

**Citação:** Macedo, E. (2010). Estudo comparativo de qualidade de vida de pessoas com e sem doença mental diagnosticada, In C. Sequeira & L. Sá (orgs.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental*, II Congresso Internacional da Sociedade de Enfermagem de Saúde Mental, Barcelos: Sociedade Portuguesa de Saúde Mental (pp. 154-165). (ISBN: 978-989-961-2-0).

**Autor:** Ermelinda de Fátima Dias da Cunha de Macedo – (emacedo@ese.uminho.pt)

**Título:**

Estudo comparativo de qualidade de vida entre pessoas com e sem doença do humor diagnosticada.

**RESUMO**

**Introdução:** O método adoptado para avaliar a saúde e os cuidados de saúde tem vindo a sofrer alterações. Esta mudança prende-se essencialmente com dois factores: por um lado, o reconhecimento da importância das consequências sociais da doença e, por outro, o reconhecimento do objectivo das intervenções terapêuticas em aumentar o tempo de vida e a sua qualidade. As medidas de qualidade de vida são usadas para i) quantificar o impacto de uma condição ii) comparar os efeitos e consequências das doenças iii) avaliar alterações resultantes de intervenções terapêuticas ou do próprio curso da doença e podem ser necessárias como centrais componentes de análise custo/benefício. Neste sentido, a qualidade de vida é entendida no meio científico e académico como uma medida de resultado, a par da mortalidade e da morbilidade. As doenças mentais são responsáveis por muitos anos vividos com incapacidade, tendo um peso enorme na carga total de todas as doenças. Apenas a doença depressiva unipolar é responsável por 12,15% de anos vividos com incapacidade e constitui a terceira causa que contribui para a carga global das doenças. Tendo em conta este cenário, e atendendo às grandes mudanças de paradigma de assistência às pessoas com doença mental, a avaliação da qualidade de vida dessas pessoas revela-se da maior importância para se aprofundar o impacto da doença e se aferirem práticas.

**Objectivo:** O presente estudo visa contribuir para uma melhor compreensão da relação entre a presença de doença do humor e a qualidade de vida de pessoas da região de Braga.

**Metodologia:** O estudo apresentado é um estudo comparativo. A amostra é constituída por 78 sujeitos; 39 com doença de humor diagnosticada – depressão *major*, distímia, doença bipolar e doença depressiva sem outra especificação (1º Grupo) e 39 sem doença mental diagnosticada (2º Grupo) e ambos os grupos pertencem à região de Braga. O 1º grupo foi seleccionado de entre as pessoas inscritas na consulta externa do Hospital de Braga entre Junho de 2007 e Junho 2009, tendo sido respeitados todos os requisitos éticos e legais e o 2º grupo foi seleccionado em bola de neve e por quotas para que se respeitassem as características sociodemográficas do 1º grupo. A ambos os grupos foi aplicado o WHOQOL – Bref, contemplando campos referentes aos parâmetros sócio-demográficos seleccionados e a respeitar.

**Principais resultados:** Quando comparados os domínios da qualidade de vida entre os dois grupos verifica-se que existem diferenças significativas. O 1º grupo apresenta em todos os domínios do WHOQOL – Bref (psicológico, físico, relações sociais e ambiente) e qualidade de vida geral scores mais baixos que os do 2º grupo. Verificou-se que os domínios mais afectados pela presença de doença do humor foram o domínio físico e o domínio psicológico.

**Conclusões:** Os resultados reforçam estudos anteriores de que pessoas com doenças do humor apresentam pior qualidade de vida apontando, assim, para a necessidade de se instituir um acompanhamento multidimensional destas pessoas.

Palavras-chave: Qualidade de vida; doenças do humor:

## ABSTRAT

**Introduction:** The method used to assess the health and health care has changed. This change is mainly based on two factors: on the one hand, the recognition of the importance of the social consequences of the disease and, on the other hand, the recognition of interventions' objective in increasing the lifespan and its quality. Measures of quality of life are used to I) quantify the impact of a condition II) compare the effects and consequences of diseases III) evaluate changes resulting from therapeutic interventions or the own progress of the disease and may be required as central components of cost/benefit analysis. In this sense, the quality of life is understood in the scientific and academic as an outcome measure, as well as the mortality and morbidity. Mental illnesses are responsible for many years lived with disability, having an enormous effect in the total burden of all diseases. Only unipolar depressive disease accounts for 12.15% of years lived with disability and is the third cause that contributes to the global burden of disease. Given this scenario, and given the major paradigm shifts to assist people with mental illness, the assessment of quality of life of these people appears to be utmost importance to deepen the impact of the disease and assess practices.

**Objective:** This study aims to contribute to a better understanding of the relationship between the presence of disease of humour and quality of life of people in the region of Braga.

**Methodology:** The study presented is a comparative study. The sample consists of 78 subjects, 39 with chronic mood diagnosed – major depression, dysthymia, bipolar disorder and depressive disorder not otherwise specified (Group 1) and 39 without mental illness diagnosed (Group 2) and both groups belong to the region of Braga. The 1st Group was selected from among those enrolled in the outer query's Braga Hospital between June 2007 and June 2009, having been complied with all requirements of law and ethics and the 2nd Group was selected to snowball and quota to be respected socio-demographic characteristics of the 1st Group. Both of these groups were applied and WHOQOL – Bref, comprising fields for the parameters selected socio-demographic and respect.

**Main Results:** When we compare the domains of quality of life between the two groups it appears that there are significant differences. The 1st Group shows in all areas of WHOQOL-Bref (psychological, physical, social relationships and environment) and general quality of life scores lower than those in 2nd Group. It was found that the areas most affected by the presence of disease of humour were the physical domain and psychological domain.

**Conclusions:** The results reinforce previous studies that people with mood disorders have a poorer quality of life by pointing therefore to the need to establish a multi-dimensional monitoring of these people.

Keywords: Quality of life; mood disorders.

## **Saúde mental e psiquiatria: actualidade**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de uma doença mental ou de comportamento e 33% dos anos vividos com incapacidade são causados por doenças neuropsiquiátricas. Das seis causas mais frequentes responsáveis pelos anos vividos com incapacidade, quatro são doenças mentais, nomeadamente a depressão, as doenças associadas ao álcool, a esquizofrenia e a doença bipolar. Refere ainda que 150 milhões de pessoas sofrem de depressão num dado momento das suas vidas e que, por ano, se suicidam cerca de 1 milhão de pessoas.

A nível europeu, a prevalência das doenças mentais também é muito alta (WHO – Europe, 2005). A doença mental atinge um em quatro cidadãos da União Europeia e estima-se que 27% dos europeus adultos vivem pelo menos uma forma de doença mental durante um determinado ano (Livro Verde – Comissão das Comunidades Europeias (2005). São apontadas como as formas mais comuns de doença mental na União Europeia os síndromes ansiosos e a depressão, acrescentando que se prevê que a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos (WHO, 2005; Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

A Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) no seu Relatório final expõe e analisa exaustivamente o estado da saúde mental e psiquiatria em Portugal e assume que os dados sobre a prevalência das doenças mentais em Portugal são escassos. No entanto, refere que os dados existentes não se afastam muito da realidade encontrada noutros países europeus. Segundo dados da Direcção Geral da Saúde (2004), estima-se que a prevalência de doenças mentais na população geral ronde os 30%, sendo que 12% se referem a doenças mentais graves. O terceiro censo psiquiátrico (2001) aponta para uma predominância da depressão em pessoas seguidas em consulta externa, de pessoas com alterações associadas ao consumo de álcool na urgência e pessoas com de esquizofrenia no internamento. Em Portugal, a depressão tende a aumentar e, em conjunto com a esquizofrenia, são responsáveis por 60% dos suicídios (Direcção Geral da Saúde, 2004; Direcção Geral da Saúde – Censo Psiquiátrico, 2001). De acordo com o Primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental realizado com uma amostra de 3849 indivíduos adultos, apresentado publicamente em Março de 2010, os dados pioram consideravelmente: aproximadamente 43% dos portugueses sofreram de doença mental ao longo da vida. Quase 23% das pessoas tiveram nos 12 meses que antecederam o inquérito uma doença mental. Ainda, segundo os primeiros dados do mesmo estudo, as doenças mentais mais frequentes na população portuguesa são a ansiedade (16,5%) e a depressão (7,9%). Adianta, ainda, que os factores associados a doenças mentais são o sexo feminino, o grupo etário entre os 18 e os 24 anos, o estado civil divorciado/viúvo ou separado e o nível médio /baixo de literacia (Diário de Notícias, 2010).

Os sistemas de cuidados de saúde mental têm sofrido uma grande mudança nas últimas três décadas nos países industrializados ocidentais com a introdução da medicação antipsicótica e com o desvio do sentido do foco de atenção dos cuidados institucionalizados para os cuidados na comunidade. A legislação portuguesa no âmbito da saúde mental e psiquiatria preconiza e acompanha estas mudanças (Lei da Saúde Mental - Lei 36/98 de 24/7; Plano Nacional de Saúde Mental - Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 e de Rede Cuidados Continuados e Integrados de Saúde Mental – Decreto- Lei nº 8/2010 de

28 de Janeiro). Esta mudança prende-se essencialmente com dois factores: por um lado, o reconhecimento da importância das consequências sociais da doença e, por outro, o reconhecimento do objectivo das intervenções terapêuticas em aumentar o tempo de vida e a sua qualidade. Esta alteração leva ao interesse do estudo dos efeitos das doenças psiquiátricas em aspectos da vida diária das pessoas.

A Comissão das Comunidades Europeias (2005) propõe que a estratégia comunitária no domínio da saúde mental privilegie a promoção global da saúde mental, previna a doença mental, melhore a Qualidade de Vida (QDV) das pessoas doentes ou diminuídas mentais através da inclusão social e da protecção dos seus direitos e da dignidade e, finalmente, a criação de um sistema de informação, investigação e conhecimento no domínio da saúde mental.

Segundo os dados apresentados, as doenças mentais são responsáveis por vários anos vividos com incapacidade. As características da própria doença, os seus tratamentos, o cuidado prestado à própria pessoa com doença mental são elementos que actuam nas suas vidas de alguma forma.

### **Qualidade de vida e doença mental**

O termo “qualidade de vida” é forte no discurso, mas quando é chamado a ser um conceito de investigação, torna-se uma ferramenta indefinida a menos que seja controlada por uma definição precisa e uma disciplina rigorosa na concepção e na prática (Wolfensberger 1994 in Rapley, 2003).

Foi pela falta de precisão do conceito de QDV que, no início dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde reuniu um grupo de pessoas pertencentes a diversas culturas, no sentido de debater e definir o conceito e, posteriormente, desenvolver um instrumento de avaliação da QDV.

O Grupo da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Group) definiu Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, et al., 1999a; Fleck, et al., 1999b; Fleck, et al., 2000; Rapley, 2003; WHO, 1997; WHOQOL Group, 1998). A qualidade de vida refere-se a uma avaliação subjectiva a qual está incluída num contexto social cultural e ambiental, com um sistema de valores local. Não é apenas equacionado como estado de saúde, satisfação com a vida, estado mental e bem-estar. É um conceito multidimensional e altamente individual (Higginson & Carr, 2001).

Por considerarmos abrangente e adequado o conceito definido pelo WHOQOL– Group, e porque na sua construção foram consideradas várias perspectivas culturais, optamos por utilizá-lo para conduzir a nossa investigação.

A avaliação da QDV é especialmente útil para a aplicação na pesquisa e na prática clínica de psiquiatria principalmente para se perceber o impacto das doenças mentais e o possível benefício das intervenções terapêuticas (Berlim & Fleck, 2003). Este conhecimento é, de igual forma, necessário à disciplina de enfermagem de saúde mental e psiquiatria para que se construam práticas complementares e adequadas à população que cuida. Uma das principais razões é o reconhecimento de que a predominância das clássicas medidas de resultados, como a mortalidade e a morbidade, não é suficiente para melhorarmos as intervenções em saúde (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiament, & De Vries, 2006) e,

por isso, o impacto das doenças crónicas e intervenções terapêuticas precisam de ser avaliados em termos das suas influências na QDV em conjunto com as mais medidas tradicionais de resultados de saúde (Taylor et al., 1998 in Pinikahana, Happell, Hope, & Keks, 2002).

Kaplan & Reis (2005) referem que a avaliação da QDV é válida para os estudos clínicos por três razões: as medidas de qualidade de vida são usadas para quantificar o impacto de uma condição e para comparar os efeitos e consequências das doenças; podem ser usadas para avaliar alterações resultantes de intervenções terapêuticas ou do próprio curso da doença e podem ser necessárias como centrais componentes de análise custo/benefício.

## **Qualidade de vida e doenças do humor**

Como verificámos neste trabalho, as doenças do humor, especificamente a depressão, são das doenças que mais sobrecarregam a nossa sociedade, estimando-se um aumento da sua prevalência no futuro. A depressão é considerada um dos problemas mais graves de Saúde Pública nos países industrializados (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005) e tem sido alvo de estudo no que se refere ao impacto destas na QDV. De uma forma geral os estudos confirmam a natureza incapacitante da depressão e revelam limitações na QDV independentemente da idade dos sujeitos intervenientes nos estudos (Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares, & Moriguchi, 2001; Rodrigues & Leal, 2004). Da mesma forma, quando se associam sintomas depressivos ao funcionamento social e à QDV verifica-se que este é pior em pessoas com sintomatologia depressiva, quando comparados com pessoas sem essa sintomatologia (Fleck et al., 2002) e que a QDV varia com a alteração da sintomatologia depressiva ao longo do tempo, nomeadamente ao longo do tratamento da depressão (Moore, Höfer, McGee, & Ring, 2005). Em pessoas com diagnóstico de depressão *major*, encontra-se uma associação com significativa baixa de QDV sugerindo que a intervenção terapêutica precoce ajude na sua melhoria (Papakostas et al., 2004). A maioria dos estudos efectuados indica que a QDV em doentes bipolares é marcadamente diminuída, mesmo quando são considerados clinicamente eutímicos, sendo, considerada nesta pesquisa, a necessidade de se criar um instrumento específico de medição da QDV para pessoas com doença bipolar (Michalak, Yatham, & Lam, 2005).

## **OBJECTIVO DO ESTUDO**

O presente estudo visa contribuir para uma melhor compreensão entre a presença de doença do humor e a QDV de pessoas em contexto português (região de Braga).

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

O estudo apresentado é um estudo comparativo.

### **Amostra**

A amostra é constituída por 78 sujeitos; 39 com doença de humor diagnosticada – depressão *major*, distímia, doença bipolar e doença depressiva sem outra especificação – (1º Grupo) e 39 sem doença mental diagnosticada (2º Grupo) e ambos os grupos pertencem à região de Braga. O 1º Grupo foi seleccionado de entre as pessoas inscritas na consulta externa do Hospital de Braga tendo sido respeitados todos os requisitos éticos e legais e o 2º grupo foi seleccionado em bola de neve e por quotas de entre a população geral respeitando-se sempre que possível as características sócio-demográficas do 1º Grupo.

As características sócio-demográficas da amostra são descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – características sócio-demográficas da amostra

	Com doença N= 39 (%)	Sem doença N=39 (%)
<b>Idade (Média± DP)</b>	52.18±11.332	52,26±11,03
<b>Género</b>		
Masculino	15 (38.47)	13 (33,3)
Feminino	24 (61.53)	26 (66,7)
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	5 (12.8)	6 (15.4)
Casado/união de facto	26 (66.7)	31 (79.5)
Divorciado	2 (5.1)	1 (2.6)
Viúvo	6 (15.4)	1 (2.6)
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler nem escrever	1 (2.6)	2 (5.1)
1º-4º ano	20 (51.3)	21 (53.8)
5º- 6º ano	11 (28.2)	7 (17.9)
7º-9º ano	2 (5.1)	2 (5.1)
10º-12ºano	4 (10.3)	6 (15.4)
Bacharelato ou licenciatura	1 (2.6)	1 (2.6)
<b>Nível sócio-ecomómico</b>		
Classe I (Alta)	1 (2.6)	0 (0.0)
Classe II (Média – Alta)	2 (5.1)	3 (7.7)
Classe III (Média)	17 (43.6)	25 (64.1)
Classe IV (Média – Baixa)	19 (48.7)	11 (28.2)

## Instrumentos

A ambos os grupos foi aplicado o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), versão portuguesa de Portugal (Canavarro, et al., 2006; Rijo, et al., 2006; Vaz Serra, et al., 2006), contemplando campos referentes aos parâmetros sociodemográficos seleccionados e a respeitar e o Índice de Graffar para medir a classe sócio-económica dos sujeitos. O WHOQOL-Bref está organizado em quatro domínios: DF (Domínio Físico); DP (Domínio Psicológico); DRS (Domínio Relações Sociais) e DA (Domínio Ambiente) e inclui duas questões mais gerais relativas à percepção geral da qualidade de vida (Faceta QDV Geral) e à percepção geral da saúde.

## Análise dos dados

O tratamento estatístico foi realizado recorrendo ao “Statistical Package for Social Sciences” - SPSS, versão 17.0. Para a análise das diferenças das médias dos sujeitos com e sem doença de humor diagnosticada recorremos ao teste t de Student (t) ou o teste Mann-Whitney (U).

## PRINCIPAIS RESULTADOS

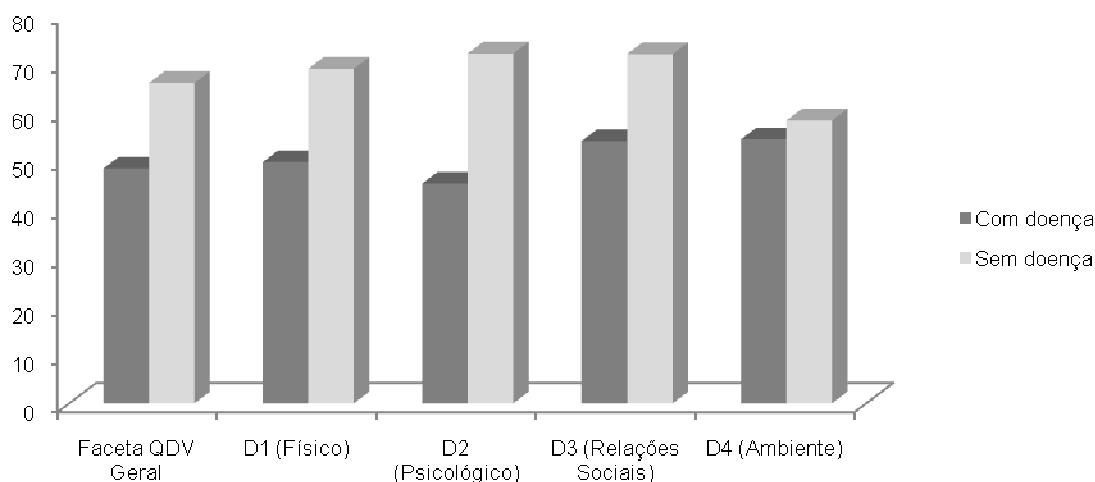
Quando comparados os domínios da qualidade de vida (domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente) e faceta QDV Geral entre os dois grupos (com e sem doença do humor diagnosticada) verifica-se que existem diferenças significativas.

Quadro 2 – Qualidade de vida em sujeitos com e sem doença do humor diagnosticada

Domínios	Com doença	Sem doença	t	U	Valor de p
	(n= 39)	(n= 39)			
	Média ± DP	Média ± DP			
<b>D1 (Físico)</b>	49,73±18,71	68,96±14,96	-5,014		0,000**
<b>D2 (Psicológico)</b>	45,30±16,28	72,12±11,56	-8,387		0,000**
<b>D3 (Relações sociais)</b>	54,06±18,02	72,01±15,35		345,500	0,000**
<b>D4 (Ambiente)</b>	54,41±12,64	58,33±12,89	-1,358		0,089
<b>QDV Geral</b>	48,40±17,49	66,03±14,32		319,500	0,000**

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Gráfico 1 - Distribuição das médias dos domínios do WHOQOL-Bref e Faceta da QDV Geral nos 2 grupos.



O 1º Grupo (Com doença do humor diagnosticada) apresenta em todos os domínios do WHOQOL – Bref e faceta qualidade de vida geral scores mais baixos que o 2º Grupo (sem doença mental diagnosticada) (cf. Quadro 2 e Gráfico 1) sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas exceptuando no DA (DF:  $t = -5.014$ ;  $p = 0.000$ ; DP:  $t = -8.387$ ;  $p = 0.000$ ; DRS:  $U = 345.500$ ;  $p = 0.000$ ; DA:  $t = -1.358$ ;  $p = 0.089$ ; Faceta QDV Geral:  $U = 319.500$ ;  $p = 0.000$ ). A maior diferença nas médias dos domínios entre os dois grupos ocorre nos DF e DP, seguido do DRS e a Faceta QDV Geral e, por fim, o DA.

No 2º Grupo não foram encontradas diferenças significativas ao nível das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade e a classe sócio-económica e os domínios do WHOQOL-Bref. No entanto, no 1º Grupo foram observadas algumas associações significativas. Verifica-se que existe uma moderada associação linear negativa entre a idade e o DF ( $R = -0,433$ ;  $p = 0,006$ ), indicando que quando a idade aumenta, diminui o valor do DF. Os indivíduos pertencentes ao grupo solteiro/divorciado/separado/viúvo

apresentam valores da faceta QDV Geral superiores aos indivíduos do grupo casado/união de facto e as diferenças observadas foram também estatisticamente significativas (U=102,0; p=0,020). Os indivíduos com menos anos de escolaridade apresentam scores da Faceta QDV Geral, do DP e DF inferiores aos indivíduos com mais anos de escolaridade e as diferenças observadas forma estatisticamente significativas (U= 58,0; p=0,021), (U= 38, 00; p= 0,002) e (t (37) = -4139; p=0,000), respectivamente. Verifica-se que existe uma baixa associação linear positiva entre a classe sócio-económica e o DP (R= 0, 355; p= 0,026), indicando que quando a classe social aumenta, aumenta o valor do DP. Verifica-se também uma moderada associação linear positiva entre a classe socioeconómica (R= 0, 407; p= 0,01), indicando que em média quando a classe socio-económica aumenta o DRS aumenta.

## CONCLUSÕES

De uma forma geral os resultados confirmam a evidência científica anterior a qual revela que as doenças mentais e concretamente as doenças do humor e sintomatologia depressiva têm um impacto negativo na QDV nas pessoas (Gameiro, et al., 2008; Mcntyre, Barroso, & Lourenço, 2002). Os dados deste estudo revelam a diminuição de todos os scores dos domínios do WHOQOL-Bref e da Faceta da QDV Geral no Grupo com doença do humor diagnosticada, quando comparado com o Grupo sem doença mental diagnosticada. Verificou-se que os domínios mais afectados pela presença de doença do humor foram o DF e o DP e que, nestes dois grupos em estudo, a presença de uma doença do humor influencia o comportamento de todos os domínios da QDV contemplados no WHOQOL-Bref.

Atendendo a que a QDV é encarada como uma medida de resultado a par da mortalidade e morbidade, a sua complexa relação com a doença mental deve ser esclarecida de uma forma mais profunda. Os resultados deste estudo reforçam a importância de uma avaliação mais abrangente das pessoas com doença mental, a qual deve ultrapassar as variáveis clínicas e que pode e deve ser considerada nas intervenções preventivas e terapêuticas, pressupondo um acompanhamento multidimensional. O estudo apresentado contribuiu, assim, para o corpo de conhecimento entre a QDV e as doenças mentais em contexto português, estudando indivíduos da região de Braga.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berlim, M., & Fleck, M. (2003). "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), 249-252.
- Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões M., Quintais, L., & Quartilho, M. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental – Reestruturação dos serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de Acção 2007-2016 (2007). *Relatório da Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*.



Decreto – Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro – Rede de Cuidados Continuados e Integrados de Saúde Mental. *Diário da República nº 19 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Diário de Notícias (2010). [on-line]. Disponível em:

[http://dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1526396](http://dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1526396).

Direcção Geral da Saúde – Direcção de Serviços de Informação e Análise. Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos resultados preliminares. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/006006.pdf>.

Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde – 2004/2010: mais saúde para todos. Volume II – Orientações estratégicas* – Lisboa: Direcção Geral da Saúde

Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Vieira, G. (1999a). Desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & Santos, L. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 32, 198-205.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & Santos, L. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.

Fleck, M., Lima, A., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V., Camey, S., & Grupo LIDO. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados de saúde primários de saúde. *Revista Saúde Pública*, 36 (4), 431-438.

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

Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas – aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal, *Acta Médica Portuguesa*, 15, 129-146.

Higginson, I., & Carr, A. (2001). Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322, 1297 - 1300.

Kaplan, R., & Rieis, A. (2005). Quality of Life: Concept and Definition. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 263-271.

Lei nº 36/98 de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental. *Diário da República nº 169 – I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Masthoff, E., Trompenaars, F., Van Heck, G., Hodiamont, P., & De Vries, J. (2006). Demographic characteristics as predictors of quality of life in a population of psychiatric outpatients. *Social Indicators Research*, 76 (2), 165-184.

Mcntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, IV, 5, 13-24.

- Michalak, E., Yatham, L., & Lam, R. (2005). Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. 3, 72. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-72.pdf>
- Moore, M., Höfer, S., McGee, H., & Ring, L. (2005). Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective?. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, (1). Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-1.pdf>
- Papakostas, G., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A., Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature, *General Hospital psychiatry*, 26, 13-17.
- Pinikahana, J., Happell, B., Hope, J., & Keks, N. A. (2002). Quality of life in schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Nursing*, 11, 103-111.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de Março – Plano Nacional de Saúde Mental. *Diário da República nº 47 – I Série*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life: A critical introduction*. London: Sage Publications.
- Rijo, D., Canavarro, M.C., Pereira, M., Simões, M., Vaz Serra, A., & Quartilho, M. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: o processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 25-30.
- Rodrigues, C., Leal, I. (2004). Limitações da qualidade de vida em pessoas idosas. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 771-776.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., & Quartilho, M. (2006). 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.
- World Health Organization. (1997). WHOQOL: *Measuring quality of life*. Disponível em: [http://www.whqlibdoc.who/hq/1997/who\\_MSA\\_MNH\\_PSF\\_97.4.pdf](http://www.whqlibdoc.who/hq/1997/who_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf)
- World Health Organization. (2004). Investing in mental health. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_pdf)
- World Health Organization - Europe (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- Xavier, F., Ferraz, M., Bertollucci, P., Poyares, D., & Moriguchi, E. (2001). The prevalence of major depression and its impact in the quality of life, sleep, patterns and cognitive function in an octogenarian population. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 62-70.

