente para a incapacidade ocupando o terceiro lugar em todo o mundo, o oitavo lugar nos países pobres e o primeiro lugar nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento. De salientar ainda que nas causas de doença as lesões/violência (lesões auto-infligidas ou suicídio, violência e guerra) aparecem em sexto lugar, sendo que nos países desenvolvidos o suicídio é a maior causa de doença, neste item. Apesar de a OMS prever uma diminuição de 10% dos DALYs entre 2004 e 2030 (de 1,53 para 1,36 biliões), projecta também mudanças nas causas de doença antevendo que a depressão seja a maior causa de doença em 2030.

Carmona (1996) realizou um estudo epidemiológico que pretendia avaliar a prevalência de perturbação mental não diagnosticada, em clínica geral. Os resultados revelaram uma prevalência de doença mental não diagnosticada em 39,8% da amostra, sendo mais frequente no sexo feminino (59,4%), embora não estatisticamente significativo. No estudo as perturbações mentais foram mais frequentes nos solitários (54,2%) enquanto para os casados o valor foi de 34,8%.

Os progressos na genética, nas neurociências, na psicologia e na sociologia entre outros, têm contribuído de forma relevante para o conhecimento de alguns determinantes da saúde, das causas da doença e das interações entre os múltiplos factores causadores dos distúrbios mentais e de comportamento, diminuindo a ignorância e o estigma das pessoas portadoras deste tipo de doenças.

YLL (WHO, 2008) - refere-se aos anos de vida perdidos por morte prematura na população e é calculado a partir do número de mortes em cada idade multiplicado pela esperança média de vida de cada idade;

YLD (WHO, 2008) - reporta-se aos anos perdidos por incapacidade pela incidência de casos do distúrbio ou ofensa e calcula-se pelo produto do número de casos incidentes em determinado período, pela média da duração do distúrbio e pelo factor de ponderação;

DALY (WHO, 2008) - estende o conceito de potenciais anos de vida perdidos por morte prematura, incluindo o equivalente a anos de vida saudável perdidos em virtude de estados de pouca saúde ou incapacidade. O DALYs para um distúrbio ou ofensa é calculado pelo somatório dos YLL na população e YLD para os casos incidentes do distúrbio ou ofensa.



Os distúrbios mentais e de comportamento são o resultado da interacção de uma variedade de factores que influenciam o seu início, prevalência e curso. A revisão realizada pela OMS (WHO, 2001,2004) inclui factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, demográficos (como a idade e o sexo), sérias ameaças como os conflitos e os desastres, a presença de doenças físicas graves e o ambiente e contexto familiar.

Fazer-se-á uma pequena abordagem sobre os factores que estão associados à doença mental e aos distúrbios do comportamento considerados pela OMS (WHO, 2001).

### *Factores Biológicos*

A doença mental tem como base alterações no cérebro; este órgão é responsável pela fusão da informação genética, molecular e bioquímica com a informação do mundo e reflecte o determinismo de complexos programas genéticos mas também do desenvolvimento ocorrido, desde o período pré-natal até ao ocorrido durante a vida. Os distúrbios mentais e de comportamento estão associados com interrupções da comunicação neuronal, a nível de circuitos específicos.

Lewis e Lieberman (2000) encontraram na esquizofrenia, anormalidades na maturação dos circuitos neuronais que produzem alterações patológicas a nível celular e tecidual, que resultam em processos de informação inapropriados ou mal adaptativos.

A dependência de substâncias psicoactivas é encarada como o resultado de alterações nas conexões sinápticas que ao longo do tempo originam alterações no pensamento, nas emoções e no comportamento.

Na depressão existem variações nas respostas dos circuitos neuronais, podendo traduzir-se em alterações na estrutura, na localização ou nos níveis de proteínas.

### *Factores Psicológicos*

Durante a infância e a adolescência o desenvolvimento de várias funções como a linguagem, a inteligência e a regulação emocional é influenciado pela presença de afecto, atenção e o cuidado estável. A falta destes pode dever-se à existência de

problemas de saúde mental, de doença ou de morte dos pais ou do cuidador, ou à separação destes devido à guerra, pobreza ou migração.

A psicologia também mostra que alguns distúrbios, nomeadamente a depressão e a ansiedade, resultam da falha dos mecanismos de adaptação aos eventos de vida stressantes. Geralmente as pessoas que procuram evitar pensar ou lidar com agentes stressantes, desenvolvem mais este tipo de doenças, do que aqueles que partilham os seus problemas com os outros e procuram encontrar maneiras de gerir o stress ao longo do tempo.

O comportamento humano individual também é parcialmente moldado pelas interações com o ambiente natural e social: geralmente, são apresentados mais comportamentos reforçados pelo ambiente e evitam-se os que são punidos ou ignorados. Os distúrbios mentais e de comportamento podem ser vistos como comportamentos mal adaptativos aprendidos através da observação.

### *Factores Sociais*

Factores sociais como a urbanização, as mudanças tecnológicas e a pobreza estão associados aos distúrbios mentais e de comportamento.

Desjarlais e colaboradores (1995) afirmam que o urbanismo tem consequências na saúde mental por influência do aumento de agentes stressantes e eventos de vida adversos, assim como por ambientes densamente povoados e poluídos, pobreza e dependência da economia, elevados níveis de violência e redução do suporte social.

Contudo, também a nível rural, podem ocorrer problemas, tais como o isolamento, falta de transporte e comunicações, diminuição das oportunidades educacionais e económicas, sendo que existe maior limitação de cuidados de saúde mental nas populações rurais. Xu e colaboradores (2000) encontraram maior taxa de suicídios para as populações rurais do que para as urbanas.

A relação entre a pobreza e os distúrbios mentais é universal (ocorrendo em todas as sociedades independentemente do nível de desenvolvimento), complexa e multidimensional. A pobreza refere-se não só à falta de dinheiro e valores materiais, mas também de forma mais ampla, à inexistência ou insuficiência de meios que podem

incluir falta de recursos sociais e educacionais. A pobreza e outras condições associadas como o desemprego, baixo nível educacional, privação e a ausência de casa ocorre em países pobres mas também numa grande minoria dos países ricos. Patel e colaboradores (1999) em pesquisas no Brasil, Chile, Índia e Zimbábwe encontraram duas vezes mais distúrbios mentais nas pessoas pobres do que nas ricas. Costello, Keeler e Angold (2001), nos EUA, em populações rurais, afirmaram que as crianças vindas de famílias mais pobres apresentam risco aumentado de desenvolver distúrbios emocionais (depressão, ansiedade) e de distúrbios de comportamento. Em estudos realizados pela a OMS (WHO, 2001) na Etiópia, Finlândia, Alemanha, Holanda, EUA e Zimbábwe, a depressão é mais comum nos pobres do que nos ricos.

Patel e Kleinman (2003) defendem que factores como insegurança, desespero, rápidas alterações sociais, risco de violência e doenças físicas podem explicar a maior vulnerabilidade para a doença mental das pessoas pobres de qualquer país.

Patel (2001) encontrou nos pobres e os excluídos maior prevalência de distúrbios mentais e de comportamento, incluindo os do uso de substâncias.

A evolução destes distúrbios também é determinada pelo estatuto socioeconómico do indivíduo, que possibilita ou dificulta o acesso aos cuidados. Os países pobres têm poucos serviços de saúde mental que não estão disponíveis aos segmentos mais pobres da sociedade e nos países ricos, a pobreza está associada à falta de cobertura de seguro de saúde, baixo nível educacional, desemprego e minorias da raça, etnia e linguagem que criam barreiras no acesso aos cuidados. Os pobres identificam mais facilmente as doenças físicas que a doença mental.

### *Sexo*

A prevalência da doença mental entre os homens e as mulheres é idêntica contudo, encontraram-se diferenças a nível do tipo de distúrbios.

Gold (1998) afirmou que os distúrbios de ansiedade e depressão são mais comuns nas mulheres e os de uso de substâncias e distúrbios de personalidade anti-social, nos homens. A diferença entre sexos nas taxas de depressão está relacionada com a idade, é maior na vida adulta, pequena na velhice e não existe diferença na infância. Já

Kringlen (2001), num estudo epidemiológico realizado na população de 308.237 habitantes de Oslo, apurou que todos os tipos de desordens mentais apresentaram maior prevalência nas mulheres que nos homens excepto abuso de álcool e drogas ilícitas.

As diferenças do género encontradas foram explicadas por factores genéticos e biológicos (as mudanças de humor estão relacionadas com as alterações hormonais do ciclo menstrual e do período pós-parto), psicológicos e sociais. Nestes destaca-se como agente stressante, a mudança no papel desempenhado pela mulher nas sociedades com a sobrecarga de papéis (esposas, mães, educadoras, cuidadoras de outros, trabalhadoras) e excesso de trabalho.

A Direcção Geral Saúde (DGS, 2004) publicou os censos em saúde de 2001, tendo referido 9414 consultas em Saúde Mental. Nas patologias encontrou taxas de 21,5% para a depressão (17,6% Homens (H) e 82,4% Mulheres (M)), de 12,4% para as neuroses (29% H e 71% M), de 10,4% para as perturbações de adaptação (28,2% H e 71,8% M), de 12,4% para a esquizofrenia (67,1% H e 32,9% M), de 8,2% para as alterações associadas a consumo de álcool (81% H e 19% M); de 3,1% para as perturbações de personalidade (40,5% H e 59,5% M) e de 4,2% para o atraso mental (54,3% H e 45,7% M).

Rabasquinho e Pereira (2007), num universo populacional de 2447 utentes da consulta de psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano (em Castelo Branco), seleccionaram aleatoriamente 483 sujeitos, sendo 59,6% mulheres e 40,4% homens. As perturbações mais encontradas foram as perturbações de adaptação (22,8%), as perturbações do humor (20,5%), os problemas de vida (17,7%), o álcool (9,3%), as perturbações de vinculação (5%), a deficiência mental (4,8%), as perturbações da aprendizagem (4,3%) e as perturbações da personalidade (3,8%). Os autores concluíram que os dois géneros expressam distintamente as suas vulnerabilidades e o seu mal-estar psicológico. Enquanto as mulheres mostram maior percentagem de distúrbios somatoformes (89%), problemas de vida (73,5%), perturbações de adaptação (77%), distúrbios de humor (72%) e de ansiedade (64%), os homens apresentam maiores perturbações como o consumo de álcool (86,7%) e comportamentos anti-sociais (67%). Neste estudo a esquizofrenia foi a única

perturbação a manifestar taxa idêntica para ambos os géneros. Também Canetto (1997, 1991) que, correlacionou o género e desordens psiquiátricas, encontrou nas mulheres taxas mais elevadas de depressão, ansiedade generalizada, pânico e fobia, e para os homens perturbações como abuso de álcool, drogas ilícitas e perturbação anti-social.

Segundo a OMS (WHO, 2008; INCLIN, 2001) também são as mulheres a maior parte das vítimas de violência doméstica e sexual, acontecimentos traumáticos que têm como consequência comum a depressão e a ansiedade.

Apesar de nos homens serem prevalentes os distúrbios relacionados com o uso de substâncias e os distúrbios de personalidade, a incidência de casos nas mulheres a consumirem também substâncias está a aumentar, o que se torna preocupante em várias perspectivas.

A co-morbilidade também é mais comum nas mulheres do que nos homens, sendo a ansiedade, a depressão e os distúrbios somatoformes os mais co-prevalentes.

O consumo de psicotrópicos é mais elevado nas mulheres, o que é atribuído à maior co-morbilidade existente no grupo das mulheres, à maior facilidade com que elas pedem ajuda, e por outro lado, à facilidade com que os médicos não psiquiatras prescrevem este tipo de medicação quando se deparam com situações mais complexas, que por vezes necessitam de outro tipo de intervenção.

### *Idade*

A idade também pode ser um determinante da doença mental. Na infância e adolescência a ICD-10 define duas categorias de distúrbios: distúrbios no desenvolvimento psicológico (relativo a funções específicas como a linguagem e o discurso ou ao desenvolvimento mais subtil como o autismo) e os distúrbios emocionais e do comportamento (onde se incluem os distúrbios hiper-cinéticos, a hiperactividade e os défice de atenção).

Os distúrbios mais prevalentes na velhice são o distúrbio de Alzheimer e a depressão; esta também é comum nas pessoas de mais idade com doenças físicas. (Katona e Livingston, 2000).

### *Conflitos*

Conflitos, incluindo guerras, conflitos civis e desastres naturais estão associados ao aumento de doença mental. Neste item incluem-se os milhões de refugiados e migrantes no mundo, acrescidos dos milhões que são afectados por desastres naturais (terramotos, tsunamis, sismos, furacões, tufões,...). Nos países pobres ou em vias de desenvolvimento é mais difícil lidar com estas situações devido à escassez de recursos.

Segundo a OMS (2001), entre um terço e metade de todas as pessoas que sofrem estes problemas apresentam stress mental. Mais frequentemente é diagnosticada uma Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT), seguida de distúrbios depressivos e ansiosos. A PSPT é um distúrbio que aparece após um evento stressante excepcionalmente ameaçador ou após catástrofe natural, caracterizado por memórias intrusivas, evitamento de circunstâncias associadas ao agente stressante, distúrbios do sono, irritabilidade e fúria, falta de concentração e vigilância excessiva. Wang e colaboradores (2000), encontraram num estudo na China elevada taxa de sintomas psicológicos e baixa QDV entre os sobreviventes aos terramotos e também mostraram que o suporte prestado após desastre foi importante no desenvolvimento de bem-estar. Resultados idênticos obtiveram Pinar e Sabuncu (2004), aquando de um terramoto na Turquia, onde os sobreviventes apresentaram sintomas de PSPT e depressão.

### *Doenças Físicas*

A presença de graves doenças físicas (cancro, infecção HIV, ...) tem consequências na saúde mental dos indivíduos e das famílias. A OMS (WHO, 2001) para exemplificar esta problemática recorre à infecção por HIV, onde as taxas de mortalidade e morbilidade são elevadas, informando que dos 5,3 milhões de novas infecções em 2000, uma em cada dez ocorre em crianças e quase metade em mulheres. Existe uma redução de quase 50% na esperança média de vida.

### *A Família e os Factores Ambientais*

Ao longo da vida ocorrem acontecimentos que podem ser desejáveis, como a promoção no trabalho, ou não (perda súbita de alguém, falência do negócio), tendo sido observado que antes do início do distúrbio ocorreu a acumulação de eventos de vida (Leff et al., 1987).

Pollett (2007) afirma que nos adultos o emprego e as condições de trabalho são determinantes importantes na sua saúde. Atribui à combinação entre o baixo controlo no trabalho, exigentes solicitações, condições precárias e insegurança no trabalho, o stress, o burnout e a depressão.

Os distúrbios depressivos foram comuns mas também foram encontradas associações com a esquizofrenia e outros distúrbios mentais ou de comportamento. Estudos sugerem que os acontecimentos de vida surgem como agentes stressores, sendo que a sua rápida sucessão predispõe o indivíduo a distúrbios mentais e físicos, por exemplo, enfarte do miocárdio. É claro que os eventos de vida interagem com outros factores como a predisposição genética, a personalidade e as capacidades de adaptação, contudo o seu reconhecimento é útil na identificação de pessoas em risco.

Barrett e Turner (2005) encontraram níveis mais baixos de sintomas depressivos entre jovens adultos de famílias biparentais quando comparados com outros tipos de família (mono-parentais ou a residir com outros familiares); nestes últimos identificaram a existência de acontecimentos de vida stressantes, maior consumo de substâncias e menores relações familiares de suporte. Os mesmos investigadores encontraram no seu estudo que todas as medidas de stress examinadas, traumas, acontecimentos de vida recentes, stress crónico e discriminação são preditores de significativos sintomas depressivos. Por seu lado, ao examinarem o nível socioeconómico da família de origem (composto pelo nível educacional dos pais, profissão e o rendimento do agregado), verificaram que cada um dos componentes contribuía para a associação entre a estrutura da família e a doença mental, estando associado a um nível económico mais elevado significativa baixa de sintomas depressivos.

Murry e colaboradores (2001) referem que o stress tende a diminuir a qualidade das relações familiares, sugerindo que influencia a saúde mental através da erosão das ligações familiares de suporte.

A influência do ambiente familiar e social também foi associado à doença e recaídas na esquizofrenia, sendo que comentários críticos, hostilidade e emoções exageradas favorecem o distúrbio. Este facto valorizou a integração no tratamento, dos familiares e as mudanças a efectuar na família.

Estudos realizados a nível de gémeos monozigóticos e dizigóticos, concluíram que o risco de distúrbios mentais é complexo: estes estão mais associados à interacção dos genes com os factores de desenvolvimento stressantes para cada patologia, como por exemplo, a exposição a substâncias psicoactivas durante o período fetal, a nutrição desadequada, infecções, alterações familiares, negligência, isolamento e trauma.

As rápidas mudanças tecnológicas apesar de terem imensas potencialidades e utilidades também podem ser factor de desenvolvimento de doença mental. Dill e Dill (1998) encontraram que os media exercem influência nos níveis de violência, comportamentos sexuais e interesse na pornografia. Polman, Orobio de Castro e Van Aken (2008), verificaram que a exposição à violência dos videojogos, aumenta os comportamentos agressivos e outras tendências agressivas.

Noutra vertente, é reconhecido o papel do marketing na utilização de álcool e do tabaco pelos jovens, tendo Klein (1999) encontrado um maior risco de distúrbios relacionados com o consumo de substâncias e associado a doenças físicas.

### *Racismo e Estigma*

O racismo está relacionado com a perpetuação dos problemas mentais, quer a nível de quem o pratica como sobre quem é exercido. Williams e Williams-Morris (2000) estabeleceram uma associação positiva entre experiências de racismo e *distress* psicológico.

O conhecimento já existente sobre os factores associados aos distúrbios mentais e de comportamento, permite já a adopção de medidas para reduzir a morbilidade e o impacto causado por estas patologias no mundo. Contudo, a existência do estigma



destrói a confiança destes distúrbios poderem ser tratados, priva as pessoas da sua dignidade e condiciona a sua participação na sociedade.

O estigma pode ser definido como uma marca de vergonha, desgraça ou de desaprovação a qual resulta na rejeição, discriminação e exclusão de indivíduos na participação em diferentes áreas de participação na sociedade. Está frequente e fortemente associado aos distúrbios mentais em todo o mundo (Alonso et al, 2008), danifica a auto-estima das pessoas doentes (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen e Phelan, 2001) e condiciona a sua adesão terapêutica e consequente recuperação (Sirey et al, 2001). As pessoas portadoras de doença mental podem interiorizar o estigma (auto-estigma) e experienciar diminuição da auto-estima e da auto-eficácia (Watson, Corrigan, Larson e Sells, 2007).

#### *Distribuição Geográfica*

Estas patologias são universais, encontram-se em pessoas de todas as regiões e países, das cidades e meios rurais, de ambos os sexos, de diferentes idades, ricos e pobres.

Pesquisas efectuadas em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimentos (Wells, Bushnell, Hornblow, Joyce e Oakley-Browne, 1989); Almeida-Filho et al., 1997) mostram que durante uma vida inteira, mais de 25% dos indivíduos desenvolvem um distúrbio mental ou de comportamento (ou mais).

Numa pesquisa conduzida pela OMS em 14 centros (WHO, 2001) nos cuidados primários encontraram uma prevalência variável de distúrbios mentais contudo 24% de todos esses doentes apresentavam um distúrbio mental. Os mais comuns eram a depressão, a ansiedade e o abuso de substâncias. Estes distúrbios estavam presentes sózinhos ou eram concomitantes com uma ou mais patologias orgânicas. Não existiam diferenças significativas na prevalência entre países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

O impacto da doença mental ou do comportamento é elevado a nível individual, familiar e comunitário/social. Além do sofrimento causado pelos sintomas da doença, os doentes também sofrem pela incapacidade em participar no trabalho, nas

actividades de lazer, no convívio com os amigos e nas responsabilidades familiares, sentindo-se frequentemente como uma sobrecarga para os outros.

Segundo a OMS (WHO, 2001), uma em quatro famílias têm pelo menos um membro que sofre de distúrbio mental ou de comportamento. Estas famílias possuem privação económica e social, experienciam o medo constante do que uma recaída pode causar, (necessitando pois de suporte físico e emocional) e sofrem o impacto da discriminação e do estigma. É também de considerar a perda de oportunidades, pois nas adaptações efectuadas por terem um membro doente é necessário prevenir que os familiares não consigam alcançar o seu total potencial no trabalho, relações sociais e lazer (Gallagher e Mechanic, 1996).

À própria sociedade é indexado o custo dos cuidados necessários, a perda de produtividade e os problemas legais, nomeadamente a violência. Além disso, este tipo de patologia mais do que a morte prematura, causa incapacidades sérias levando ao aumento da necessidade dos serviços sociais e de saúde, perda de emprego, baixa produtividade, aumento dos níveis de crime e diminuição da segurança pública.

A identificação e o diagnóstico dos distúrbios mentais e de comportamento é realizada por métodos clínicos que incluem uma cuidadosa e detalhada recolha de informação do indivíduo e outros (e.g., a família), exame clínico sistemático do estado mental e a realização de testes específicos se necessário. Existe uma variedade de sintomas sendo os distúrbios caracterizados por alterações, prolongadas no tempo, a nível do pensamento, emoções, comportamentos e a relação com os outros, entre outros e que resultam num *distress* pessoal e/ou funcionamento deficitário numa ou em várias áreas da vida. Política, cultural, social e religiosamente existem variações que são normais e que não podem ser consideradas doença mental. Independentemente da classificação dos sintomas ou condições encontradas é importante considerar que não se devem rotular as pessoas, que elas são mais do que a doença.

A definição uniforme de sinais e sintomas, a existência de *checklist* e a definição de critérios permitem elevada validade dos diagnósticos dos distúrbios mentais ou de comportamento que podem ser enquadrados, actualmente, em dois sistemas de classificação: o ICD-10 (*International Classification of Diseases and related health*

*problems - 10th revision, WHO, 2007*) e o DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition, Text Revision*).

Seguidamente serão descritos de forma breve distúrbios mentais e de comportamento mais comuns e que provocam elevado impacto na comunidade, tendo como base o capítulo V da ICD-10.

#### *Distúrbios do Humor (ou Afectivos)*

No capítulo referido (V da ICD-10), estão enquadrados os distúrbios cuja principal alteração é a mudança de humor, podendo ocorrer o humor depressivo ou a sua elação. Esta alteração é acompanhada por outros sintomas que geralmente são secundários às modificações do humor. A maioria é recorrente e ao seu início estão associados situações ou eventos stressantes. Neste item enquadram-se variados distúrbios dos quais se salientam os episódios depressivos e os distúrbios afectivos bipolares.

Os episódios depressivos podem ser de duração variável (episódica ou recorrente e crónica) e ter diferentes níveis de gravidade (ligeira, moderada ou grave). Existe humor deprimido, perda de interesse e prazer nas actividades diárias, diminuição de energia e da actividade com cansaço fácil, perda de auto-confiança e de auto-estima, sentimentos de culpa inapropriados, pensamentos de morte ou de suicídio, diminuição de concentração, alterações no sono, no apetite e na libido; são ainda comuns sintomas somáticos não devidos a outra doença (e.g., cefaleias, perturbações digestivas, dores).

Um aspecto trágico da depressão é a ocorrência de suicídio. Goodwin e Jamison (1990) afirmam que cerca de 15 a 20% dos doentes depressivos terminam a sua vida cometendo suicídio, seguindo-se na escala percentual a esquizofrenia e o consumo de substâncias. Existe uma grande variação nas taxas de suicídio entre diferentes países, não se conseguindo explicar na totalidade as suas causas. Contudo, sabe-se que mudanças socioeconómicas em qualquer sentido são um dos factores que contribui para esta problemática. Encontra-se um aumento nas taxas de suicídio nos homens e uma diminuição na das mulheres na Austrália, Chile, Cuba, Japão e Espanha. Costuma

acontecer na adolescência e nos idosos (Nova Zelândia, Suíça). Nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento parece associado ao consumo de álcool e ao fácil acesso a substâncias e armas de fogo. É a maior causa de morte em pessoas jovens o que representa uma grande perda para a sociedade por ser na idade produtiva (WHO, 2001).

O objectivo do tratamento da depressão é reduzir sintomas, prevenir recaídas e ultimamente, a sua completa remissão.

Na revisão de literatura realizada por Keitner, Ryan e Solomon (2006) sobre a eficácia dos diferentes tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos na depressão, eles mencionam como opções terapêuticas a monoterapia com antidepressivo, os tratamentos psicossociais (onde se incluem as terapias individuais, familiares ou de grupo), a combinação entre o tratamento farmacológico e o psicossocial, a substituição de um antidepressivo por outro, o aumento do antidepressivo com outros medicamentos (lítio, hormona tiroideia, antipsicóticos atípicos), combinação de antidepressivos, electroconvulsivoterapia, estimulação magnética repetitiva transcraniana e estimulação do nervo vago.

Os Distúrbios Afectivos Bipolares são caracterizados por dois ou mais episódios em que o humor e o nível de actividade das pessoas estão significativamente perturbados, podendo apresentar por vezes, elação do humor e aumento da energia e actividade e noutras situações o inverso.

O seu tratamento depende do curso longitudinal da doença, da polaridade predominante e das respostas anteriores. Inclui tratamento farmacológico (lítio, antipsicóticos típicos e atípicos, benzodiazepinas e antidepressivos, cuja utilização é controversa) e tratamentos psicológicos (psicoeducação das pessoas doentes e familiares e terapia cognitivo-comportamental), (Fountoulakis & Vieta, 2009).

Segundo a OMS (WHO, 2008), a prevalência de distúrbios depressivos e de distúrbios afectivos bipolares no mundo é de 151,2 e 29,5 milhões de pessoas, respectivamente. Estima-se que sejam responsáveis pela situação de incapacidade no mundo de 98,7 e 22,2 milhões de pessoas e encontram-se entre as dez principais as causas globais de

YLD, em 2004: nos homens é-lhes atribuída 8,3 % e 2,5% e nas mulheres 13,4% e 2.3%, para os distúrbios depressivos e para os distúrbios bipolares respectivamente.

### *Distúrbios do Uso de Substâncias*

Neste grupo englobam-se os distúrbios em que existe o uso de substâncias psicoactivas, que podem estar prescritas ou não, como o álcool, opióides (ópio e heroína), canabinóides (marijuana), sedativos e hipnóticos, cocaína e outros estimulantes, alucinogéneos, tabaco ou solventes voláteis, sendo comum o uso de mais de uma substância.

O seu diagnóstico baseia-se em análises, características físicas e sintomas psicológicos, sinais clínicos e de comportamento e outras evidências. As condições incluem, entre várias, a *intoxicação aguda* (em que após a administração da substância ocorrem perturbações na consciência, cognição, percepção, no comportamento ou noutras funções psico-fisiológicas), o *uso prejudicial* (quando provoca danos na saúde física ou mental, e.g., hepatite ou depressão, respectivamente), a *dependência* (envolve um forte desejo de tomar a substância, dificuldade em controlar o uso, estado de privação fisiológica, tolerância, negação de interesses e prazeres alternativos, persistência no uso apesar do dano em si próprio e nos outros), o *síndrome de abstinência* (conjunto de sintomas de gravidade e diversidade variável que ocorre após a abstinência total ou relativa de uma substância já usada de forma persistente previamente), *distúrbios psicóticos* (conjunto de sintomas psicóticos, como as alucinações, distorções perceptivas, delírios, e de perturbações psicomotoras, entre outras, não associadas a intoxicação aguda ou a situação de abstinência).

O uso de substâncias (através dos seus distúrbios associados) varia de região para região, sendo o álcool e o tabaco usado largamente em todo o mundo e estando associado as graves consequências na saúde pública. O seu consumo começa durante a adolescência e age como facilitador para o uso de outras drogas.

O álcool destaca-se como causa de carga de distúrbios, quer físicos (e.g., cirrose), quer por ferimentos (e.g, danos provocados por acidentes de viação). Segundo a OMS (WHO, 2008), a prevalência do consumo de álcool no mundo é de 125 milhões de

peçoas, com maior número de peçoas, na Europa (26.9), nas Américas (24,2) e Pacífico Ocidental (47,3). Estima-se que seja responsável pela incapacidade moderada a severa em 40,5 milhões de peçoas, ocupando o 7º lugar na lista de causas de incapacidade. No ranking das causas de anos de vida perdidos ocupa o segundo lugar no sexo masculino (6,8% do total de YLD, em 2004), o quarto lugar nos países pouco desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento (com 3,5 % dos YLP) e o terceiro lugar nos países desenvolvidos (com 5,7% do total de YLD). Aparece também na lista de causas de carga da doença sendo responsável por 1,6 % do total de DALYs. Os objectivos de tratamento são a redução da mortalidade e morbidade relacionada com o álcool e dos problemas sociais e económicos relacionados com o seu consumo crónico e excessivo. Como estratégias utilizadas pode-se recorrer ao reconhecimento e intervenção precoce do problema de bebida, intervenções psicológicas, tratamento dos efeitos prejudiciais do álcool, ensino de estratégias para lidar com o risco de beber e de recaída, educação da família, entre outras.

Ao consumo de tabaco está associado elevado número de mortes: segundo o relatório da OMS (WHO, 2008) ele foi responsável mundialmente por 5,4 milhões de mortes e prevê-se o aumento deste número para 8,3 milhões em 2030.

Um estudo nos EUA mostra que 41% das peçoas com distúrbios mentais são fumadoras enquanto na população em geral esse número reduz-se para 22,5%. Embora não sejam totalmente conhecidas as razões destas taxas tão elevadas, Batra (2000) sugere que para tal facto contribuem os mecanismos neuroquímicos (a nicotina reforça e activa as propriedades do sistema de recompensas no cérebro e aumenta a dopamina relacionada intimamente com os distúrbios mentais)

As outras drogas geralmente incluem drogas ilícitas como a heroína, cocaína e cannabis. As drogas utilizadas na forma injectável envolvem consideráveis riscos de infecções (HIV e hepatites B e C) com as consequências daí resultantes. Há quem questione se os distúrbios do abuso de substâncias são distúrbios genuínos ou devam ser considerados um comportamento desviante deliberadamente produzido por alguém contra si próprio. Experimentar uma substância psico-activa por norma é uma decisão pessoal, contudo desenvolver uma dependência resulta de uma complexa combinação entre factores genéticos, psicológicos e de desenvolvimento, não sendo

claro quando a pessoa se torna dependente. McLellan, Lewis, O'Brien e Kleber (2000) sugerem que estes distúrbios devem ser encarados como uma doença médica crónica e simultaneamente como um problema social. Os objectivos do tratamento são reduzir a morbilidade e mortalidade causada ou associada ao consumo de substâncias psico-activas. As estratégias incluem o diagnóstico precoce, identificação e gestão do risco de doenças infecciosas assim como de outros problemas médicos ou sociais, estabilização e permanência do tratamento farmacológico, aconselhamento, acesso aos serviços e oportunidades de alcançar a integração social. É considerada pela OMS (WHO, 2008) a vigésima causa de incapacidade moderada ou severa, estimando-se a sua prevalência em 11,8 milhões de pessoas.

### *Distúrbios Esquizofrénicos*

Estes tipos de distúrbios caracterizam-se por emoções inapropriadas ou embotadas e por alterações a nível do pensamento e da percepção, nomeadamente eco, inserção, divulgação ou roubo do pensamento, delírios de perseguição, de controlo, de influência ou passividade e alucinações (que habitualmente comentam e discutem com as pessoas doentes na terceira pessoa). Podem existir também sintomas negativos, que incluem perda de interesse e iniciativa nas actividades diárias e no trabalho, dificuldades na interacção social e incapacidade em interessar-se por actividades de lazer. O comportamento pode estar seriamente perturbado durante algumas fases da doença, provocando consequências sociais adversas. O sentimento de individualidade, unidade e de auto direcção da pessoa das pessoas está comprometido. O curso da doença é variável, podendo ser contínuo ou episódico, com défices progressivos ou estáveis, e pode ocorrer um ou mais episódios com remissão total ou incompleta dos sintomas.

Actualmente, com os avanços na farmacologia e nos cuidados psicossociais, pelo menos metade dos indivíduos que desenvolvem este tipo de distúrbios podem ter como expectativa a sua recuperação total, pelo que está a ser dado ênfase à detecção e intervenção precoce de forma a diminuir o risco da cronicidade ou a permanência de sintomas residuais. O tratamento tem três componentes: a medicação (para remissão dos sintomas e prevenção das recaídas), intervenções psicopedagógicas e psicossociais

para portadores e famílias (para os ajudar a lidar com a doença e complicações e prevenir a recaída) e a reabilitação que permita integrar as pessoas com doença na comunidade, mantendo o funcionamento ocupacional (Awad e Voruganti, 1999).

Os objectivos do tratamento são a detecção precoce, o tratamento dos sintomas, providenciar aptidões às pessoas doentes e suas famílias, manter o desenvolvimento através do tempo, prevenir recaídas e integrar as pessoas com doença na comunidade, permitindo uma vida normal. A nível farmacológico existem dois grandes grupos de neurolépticos: os antipsicóticos típicos e os atípicos. Segundo a OMS (WHO, 2008), a prevalência de esquizofrenia no mundo, em 2004, era de 26.3 milhões (M) de pessoas, com maior número de pessoas, na Europa (4,4 M), Sudeste da Ásia (6,2 M) e Pacífico Ocidental (7,9 M). Estimou-se que seja responsável nos homens por 8.3 milhões de anos de vida perdidos e nas mulheres por 8 milhões, o que corresponde a 2,85 % e a 2,6% das causas globais de YLD em 2004).

### *Distúrbios Mentais Orgânicos*

Neste capítulo inclui-se uma variedade de transtornos mentais que têm como causa uma doença, lesão ou disfunção cerebral. A disfunção pode ser primária, como em doenças que afectam directamente o cérebro ou secundárias, em que o cérebro é mais um dos múltiplos órgãos afectados.

A demência é um síndrome que resulta de alterações no cérebro, geralmente de natureza crónica e depressiva, na qual existe a perturbação de diversas funções cognitivas, nomeadamente memória, compreensão, orientação, pensamento, cálculo, linguagem, capacidade de aprendizagem e de julgamento; é também comum a deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. Este síndrome ocorre em todas as demências: Alzheimer, demências vasculares e outras.

A Demência de Alzheimer acontece usualmente após os 65 anos de idade, sendo que a sua incidência aumenta rapidamente com o avanço da idade (normalmente dobra cada 5 anos). É um problema importante atendendo ao aumento da esperança média de vida e ao envelhecimento populacional nos países mais desenvolvidos.



Os objectivos dos cuidados são manter o funcionamento do indivíduo, reduzir a incapacidade resultante da perda da função mental, reorganizar rotinas par maximizar as funções ainda presentes, minimizar os distúrbios funcionais (como por exemplo, os sintomas psicóticos, a agitação e a depressão) e providenciar suporte às famílias. No tratamento farmacológico utiliza-se os agonistas dos receptores colinérgicos (AChEs) para melhorar a disfunção cognitiva e os inibidores dos AChEs que beneficiam sintomas não cognitivos do distúrbio de Alzheimer, como as alucinações e sintomas comportamentais. As intervenções psicossociais são importantes para as pessoas doentes e para os cuidadores, pois estão em risco de depressão, ansiedade e problemas somáticos, e podem incluir a psico-educação, psicoterapia de suporte, técnicas cognitivo-comportamentais, de auto-ajuda e providenciar o descanso do cuidador. Segundo a OMS (WHO, 2008) a prevalência de demências no mundo, em 2004, era de 24,2 milhões (M) de pessoas, com maior número de pessoas nas Américas (5 M), na Europa (7,6 M) e no Pacífico Ocidental (47,3 M). Estimou-se que a prevalência de incapacidade moderada a severa atribuída a estes distúrbios atinja 14,9 M de pessoas; é apresentada como a décima causa de anos de vida perdidos nas mulheres (o que corresponde a 1,9 % do total das causas globais de YLD em 2004) e a quarta causa de anos perdidos nos países desenvolvidos (5,4% do total de YLD).

### *Atraso Mental*

Neste tipo de patologia existe o incompleto ou interrompido desenvolvimento da mente e caracteriza-se por deficiências nas capacidades e em toda a inteligência, em áreas como a cognição, linguagem, habilidades motoras e sociais, o que provoca uma diminuição na adaptação às solicitações de um ambiente social normal. O atraso mental pode ocorrer com ou sem qualquer outra condição física ou mental. Os graus desta doença são definidos através da realização de testes de inteligência padronizados, de escalas de adaptação social e da avaliação global do funcionamento intelectual, podendo definir-se como ligeiro, moderado, severo e profundo.

A maior causa é a deficiência em iodo, podendo também ter origem em danos e hipóxia aquando do nascimento. Devido à variedade de causas de atraso mental é importante a realização de medidas preventivas direccionadas para as causas, tais

como, a utilização de iodo na água, abstinência de álcool durante a gravidez (para evitar o síndrome fetal alcoólico), dieta controlada para pessoas com fenilcetonúria, aconselhamento genético para evitar algumas formas de atraso mental (e.g., Síndrome de Down), cuidados pré e pós natal adequados e controlo ambiental de intoxicações por metais pesados. Por outro lado, as capacidades intelectuais e de adaptação social podem modificar-se ao longo do tempo podendo melhorar como resultado de treino e de programas de reabilitação. Os objectivos do tratamento são a sua detecção precoce e a optimização das capacidades dos indivíduos através de treino, modificação comportamental, educação e suporte familiar, treino vocacional e oportunidades de trabalho protegido. Quanto maior for o atraso, maior carga representa para o próprio, para a família e sociedade, necessitando de ajuda no auto-cuidado e nas actividades de vida diária.

#### *Distúrbios Neuróticos, Relacionados com o Stress e Somatoformes*

Neste grupo, incluem-se várias entidades nosológicas desde os distúrbios de ansiedade fóbica (em que a ansiedade é desencadeada por situações específicas, sendo que estas são evitadas ou suportadas com medo - o doente centra-se nos sintomas individuais como as palpitações, sensação de desmaio e estão comumente associadas ao medo de morrer, perder o controle ou enlouquecer), outros distúrbios de ansiedade (em que a ansiedade é o principal sintoma e não está associada a situações específicas), distúrbios obsessivo-compulsivos (cuja característica principal é a existência de pensamentos ou actos compulsivos), as reacções de stress severo e os distúrbios de adaptação (em que existem respostas inadaptadas a acontecimentos stressantes identificáveis, eventos ou mudanças de vida significativas que interferem com mecanismos adaptativos eficazes, ocorrendo problemas a nível do funcionamento da pessoa), entre outros.

#### *Distúrbios de Personalidade*

Estes distúrbios abrangem várias condições e padrões do comportamento com significância clínica, que tendem a ser persistentes e surgem como expressão do estilo de vida do indivíduo e do modo de se relacionar consigo e com os outros. Estes

padrões podem surgir precocemente no desenvolvimento individual como resultado de factores constitucionais ou experiências sociais enquanto que outros são adquiridos mais tardiamente. Incluem-se os distúrbios de personalidade específicos (paranóide, esquizóide, anti-social, ...), os mistos e mudanças de personalidade duradoura (padrões de comportamento profundamente enraizados manifestando-se com respostas inflexíveis a amplas situações pessoais e sociais). Os padrões representam desvios extremos e significativos da forma como em média, o indivíduo numa dada cultura percebe, pensa, sente e como se relaciona com os outros. Tendem a ser estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Estão frequentemente associados a vários graus de stress e a problemas de desempenho social.

É comum existir a comorbilidade de diagnósticos de distúrbios mentais ou de comportamento assim como com outras condições físicas, sendo que a existência de doença física pode predizer o início e a persistência da depressão (Geerlings et al. 2000).

Zimmerman e colaboradores (2000) encontraram nos seus estudos que metade dos indivíduos com ansiedade e depressão, apresentavam os dois distúrbios.

Gossop e colaboradores (1998) também afirmam que entre os indivíduos atendidos nos serviços de atendimento de álcool e drogas é comum a associação entre os dois tipos de substâncias, podendo ir de 30 a 90%.

Nas pessoas com esquizofrenia também foi encontrada uma associação de 12 a 50% com o consumo de álcool.

O tratamento adequado dos distúrbios mentais e do comportamento baseia-se num diagnóstico e intervenção precoce, uso racional de técnicas de tratamento, continuidade de cuidados, variedade ampla de serviços, integração nos cuidados de saúde primários, envolvimento dos consumidores das comunidades locais e parcerias com a família.

O diagnóstico correcto dos distúrbios mentais e do comportamento é essencial para definir o plano individual de cuidados e tratamento necessário. A intervenção precoce é indispensável para prevenir o progresso do distúrbio, para controlar os sintomas e desenvolver resultados - quanto mais precoce for a intervenção, melhor será o prognóstico. Na esquizofrenia a existência de psicoses não tratadas resulta em resultados mais pobres (McGorry, 2000); Intervenções breves com quem tenha risco elevado de desenvolver problemas relacionados com álcool, mostraram-se efectivas na redução do seu consumo e nos danos consequentes (Wilk et al., 1997).

A evolução dos conhecimentos, está a permitir o desenvolvimento de tratamentos efectivos para as doenças mentais e perturbações do comportamento, que englobam o uso de fármacos, intervenções psicológicas e psicossociais, clinicamente significativas, ponderadas e integradas.

Algumas doenças mentais e do comportamento têm evolução crónica, com períodos de remissão e de recaídas com os sintomas da fase aguda. Este facto implica ter em consideração que as necessidades dos doentes e das suas famílias alteram-se ao longo do tempo, sendo indispensáveis cuidados de continuidade que vão de encontro às diferentes necessidades experienciadas.

Por outro lado, tendo a doença várias fases, impõe-se a existência de diferentes serviços que vão de encontro às necessidades manifestadas, incluindo os serviços de internamento completo, as consultas (o mais próximo possível da comunidade) e serviços que providenciem programas de reabilitação que promovam capacidades (permitindo o desenvolvimento do seu papel social), entre outros.

Envolver a família no tratamento e gestão da esquizofrenia, atraso mental, depressão, dependência alcoólica, distúrbios do comportamento na infância revelou-se bastante benéfica. Na meta-análise realizada por Pharaoh e colaboradores (2000), encontrou-se uma redução da taxa de recaída, em média, de mais de metade de um ou dois anos, sendo contudo, por vezes, necessário alterar o ambiente familiar para evitar recaídas. Também a nível do distúrbio afectivo bipolar vários estudos corroboram este facto (Reinares et al., 2004; Colom et al., 2003).

As crenças sociais, atitudes ou respostas podem contribuir para a recuperação e integração das pessoas com doença mental ou de comportamento ou então, para manter o estigma ou discriminação. Torna-se importante divulgar informação sobre estes distúrbios e envolver a comunidade em iniciativas que abordem estas problemáticas.

O tratamento e a gestão dos distúrbios mentais e do comportamento resultam da combinação entre três ingredientes fundamentais: medicação, psicoterapia e reabilitação psicossocial, sendo indispensável uma avaliação de cada caso para definir em que medida estes ingredientes devem ser utilizados. São estabelecidos pela OMS (WHO, 2001) alguns princípios a ter em consideração: cada intervenção tem uma indicação específica de acordo com o diagnóstico, deve ser proporcional à gravidade da condição, deve ter determinada duração de acordo com a natureza e gravidade da condição e ser descontinuada assim que possível, deve ser monitorizada a adesão e os resultados esperados, assim como os efeitos adversos, e deve a pessoa com doença ser parceiro activo nessa monitorização. Há factores que melhoram o sucesso no tratamento: a confiança na relação terapêutica entre profissional e doente, o tempo e energia dispendida a educar o doente para os objectivos da terapia e as consequências de uma boa ou má adesão, o plano terapêutico ser negociado, utilizar a família e amigos para apoiar o plano e ajudar a implementá-lo, simplificar o regime de tratamento e reduzir os efeitos secundários adversos do tratamento.

Existem essencialmente basicamente três classes de fármacos utilizados no tratamento de distúrbios mentais: os antipsicóticos para os sintomas psicóticos, os antidepressivos para a depressão e os ansiolíticos para a ansiedade. Estes medicamentos ajudam no controle dos sintomas e prevenção da recaída, não os distúrbios em si nem as suas causas.

A Psicoterapia refere-se a intervenções planeadas e estruturadas com o objectivo de influenciar o humor, o comportamento e os padrões emocionais de reacção a diferentes estímulos através de meios psicológicos (verbais e não verbais). Incluem-se, a terapia comportamental, a cognitiva, a cognitivo-comportamental, a interpessoal, as técnicas de relaxamento e o aconselhamento. As intervenções psicológicas melhoram

a satisfação e a adesão terapêutica, contribuindo para a redução das taxas de recaída, do número de hospitalizações e do desemprego.

A Reabilitação psicossocial envolve o desenvolvimento de competências individuais e introduz alterações nos ambientes, permitindo ao indivíduo com diminuição, incapacidade ou deficiência alcançar elevado nível de independência de funcionamento na sociedade. Pode ser realizado na comunidade ou no hospital. São objectivos destes processos providenciar o *empowerment* dos indivíduos (ensinando-lhes aptidões para viver em sociedade e a lidar com as suas dificuldades), reduzir o estigma e a discriminação, melhorar as competências sociais, desenvolver interesses e actividades de lazer, ensinar e treinar capacidades em diferentes áreas (higiene pessoal, cozinhar, utilizar os meios de transporte, fazer compras, limpar a casa) e criar sistema de suporte social a longo prazo.

Existem programas específicos de reabilitação com o objectivo de fornecer a pessoas que sofrem de doença mental o treino profissional numa área de forma a permitir a sua integração no mercado de trabalho gerando recursos.

### **CAPÍTULO 3 - QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA MENTAL**

A introdução da avaliação da QDV, surge com o intuito de realizar uma avaliação mais global e não somente a avaliação do controlo dos sintomas, da diminuição da mortalidade ou do aumento da esperança de vida, sendo considerada a oncologia a especialidade médica, onde de forma mais premente, a avaliação da QDV teve de ser englobada pois os tratamentos aumentavam a sobrevida mas não proporcionavam necessariamente uma melhor QDV. Assim, em ensaios clínicos, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito do fármaco) e da segurança (reações adversas existentes), foi introduzida a avaliação da QDV (Bech, 1995).

A avaliação da QDV alargou-se às diferentes situações médicas e aos tratamentos efectuados, do foro orgânico (cancro, doenças cardiovasculares, diabetes, ...) e mental (distúrbios do humor, dependência alcoólica, perturbação de ansiedade...), existindo diversas investigações que reportam, nas várias doenças, e de forma sistemática, a diminuição da QDV dos doentes relativamente aos indivíduos saudáveis.

Os distúrbios mentais e do comportamento provocam alterações fundamentais na vida dos portadores e das suas famílias. Assim, uma forma de medir esse impacto é através da avaliação da QDV, facto defendido por Zimmerman e colaboradores (2006) que afirmam que a avaliação dos resultados do tratamento não pode limitar-se à avaliação da remissão dos sintomas mas também deve incluir a avaliação do desenvolvimento funcional das pessoas assim como a sua QDV.

Efectuaram-se estudos, no sentido de conhecer e avaliar o impacto de várias variáveis na doença mental e na QDV das pessoas, ao longo do tempo. A revisão efectuada revelou-se difícil devido, à complexidade e multidimensionalidade inerente aos construtos abordados, à existência de diversas escalas utilizadas na avaliação dos mesmos e a alguns aspectos metodológicos, nomeadamente o número reduzido de indivíduos da amostra. Contudo, apesar das limitações reconhecidas pelos próprios autores dos estudos, estes contribuíram de alguma forma para maior conhecimento nesta área do saber.

Estudos da população em geral têm demonstrado que indivíduos com distúrbios mentais, apresentam valores mais baixos de QDV, existindo uma correlação positiva entre maiores níveis de sintomatologia psicopatológica e menor satisfação com a vida. Além de negativo, este impacto é substancial e continuado (Fleck et al, 1999; UK700 Group, 1999; Sawyerm et al, 2001; Kilian et al, 2001; Huebner, 2004; Suldo e Huebner, 2004; Vaz Serra et al, 2006a, 2006b).

Vaz Serra e colaboradores (2006) no estudo com objectivo de validar a WHOQOL-Bref para a população portuguesa, utilizaram o BSI para compreender as associações entre QDV e a sintomatologia psicopatológica. Observaram que todos os domínios da QDV, apresentam coeficientes de correlação significativos com as diferentes dimensões do BSI e os seus índices globais, sendo que as correlações inversas, ou seja, valores mais baixos no BSI associam-se melhores pontuações na QdV. As correlações mais elevadas referem-se às encontradas para o domínio *Psicológico* (-.69) e as menores para o domínio *Ambiente e Relações Sociais* (-.48).

Canavarro et al (2010), analisaram a relação entre a WHOQOL-Bref e o BSI e concluíram que todos os domínios da WHOQOL-Bref apresentam coeficientes de correlação significativos com o BSI (mais elevados para o domínio *Psicológico*, -.69) e que a correlação é inversa, ou seja, valores mais elevados no valor de QDV, encontram-se associados a valores inferiores no BSI.

A investigação mostra que a QDV mantém-se pobre depois da recuperação da doença, como resultado de factores sociais, como por exemplo, o estigma e a discriminação (Sirey et al, 2001; Angermeyer, Holzinger, Matschinger e Stengler- Wenzke, 2002).

Outras pesquisas sugerem que os indivíduos com distúrbios mentais severos a viver há muito tempo em hospitais têm pior QDV do que aqueles que vivem na comunidade (Vaz Serra, Pereira e Leitão, 2010).

Estudos demonstraram que a componente social básica e as necessidades de funcionamento não satisfeitas são os maiores preditores de pobre QDV entre indivíduos com distúrbios mentais graves (UK700 Group, 1999). Slade, Leese, Cahill,



Thornicroft e Kuipers (2005) no seu estudo longitudinal, pretenderam verificar qual a relação entre a QDV e a não satisfação das necessidades de doentes, atendidos por equipas de saúde mental comunitária. Estes concluíram que a média do nível de necessidades insatisfeitas nas diferentes avaliações exerce um forte efeito na QDV, cada vez que os doentes a avaliaram. Por outro lado, a mudança nas avaliações das necessidades insatisfeitas exerce um efeito altamente significativo na QDV, mantendo-se o efeito quando controladas as variáveis clínicas e sociodemográficas.

Ruggeri e colaboradores (2002), procuraram investigar a relação entre QDV, através da LQOLP (*Lancashire Quality of Life Profile*) que avalia o bem-estar percebido, e o funcionamento em nove domínios de vida e diversas variáveis clínicas (diagnósticos, psicopatologia, incapacidade, auto-estima), demográficas e outras (utilização dos serviços e satisfação com os mesmos), numa amostra de 268 doentes com vários diagnósticos psiquiátricos: Depressão sem sintomas psicóticos (33.3%), Esquizofrenia (27,9%), Distúrbios Neuróticos e Somatoformes (12,6%), Distúrbios da Personalidade (11,5%), tendo os remanescentes outros diagnósticos. O estudo revelou três factores relevantes na QDV: a *Satisfação Subjectiva* (17%), o *Trabalho/Rendimento Objectivo* (9%) e a *Situação de Vida Objectiva/Segurança*. Ser mais velho, ter afecto positivo, ter elevada satisfação com o serviço e apresentar boa auto-estima, estão associados a valores mais elevados na QDV subjectiva, explicando cerca de 55% da variância. Por outro lado a Ansiedade/Depressão foi associada negativamente (7%) e a Mania positivamente (4%). Relativamente ao factor *Trabalho/Rendimento Objectivo/Lazer*, ser mais novo, ter educação mais elevada, ser casado, ter baixa incapacidade e não frequentar um centro de cuidados diurnos, explicam 33% da variância. Não ter um distúrbio de personalidade, manifestar sintomas negativos baixos, elevado nível de interesse/informação e receber poucas visitas da equipa no domicílio estão relacionados com melhor QDV, no factor *Trabalho/Rendimento*. Por último, no factor *Situação de Vida/Segurança*, uma situação de vida mais estável, segura e desabrigada está associada a ser casado, baixa sintomatologia e não ser admitido no hospital, explicando 17% da variância; quando introduzidos na equação poucos sintomas positivos (3%) e baixa satisfação com a eficácia do serviço (2%) estão correlacionadas

com melhor QDV na *Situação de Vida*. No segundo momento de avaliação mantiveram-se os três factores identificados no primeiro momento, sendo que o factor subjectivo de satisfação da QDV, explica 42% da variação. Da análise efectuada contribuiu a situação de vida, 1%, género masculino, 4%, baixa idade, 2%, estar empregado, 2%, não ter sintomas psicóticos, 2%, e ter elevado funcionamento 1%.

Nos ramos das variáveis que contribuem para a variância das análises subsequentes são: não ter Esquizofrenia (3%), ou Distúrbio de Personalidade (1%), baixos sintomas cognitivos (1%) e elevada performance ou interesse no trabalho (1%). A família viver com pessoa com doença mental mostrou estar associada a benefícios de QDV objectiva; o factor situação de vida aumenta a estabilidade da habitação, o contacto familiar e a segurança pessoal. Os preditores de ambos os factores objectivos da QDV são as dimensões demográficas, incapacidade e a patologia. Na avaliação longitudinal, os modelos explicaram mais variância nos factores objectivos que no factor subjectivo. Ocorreram diversas mudanças na psicopatologia, incapacidade, funcionamento e satisfação com os serviços, quer melhorando quer piorando, quer na QDV objectiva quer na subjectiva, embora com maior estabilidade na QDV objectiva.

Relativamente à idade Trompennars e colaboradores (2005), encontraram correlações baixas mas estatisticamente significativas, entre a idade e a QDV mensurada pela WHOQOL-Bref, numa amostra com doentes psiquiátricos, em que a idade se apresentou negativamente associada ao domínio das *Relações Sociais* e à *Faceta Geral da QDV*. Noutros estudos com populações psiquiátricas tal correlação não foi encontrada (Ferreira, 2008; Leitão, 2008; Melo-Neto et al., 2008).

Quanto à variável Género, em amostras de doentes psiquiátricos, Masthoff e colaboradores (2005) e os Trompennars et al. (2005) encontraram valores mais altos de QDV para o género feminino, no domínio *Relações Sociais*. Robb e colaboradores (1998), num estudo com 69 doentes bipolares estabilizados, utilizando também a MOS SF-20, encontraram que as mulheres possuem valores mais baixos em todos os domínios, excepto para a saúde mental, com significativas diferenças nos domínios da dor e saúde física.

As variáveis clínicas são dos maiores preditores da QDV, nomeadamente a depressão e a existência de sintomas psicóticos (UK700 Group, 1999).

Seguidamente serão apresentadas algumas investigações realizadas com pessoas perturbadas de diferentes distúrbios psiquiátricos, encontrando-se os distúrbios afectivos amplamente documentados.

Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiament e De Vries (2006) realizaram um estudo na população holandesa para explicitar a relação entre distúrbios de humor e a QDV, avaliada pela WHOQOL- 100. Os doentes com distúrbios de humor apresentavam pior QDV em todos os domínios, sendo que as depressões classificadas como severas tinham valores mais baixos na QDV. Nas análises efectuadas os investigadores detectaram que a presença de distúrbios da personalidade afecta a QDV, no domínio *Psicológico* e das *Relações Sociais* e nas facetas dos *Sentimentos Positivos*, *Auto-Estima*, *Imagem Corporal* e *Apoio Social*.

Dados encontrados por Angermeyer, Holzinger, Matschinger e Stengler- Wenzke (2002), num estudo de follow-up de utentes com distúrbios depressivos após alta hospitalar (1, 4 e 7 meses) analisaram que a QDV de doentes em remissão era melhor, contudo a QDV do último grupo era ligeiramente pior quando comparada com a população geral. Dados confirmados também por Diehr e colaboradores (2006), que em doentes também deprimidos e avaliados longitudinalmente, verificaram que apesar de melhores valores para a saúde mental, a QDV permanecia em valores médios.

Trivedi e colaboradores (2006), num estudo em que pretendiam examinar a relação entre a depressão e a QDVRS, avaliada pela SF-12 (*12- item Short Form Health Survey*), pelo Q-LES-Q (*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*) e pela WSAS (*Work and Social Adjustment Scale*) concluíram que a maior gravidade dos sintomas de Depressão Major está associada à diminuição da QDVRS; por outro lado, a presença de sintomatologia depressiva está significativamente associada a pior funcionamento e saúde percebida quando comparada com muitas outras condições médicas crónicas.

A existência de outras comorbidades médicas, a idade mais avançada, o início da doença mais tardio e a duração maior da doença estão relacionados com a diminuição do funcionamento físico e de outras medidas de QDVRs.

O melhor *Funcionamento Físico* está associada com nível educacional mais elevado e valores mais baixos no funcionamento físico estão associados mais aos viúvos do que aos pacientes que nunca casaram, mais aos indivíduos de raça negra do que aos brancos, mais aos reformados do que aos empregados. No *Funcionamento Mental*, doentes com inferior nível educacional, mostram maior funcionamento mental. A variação de valores na WSAS aparece relacionado apenas com a situação laboral e o rendimento do agregado, sendo que os desempregados e os reformados, apresentam pior funcionamento que os empregados. Relativamente à Q-LES-Q, os desempregados apresentam pior satisfação do que os empregados e os que nunca foram casados exibem maior satisfação do que os que já foram casados.

Jiang e Hesser (2006), através duma abordagem multivariada identificaram como indicadores de pobre QDVRs, assim como os seus preditores, a deficiência, a incapacidade para trabalhar, o desemprego, o baixo rendimento, a falta de exercício, asma e o fumar (associado especificamente a pobre saúde mental).

Gameiro, Carona, Silva e Canavarro (2010) apresentam as controvérsias encontradas por Berlim e Fleck relativamente à avaliação da QDV na depressão, que se relacionam com uma possível sobreposição entre as medidas de avaliação da QDV e a depressão e com a metodologia a usar nessa avaliação. Segundo estes, a sobreposição pode acontecer a nível conceptual (as duas podem representar extremos contrários do mesmo construto), mediacional (pois na depressão existe uma avaliação negativa de si próprio, dos outros e do mundo, o que pode levar uma avaliação baixa da QDV) e métrico (instrumentos para avaliar depressão e QDV têm itens idênticos). Quanto à metodologia defendem a importância de utilizar escalas subjectivas na avaliação da QDV atendendo à discrepância entre as percepções dos utentes e dos profissionais, havendo ainda dúvidas sobre o uso de escalas específicas versus genéricas.

Diehr et al. (2006) procuraram determinar se a saúde física e mental e a QDV mudava ao longo do tempo em pessoas que se encontravam clinicamente deprimidas e determinar se a mudança nos sintomas depressivos era sincrónica com a mudança noutras medidas. A sua amostra foi de 982 pessoas, sendo as avaliações realizadas às seis semanas, três e nove meses. Verificaram que todas as medidas melhoravam significativamente ao longo do tempo, com maiores valores para a saúde mental, menos para a saúde física e valores intermédios para a QDV.

Gameiro e colaboradores (2008) encontraram em sujeitos com níveis significativos de sintomatologia depressiva (avaliada através do Inventário de Depressão de Beck), valores inferiores em todas as facetas, domínios e Faceta Geral de QDV da WHOQOL-100. Os valores da QDV diminuem paralelamente ao aumento dos níveis de sintomas depressivos, sendo as correlações mais fortes no domínio *Psicológico*, *Físico* e de *Relações Sociais*, progressivamente.

Gameiro, Carona, Silva e Canavarro (2010) num estudo com uma amostra constituída por três grupos diferentes de pessoas: 52 com o diagnóstico de *Depressão Major*, 54 dos cuidados de saúde primários e 315 da população geral, pretenderam comparar a QDV, avaliada através WHOQOL-Bref, e a Depressão (avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck). Apesar das limitações concluíram que apesar de variável, existe sintomatologia depressiva nos diferentes grupos: 86,8% no grupo com diagnóstico já estabelecido (grupo 1), 31,5% no grupo dos cuidados primários (grupo 2) e 19,2% no grupo da população geral (grupo 3). Os indivíduos do grupo 1 apresentam pior QDV comparados com os restantes grupos, e os do grupo 2 embora com valores de QDV superiores aos do primeiro grupo, comparativamente aos sujeitos da população geral, apresentam pior QDV no que respeita aos domínios *Físico*, *Ambiente* e *Faceta Geral da QDV*. Em todos os grupos, o aumento da frequência, intensidade e duração dos sintomas depressivos está associado à diminuição da QDV, com excepções nos coeficientes observados entre sintomatologia depressiva e o domínio *Ambiente*, no grupo 1, e entre aquela variável e o domínio *Relações Sociais*, no grupo 2.

Ainda neste estudo os investigadores procuraram estudar nos indivíduos diagnosticados com *Depressão Major* factores clínicos de variabilidade da QDV. Relativamente ao regime de tratamento (consulta externa e internamento), a QDV dos doentes internados é pior, com diferenças maiores nos domínios *Físico*, *Psicológico* e *Faceta Geral da QDV*. Quanto ao tipo de diagnóstico de depressão major (episódio único ou episódio recorrente), a QDV é melhor nos que apresentam apenas um episódio, destacando-se o domínio *Físico* e *Psicológico*.

Tendo em atenção as características clínicas da patologia bipolar, a QDV é influenciada pela fase em que se encontram os doentes. Num estudo realizado por Gazalle e colaboradores (2007), os doentes na fase depressiva apresentaram uma QDV inferior aos que se encontravam na fase de mania ou hipomania, principalmente no domínio das *Relações Sociais*. Existem estudos que descrevem que a QDV dos doentes bipolares tipo II é pior, o que se atribui à maior duração dos episódios depressivos (Cooke, Robb, Young e Joffe, 1996; Maina et al, 2007).

Yatham e colaboradores (2004), num estudo envolvendo 15 países, com uma amostra de 920 doentes bipolares tipo I, utilizando o MOS SF-36, concluíram que os valores da escala estão marcadamente diminuídos comparativamente à população em geral. Encontraram ainda valores consistentemente mais baixos para doentes bipolares do que para unipolares, excepto nos do tipo depressivo que tendem a exibir valores mais altos.

No estudo de Ruggeri e colaboradores (2002), já mencionado, os resultados apresentados para os doentes bipolares são semelhantes aos da restante amostra.

OLusina e colaboradores (2003), numa amostra de 25 doentes bipolares (tipo I e II), utilizaram a WHOQOL-bref, tendo a maioria da amostra referido QDV média.

Perlis e colaboradores (2004), numa amostra de 983 doentes bipolares e usando o Q-LES-Q para avaliar a QDV, associaram a idade de início da doença com os valores da QDV.

Russo e colaboradores (1997) numa amostra de 981 doentes internados (dos quais 138 tinham o diagnóstico de distúrbio bipolar depressivo e 103 encontravam-se em fase aguda de mania), usaram o QOLI (escala que contém 44 itens e sete escalas de satisfação, item de satisfação global e 14 de funcionamento). As escalas foram aplicadas com sucesso a 90% da totalidade dos doentes, sendo que nos doentes que não responderam, a percentagem mais baixa foi de doentes bipolares depressivos (12%) e a mais alta em doentes maníacos (31%). Os doentes em fase maníaca apresentaram valores mais altos de satisfação e de funcionamento do que os em fase depressiva (bipolares e unipolares). Estes dados também confirmados pelos estudos de Salyers (2000), num grupo de 164 doentes.

Have e colaboradores (2002), utilizando o SF-36, estudaram 136 doentes bipolares que mostram piores valores no SF-36, do que doentes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Dogan e colaboradores (2003), com 26 doentes estabilizados com lítio, usaram o WHOQOL-Bref, tendo verificado melhorias no domínio *Físico e Social e Faceta Geral* da QDV, após três meses de psicoeducação.

Na revisão efectuada, Michalak, Yatham e Lam (2005), verificaram que em numerosos estudos, os sintomas residuais da depressão estão fortemente associados à diminuição da QDV.

Cooke e colegas (1996), numa amostra de 68 doentes bipolares, examinaram os níveis de QDVRS utilizando o MOS SF-20, questionário de resposta usado para avaliar o bem-estar em seis domínios (físico, funcionamento e papel social, estado de saúde mental, percepção da saúde e dor física), tendo concluído que os doentes com doença bipolar (DB) tipo II apresentam pior QDVRS que os do tipo I, em áreas como o funcionamento social e a saúde mental.

MacQueen e colaboradores (2000), utilizando a MOS SF-20, numa amostra de 64 doentes bipolares eutímicos, verificaram que o número anterior dos episódios de depressão eram determinantes mais fortes para QDVRS que o número anterior de episódios maníacos. Os valores das sub-escalas tendem a ser mais baixos no tipo bipolar do que no tipo unipolar, com excepção da sub-escala da dor, que nos unipolares depressivos tendem a apresentar valores mais altos.

Albert, Rosso, Manaia e Bogetto (2007) procuraram explorar o impacto do distúrbio de ansiedade na QDV de doentes bipolares eutímicos e descrevem que a QDV piora de forma significativa, principalmente no *Domínio Psicológico*, nos doentes que apresentam ansiedade. Otto e colaboradores (2006), também encontraram QDV mais baixa nos doentes bipolares ansiosos e referem também que os utentes mais ansiosos estão estáveis durante menor período de tempo, têm mais recaídas e que os episódios depressivos regridem com maior dificuldade.

Chand e colaboradores (2004), numa amostra composta por 50 doentes bipolares em remissão, 20 com esquizofrenia e um grupo de controlo de 20 indivíduos, utilizaram o Q-LES-Q, WHOQOL-Bref. Os doentes bipolares apresentaram valores mais altos de QDV, do que os doentes com esquizofrenia e valores semelhantes aos do grupo de controlo.

Kauer-Sant'Anna e colaboradores (2007) na sua investigação encontraram ainda associado o consumo de álcool e outras substâncias pelos doentes bipolares ansiosos.

Figueira, Leitão e Gameiro (2010), num estudo efectuado com uma amostra de 163 doentes bipolares e um grupo de controlo de igual número, verificaram que os doentes em relação ao grupo de controlo, apresentaram níveis significativamente inferiores de QDV na *Faceta Geral da QDV* e em todos os domínios da WHOQOL- Bref, atingindo valores mais baixos no *Domínio Psicológico e Relações Sociais*. Nos resultados apresentados, notaram ainda a presença de psicopatologia remanescente (avaliada pelo BSI) apesar de serem doentes considerados estabilizados, em que a QDV



se apresenta correlacionada de forma negativa e estatisticamente significativa com o *Índice Geral de Sintomas do BSI*.

Briggs e colaboradores (2008), procuraram analisar o impacto da esquizofrenia, o seu tratamento e os efeitos secundários dos anti-psicóticos, na QDV dos doentes, na perspectiva destes e de pessoas do público em geral. Neste estudo, a maioria das pessoas doentes eram solteiras, tinham nível de escolaridade baixo e apresentavam dificuldades em manter o emprego (8% contra 62% das pessoas da população geral). Concluíram que a estabilização da doença tem menor impacto na QDV e a recaída impacto mais negativo, seguida dos efeitos secundários como os sintomas extrapiramidais e a diabetes, havendo uma pequena diferença entre a QDV e o impacto do aumento de peso e da hiperprolactémia.

Yamauchi e colaboradores (2008), numa amostra de 84 doentes seguidos em consulta, procuraram explorar a relação entre as variáveis clínicas, através da *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*, que se encontra dividida em cinco factores (sintomas positivos, sintomas negativos, factor cognitivo, desconforto emocional e hostilidade) e a QDV subjectiva e objectiva, avaliadas pela *Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS)* e a *Quality of Life Scale (QLS)*, respectivamente. Os seus resultados apontam para que a QDV subjectiva está correlacionada significativamente, com desconforto emocional, sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas extrapiramidais e o factor cognitivo; enquanto a QDV objectiva está relacionada com sintomas negativos, factor cognitivo, desconforto emocional, sintomas extrapiramidais e dose de antipsicóticos. O valor total da QLS e três das suas quatro escalas estão correlacionadas significativamente com o factor cognitivo, enquanto este tem apenas correlação com uma das três subescalas da SQLS. A regressão efectuada mostrou que a QDV subjectiva é significativamente explicada pelo desconforto emocional e os sintomas extra-piramidais enquanto os sintomas negativos são os maiores preditores da QDV objectiva.

Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton e Patterson (2008), numa amostra de 88 doentes portadores de esquizofrenia, seguidos em consulta, procuraram analisar a QDV e variáveis clínicas e as capacidades funcionais e cognitivas. Nos seus resultados, os sintomas depressivos graves e melhor funcionamento neuropsicológico são preditores independentes de pior QDV subjectiva. Por outro lado mais sintomas negativos severos predizem pior QDV objectiva. As variáveis de capacidade funcional não se apresentaram associadas com a QDV, subjectiva ou objectiva.

Heider e colaboradores (2007), realizaram um estudo com avaliações de resultados em cinco tempos diferentes ao longo de 2 anos, em 1208 doentes em tratamento psiquiátrico. A QDV foi avaliada através da versão breve da *Lehman's Quality of Life Interview*. Foram realizadas regressões no sentido de medir a influência das variáveis demográficas e clínicas na QDV subjectiva e objectiva. Os valores da QDV objectiva e subjectiva geralmente eram equivalentes entre si. A situação financeira, os sintomas depressivos e positivos tinham efeito em quase todos os domínios subjectivos (e.g. saúde e relações sociais). Recursos financeiros suficientes parecem ser condição necessária para alcançar QDV satisfatória nos doentes; contudo, mudanças nas características individuais e nas circunstâncias não estão relacionadas tão fortemente como esperado na QDV.

Numa revisão efectuada por Bobes e García- Portilla (2006) sobre a QDV em doentes com esquizofrenia, os autores referem que estes apresentam pior QDV do que a população em geral, quanto maior é o número de anos de doença pior é a QDV; por outro lado, a psicopatologia correlaciona-se negativamente com a QDV, os jovens, as mulheres, as pessoas casadas e com grau de instrução inferior apresentam melhor QDV, assim como os doentes integrados em programas de apoio comunitário relativamente aos que estão institucionalizados e os que apresentam número reduzido de efeitos secundários e que combinam um tratamento psicofarmacológico com um psicoterapêutico.

Vaz Serra, Pereira e Leitão (2010), realizaram um estudo com uma amostra de 133 doentes, distribuídos por três grupos diferentes (institucionalizados há vários anos, internados num serviço de agudos de psiquiatria e acompanhados em ambulatório), comparados com o mesmo número de indivíduos que nunca sofreram transtornos psicopatológicos, tendo verificado que a QDV, avaliada pela WHOQOL-Bref, era inferior no grupo de doentes com esquizofrenia em todos os domínios e na *Faceta Geral da QDV*. Atendendo ao regime de internamento, encontraram diferenças estatisticamente significativas nos domínios *Relações Sociais* e *Ambiente*, sendo os utentes institucionalizados os que apresentam valores mais baixos e os utentes do ambulatório os que apresentam valores mais elevados, contudo sempre valores mais baixos do que os do grupo de controlo. Relativamente à psicopatologia, em que utilizaram o BSI, encontraram uma associação negativa e estatisticamente significativa entre o Índice Geral de Sintomas e todos os domínios da QDV e a *Faceta Geral da QDV*.

Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu e Fonseca (2006), numa amostra de 123 doentes esquizofrénicos, procuraram investigar a QDV, através da QLS-BR (*Quality of Life Scale*), validada para o Brasil e explorar os factores associados a baixa QDV no domínio ocupacional. Encontraram melhor QDV global e motivação em 49 mulheres, das quais, 57% apresentavam a QDV comprometida, 29% delas com QDV muito comprometida e 14% apresentavam funcionamento inalterado. Neste estudo o estado civil, apresentou-se como a variável mais relevante para a QDV. Ser solteiro associou-se constantemente a uma QDV mais baixa, tanto nos homens como nas mulheres, seguida do período de duração da doença (superior a 5 anos) com maior relevância para os homens. As mulheres, independentemente do seu estado civil, apresentam-se mais satisfeitas, com melhor integração social, interpessoal e maior envolvimento como trabalho, o que favorece a sua QDV. Relativamente à idade as mais novas apresentam pior QDV. A duração da doença associou-se a baixa QDV para homens e mulheres, mostrando que quanto maior a duração da doença pior o comprometimento na QDV. A baixa QDV no domínio ocupacional aponta para uma estreita relação do trabalho com a satisfação em actividades de lazer e com o sentimento de bem-estar. Os homens com esquizofrenia apresentam maior

comprometimento no funcionamento global, associado a maior sintomatologia pré-mórbida e início mais precoce da doença.

No âmbito do consumo de substâncias, numa revisão realizada por González-Saiz, Rojas e Castillo (2009) em que identificaram 111 artigos, concluíram que a QDVRs de pessoas que abusam ou são dependentes de substâncias é mais baixa do que a população em geral; a presença de co-morbilidade física ou psiquiátrica afecta os doentes dependentes de opiáceos e os programas de substituição melhoram a QDVRs. Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh e Zweben (2005) elaboraram uma revisão de 36 estudos relacionados com a QDV e o comportamento de bebida dos distúrbios do uso de álcool e o resultado do tratamento. Salientaram que beber frequentemente ou de forma esporádica mas muito (cinco bebidas ou mais) está associado a reduzida QDV, sendo os valores inferiores aos da população geral ou aos de outras doenças crónicas. Os doentes dependentes de álcool melhoravam a sua QDV através de tratamentos de curto ou longo prazo. Apesar da melhoria, os valores mantiveram-se inferiores aos da população geral. Além disso, as pessoas alcoólicas quando reduzem o consumo, mesmo sem alcançar a abstinência completa, têm aumentos significativos na QDV.

Lahmek e colaboradores (2009), numa amostra com 414 doentes alcoólicos, internados num período de três meses para desintoxicação, procuraram explorar e descrever a mudança da QDV (através do MOS SF- 36) dos doentes aquando da admissão e da alta e as variáveis associadas. As médias para cada dimensão e para a Componente Física e Mental são significativamente baixas tanto na admissão como na alta, os valores mais baixos foram observados no *Funcionamento e Papel Social* devido a problemas emocionais. No momento da admissão, baixos valores da *Componente Mental* foram associados a co-morbilidade psiquiátrica, consumo tabágico e ideação suicida. Aquando da alta, a maior melhoria da *Componente Física* foi associada a maior nível educacional e a ausência de co-morbilidade somática e da *Componente Mental* aos doentes sem sintomas psicóticos e naqueles que eram dependentes de drogas ilegais.

A existência de co-morbilidades de doenças mentais é muito comum.

Löwe e colaboradores (2008), num estudo com 2091 doentes nos cuidados primários, nos seus resultados encontraram em 50% dos casos co-morbilidade entre a depressão, a ansiedade e a somatização, estando associada a reduções em todas as áreas da QDV.

Dados corroborados por Das-Munshi e colaboradores (2008), num estudo que procurava investigar as diferenças entre distúrbios depressivos, distúrbios ansiosos e a co-morbilidade com ambos os diagnósticos, verificaram que os perfis dos sintomas eram idênticos, sendo que os sintomas gerais eram em menor número no último grupo. A QDVRS era baixa nos diferentes grupos e as diferenças estavam relacionadas com a severidade de sintomas. Os investigadores apontam as formas mistas como a norma na população.

Rapaport, Clary, Fayyad e Endicott (2005), numa amostra de 1757 indivíduos com distúrbios ansiosos (Distúrbio Obsessivo-Compulsivo, Distúrbio de Pânico, Fobia Social, Síndrome Disfórico Pré-Menstrual e Perturbação de Stress Pós-Traumático - PSPT) e 1252 indivíduos com distúrbios depressivos (Depressão *Major*, Distímia, Depressão Recorrente), verificaram a presença de valores mais baixos na QDV (avaliada pela *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*) em todos os grupos diagnósticos do que na população geral, sendo os resultados inferiores associados aos Distúrbios do Humor e à PSPT. Na PSPT, o défice na QDV abrange todos os domínios, enquanto nos outros indivíduos com outros distúrbios ansiosos (de pânico, fobia social e distúrbios obsessivo-compulsivo) têm mais comprometido o relacionamento social e familiar. Os investigadores sugerem que além da gravidade de sintomas outros factores como o tipo de personalidade, os recursos financeiros, a disponibilidade de suportes sociais e o grau de sucesso/alcance dos objectivos de vida pessoais afectam a QDV.

Narud, Mykletun e Dahl (2005), procuraram explorar a QDV em pessoas portadoras de distúrbios de personalidade, que frequentavam tratamentos numa clínica psiquiátrica (amostra de 91 sujeitos). Os doentes mostravam alta co-morbilidade com outros Distúrbios de Personalidade e outros distúrbios mentais (os mais frequentes foram a Depressão, Distúrbios de Ansiedade e Dependência de Álcool). No seu estudo, os doentes apresentavam globalmente pobre QDV (avaliada pela SF-36) relativamente ao

valor da população geral, sendo a diferença de no mínimo de 13 valores para o *Funcionamento Físico* e maior para o *Desempenho Físico*, seguido do *Funcionamento Emocional* (54 e 49 valores respectivamente). Após dois anos de tratamento, os pesquisadores foram realizar nova avaliação tendo a amostra reduzido para 39 doentes com distúrbios de personalidade. Houve melhoria significativa nas dimensões *Papel Físico* e *Saúde Mental*, enquanto que, apesar de mudanças consideráveis, não foram significativas nas dimensões *Dor Corporal* e *Funcionamento Social*.

## **CAPÍTULO 4 - OS HOSPITAIS DE DIA**

### **4.1 - Breves considerações.**

Os Hospitais de Dia na área da psiquiatria surgiram na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1942, como “centro de ocupação e de reabilitação para o trabalho” (Fragoso Mendes, Fernandes da Fonseca e Cortesão, 1957). No entanto, foi na Grã-bretanha que existiu maior desenvolvimento neste tipo de serviços. Em Portugal, o primeiro Hospital de Dia foi fundado pelo Professor Doutor Barahona Fernandes no Hospital Júlio de Matos, em 1957.

Para Marshall e colaboradores (2001), Kallert e colaboradores (2004) e Seidler e colaboradores (2006), os hospitais de dia para doentes mentais adultos incluem uma ampla variedade de intervenções psicoterapêuticas com o objectivo de dar apoio intensivo a doentes em ambulatório, com alívio dos sintomas em curto tempo, depois de internamento completo e para programas de reabilitação a longo prazo.

Para Kallert e colaboradores (2004) e Seidler e colaboradores (2006), a definição dos modelos de cuidados é difícil, devido à heterogeneidade dos conceitos e tipos de psicoterapias usadas, referindo que apenas um terço deles se podem designar de psicoterapêuticos.

A escassez de literatura encontrada sobre avaliação dos resultados deste tipo de estruturas e as controvérsias existentes, vão de encontro à necessidade de mais investigação no âmbito desta área.

Lima e Botega (2001), procuraram explorar os factores que poderiam influenciar na melhoria e duração do internamento, numa população internada em hospital de dia. Nesse estudo prevaleceram os indivíduos do género feminino (76%), sem vínculo conjugal (71%), sem trabalho (82,5%), jovens (61,8%), com diagnóstico de distúrbios afectivos (44%) e com internamentos prévios (44%).

Priebe e colaboradores (2011) procuraram identificar as características associadas às diferenças nos resultados entre o tratamento agudo no hospital de dia e noutros serviços convencionais. Na amostra de 880 adultos de diferentes países, os diagnósticos encontrados foram esquizofrenia, distúrbios de humor, distúrbios ansiosos e comportamentais. Avaliaram o nível dos sintomas, a QDV subjectiva (através do *Manchester Short Assessment of Quality of Life*) e a incapacidade social, avaliados na alta, 3 e 12 meses após esta. A idade, o diagnóstico e o viver sózinho ou acompanhado, não foram factores preditores de diferenças entre os dois tipos de serviços. Contudo os doentes com maior nível de sintomas, experienciaram maiores melhorias nos sintomas depois do tratamento no serviço habitual e pessoas com mais anos de educação e do sexo feminino melhoraram mais com o tratamento em hospital de dia.

Kallert e colaboradores (2004), concluíram não haver diferenças sistemáticas na efectividade do tratamento relacionado, com a satisfação com o tratamento e a QDV subjectiva.

#### **4.2 - O programa terapêutico e de apoio psicossocial do Hospital de Dia do Centro Hospitalar Psiquiátrico De Coimbra.**

O Hospital de Dia do Centro Hospitalar de Coimbra, Unidade Sobral Cid, foi criado em Maio de 1998, tendo como objectivo o tratamento intensivo do doente, mantendo a ligação à família e comunidade e envolvendo-os no processo terapêutico do mesmo.

Destina-se aos doentes que têm facilidade de transporte diário para o hospital e cujas famílias tenham possibilidade de os acolher à noite e durante os fins-de-semana.

A lotação diária é de doze doentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 60 anos. Funciona das 9.00 às 16.30 horas, encerrando aos sábados, domingos e feriados. São fornecidos o pequeno-almoço, o almoço e o lanche.

A admissão dos utentes é realizada através da consulta externa, do serviço de urgência, de outros serviços da instituição ou de outras instituições. Seja qual for a sua origem, existe sempre uma consulta de avaliação efectuada pelos diferentes



elementos da equipa que efectuam uma triagem. A admissão depende da situação clínica (sendo critério de exclusão os doentes com demência, oligofrenia, com excepção das leves, psicose e comportamento aditivo em fase aguda), da disponibilidade do utente em comparecer no serviço, da existência de rede de suporte (que colaborem com a equipa) e de condições habitacionais que acolham o utente no período de encerramento do serviço.

A intervenção efectuada baseia-se num modelo integrado, é planeada e organizada a nível individual e grupal, visando metas de funcionalidade e autonomia, na melhoria da auto-estima, na aquisição de competências sociais, na forma de lidar com a doença, na promoção de estilos de vida saudáveis, implicando a família no tratamento. Para cada utente é estabelecido um programa que pode constar de tratamento farmacológico, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, intervenções psicodramáticas, actividades do tipo socio-expressivo, treinos de autonomia, abordagens terapêuticas familiares e psicoeducacionais, intervenção psicossocial e na comunidade para reinserção social e/ou profissional.

Transversalmente a todo o programa faz-se o treino de aptidões sociais, pretendendo desenvolver-se nos utentes as suas capacidades de comunicação interpessoal, onde se incluem as aptidões de observação (para atender aos sinais sociais), as aptidões básicas (contacto visual, expressão facial, gesticulação, postura corporal, espaço interpessoal, sinais paralinguísticos - volume, ritmo da voz), as aptidões complexas (assertividade), as aptidões cognitivas (de planeamento, resolução de problemas, dificuldades sociais), que vai permitir a cada indivíduo encontrar alternativas adequadas a cada situação.

Seguidamente, abordar-se-ão as diferentes actividades realizadas, referindo-se os objectivos das mesmas; a sua distribuição semanal encontra-se em anexo (Anexo I).

Diariamente realiza-se a caminhada e o treino de actividades lúdicas.

Com a *Ginástica/Caminhada* pretende-se impulsionar a prática de exercício físico como um hábito de vida saudável, através da realização de uma caminhada e/ou da execução de alguns exercícios de flexibilidade e de fortalecimento.

No *Treino de Actividades Lúdicas* deseja-se que os utentes sejam capazes de gerir os seus tempos livres. Incluem-se actividades da preferência de cada doente como leitura, bordados, tricô, jogos (cartas, dominó, xadrez, damas, ...), bricolage, pintura, entre outras.

As actividades seguintes ocorrem semanalmente.

O *Psicodrama* é uma psicoterapia em grupo que recorrendo a várias técnicas e através da dramatização espontânea, se induz a expressão de situações ou conflitos emocionais latentes, ajudando a descobrir, modificar e desenvolver aspectos da personalidade.

Na *Reunião de Compromissos* avaliam-se as dificuldades de cada utente no desempenho de actividades do seu quotidiano e procura-se negociar e planificar diferentes actividades com os utentes de forma a estimular a responsabilização e a auto-determinação, promovendo a autonomia, a inserção social, a potenciação de capacidades e a descoberta de actividades de prazer.

Nas *Notícias da Semana/Grupo de Leitura* através da leitura de textos/notícias e a síntese oral e escrita dos mesmos, pretende-se estimular a atenção, a concentração, a memorização, o raciocínio, a selecção de informação, a capacidade de síntese e a criatividade do doente, sensibilizar para a leitura e as suas potencialidades, facilitar a informação sobre temas da realidade/actualidade, accionar o treino de aptidões básicas, partilhar sentimentos e emoções, reflectir sobre experiências e dificuldades, promover o saber estar e trabalhar em grupo, incentivando a individualidade, a diversidade e o respeito mútuo.

Na *História de Vida* há a partilha de experiências pessoais (apenas as desejadas pelos utentes) após a exposição do percurso de vida de um utente, onde se pretende estimular a auto-análise e a consciencialização da realidade, avaliar necessidades e perspectivar o futuro.

No *Programa de Estimulação Cognitiva*, pretende-se através de informação e da realização de exercícios, estimular funções cognitivas básicas (atenção, concentração,

orientação e memória) e a formação de conceitos, desenvolvendo o processamento de informação.

No *Treino de Actividades de Vida Diária* pretende-se ensinar e treinar diversas actividades ajudando a promover a autonomia no dia-a-dia. Englobam-se actividades no âmbito da higiene pessoal e do auto-cuidado (treinos de autonomia pessoal), limpeza e arranjo da enfermaria, planeamento e execução de refeições, limpeza e arrumação da copa e engomar roupa (treino de autonomia residencial), ingestão da refeição em conjunto com a equipa terapêutica com observação das regras de índole social, informação como usar os recursos da comunidade, fazer compras e usar transportes públicos (treinos de autonomia social).

A *Psico-educação para doentes psicóticos* é uma terapia de grupo com o objectivo de melhorar a adesão terapêutica, reduzir as crises, prevenir as recaídas e diminuir conflitos familiares. Através da formação/informação pretende-se aumentar o *insight* do doente, ensiná-lo a lidar com a doença (identificação de sintomas, reconhecimento de sinais prodrómicos de crise, conhecimento dos fármacos e seus efeitos terapêuticos e adversos, reconhecimento e controle de situações stressantes favorecedoras de eventual crise) e com os problemas de forma eficaz.

No *Grupo de Discussão Temática* é escolhido um tema que depois de aceite, é reflectido e discutido de forma a encontrar algumas respostas para os problemas e dificuldades sentidas nas suas vidas. É nomeado um relator que escreve as conclusões julgadas importantes pelo grupo. Posteriormente, estes resultados são dactilografados e são distribuídas cópias a cada um dos participantes.

A *Visualização do Filme* pode ter um carácter mais cognitivo ou terapêutico, de acordo com o grupo. Por um lado pode-se ambicionar treinar a capacidade de permanecer no mesmo local, desenvolver a capacidade de estimulação, atenção, concentração, raciocínio, memorização, compreensão e síntese (que pode ser realizada de forma oral ou escrita) e/ou, por outro lado, facilitar a introspecção, a consciencialização de emoções, sentimentos e formas de agir ou comportamentos alternativos mais adaptativos, através de questões colocadas após a visualização do filme e da reflexão sobre o mesmo.

A *Sessão de Educação para a Saúde* ambiciona transmitir conhecimentos no âmbito de diversos temas de saúde e doença, tais como factores de protecção e de risco, sinais de alerta de algumas doenças, de forma a permitir opções de vida e comportamentos mais saudáveis e informados.

O *Relaxamento* tem como objectivo ensinar e treinar diferentes técnicas de relaxamento, com vista a uma maior consciencialização do funcionamento de corpo e a sua relação com a mente, a proporcionar bem-estar, a melhorar o controlo dos níveis de ansiedade, a reduzir o uso de substâncias farmacológicas e a aumentar a protecção a doenças associadas a elevados níveis de stress. São utilizadas a técnica de controlo respiratório, a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, treino autogénico de Schultz, o relaxamento por imagens mentais e auto-massagem. Enfatiza-se a prática regular de forma autónoma em contexto extra-hospitalar para melhorar resultados.

Nos *Jogos Pedagógicos*, através de dinâmicas, treinam-se em grupo a assertividade, a comunicação eficaz e a resolução de problemas/conflitos.

Quinzenalmente, realiza-se o *Grupo Terapêutico Pós-Alta*, constituído por utentes que após alta ainda carecem de um espaço de reflexão, partilha de experiências e apoio para encontrar maneiras mais funcionais de viver. É uma terapia de grupo em que cada elemento partilha a sua experiência, facilitando o apoio dos membros do grupo, a socialização, a imitação e a aprendizagem interpessoal.

Com periodicidade de dois em dois meses, existe a *Reunião de Famílias* para a qual se convidam a participar os utentes e familiares/pessoas significativas estando presentes todos os elementos da equipa terapêutica. Em conjunto, partilham ideias, vivências e experiências, sendo ainda um espaço de intervenção pedagógica.

Com as *Actividades Socioculturais e Recreativas* deseja-se motivar o indivíduo a participar em actividades de índole sociocultural, de forma a aumentar os seus conhecimentos e campos de interesse e a envolvê-lo na comunidade de uma forma activa. Existem diversas actividades intra e extra-hospitalares.

No Programa Terapêutico estão ainda incluídas outras terapias como a *Psicoterapia Individual*, a *Terapia familiar* e a *Terapia Farmacológica*.

A *Psicoterapia Individual* é o tratamento psicológico individual que utiliza a relação terapêutica e várias técnicas para ajudar a resolver problemas, encontrar alternativas e atingir a mudança.

A *Terapia Familiar* considera a família como um sistema (grupo de elementos em interacção) inserido noutros sistemas. A intervenção terapêutica é dirigida ao sistema familiar como um todo, realizada em diversas sessões, em que se lida com a situação actual da família. O principal foco de atenção são as interacções que têm lugar entre os elementos da família e o objectivo é provocar a mudança e melhorar o funcionamento do sistema familiar.

A *Terapia Farmacológica* inclui a prescrição, ajustes terapêuticos e toda a informação/formação do doente para uma boa adesão á terapêutica e um correcto uso dos medicamentos, bem como a forma adequada de lidar com os efeitos secundários.

## **CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Segundo Fortin (1999), a metodologia é a linha que o investigador segue de forma a estudar e avaliar as possibilidades que lhe surjam para a realização do estudo a que se propôs, o que lhe permite orientar o processo de investigação, revelando-lhe os métodos e estratégias a seguir.

### **5.1 - Objecto e tipo de investigação.**

Pretende-se com este estudo, monitorizar os resultados do programa terapêutico e de apoio psicossocial, avaliar a sua efectividade ao nível da Qualidade de Vida e da psicopatologia e aumentar os conhecimentos neste domínio. Portanto, os resultados poderão contribuir para a melhor adequação do programa terapêutico, tendo como objectivo final melhorar os resultados obtidos junto do doente (nas vertentes orgânica, familiar, social e laboral), mas também contribuir para o aumento da satisfação dos profissionais que com a mensuração dos resultados poderão conhecer melhor a efectividade do seu trabalho.

Assim, o objectivo geral do estudo é:

“Explorar e descrever as relações entre o tratamento terapêutico e de apoio psicossocial, a qualidade de vida e a psicopatologia dos utentes internados no Hospital de Dia, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.”

Estabeleceram-se os seguintes objectivos específicos:

- 1 - Caracterizar os doentes internados num Hospital de Dia de Psiquiatria.
- 2 - Descrever aspectos clínicos apresentados por doentes internados num Hospital de Dia de Psiquiatria.
- 3 - Descrever as relações entre a QDV e a psicopatologia existentes nos doentes internados num Hospital de Dia de psiquiatria.
- 4 - Avaliar a diferença da QDV e da psicopatologia após protocolo de tratamento terapêutico e de ajuda psicossocial.

Este estudo é do tipo descritivo-correlacional, em que se pretende explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista à sua descrição (Fortin, 1999) e insere-se nas metodologias quantitativas, atendendo que se pretendem colher dados observáveis e quantificáveis.

## **5.2 – Hipóteses.**

Segundo a mesma autora, as hipóteses traduzem enunciados do problema para previsão das relações esperadas entre as variáveis. Devem conter o sentido de predição, poder ser verificáveis, ser consistentes com os conhecimentos existentes e plausíveis.

As hipóteses colocadas foram:

H1 - A QDV, nos seus diversos domínios, apresenta uma correlação negativa com a psicopatologia.

H2 - A QDV dos utentes, nos seus diversos domínios, aumenta após o programa terapêutico e de apoio psicossocial.

H3 - A psicopatologia diminui após o programa terapêutico e de apoio psicossocial.

## **5.3 – Amostra.**

A amostra é um sub-conjunto ou grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população e, neste estudo, foi obtida através da técnica de amostragem não probabilística, de conveniência (Fortin, 1999).

Nela se incluíram todos os utentes internados no serviço que sabiam ler e escrever e que de forma livre e esclarecida consentiram em participar.

Atendendo aos objectivos do estudo, excluíram-se os utentes que, não aderiram ao programa terapêutico (com três faltas injustificadas), não cumpriram com a

medicação, tiveram um evento de vida significativo (morte, divórcio, desemprego,...), e tiveram alta, fosse esta por transferência (agravamento do quadro clínico), abandono ou contra o parecer da equipa.

Aos participantes foram-lhes explicados os objectivos e a metodologia da investigação, os inconvenientes (tempo de preenchimento da escalas) e as vantagens em participar (o estudo permitirá a outros utentes beneficiar dos resultados dos mesmos), garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados e promoveu-se a assinatura do consentimento informado dos que voluntariamente anuíram em participar. No passo seguinte, foi-lhes pedido o preenchimento dos questionários, em local que garantiu a privacidade.

O momento escolhido para a aplicação das escalas procurou evitar a interrupção do programa psicoterapêutico, pelo que foi realizada no início da manhã ou da tarde. Atendendo às diferenças individuais dos utentes (nível cognitivo e situação clínica), o tempo de aplicação das mesmas variou entre os 30 e os 60 minutos.

Apresentando-se como um estudo naturalista, a inclusão dos indivíduos nas diferentes actividades terapêuticas foram, como habitualmente, uma decisão dos elementos da equipa terapêutica (médico, enfermeira e técnica superior de serviço social) e dos utentes, tendo em consideração as dificuldades e a disponibilidade apresentadas por estes, e as intervenções existentes. Assim, cada utente participou em actividades diferentes assim como o número de sessões também diferiu, sendo considerado na avaliação o total de actividades participadas. O presente estudo não implicou mais actividades ou mais acompanhamentos da equipa do que o normalmente ocorreria.

O número total de inscritos no estudo foi de dezanove utentes, tendo sido excluídos dois por abandono. Dos restantes, treze utentes têm dados colhidos nos dois momentos de avaliação previstos no trabalho, não possuindo ainda os demais informação completa aquando da análise dos dados por não ter decorrido o tempo previsto (três meses).



## 5.4 –Variáveis.

O processo de operacionalização de variáveis, segundo Fortin (1999) consiste em atribuir números às variáveis para que possamos diferenciar os sujeitos segundo determinada característica. Só assim, é possível a sua mensuração e consequente tratamento estatístico e interpretação de resultados.

Os dados sociodemográficos considerados, também apelidados por alguns autores de variáveis atributos, foram a idade, o sexo, o nível de escolaridade, o estado civil, o diagnóstico clínico e a situação laboral.

A *Idade* é uma variável quantitativa contínua. No questionário utilizou-se uma questão aberta e foi medida em anos.

O *Sexo* é uma variável qualitativa nominal, com dois atributos, *feminino* ou *masculino*.

O *Estado Civil* é uma variável qualitativa nominal. Apesar de no questionário haver seis atributos possíveis, os resultados foram agrupados em quatro categorias por traduzirem realidades próximas e facilitar o tratamento dos dados: *solteiro(a)*, *casado(a)/união de facto*, *divorciado(a)/separado(a)* e *viúvo(a)*.

O *Nível de Escolaridade* é uma variável qualitativa nominal. No questionário as respostas podiam pertencer às seguintes categorias: *não saber ler nem escrever*, *saber ler e/ou escrever*, *1º - 4º anos*, *5º - 6º anos*, *7º - 9ºanos*, *10º - 12º*, *estudos universitários* e *formação pós - graduada*.

A *Situação laboral* é variável qualitativa nominal. Indica a condição em que se encontra a pessoa relativamente ao trabalho. Consideradas três categorias: *empregado*, *desempregado* e *reformado*.

O *Diagnóstico Clínico* é uma variável qualitativa nominal. Apesar de constar no questionário a entregar aos doentes numa pergunta aberta, o investigador solicitou ao médico assistente a confirmação dos diagnósticos com base no ICD-10. As categorias encontradas foram: *distúrbios de humor*, *distúrbios esquizofrénicos*, *distúrbios do uso de substâncias*, *distúrbios neuróticos*, *distúrbios da personalidade* e *atraso mental*.

A variável independente deste estudo é o *Programa terapêutico e de apoio psicossocial*. Atendendo que o programa é individualizado, optou-se por o operacionalizar de duas formas. Primeiro, pelos dias de internamento, em que o investigador contabilizou todos os dias em que os utentes estiveram presentes no serviço. Segundo, pelo número de sessões frequentadas pelos utentes, em que o investigador contou as sessões de grupo nas quais cada utente participou.

As variáveis dependentes nesta investigação são a *Qualidade de Vida* e a *Psicopatologia*.

A *Qualidade de Vida* é uma variável quantitativa contínua. Para a sua operacionalização aplicou-se a WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994, 1998), versão portuguesa de Portugal, que foi validada e aferida por Vaz Serra e colaboradores (2006) e Canavarro e colaboradores (2007). Na descrição dos instrumentos de colheita de dados encontram-se as informações referentes a esta variável e à sua operacionalização.

A *Psicopatologia* é uma variável quantitativa contínua. Para a sua medição utilizou-se o *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1983), que foi traduzido e validado para a população portuguesa por Canavarro (1995/2007), e cuja descrição é feita quando explicado o instrumento de colheita de dados.

### **5.5 - Instrumentos de colheita de dados.**

No desenho de investigação delineado foram considerados dois momentos de colheita de dados.

No primeiro momento, ocorrido durante a primeira semana de internamento foi aplicada a WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life - Brief Form*), o BSI (*Brief Symptom Inventory*) e o *Questionário 1* (Anexo II), em que as questões formuladas incluíram dados sociodemográficos e dados clínicos relativos a antecedentes da história psiquiátrica (incluindo tempo de acompanhamento psiquiátrico, com recorrência ou não a internamentos completos ou parciais, a

existência ou não de ideação e de tentativas de suicídio, de apoio e/ou de discriminação).

Determinou-se realizar o segundo momento de avaliação aos três meses (tempo definido na equipa para realizar a reavaliação da continuidade ou não em internamento dos doentes) ou aquando da alta do doente, atendendo ao carácter naturalista do estudo e não se pretender alterar as decisões da equipa (pois podiam existir critérios de alta em tempo inferior, o que aconteceu).

No segundo momento realizou-se novamente a aplicação da WHOQOL - Bref, do BSI e Questionário 2, para o despiste de critérios de exclusão e avaliação do utente sobre programa terapêutico e de apoio psicossocial (Anexo III).

Simultaneamente houve por parte do investigador o registo dos dias de internamento e o número de actividades em que o utente participou.

A operacionalização da QDV foi realizada através da aplicação da WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994, 1998), versão portuguesa de Portugal, que foi validada e aferida por Vaz Serra e colaboradores (2006) e Canavarro e colaboradores (2007). Estes autores comprovaram que esta escala constitui um instrumento válido para avaliar a QDV pois revela boa consistência interna, capacidade discriminante, validade de construto e estabilidade teste-reteste.

Existem várias escalas para quantificar a Qualidade de Vida: a *36- item Short -Form Health- Survey (SF-36)*, a *12- item Short -Form Health- Survey (SF-12)*, a *Quality of life Depression Scale (QLDS)*, a *Health- related quality of life (EuroQol)* e *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)*, a *Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)* entre outras.

A opção pela WHOQOL-Bref deveu-se ao facto desta avaliar globalmente a QDV nos diferentes aspectos da vida das pessoas, podendo ser aplicada a todas as pessoas independentemente do diagnóstico e do tratamento.

Por outro lado, a sua utilização em elevado número de estudos, em diversos países, evidenciou boas propriedades psicométricas, sendo uma referência na medição da Qualidade de Vida (Simões, Sousa,Vilar & Paredes; 2010). A consistência interna

avaliada através do  $\alpha$  de Cronbach é de .92, considerando-se todas as questões da escala e, varia entre .64 e .87, se forem considerados os domínios individualmente (Canavarro et al, 2010). A consistência interna da WHOQOL-Bref neste estudo, avaliada pelo *alfa de Cronbach*, variou no primeiro momento entre .50 (*Domínio Ambiente*) e .86 (*Domínio Psicológico*), enquanto no segundo momento, os seus valores estiveram compreendidos entre .52 (*Domínio Físico*) e .77 (*Faceta Geral da QDV*).

A WHOQOL-Bref constitui uma versão breve da WHOQOL-100, havendo entre ambas uma correlação estatisticamente significativa, entre .77 para o *Domínio Relações Sociais* e .86, para o *Domínio Psicológico* (Canavarro et al., 2010).

As formas mais breves de escalas foram desenvolvidas para possibilitar a avaliação da QDV em situações onde houvesse restrições de tempo ou fosse necessário diminuir o esforço dispendido pelos inquiridos (Zimmerman et al., 2006; Canavarro et al., 2010), quer pela sua condição clínica quer pela necessidade de utilização simultânea de outros instrumentos. Assim, como o desenho de investigação previa a aplicação de vários instrumentos e em momentos diferentes, optou-se pela versão abreviada.

A WHOQOL-Bref contem na sua estrutura 24 itens que se distribuem por quatro domínios (*Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*) e 2 itens que avaliam a QDV geral e a percepção geral de saúde, constituindo a *Faceta Geral da Qualidade de Vida* (Anexo IV). O domínio *Físico* engloba sete itens: Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e repouso, Mobilidade, Actividades de vida diária, Dependência de medicação ou tratamentos e Capacidade de trabalho. O domínio *Psicológico* contem seis itens: Sentimentos positivos, Pensamento, Aprendizagem, Memória e concentração, Auto-estima, Imagem corporal e aparência, Sentimentos negativos e Espiritualidade/religião/crenças pessoais. No domínio *Relações Sociais* encontram-se três itens: Relações pessoais, Apoio social e Actividade sexual. Finalmente, no domínio *Ambiente* existem oito itens: Segurança física, Ambiente no lar, Recursos económicos, Cuidados de saúde e sociais - disponibilidade e qualidade, Oportunidades para adquirir novas informações e competências, Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, Ambiente físico (poluição/ barulho/trânsito/ clima) e Transporte.

Os diferentes itens são classificados, pelo próprio indivíduo, numa escala tipo Likert de cinco pontos, sendo avaliados a intensidade, a frequência, a satisfação e a capacidade, em que zero é a ausência e cinco a pontuação máxima.

Apesar da WHOQOL-Bref ter sido desenvolvida para ser um questionário de auto-resposta, foram consideradas outras alternativas (assistido pelo entrevistador e administrado pelo investigador). Neste estudo, o modo de administração da escala foi assistido pelo entrevistador em que este leu as instruções e explicou o modo de preenchimento do questionário sendo o inquirido a ler as questões e assinalar as respostas. Foi expressada disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e realçado o facto de que o período de referência das respostas ser de duas semanas.

O BSI (*Brief Symptom Inventory*) foi desenvolvido por L. Derogatis (1983) e avalia diversos sintomas psicopatológicos, podendo ser aplicado a pessoas da população em geral, quer sejam portadoras de doenças ou não, motivos que levaram à sua selecção para este estudo (Anexo V). Foi traduzido e validado para a população portuguesa por Canavarro (1995).

O BSI é formado por 53 itens e enquadra os sintomas psicopatológicos em nove dimensões: *Somatização* (queixas centradas nos diversos sistemas orgânicos autonómicos, questões 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37), *Obsessões e Compulsões* (cognições, impulsos e comportamentos persistentes e aos quais o indivíduo não resiste apesar de ego-distónicos e de natureza indesejada; questões 5, 15, 26, 27, 32, 36), *Sensibilidade Interpessoal* (sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade particularmente na comparação com outras pessoas apresentando nas suas interacções auto-depreciação, hesitação, desconforto e timidez; questões 20, 21, 22, 42), *Depressão* (indicadores da depressão - sintomas de afecto e de humor, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida; questões 9, 16, 17, 18, 35, 50), *Ansiedade* (considerados o nervosismo, a tensão, sintomas cognitivos de apreensão e outros somáticos, sintomas de ansiedade generalizada e de pânico; questões 1, 12, 19, 38, 45, 49), *Hostilidade* (pensamentos, emoções e comportamentos presentes na cólera; questões 6, 13, 40, 41, 46), *Ansiedade Fóbica* (resposta de medo persistente, irracional e desproporcionado em relação ao estímulo (pessoa, local ou situação) que conduz ao

evitamento; questões 8, 28, 31, 43, 47), *Ideação Paranóide* (modo perturbado de funcionamento cognitivo: pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda da autonomia e delírios; questões 4, 10, 24, 48, 51) e *Psicoticismo* (indicadores de isolamento ou estilo de vida esquizóide, sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento; questões 3, 14, 34, 44, 53).

Além destas nove dimensões avalia a perturbação mental através de três Índices Globais, existindo quatro itens (11,25,39,52) que são considerados nas pontuações desses índices. O *Índice Geral de Sintomas* (IGS) reporta-se à combinação entre a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. O *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) representa a média de todos os sintomas assinalados. O *Total de Sintomas Positivos* apresenta o número de queixas manifestadas.

Em cada questão, o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert, com cinco respostas possíveis: 0- *Nunca*, 1- *Poucas Vezes*, 2- *Algumas Vezes*, 3- *Muitas Vezes*, 4- *Muitíssimas vezes*.

O inventário apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove dimensões, com valores no *alfa de Cronbach* a variar entre 0.62 (*Ansiedade Fóbica e Psicoticismo*) e 0.80 (*Somatização*). Na presente investigação o alfa de Cronbach, no primeiro momento variou entre .74 (*Ideação Paranóide*) e .91 (*Depressão*), enquanto que no segundo momento os seus valores encontram-se entre os .75 (*Ansiedade Fóbica*) e os .95 (*Depressão*).

Canavarro (1995, 2007) concluiu que para todas as dimensões e índices, os indivíduos com perturbação emocional manifestam valores mais elevados de sintomas psicopatológicos, do que os indivíduos da população em geral, estabelecendo pontes de corte entre estes dois grupos, conforme o Quadro 1. De forma geral, uma nota no ISP do BSI  $\geq 1.7$  é provável encontrar pessoas perturbadas emocionalmente.

**Quadro 1.** Valores do BSI estabelecidos para a população em geral e para a existência de perturbação emocional

Dimensões de sintomatologia	Pontuação	População em geral		Perturbações Emocionais	
		Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Somatização		0,573	0,916	1,355	1,004
Obsessões-Compulsões		1,29	0,878	1,924	0,925
Sensibilidade interpessoal		0,958	0,727	1,597	1,033
Depressão		0,893	0,722	1,828	1,051
Ansiedade		0,942	0,766	1,753	0,94
Hostilidade		0,894	0,784	1,411	0,904
Ansiedade Fóbica		0,418	0,663	1,02	0,929
Ideação Paranóide		1,063	0,789	1,532	0,85
Psicoticismo		0,668	0,614	1,403	0,825

Apesar de ser um instrumento de auto-resposta, aquando da aplicação da escala o investigador explicou o modo de preenchimento do questionário e realçou o facto do período de referência das respostas ser a última semana.

### 5.6 - Tratamento estatístico.

Para Fortin (1999), a Estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida numa determinada amostra, possibilitando o seu resumo de forma estruturada, de forma a conseguir-se uma imagem geral das variáveis medidas e de, através de testes estatísticos determinar as relações entre as variáveis e se as conclusões podem ser generalizáveis à população.

Neste estudo o tratamento estatístico dos dados foi executado recorrendo ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 16.0 e ao sistema operativo Windows XP, para a exposição dos resultados.

Na estatística descritiva (aquela que recolhe, organiza e analisa os dados de uma amostra, sem tirar qualquer conclusão sobre um grupo maior) foram usadas medidas de tendência geral, ou seja, medidas que indicam algo associado ao centro da

distribuição de dados ou permitem compartimentar essa distribuição (como a média e a moda) e medidas de dispersão que identificam a variabilidade entre os valores da série (como o desvio-padrão e a amplitude).

Atendendo que se desconhece se a distribuição dos dados da amostra é simétrica e normal e ao número reduzido de sujeitos da amostra, foram utilizados testes não paramétricos. Por outro lado, considerando o desenho de investigação em que se compara o mesmo grupo de sujeitos antes e depois da intervenção terapêutica e de apoio psicossocial, utilizou-se o teste de Wilcoxon para comparar a QDV e a psicopatologia nos dois momentos (hipótese dois e três) e o coeficiente de correlação Rho de Spearman-Rank (hipótese um), para estudar a associação entre a QDV e a psicopatologia. Na análise das correlações ( $r$ ) utilizou-se a classificação de Bryman e Cramer (2008) :  $r \leq 0.2$  (correlação é muito fraca e sem significância),  $0.2 < r \leq 0.39$  (correlação fraca),  $0.4 < r \leq 0.69$  (correlação moderada),  $0.7 < r \leq 0.89$  ( correlação forte) e  $0.9 < r \leq 1$  (correlação muito elevada).

### **5.7 - Procedimentos éticos.**

Os responsáveis pela tradução e validação da WHOQOL-Bref e do BSI para português de Portugal, têm conhecimento do estudo e facultaram as escalas.

Foi solicitada autorização ao conselho de administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, à comissão ética da instituição e à directora de serviço do Hospital de Dia, tendo sido iniciada a colheita de dados apenas após a autorização dos órgãos dirigentes (Anexo VI).

Aos sujeitos foram garantidas a privacidade, o anonimato e a confidencialidade dos dados, tendo sido solicitado a assinatura do formulário de consentimento, mostrando o investigador disponibilidade para o esclarecimento de eventuais dúvidas (Anexo VII).



## CAPÍTULO 6 - RESULTADOS

A apresentação de dados consiste na apresentação dos principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas, podendo o texto narrativo ser acompanhado de quadros e figuras (Fortin, 1999).

Os resultados serão apresentados de acordo com os objectivos específicos do estudo.

### Caracterizar os doentes internados num Hospital de Dia de psiquiatria.

O investigador optou por caracterizar a amostra de acordo com os dois tempos de avaliação, pois apesar de o número de sujeitos do segundo momento ser inferior, ao caracterizar o total de inscritos permite conhecer os atributos dos elementos internados num serviço de internamento parcial. A distribuição dos resultados relativamente aos dados sociodemográficos é apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2** - *Características sociodemográficas da amostra*

Atributos	Frequência/Percentagem (n=19)	Frequência/Percentagem (n=13)
<b>Género</b>		
Masculino	8 (42.1)	6 (46.2)
Feminino	11 (57.9)	7 (53.8)
<b>Idade (M/ DP)</b>	(M=43.79/ DP=13.10)	(M= 41.31/ DP= 13.82)
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	9 (47.4)	7 (53.8)
Casado(a)/ União de facto	4 (21.1)	3 (23.1)
Divorciado(a)/ Separado	5 (26.3)	2 (15.4)
Viúvo(a)	1(5.3)	1 (7.7)
<b>Habilitações Literárias</b>		
1º Ciclo	3 (15.8)	2 (15.4)
2º Ciclo	2 (10.5)	2 (15.4)
3º Ciclo	4 (21.1)	3 (23.1)
Estudos Secundários	4 (21,1)	3 (23.1)
Ensino Universitário	6 (31.6)	3 (23.1)
<b>Situação Laboral</b>		
Desempregado	9 (47.4)	7 (53.8)
Empregado	6 (31.6)	4 (30.8)
Reformado	4 (21.1)	2 (15.4)

A amostra inicial é constituída por 19 sujeitos, com idade compreendida entre os 22 e os 68 anos ( $M = 43.79 / DP = 13.10$ ), sendo a moda o género feminino. A maioria dos indivíduos refere como estado civil ser solteiro (47.4%), ter como habilitações literárias o ensino universitário (31.6%) e encontrar-se desempregado (53.8%). Relativamente aos indivíduos empregados (31,6%), os que estão *satisfeitos* com o seu trabalho e os *nada satisfeitos* têm igual percentagem (33.3%), encontrando-se os restantes igualmente distribuídos por *mais ou menos satisfeitos* e *pouco satisfeitos* (16.7%).

### Descrever aspectos clínicos apresentados por doentes internados num Hospital de Dia de psiquiatria.

São de seguida expostos dados relacionados com a história clínica dos indivíduos da amostra.

Os diagnósticos clínicos, classificados segundo a ICD-10 pelo médico assistente, estão indicados no Quadro 3.

**Quadro 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o diagnóstico clínico (ICD-10)**

Diagnóstico Clínico	(n=19)	(n=13)
	Frequência/Percentagem	Frequência/Percentagem
Distúrbio do Humor	10 (52,6)	6 (46,2)
Distúrbio Esquizofrénico	2 (10,5)	1 (7,7)
Distúrbio de uso de substâncias	2 (10,5)	2 (15,4)
Distúrbio Neurótico	1 (5,3)	1 (7,7)
Distúrbio de Personalidade	3 (15,8)	2 (15,4)
Atraso Mental	1 (5,3)	1 (7,7)

Nas informações clínicas avaliadas procurou-se também averiguar a existência de co-morbilidade psiquiátrica tendo-se constatado a sua presença em 36.8% dos indivíduos, dos quais 42.9% apresentavam *Distúrbio Neurótico*, distribuindo-se equitativamente os restantes diagnósticos (28.6%) por *Distúrbio da Personalidade* e *Distúrbio de Humor*.

Na co-morbilidade de patologia não psiquiátrica, nove sujeitos (47.4%) afirmam a sua existência e dez negam-na (52.6%).

**Quadro 4 - Distribuição de informações clínicas dos sujeitos, para n=19**

	<b>Sim (%)</b>	<b>Não (%)</b>
<b>Internamento completo</b>	57.9	42.1
<b>Internamento parcial anterior</b>	21.1	78.9
<b>Presença de ideação suicida</b>	78.9	21.1
<b>Tentativas de suicídio</b>	47.4	52.6
<b>Existência de incompreensão da doença <sup>a</sup></b>	78.9	15.8
<b>Existência de discriminação</b>	73.7	26.3
<b>Existência de apoio</b>	78.9	21.1
<b>Idade do 1º acompanhamento (M/DP)</b>	30,47 (13.46)	

<sup>a</sup> Existência de um não respondente

Relativamente à história clínica psiquiátrica, a idade do primeiro contacto com os serviços de psiquiatria variou entre os dez e os sessenta anos, sendo a média de 30.47 anos (DP =13.46).

Dos sujeitos internados em regime de internamento completo, o número de internamentos variou entre um e onze, sendo média de 3 internamentos (DP=3,17) assim como a moda.

Relativamente ao tempo de utilização diária de psicotrópicos, dois sujeitos da amostra não responderam, tendo os restantes variado entre os dois e os 436 meses, sendo a média de 132.47 meses (DP = 132.15).

Dos indivíduos que tentaram o suicídio (47.4%), 44.4% tentaram-no uma vez, igual percentagem dos que tentaram duas vezes e 11.1% tentou concretizá-lo três vezes. As formas utilizadas foram a ingestão medicamentosa (53.33%), o corte de pulsos

(13.33%), enforcamento (13.33%), saltar a ponte (6.67%), provocar acidente de viação (6.67%) e utilização de arma de fogo (6.67%).

Relativamente ao apoio experienciado, foram enquadradas as respostas apresentadas em cinco categorias: Apoio de familiares (64.70%), Apoio de familiares e técnicos (11.76%), Apoio de familiares e amigos (11.76%), Apoio de técnicos (5.88%) e Apoio de familiares/amigos/técnicos (5.88%).

### **Descrever as relações entre a QDV e a psicopatologia existentes nos doentes internados num Hospital de Dia de Psiquiatria.**

Na avaliação do programa terapêutico a amostra considerada é de 13 sujeitos, no sentido de puderem ser comparados os dois momentos de avaliação.

Conforme se pode observar pela análise do Quadro 5, no primeiro momento, a maioria das correlações observadas são negativas o que significa que quando aumentam os valores num dos factores, os valores do outro diminuem, ou vice-versa.

**Quadro 5 - Coeficiente de correlação entre a QDV (WHOQOL-Bref) e a psicopatologia (BSI), no primeiro momento (n=13)**

	Faceta Geral da QDV	D1 (Físico)	D2 (Psicológico)	D3 (Relações Sociais)	D4 (Ambiente)
Somatização	-.30	-.77*	-.83**	-.13	-.28
Obs/comp.	-.25	-.79**	-.88**	-.53	-.37
Sens. Int.	-.24	-.53	-.61*	-.08	-.06
Depressão	-.42	-.74**	-.75**	-.26	-.02
Ansiedade	-.41	-.66*	-.71**	-.09	-.08
Hostilidade	-.16	-.40	-.47	-.08	-.25
Ans. Fóbica	.08	-.45	-.47	-.27	-.28
Id. Paranóide	-.34	-.39	-.52	.06	-.10
Psicoticismo	-.08	-.48	-.62*	-.21	-.08
IGS	-.26	-.65*	-.75**	-.18	-.09
ISP	-.34	-.83**	-.83**	-.38	-.30

\* < 0.05

\*\* ≤ 0.01

O domínio *Psicológico* apresenta uma correlação negativa significativa forte com as dimensões *Somatização, Depressão, Obsessão/Compulsão e Ansiedade* e com o IGS e ISP e uma correlação negativa significativa moderada com as dimensões *Sensibilidade Interpessoal e Psicoticismo*.

O domínio *Físico* tem uma correlação negativa significativa e forte com as dimensões *Somatização, Depressão e Obsessão/Compulsão* e o ISP, correlaciona-se negativa, significativa e moderadamente com a ansiedade e o IGS.

Relativamente aos domínios *Relações Sociais e Ambiente*, bem como na *Faceta Geral* de QDV não foram encontradas correlações significativas com a psicopatologia.

Correlacionou-se também a QDV e a psicopatologia no segundo momento. Os resultados estão discriminados no Quadro 6. A sua análise mostra que o domínio *Físico* apresenta uma correlação negativa significativa e forte nas dimensões *Obsessões/compulsões e Depressão* e no IGS e ISP; e uma correlação negativa significativa e moderada nas dimensões *Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo*.

**Quadro 6 - Coeficiente de correlação entre a QDV (WHOQOL-Bref) e a sintomatologia psicopatológica (BSI), no segundo momento (n=13)**

	Faceta Geral da QDV	D1 (Físico)	D2 (Psicológico)	D3 Relações Sociais)	D4 (Ambiente)
Somatização	-.15	-.53	-.35	-.25	-.17
Obs/comp.	-.51	-.86**	-.64*	-.44	-.46
Sens. Int.	-.47	-.65*	-.68*	-.21	-.19
Depressão	-.45	-.75**	-.84**	-.57	-.20
Ansiedade	-.62*	-.69**	-.51	-.15	-.21
Hostilidade	-.34	-.55	-.69**	-.04	.03
Ans. Fóbica	-.18	-.61*	-.34	-.13	-.18
Id.Paranóide	-.39	-.51	-.31	-.02	-.23
Psicoticismo	-.40	-.63*	-.59*	-.22	-.03
IGS	-.52	-.76**	-.72**	-.35	-.18
ISP	-.44	-.76**	-.68*	-.39	-.44

\* < 0.05

\*\* ≤ 0.01

O domínio *Psicológico* tem uma correlação negativa significativa forte com a dimensão *Depressão* e o IGS e uma correlação significativa moderada com as dimensões *Sensibilidade Interpessoal*, *Obsessões/compulsões*, *Hostilidade*, *Psicoticismo* e *ISP*.

### **Avaliar a diferença da QDV e da psicopatologia após programa de intervenção terapêutica e de ajuda psicossocial.**

Na avaliação do Programa de intervenção terapêutica e de ajuda psicossocial foi também utilizado o Questionário 2, cujos resultados são descritos seguidamente. Os dias de internamento tiveram uma amplitude de 56 dias, em que 6 dias foi o número mínimo e 62 o máximo de dias de internamento. A média dos dias de internamento foi de 27,62 dias (DP=14.86) e a mediana 29 dias. Verifica-se ainda que, aquando do segundo momento de avaliação, 61,5% dos utentes mantêm-se internados versus os 38.5% que tiveram alta.

Quanto às sessões assistidas pelos utentes, o seu valor variou entre 23 e 200 sessões, sendo a média de 85.31 sessões (DP= 49.03).

Como resultado do internamento experienciado pelos sujeitos, 76.9% referiu *ter melhorado*, 15.4% *ter ficado na mesma* e 7.7% *ter piorado*. Nos que melhoraram, 60% atribuíram como causa de melhoria a medicação e o programa, e os restantes 40% exclusivamente ao programa terapêutico e de apoio social, não sendo referenciados outros motivos.

Quando questionados sobre as actividades especificamente, 84.6% afirmam que estas os ajudaram e os restantes não responderam.

À questão sobre a sua presença em actividades nas quais tenha participado e não tenha retirado benefícios, responderam 84.6% dos sujeitos. Destes, 63.6% referiu não haver nenhuma actividade em que não tenha retirado benefício e quatro (36.4%) afirmaram a existência de actividades nas quais não retiraram benefício. As actividades referidas foram em dois casos o *Programa de estimulação cognitiva*, um caso o *Psicodrama/Notícias da semana* e outro a *Notícias da semana/Visualização de filme*.

Relativamente às hipóteses colocadas compararam-se os valores da QDV nos dois momentos de avaliação, sendo os resultados traduzidos no Quadro 7. Pela sua análise, verificou-se existirem diferenças em todos os domínios e Faceta Geral da QDV, entre os dois momentos de avaliação, embora apenas sejam estatisticamente significativas no *Domínio Físico, Psicológico e Ambiente*.

**Quadro 7** - Comparação entre a QDV (WHOQOL-Bref) antes e após o programa psicoterapêutico e de apoio psicossocial

Domínios da QDV	<u>1º Momento</u>	<u>2º Momento</u>	Z	P
	M(DP)	M(DP)		
D1 ( Físico)	54,40 (16,95)	63,46 (13,77)	-2.11	.035
D2 ( Psicológico)	46,47 (23,19)	59,94 (15,27)	-2.50	.012
D3 ( Relações Sociais)	46.15 (19,13)	51.92 (20,46)	-1.03	.300
D4 (Ambiente)	55.05 (10.48)	63.70 (14.00)	-2.96	.003
Faceta Geral da QDV	41,35 (24,68)	59,62 (23,47)	-1,97	0.49

Na análise do Quadro 8, verifica-se uma correlação estatisticamente significativa e moderada entre a *Faceta Geral da QDV* e os domínios *Físico e Psicológico*. Evidencia-se ainda a correlação significativa muito elevada entre o domínio *Físico e o Psicológico*.

**Quadro 8** - Coeficiente de correlação entre a QDV (WHOQOL-Bref) e os seus diferentes domínios, no primeiro momento (n=13)

	Faceta Geral da QDV	D1 (Físico)	D2 (Psicológico)	D3 (Relações Sociais)	D4 (Ambiente)
Faceta Geral da QDV	1.00	.64*	.61*	.16	.16
D1 (Físico)	.64*	1.00	.94**	.38	.40
D2 (Psicológico)	.61*	.94**	1.00	.47	.42
D3 (Relações Sociais)	.16	.38	.47	1.00	.52
D4 (Ambiente)	.17	.40	.42	.52	1.00

\* < 0.05

\*\* ≤ 0.01

Verifica-se no Quadro 9 que, no segundo momento, o domínio *Físico* apresenta correlação significativa forte com a *Faceta Geral* da QDV e o Domínio *Psicológico* e uma correlação significativa moderada com os domínios *Relações Sociais e Ambiente*.

O domínio *Relações Sociais* está também correlacionado de forma moderada ao domínio *Psicológico*.

**Quadro 9 - Coeficiente de correlação entre a QDV (WHOQOL-Bref) e os seus diferentes domínios, no segundo momento (n=13)**

	Faceta Geral da QDV	D1 (Físico)	D2 (Psicológico)	D3 (Relações Sociais)	D4 (Ambiente)
Faceta Geral da QDV	1.00	.70**	.55	.38	.42
D1 (Físico)	.70**	1.00	.77**	.65*	.61*
D2 (Psicológico)	.55	.77**	1.00	.58*	.26
D3 (Relações Sociais)	.38	.65*	.58*	1.00	.40
D4 (Ambiente)	.42	.61*	.26	.39	1.00

\* < 0.05

\*\* ≤ 0.01

Quanto à avaliação da psicopatologia, também se comparou os seus valores nos dois momentos de avaliação, mostrando o Quadro 10 os resultados alcançados. A análise do mesmo mostra que também nesta variável houve diminuição em todas as dimensões e índices do BSI, com exceção à dimensão *Ideação Paranóide*. As diferenças foram estatisticamente significativas nas dimensões *Obsessões/Compulsões, Ansiedade, Hostilidade e no Índice dos Sintomas Positivos*.



**Quadro 10** - *Comparação entre psicopatologia (BSI) antes e após o programa psicoterapêutico e de apoio psicossocial*

<b>Dimensões e Índices do BSI</b>	<b>1ºMomento M (DP)</b>	<b>2ºMomento M (DP)</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Somatização	1.13 (.96)	.82 (.70)	- 1.69	.092
Obsessões-Compulsões	1.95 (.86)	1.49 (.99)	- 2.42	.015
Sensibilidade Interpessoal	1.46 (1.07)	1.40 (.90)	- 4.20	.68
Depressão	1.91 (1.15)	1.45 (1.16)	-1.61	.11
Ansiedade	1.47 (.91)	1.12 (.96)	-2.06	.04
Hostilidade	1.35 (.94)	.88 (.76)	-2.27	.02
Ansiedade Fóbica	1.06 (.99)	.71 (.73)	-1,75	.08
Ideacção Paranóide	1.11 (.80)	1.26 (.88)	-.50	.62
Psicoticismo	1.43 (.91)	1.05 (.84)	-1.84	.07
TSP (Total Sintomas Positivos)	35.77( 13.02)	32 (13.30)	-1.20	.23
IGS (Índice Geral de Sintomas)	1.46 (.84)	1.13 (.79)	-1.92	.054
ISP (Índice Sintomas Positivos)	2.04 (.58)	1.70 (.56)	-2.41	.016

## CAPÍTULO 7 -DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste capítulo, o investigador analisa e interpreta os resultados de acordo com o tipo de estudo, a literatura consultada e as hipóteses estabelecidas (Fortin, 1999).

Uma das limitações deste estudo é o tamanho reduzido da amostra e a heterogeneidade dos sujeitos a nível das características sócio-demográficas e clínicas que impediu a análise comparativa entre variáveis e com outros estudos revistos na literatura. A expectativa relativa ao número de indivíduos era maior, contudo, tal não sucedeu por motivos relacionados com o processo metodológico (atraso na avaliação do processo por parte da comissão de ética da instituição), por não se pretender influenciar o encaminhamento das situações para o internamento e pelo carácter longitudinal do estudo em que existe um período de tempo de aplicação do programa de intervenção terapêutica entre os dois momentos de avaliação. Por outro lado, o facto de ser um estudo não probabilístico, não representativo da população, determina que os seus resultados sejam válidos apenas para este estudo, não possibilitando a sua generalização. Por fim, ao ser um estudo correlacional também não permite tirar conclusões relativamente à direcção específica da influência exercida entre as variáveis.

Não obstante estes factos, importa reflectir sobre os resultados obtidos.

Com esta investigação pretende-se, explorar as relações entre um protocolo terapêutico e de apoio psicossocial, a qualidade de vida e a psicopatologia dos utentes internados num Hospital de Dia de psiquiatria. Com a sua realização deseja-se contribuir para o maior conhecimento na área da doença mental (causadora de elevada morbilidade) e da QDV, avaliando um programa terapêutico e de apoio psicossocial.

Outra variável caracterizada foi a situação laboral, onde 53.8% dos sujeitos encontram-se desempregados. Como revisto, o desemprego está associado à pobreza e à insegurança sendo um factor de influência da doença mental (Patel et al, 1999; Patel & Kleinman, 2003), o que realça a importância de uma intervenção baseada num modelo integrado que inclua a integração e a reinserção profissional.

No âmbito da caracterização das variáveis sociodemográficas salienta-se a maior incidência e prevalência de distúrbios afectivos, o que vai de encontro ao *Global Burden of Disease* (WHO, 2008).

Nas informações clínicas é de salientar a elevada percentagem de presença de ideação suicida (78.9%), sendo que cerca de metade (47.4%), tentaram concretizá-la. A sua presença pode estar associada à maior incidência de distúrbios afectivos na amostra, sendo que o suicídio é mais comum na depressão (Goodwin & Jamison, 1990) e traduz o elevado sofrimento experienciado pelas pessoas que deve ser valorizado.

Uma outra diferença encontrada refere-se aos diferentes tipos de internamento na história prévia dos doentes, em que a maioria não teve internamento anterior num Hospital de Dia. Esta situação pode manifestar o facto deste tipo de serviços ser uma alternativa mais recente na história da psiquiatria (embora já com anos suficientes de existência), não haver protocolos definidos nas diferentes instituições, haver algum desconhecimento e resistência dos profissionais sobre o acompanhamento desenvolvido pelas equipas ou apenas por a situação clínica não o justificar. A existência de estudos como este, em que se procura avaliar mais objectivamente os resultados pode contribuir para credibilizar as intervenções efectuadas e a sua divulgação junto dos profissionais.

Também com elevadas percentagens temos a referência à incompreensão da doença (78.9%) e à existência de discriminação (73.7%), estando o estigma associado aos distúrbios mentais (Alonso et al, 2008) e condicionando a sua adesão terapêutica e consequente recuperação (Sirey et al, 2001).

Evidencia-se o reconhecimento da existência de apoio (78.9%), facto que contraria o discurso ouvido na prática profissional, sendo reconhecido o apoio familiar na maioria das situações.

Em relação à psicopatologia apresentada pelos sujeitos, a média do ISP do BSI aquando da admissão no serviço foi de 2.04 (.58), o que traduz perturbação emocional, visto que se considera a existência de perturbação para valores no ISP maiores ou iguais a 1.7 (Canavarro, 1995, 2007).

Quanto às hipóteses colocadas no estudo, os resultados vieram confirmá-las.

Quanto à relação entre a QDV e a psicopatologia (H1), verifica-se nos dois momentos de avaliação, uma associação significativa negativa entre os domínios *Físico e Psicológico* e o IGS e o ISP, o que indica que à medida que aumenta a QDV diminuem os índices de psicopatologia ou vice-versa. Embora nos estudos revistos haja a utilização de diferentes instrumentos para a operacionalização e mensuração das variáveis, estas conceitos semelhantes e os resultados obtidos vão de encontro à literatura (Trivedi et al, 2006; Diehr et al ,2006; Gameiro et al, 2008; Figueira, Leitão e Gameiro, 2010)

Relativamente à *Faceta Geral da QDV* e aos domínios *Relações Sociais e Ambiente*, não foram encontradas correlações significativas com a psicopatologia. O facto de a *Faceta Geral* se avaliar por apenas por duas questões pode explicar o seu resultado. Relativamente à ausência de correlação nos domínios *Relações Sociais e Ambiente* é compreensível por a psicopatologia não traduzir sintomas psicológicos.

Quanto à comparação entre a QDV, antes e depois da frequência do programa de intervenção terapêutica e de apoio psicossocial (H2) a hipótese foi confirmada, ou seja, os resultados indicam que após programa de intervenção terapêutica e de apoio psicossocial, a QDV aumenta.

Os resultados mostram existirem diferenças em todos os domínios e na *Faceta Geral da QDV*, entre os dois momentos de avaliação, embora apenas sejam estatisticamente significativas no *Domínio Físico, Psicológico e Ambiente*. O facto de a diferença não ser estatisticamente significativa na *Faceta Geral* e no domínio *Relações Sociais* pode ser explicado pelo número reduzido de itens que os englobam (duas e três, respectivamente) e pelo conteúdo das mesmas (no domínio *Relações Sociais* uma das perguntas refere-se à actividade sexual).

Nos resultados referentes à correlação entre a QDV nos seus diferentes domínios verifica-se no 1º momento uma correlação estatisticamente significativa e moderada entre a *Faceta geral da QDV* e os domínios *Físico e Psicológico* e ainda uma correlação

significativa muito elevada entre o domínio *Físico* e o *Psicológico*, ou seja quando a QDV aumenta num domínio, aumenta também no outro.

No segundo momento, o domínio *Físico* apresenta correlação significativa forte com a *Faceta Geral da QDV* e todos os domínios. Existem ainda correlações significativas entre o domínio *Psicológico* e os domínios *Relações Sociais* e *Ambiente*, o que pode estar relacionado com a interligação existente entre as diferentes dimensões da QDV.

Relativamente à comparação entre a Psicopatologia, antes e depois da frequência do programa de intervenção terapêutica e de apoio psicossocial (H3) a hipótese foi confirmada, ou seja, os resultados indicam que após programa de intervenção terapêutica e de apoio psicossocial, a psicopatologia diminui. A diferença no ISP é estatisticamente significativa, assim como a diferença nas dimensões *Obsessões/Compulsões*, *Ansiedade* e *Hostilidade*. Embora não seja estatisticamente significativo não era esperado um aumento no valor da média da dimensão *Ideação paranóide*, o que pode justificar-se com o aumento da exposição e interacção social durante o internamento.

Apesar da diminuição do ISP este ainda apresenta valor indicativo de existência de perturbação (Canavarro, 1995, 2007). Em relação a este aspecto é importante lembrar que aquando do 2º momento de avaliação, 61,5% dos doentes mantêm-se internados, ou seja, é reconhecido que os objectivos terapêuticos do programa não foram alcançados no espaço de três meses, o que pode ser justificado pela complexidade de factores que contribuem para os distúrbios mentais (WHO, 2001, 2004) e/ou pela necessidade de reformular o programa individual de intervenção psicoterapêutica. Na literatura, é comum a existência de psicopatologia remanescente (Michalak, Yatham e Lam, 2005; Figueira, Leitão e Gameiro, 2010), parecendo útil a realização de estudos longitudinais mesmo após alta.

Este estudo sugere que o programa terapêutico e de apoio psicossocial do Hospital de dia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra contribui para a melhoria da QDV e da Psicopatologia dos utentes internados, o que vai de encontro à percepção do Serviço.

Contudo, admite-se a existência de outros factores que possam influenciar os resultados, que não foram explorados, identificados ou mensurados, nomeadamente o nível socioeconómico, o apoio recebido, a personalidade, a resiliência, a ocorrência de acontecimentos positivos entre outros, aspectos que em estudos futuros, poderão ser integrados

Entende-se que seria importante a continuidade do estudo no sentido de aumentar o número da amostra e possibilitar a criação de grupos homogéneos de diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas.

Por outro lado, a avaliação das intervenções terapêuticas recorrendo a instrumentos com consistência interna e estabilidade temporal e transcultural, deve ser realizada de forma disseminada permitindo a definição de estratégias mais adequadas, a qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes e profissionais, sendo a inclusão da avaliação da QDV um importante parâmetro a considerar.

**BIBLIOGRAFIA**

Albert, U., Rosso, G., Maina, G. & Bogetto, F. (2007). Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: Differences between bipolar I e II subtypes. *Journal of Affective Disorders*, 105 (1), 297-303.

Almeida-Filho, N., Mari, J. J., Coutinho, E., Franca, J. F., Fernandes, J., Andreoli, S. B., Busnello, E. D. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171, 524–529.

Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J., Angermeyer, M. C., Levinson, D., Girolamo, G., Tachimori, H., Mneimneh, Z.N., Medina-Mora, M. E., Ormel, J., Scott, K. M., Haro, J. M., Gluzman, S., Lee, S., Vilagut, G., Kessler, R. C., Von Korff, M. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the world mental health surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305–314. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition, Text Revision)*. American Psychiatric Association.

Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: Results of a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 189-199.

Anthony, J. C. (2005). Social determinants of mental health and mental disorders. In: Herrman H., Saxena S. & Moodie R. (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 120-131). Geneva: World Health Organization.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 1, 11-18.

Awad, A.G., & Voruganti, L.N.P. (1999). Neuroleptics and quality of life in schizophrenia. In: S. Priebe, J.P.J. Oliver & W. Kaiser (Eds.), *Quality of life and mental care* (pp. 119-124). Petersfield, UK: Wrightson Biomedical Publishing.

Australian bureau of statistics (2001) *Measuring wellbeing: Frameworks for Australian Social Statistics*. Canberra: Australian Government Printing Service.

Barbosa, A., & Pais-Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Pais-Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Psicologia da saúde nas doenças crônicas* (pp.149-156). Lisboa: ISPA.

Barrett, A. E., & Turner, R. J. (2005). Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process and social stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (2), 156-69.

Batra, A. (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 68, 80-92.

Bayram, N., Thorburn, D., Demirhan, H. & Bilgel, N. (2007). Quality of life among turkish immigrants in Sweden. *Quality of Life Research*, 16, 1319-1333.

Bech, P. (1995). Quality of life measurements in the medical setting. *European Psychiatry*, 10 (3), 83-5.

Berger-Schmitt, R. & Noll, H.-H. (2000). *Conceptual framework and structure of a European system of social indicators*. Mannheim: Centre for Survey Research and Methodology, Social Indicators Department.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B. & Gilson, B.S.(1981) . The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, XIX, 8.

Berlim, M.T., Pargendler, J., Brenner, J., Fleck, M.P. (2007). Significant improvement in the quality of life of brasilian depressed outpatients 12 weeks following the start of antidepressants. *Psychiatry Research*, 153 (3), 253-259.

Bobes, J., & García-Portilla, M.P. (2006). Quality of life in schizophrenia. In: H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 153-167). Chichester: John Wiley and Sons.

Briggs, A., Wild, D., Lees, M., Reaney, M., Dursun, S., Parry, D. & Mukherjee, J. (2008). Impact of schizophrenia and schizophrenia treatment-related adverse events on quality of life: Direct utility elicitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 105. doi:10.1186/1477-7525-6-105.

Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paaniotto, V. I., Webb, C. P., Tittle, N. L., Zakhosha, V., Havenaar, J. M., Gutkovich, Z., Kostyuchenko, S. & Schwartz, J. E. (1999). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (10), 808-816.

Brown, G.W., & Harris T.O. (1989). Life events and illness. New York, Guilford Press.

Bryman, A., & Cramer, D. (2008). Quantitative data analysis with SPSS 14,15 &16: A guide for social scientists. Hove: Psychology Press.



Bunker, S. J., Colquhoun, D.M., Esler, M.D., Hickie, I. B., Hunt, D., Jelinek, V.M., Oldenburq, B.F., Peach, H. G., Ruth, D., Tennant, C. C., Tonkin, A.M. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia*, 178, 272-276.

Canavarro, M. C. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp. 95-109). Braga: APPORT/HSO.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Canetto, S. (1991). Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *The Journal of Psychology*, 125 (6), 605-620.

Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (4), 339-351.

Cardoso, C.S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S. & Fonseca, J. O. P. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1303-1314.

Carmona, F. S. (1996). Estudo da Prevalência do risco de patologia mental, em medicina familiar. *Psicologia Clínica*, 17 (2), 139-146.

Cederblad, M. et al. (1995). Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioural disorders: from the Lundby study. *Acta Psychiatrica Scandnavia*, 91, 322–330.

Chand, P.K., Mattoo, S.K., Sharan, P.(2004). Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 311-318.

Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez - Áran, A., Torrent, C., Goikolea & J.M. Gastó, C. (2003), Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (9), 1101-1105.

Cooke, R.G., Robb, J.C., Young, L.T. & Joffe, R.T. (1996), Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-item short form (SF-20). *Journal of Affective Disorders*, 39, 93-97.

Costello, E. J., Keeler, G. P. & Angold, A. (2001). Poverty, race/ethnicity and psychiatric disorder: a study of rural children. *American Journal of Public Health*, 91 (9), 1494-1498.

Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In: R. I. Brown (Ed.). *Quality of life for people with disability: Models, research and practice*, 2nd edn (pp. 116-150). Cheltenham: Stanley Thornes.

Cummins, R., (2000). Objective and subjective: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.

Das-Munshi, J., Goldberg, D., Bebbington, P. E., Dinesh, K. B., Traolach, S. B., Dewey, M.E., ...Prince, M. (2008). Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 171–177. doi: 10.1192/bjp.bp.107.036707.

Desjarlais R et al. (1995). *World mental health: Problems and priorities in low income countries*. New York, Oxford University Press.

Diehr, P. H., Derleth A. M., McKenna, S. P., Martin, M. L., Bushnell, D. M., Simon, G. & Patrick, D. L. (2006) . Synchrony of change in depressive symptoms, health status and quality of life in persons with clinical depression. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 27. doi:10.1186/1477-7525-4-27.

Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Measuring quality of life. Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.213-229). New York: Russell Sage Foundation.

Dill E, Dill C (1998). Video game violence: A review of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4), 407- 428.

Direcção-Geral de Saúde (2004). Censos psiquiátricos. In Direcção-Geral da Saúde, *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental* (pp. 49-57). Lisboa: Edição de Autor.

Dogan, S.,& Sabanciogullari, S. (2003). The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 270-275.

Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R. & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, (15), 119-39.

Fairclough, D.L. (2010). *Design and analysis of quality of life studies in clinical trials* (2<sup>nd</sup> ed.). Boca Raton, EUA: Chapman & Hall/CRC.

Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (2<sup>nd</sup> ed.). West Sussex, England: Wiley.

Ferreira, C. J. M. (2008). *Qualidade de vida e apoio social: Um estudo em doentes com perturbação depressiva major* (Dissertação de tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Figueira, M. L., Leitão, J.P. & Gameiro, S. (2010). Qualidade de vida em doentes bipolares. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 283-298). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.

Fortin, M.F. (1999). O processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Fountoulakis, K.N. & Vieta, Eduard (2009). Evidence-based maintenance treatment for mania. In: Luisa Figueira, M. & Akiskal, H., *Clinical aspects of mania* (pp. 141-146). Madrid: Wolters Klumer Health España.

Fragoso-Mendes, J., Fernandes da Fonseca, A. & Cortesão, E.L. (1957). Hospitais de dia em psiquiatria". *Jornal do Médico*, XXXIV, 795-798.

Gallagher, S. K., Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, 42(12), 1691–1701.

Gallagher, S. K., & Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, 42(12), 1691–1701.

Gameiro, S. , Carona, C., Pereira, M. , Canavarro, M. C. , Simões, M. , Rijo, D.,..., Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112.

Gameiro, S., Canavarro, M. C., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C., Simões, M. R., Quartilho, M.J.R. & Rijo, D. (2010). Factores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andreatza, A. C., Frey, B. N., Kauer-Sant'anna, M., Weune, F., ..., Kapczinski, F. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 153, 33-38.

Geerlings, S.W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H. & Van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: An eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30(2), 369–380.

Gold, J.H. (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: A critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186 (12), 769–775.

González-Saiz, F., Rojas, O. L. & Castillo, I. I. (2009). Measuring the impact of psychoactive substance on health-related quality of life: An update. *Current Drug Abuse Reviews*, 2 (1), 5-10.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Suicide, in manic-depressive illness*. New York, Oxford University Press.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Suicide, in manic-depressive illness*. New York, Oxford University Press, 227–244.

Gossop, M., Stewart, M. S., Lehman, P., Edwards, C., Wilson, A. & Segar, G. (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, 173: 166–171.

Gostin, L. (2001). Beyond moral claims. A human rights approach to mental health. Special section: keeping human rights on the bioethics agenda. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 10, 264–274.

Griffin, J. (1986). *Well being: Its meaning, measurement and moral importance*. Oxford: Oxford University Press.

Hagerty, M. R., Cummins, R. A., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C.; Peterson, M.,..., Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55, 1-96.

Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., Nolen, W.A. (2002). Bipolar disorder in the general population in the Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): Results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 68, 203-213.

Heider, D., Angermeyer, M. C., Winkler, I., Schomerus, G., Bebbington, P. E., Brugha, T., Azorin, J. M. & Toumi, M. (2007). *Shizophrenia Research*, 93 (1-3), 194-202. doi: 0.1016/j.2007.03.005

House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 214:540–545.

Hsiao, F. H., Yang, T. T., Chen, C. C., Tsai, S. Y., Wang, K. C., Lai, Y. M.,..., Chang, W. Y. (2007). The comparison of effectiveness of two modalities of mental health nurse follow-up programmes for female outpatients with depression in Taipei, Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1141-1150.

Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33.

Huebner, E. S, Valois, R. F., Suldo, S. M., Smith, L. C., McKnight, C. G., Seligson, J. L., & Zullig, K. J. (2004). Perceived quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 34, 270-278. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.07.007.

Huilan, X., Shuiyuan, X., Jiping, C. & Lianzhong, L. (2000). Epidemiological study on committed suicide among the elderly in some urban and rural areas of Hunan province, China. *Chinese Mental Health Journal*, 14(2): 121–124.

Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Backett, E. M., Williams, J. Papp, E.(1980). A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 34, 281-286.

International Network of Clinical Epidemiologists (INCLLEN) (2001). *World studies of abuse in family environments (worldsafe)*. Manila: International Network of Clinical Epidemiologists.

Jamison, D. T., Breman, J. G., Measham, A. R., Alleyne, G., Evans, D. & Claeson, M. (2006). *Disease control priorities in developing countries*, (2<sup>a</sup> ed.). New York: Oxford University Press.

- Jiang, Y. & Hesser, J.E. (2006) Associations between health-related quality of life and demographics and health risks: Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 14. doi:10.1186/1477-7525-4-14.
- Kahneman, D. (1999), Objective happiness. In Kahneman, D., Diener, E. e Schwarz, N. (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology*. Nova York: Sage.
- Kallert, T.W., Matthes, C., Glöckner, M., Eichler, T., Koch, R. & Schützwohl, M. (2004). Acute psychiatric day hospital treatment: is the effectiveness of this treatment approach still questionable?. *Psychiatrische Praxis*, 31(8), 409-419.
- Katona, C. & Livingston, G (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *The Lancet*, 356, 91-92. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02466-1.
- Kauer-Sant'anna, M., Frey, B. N., Andreazza, A. C., Ceresér, K. M., Gazalle, F. K., Tramontina, J. ,...& Kapczinski, F. (2007). Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (3), 175-181.
- Kawachi, I., Kennedy, B. (1997). Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion. Why care about income inequality? *British Medical Journal*, 314, 1037–1040.
- Keitner, G. I., Ryan, C. E. & Solomon, D. A. (2006). Realistic expectations and a disease management model for depressed patients with persistent symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 9, 1412- 1421.
- Keleher, H., & Armstrong (2005). Evidence-based mental health promotion resource. Melbourne: Report for the Department of Human Services and VicHealth.
- Kilian, R., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2001). The impact of chronic illness on subjective quality of life: A comparison between general population and hospital inpatients with somatic and psychiatric diseases. *Clinical Psychology e Psychotherapy*, 8, 206-213.
- Klein, N. (1999). No logo: *Taking on the brand bullies*. New York, Picador.
- Kleinman, A. (1999). Social violence: Research questions on local experiences and global responses. *Archives of General Psychiatry*, 56:978–979.
- Koivumaa - Honkanen, H., Tuovinen, T. K., Honkalampi, K., Antikainen, R., Hintikka, J., Haatainen, K. & Viinamäki, H. (2008). Mental Health and well-being in a 6- year follow-up of patients with depression: assessments of patients and clinicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (9), 688-696.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (7), 1091-1098.

Lahmek, P., Berlin, I. Michel, L., Berghout, C. Meunier, N., Aubin, H. (2009). Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences*, 6 (4), 160-167.

Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen (1999). Framework for promoting mental health in Europe. Hamina. (STAKES) National Research and Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Government of Canadá: Minister of National Health and welfare. [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)

Land, K.C. (2001). Models and Indicators. *Social Forces*, 80, 2, 381-410.

Leff, J., Wig, N. N., Ghosh, A., Bedi, A., Menon, D. K., Kuipers, L., Morten, A., Ernberg, G., Day, R., Sartorius, N., Jablensky, A. (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India: Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151: 166–173.

Leighton, A., Murphy, J. (1987). Primary prevention of psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 337 (76), 7-13.

Leitão, J.P.A.A. (2008). *Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica na esquizofrenia: um estudo exploratório com doentes em regime de ambulatório, internamento e residentes* (dissertação de tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Lewis, D. A., & Lieberman, J. A. (2000). Catching up on schizophrenia: Natural history and neurobiology. *Neuron*, 28: 325–334.

Lima, M.C. & Botega, N. J.(2001). Hospital - dia: para quê e para quem?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 195-199.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J.C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1621-1626.

Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Mussel, M., Schellberg, D. & Kroenke, K.(2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30, 191–199.

- MacQueen, G. M., Young, L. T., Robb, J. C., Marriot, M., Cooke, R. G. & Joffe, R. T. (2000). Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 374-381.
- Maina, G., Albert, U., Bellodi, L., Colombo, C., Faravelli, C., Monteleone, P., ... & Maj, M. (2007), Health-related quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I e II subtypes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (2), 207-212.
- Marcelo Pio de Almeida Fleck, M.P.A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13): 1689–1695.
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiament, P. P. & De Vries, J. (2005). Validation of de WHO Quality of life assessment instrument (WHOQOL-100) in a population of dutch adult psychiatry outpatients. *European Psychiatry*, 20, 465-473.
- McGorry, P. D. (2000). Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (suppl.), 145–149.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689–1695.
- Melo-Neto, V.L., Valença, A. M., Nascimento, I., Lopes, F. L. & Nardi, A. E. (2008). Quality of life assessment by WHOQOL-Bref in panic disorder patients during treatment. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 49-54.
- Mercier, C., Péladeau, N., & Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*, 34 (5), 487-500.
- Michalak, E. E., Tam, E. M., Manjunath, C. V., Solomons, K., Levitt, A. J., Levitan, R., ... & Lam, R.W. (2004). Generic and health-related quality of life in patients with seasonal and nonseasonal depression, *Psychiatry Research*, 128, 245-251.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências Saúde Coletiva*, 5, 7-18.
- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano nacional de saúde mental 2007-2016 — Resumo executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.



Murry, V. M., Brown, P. A., Brody, G. H., Cutrona, C. E. & Simons, R. L. (2001). "Racial discrimination as a moderator of the links among stress, maternal psychological functioning and family relationships." *Journal of Marriage and the Family* 63, 915-26.

Narud, K., Mykletun, A., Dahl, A. A. (2005). Quality of life in patients with personality disorders seen at ordinary psychiatric outpatient clinic. *Biomedcentral Psychiatry*, 5, 10. doi:10.1186/1471-244X-5-10

Narvaez, J. N., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K. & Patterson, T.L. (2008) Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98 (1-3), 201-208. doi: 10.1016/j.schres.2007.09.001

Noll, H. (2000). Social Indicators and Social Reporting: The international experience, in Canadian Council on social development (Ed.). Ottawa Symposium on Measuring Well-being and social indicators.

Norberg, M. M., Diefenbach, G. J. & Tolin, D. F. (2008). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (8), 1516-1522.

Nussbaum, M. (1995). Human capabilities, female human beings. In Nussbaum, M. & Glover, J. (Eds), *Women, culture and development: A study of human capabilities*. Oxford: Oxford University Press.

Nussbaum, M. (2000), *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

O'Boyle, Brune, J., Hickey, A., McGee, C.R.B.J. (1993). The *Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life* (SEIQoL): A direct WEighting procedure for quality of life domains (SEIQoL-DW). Dublin: Royal College of surgeons Department of psychology.

O'Boyle, C. A. (1992). Assessment of quality of life in surgery. *The British Journal of Surgery*, 79, 395-398.

Olusina, A.K. & Ohaeri, J.U. (2003). Subjective quality of life of recently discharged Nigerian psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 707-714.

Otto, M. W., Simon, N.M., Wisniewski, S.R., Miklowitz, D. J., Kogan, J.N., Reilly-Harrington, N. A., ...& Pollack, M.H. (2006). STEP\_BD Investigators Prospective 12-month course of bipolar disorder in out-patients with and without comorbid anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 20-25.

Pais Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Eds.), *Bem-estar e qualidade de vida: Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Viseu: Textiverso.

- Pais-Ribeiro, J. (2003). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23 (1), 121-130.
- Patel, V. & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 609–615.
- Patel, V. (2001). Poverty, inequality and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G (Eds), *Poverty, inequality and health*. Oxford, Oxford University Press.
- Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir, A., Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, 49, 1461–1471.
- Perlis, R.H., Miyahara, S., Marangell, L.B., Wisniewski, S.R., Ostacher, M., Del-Bello, M.P., ...& Nierenberg, A.A.(2004). (STEP-BD) Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 55, 875-881.
- Pharaoh, F. M., Marij, J., Streiner, D. (2000). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Collaboration database of systematic reviews*, 1, 1–36.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. London: Routledge.
- Pinar, R. & Sabuncu, N. (2004). Long-term traumatic stress responses of survivors of the August 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Loss and Trauma*, 9 (3), 257-268. doi: 10.1080/15325020490458354.
- Pollett, H. (2007). *Mental health promotion: A literature review*. Canada: The Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council.
- Polman, H., Orobio de Castro, B. & Van Aken, M. A. G. (2008). Experimental study of the differential effects of playing versus watching violent video games on children's aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 34 (3), 256-264.
- Priebe, S., McCabe, R., Schützwohl, M., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., ..., Kallert, T.W. (2011). Patients characteristics predicting better treatment outcomes in day hospitals compared with in patient wards. *Psychiatric Services*, 62, 278-284.
- Putnam R (2001). Social capital. Measurement and consequences. *ISUMA – Canadian Journal of Policy Research*, 4–51.
- Qizilbash, M. (1997), Needs, incommensurability and well-being. *Review of Political Economy*, 9, 261-276.
- Qizilbash, M. (1998). The concept of well-being. *Economics and Philosophy*, 14, 51-73.

Quartilho, M.J.R. (2010) - Qualidade de vida, felicidade, saúde , bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa?. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55- 126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rabasquinho, C. & Pereira, H.(2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica *Análise Psicológica* 25 (3), 439-454

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.

Rapley, M. (2003). *Quality of life research: A critical introduction*. London: Sage Publications.

Reinares, M., Vieta, E., Colom, A., Martinez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M.,...& Sánchez-Moreno (2004), Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73 (5), 312-319.

Robb, J. C., Young, L. T., Cooke, R .G. & Joffe, R.T.(1998). Gender differences in patients with bipolar disorder influence in the medical outcomes survey (SF\_20) subscale scores. *Journal of Affective Disorders*, 49, 189-193.

Ruggeri, M., Gater, R., Bisoffi, G., Barbui, C. & Tansella, M. (2002). Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105,131-140.

Russo, J., Roy-Byrne, P., Reeder, D., Alexander, M., Dwyer-O'Connor, E., Dagadakis, C., Ries, R., Patrick, P. D.(1997) - Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric inpatients: reliability and validity. *Journal of Nerv Mental Dis*, 185, 166-175.

Ruta, D: A. & Garratt, A. M. (1994). A new approach to the measurement of quality of life: the Patient Generated Index (PGI). *Medical Care*, 32, 11, 1109-1126.

Rutter M (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–561.

Santos, C., Martins, T. & Ferreira, T. R. (2009). Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In: C.(Carlos) Sequeira, C.(Célia)Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa (Eds.), *Saúde e qualidade de vida: Estado da arte* (pp. 15-27). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sawyer, M. G., Arney, F. M., Bahurst, P. A., Clark, J. J., Graetz, B. W., Kosky, R. J., ... & Zubrick, S. R. (2001). The mental health of people in Australia: Key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 806-814.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.

Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos Saúde Pública*, 20 (2). doi: 10.1590/S0102-311X2004000200027

Sen, A. (1993), Capability and well-being. In Nussbaum, M. and Sen, A. (Eds), *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.

Sen, A. (1995), Gender inequality and theories of justice. In Nussbaum, M. and Glover, J. (Eds), *Women, culture and development: A study of human capabilities*. Oxford: Oxford University Press.

Shevington, S. M. (1999). Measuring quality of life in Britain: Introduction the WHOQOL-100. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 275-290.

Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S. Perlick, D. A., Friedman, S. J. & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma and patient-rated severity of illness predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1615 - 1620.

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, 299-310.

Skevington, S.M. (1999). Measuring quality of life in Britain: Introduction the WHOQOL-100. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 449-459.

Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G. & Kuipers, E. (2005), Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *British Journal of Psychiatry*, 187, 256-261. doi: 10.1192/bjp. 187. 3. 256

Swan, A., Watson, H. J. & Nathan, P. R. (2009) Quality of life in depression: An important outcome measure in an outpatient cognitive-behavioural therapy group programme. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16 (6), 485-96.

Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Warden, D., Mckinney, W., Downing, M,...& Sackeim, H.A. (2006). Factors associated with health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: A STAR\*D reported. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (2), 185-195.

Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Van Heck, G. L., Hodiament, P. P. & De Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL- Bref in a population of dutch adult psychiatry outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160.

Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Van Heck, G. L., Hodiament, P. P. & De Vries, J. (2006). Relationship between mood related disorders and quality of life in a population of dutch adult psychiatry outpatients. *Depression and Anxiety*, 23, 353-363. doi 10.1002/da.

Tsutsumi, A., Izutsu, T., Kato, S., Islam, A., Yamada, H. S., Kato, H. & Wakai, S. (2006). Reliability and validity of the Bangla version of WHOQOL- Bref in an adult population in Dhaka, Bangladesh. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 60, 493-498.

UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 175, 426–432.

Vaillant, G. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1373–1384.

Vaz Serra, A. (2010). Qualidade de vida e saúde. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23- 53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J.,... & Paredes, T. (2006a). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006b). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.

Vaz Serra, A., Pereira, M. & Leitão, J.P.(2010), Qualidade de vida em doentes esquizofrénicos. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 271-282). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Veenhoven, R. (1996). Happy life expectancy: A comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research*, 39, 1-58.

Veenhoven, R. (1997). Advances in the understanding of happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 211-225.

Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1999) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100): Development of the portuguese version of the oms evaluation instrument of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, (1), 19-28

Wahl, A.K., Rustoen, T., Hanestad, B.R., Lerdal, A. & Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009.

Walker, L., Moodie, R. & Herrman, H. (2004). Promoting mental health and wellbeing. In: R. Moodie & A. Hulme (Eds). *Hands on health promotion*. Melbourne, IP Communications.

Walters, S.J. (2009). *Quality of life outcomes in clinical trials and health-care evaluation: A practical guide to analysis and interpretation*. West Sussex, England: Wiley.

Wang, X., Gao, L., Zhang, H., Zhao, C., Shen, Y. & Shinfuku, N. (2000). Post-earthquake quality of life and psychological well being: longitudinal evaluation in a rural community sample in Northern China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54: 427–433.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson J. & Sells, M. (2007). Self-Stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (6), 1312 - 1318 doi: 10.1093/schbul/sb1076.

Wells, J. E., Bushnell, J. A., Hornblow, A. R., Joyce P. R., & Oakley-Browne, M. A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 315–326.

Wethington, E., Brown, G., Kessler, R. (1995). Interview measurement of stressful life events. In: Cohen S, Kessler R, Underwood GL (Eds.) *Measuring stress* (pp.59-79). New York: Oxford University.

Wilk, A. I., Jensen, N. M., Havighurst, T. C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 274–283.

Williams, D. R., Williams-Morris, R. (2000). Racism and mental health: The African American experience. *Ethnicity and Health*, 5 (3/4), 243-268.

Wisniewski, S. R., Rush, A. J., Bryan, C., Shelton, R., Trivedi, M. H., Marcus, S. & Fava, M., (2007). Comparison of quality of life measures in a depressed population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (3), 219-225.

World Health Organization (1948). Official records of the World Health Organization nº2: Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference. Genève: World Health Organization.

World Health Organization (2001). The world health report: Mental health: new understanding, new hope (Pp.19-46). Geneve: World Health Organization.

World Health Organization (2004). Promoting mental health- Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. Geneve: World Health Organization.

World Health Organization (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems- 10th revision*. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

World Health Organization (2008). The global burden of disease: update 2004. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html)

World Health Organization Quality of Life Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

Xu, H., Xiao, S., Chen, J., & Lui, L. (2000). Epidemiological study on committed suicide among the elderly in some urban and rural areas of Hunan province, China. *Chinese Mental Health Journal*, 14(2), 121–124.

Yamauchi, K., Aki, H., Tomotake, M., Iga, J., Numata, S., Motoki, I., ..., & Ohmori, T. (2008). Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 404–411 doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01818.x

Yatham, L. N., Lecrubier, Y., Fieve, R. R., Davis, K. H., Harris, S. D. & Krishnan, A.A. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorders*, 6, 379-385.

Zimmerman, M., McDermt, W. & Mattia, J. I. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1337–1340.

Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Boerescu, D. & Attiullah, N. (2008). Remission in depressed outpatients: More than just symptom resolution?. *Journal of Psychiatric Research*, 42(10), 797-801..

Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I., Young, D. , Posternak, M. A., Friedman, M.,... & Attiullah, N. (2006) Developing brief scales for use in clinical practice: the reliability and validity of single-item self-report measures of depression symptom severity, psychosocial impairment due to depression and quality of life. *Journal of clinical Psychiatry*, 67 (10), 1536-1541.



## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Distribuição Semanal das Actividades Terapêuticas**

**PROGRAMA TERAPÊUTICO SEMANAL DO HOSPITAL DE DIA**

	<b>SEGUNDA</b>	<b>TERÇA</b>	<b>QUARTA</b>	<b>QUINTA</b>	<b>SEXTA</b>
9,45	<b>Caminhada</b> Enf.	<b>Caminhada</b> Enf. <b>Consulta de Avaliação</b>	<b>Caminhada</b> Enf. <b>Consulta de Avaliação</b>	<b>Caminhada</b> <b>Psicoterapia individual</b> Médicos	<b>Caminhada</b> Enf.
10,30	<b>Viver em equilíbrio</b> Enf.	<b>Reunião de Equipa</b> Equipa e <b>Notícias da semana</b> Enfermeira	<b>História de Vida</b> Assistente Social <b>Psicoterapia individual</b> Médicos <b>Ginástica</b> Professor ginástica	<b>Grupo pós alta</b> Médico/Enfermeira <b>A.v.d.s (psicóticos)</b> ou <b>Reunião de famílias (mensal)</b>	<b>Cinematerapia ou discussão de tema</b> Médica/Enfermeira  <b>Reuniões de internato</b> (Quinzenal)  <b>Educação para a saúde</b> Equipa.
11,30	<b>Planeamento semanal</b> Assistente Social				
14,30	<b>Almoço</b>	<b>Almoço</b>	<b>Almoço</b>	<b>Almoço</b>	<b>Almoço</b>
15,30	<b>Ginástica</b> Professor ginástica <b>Terapia familiar</b> Médicos	<b>Avaliação de actividade</b> Enf. <b>Psicoterapia individual</b> Médicos	<b>Psicodrama</b> Médica ou <b>Programa de estimulação cognitiva</b> Psicólogo	<b>Psicoeducação</b> Médica/Enfermeira ou <b>Grupo de leitura</b> Enfermeira	<b>Relaxamento</b> Enf. <b>Actividades no exterior</b>

## **ANEXO II**

### **Questionário 1**

## QUESTIONÁRIO 1

→ DATA DE NASCIMENTO) \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO DOENTE: \_\_\_\_\_

→ SEXO: Masculino \_\_\_ Feminino \_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ Anos

→ SITUAÇÃO LABORAL: Empregado \_\_\_\_\_ Desempregado \_\_\_\_\_ Reformado \_\_\_\_\_

→ Estando empregado, qual o grau de satisfação com o trabalho?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Mais ou menos satisfeito
- Pouco satisfeito
- Nada satisfeito

→ DIAGNÓSTICO CLÍNICO

\_\_\_\_\_

→ Que idade tinha aquando do primeiro contacto com os serviços de saúde mental e psiquiátrica? \_\_\_\_\_

→ Já teve internamentos em regime completo? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se respondeu sim:

- Que idade tinha quando foi internado pela primeira vez?

\_\_\_\_\_

- Quantos internamentos já teve?

\_\_\_\_\_

- Quando?

\_\_\_\_\_

→ Já teve internamentos anteriores em Hospital de Dia? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se respondeu sim:

- Quantos? \_\_\_\_\_

- Quando? (mês/ ano)

---

---

→ Toma medicamentos psicotrópicos (para os nervos) todos os dias? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se respondeu sim:

- Há quanto tempo?

---

---

→ Algum dia pensou pôr termo à sua vida? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

→ Algum dia tentou pôr termo à sua vida? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se respondeu sim:

- Quantas vezes? \_\_\_\_\_
- Quando? (mês/ ano)

---

---

- Como?

---

---

---

---

→ Qual pensa que foi (ou é) a causa da sua doença?

---

---

---

---

→ Acha que as outras pessoas não compreendem a sua doença? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se acha que sim:

- Que outras pessoas deveriam compreender melhor a sua doença?

---

---

---

---

---

→ Sente-se de algum modo discriminado pelo facto de ter esta doença? Como?

---

---

---

---

---

---

---

---

→ Considera que tem apoio familiar e/ou outros? Quem? Quais?

---

---

---

---

---

---

---

→ Quais foram as principais consequências da doença na sua vida?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

→ Tem outras doenças não psiquiátricas? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se respondeu sim: Quais?

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXO III**  
**Questionário 2**



## QUESTIONÁRIO 2

DATA DE NASCIMENTO) \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO DOENTE: \_\_\_\_\_

→ Durante o internamento ocorreu algo na sua vida de muito importante (Por exemplo o divórcio ou a morte de alguém querido, ficou desempregado)?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se respondeu sim: O quê?

---

---

---

---

---

---

---

---

→ Na sua opinião, o internamento teve como resultado:

- Ter melhorado
- Ter ficado na mesma
- Ter piorado

→ No caso de ter melhorado, acha que melhorou porquê?

- Por causa dos medicamentos
- Por causa do programa de ajuda do Hospital de Dia
- Por causa de ambos
- Por mudanças ocorridas na minha vida
- Por outros motivos. Quais?

---

---

---

---

---

- No caso de ter piorado, ou de ter ficado na mesma, acha que tal aconteceu porquê?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Na sua opinião, o que deveria acontecer para prevenir um novo internamento em HD, no futuro?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXO IV**

**WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life - Brief Form)**

**(Não possível de anexar por ser documento enviado em PDF pelos autores)**

**ANEXO V**

**BSI (Brief Symptom Inventory)**

**(Não é possível anexar por ser um documento enviado em formato "pdf"  
pelos autores)**

## **ANEXO VI**

### **Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra**



Exmo Senhor Presidente  
do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra  
CC/ Comissão de Ética

Vera Cristina Ribeiro da Fonseca, enfermeira graduada a exercer funções no Pavilhão 13/ Hospital de Dia, a frequentar o Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, pretende efectuar um estudo para a sua dissertação.

Nesse estudo pretende explorar e descrever as relações existentes entre o protocolo de intervenção psicoterapêutico e a Qualidade de vida dos doentes internados no Hospital de Dia do CHPC.

A requerente vem deste modo, solicitar autorização para a realização da investigação supra citada, sendo que para melhor esclarecimento, anexa breve descrição do estudo e os formulários que pretende utilizar.

Serão incluídos os utentes que voluntariamente e, após a informação sobre o estudo, aceitem participar sendo garantido o seu anonimato.

A execução deste estudo não implica alterações na prática do serviço, não havendo consequências negativas para os participantes.

Os dados serão recolhidos de forma confidencial e guardados num Caderno de Recolha de dados, ao qual só terá acesso o investigador.

Após a análise dos dados, os resultados serão apresentados em publicações científicas, assumindo o compromisso de entregar um exemplar do trabalho na instituição e de disponibilizar os mesmos aos participantes que o solicitarem.

Grata pela atenção dispensada, disponibiliza-se para algum esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento

Coimbra, 15 de Novembro de 2010

---

(Vera Cristina Ribeiro Fonseca)

*Vera Cristina Ribeiro da Fonseca*

## **ANEXO VII**

### **Formulário do consentimento informado**



## FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Declaro que:

- fui informado(a) do estudo a realizar: seus objectivos e sua metodologia
- foram –me apresentados os riscos em participar neste estudo assim como as vantagens
- as minhas questões e dúvidas foram esclarecidas de forma satisfatória
- é de minha livre vontade que aceito participar neste estudo
- compreendo ter o direito de recusar em qualquer altura a continuação no estudo, sem se verificar qualquer prejuízo nos cuidados de saúde que me são prestados
- autorizo a recolha de dados,
- me asseguraram que esses dados serão guardados num Caderno de Recolha de Dados, mantendo o anonimato e a sua confidencialidade, através da atribuição de um número de código
- fui informado (a) que os dados serão analisados pelo o investigador e os resultados do estudo serão publicados/ apresentados em contextos científicos
- a investigadora me facultou o contacto telefónico a utilizar, nos dias úteis, das 9.00 às 19.00 horas, na eventualidade de necessitar de pretender mais informações ou retirar –me do estudo.

DATA

---

Assinatura do Utente

---

Assinatura da Investigadora

---

Investigadora: Vera Cristina Ribeiro da Fonseca, enfermeira e aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade de Coimbra

# WHOQOL-BREF



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

## DADOS PESSOAIS

**A1 Idade**  anos

**A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**A3 Sexo**  Masculino  
 Feminino

<b>A4 Escolaridade</b>	
Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> anos	<input type="text"/>
5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> anos	<input type="text"/>
7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> anos	<input type="text"/>
10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

**A5 Profissão**

<b>A6.1 Freguesia</b>	<input type="text"/>
<b>A6.2 Concelho</b>	<input type="text"/>
<b>A6.3 Distrito</b>	<input type="text"/>

<b>A7 Estado Civil</b>	
Solteiro(a)	<input type="text"/>
Casado(a)	<input type="text"/>
União de facto	<input type="text"/>
Separado(a)	<input type="text"/>
Divorciado(a)	<input type="text"/>
Viúvo(a)	<input type="text"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não

**B1b** Que doença é que tem? \_\_\_\_\_

**B2** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

### C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

### D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

---

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
<b>15 (F9.1)</b>	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>