

## QUALITY OF LIFE IN DEPRESSIVE PATIENTS FOLLOWED IN PSYCHOLOGY AND IN PSYCHIATRY

**Sandrine Martins Antunes<sup>1</sup>. Lisete dos Santos Mendes Mónico<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e Psicoterapia (s.martins.antunes@gmail.com)

<sup>2</sup>Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da  
Educação da Universidade de Coimbra; membro do IPCDVS (lisete\_monico@fpce.uc.pt)

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v6.721>

*Fecha de recepción: 17 de Marzo de 2014*

*Fecha de admisión: 30 de Marzo de 2014*

### ABSTRACT

This study aims to analyze and compare the Quality of Life in patients followed exclusively in Psychiatry and in patients followed exclusively in Psychology. Took part of the study 60 patients of both genders with depressive symptomatology and no other clinical diagnosis (exclusion criteria), 30 being exclusively followed at hospital psychiatric consultations and 30 exclusively followed in psychology consultations.

After informed consent, we used the Quality of Life questionnaire (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992), which showed good psychometric properties in its nine domains: Physical Function, Physical Performance, Body Pain, General Health, Vitality, Social Functioning, Role Emotional, Mental Health, and Health Change. We found that the patients followed in Psychology showed a better quality of life in Emotional and Physical Performance, as well as in Mental Health. Men expressed a similar quality of life to women, except in the field of Physical Function, higher in males. Single patients had better in Role Emotional and Mental Health, when compared to divorced and widowed. The results are discussed considering the benefits of psychological therapy in improving the quality of life of depressed patients.

*Keywords:* Quality of life; Patients; Psychology; Psychiatry.

### RESUMO

O presente estudo pretende analisar e comparar a Qualidade de Vida em pacientes exclusivamente acompanhados em consultas psiquiatria e em pacientes exclusivamente acompanhados em consultas de psicologia. Participaram no estudo 60 pacientes de ambos os sexos com sintomatologia depressiva e sem outro quadro clínico diagnosticado (critério de exclusão), sendo 30 exclusivamente acompanhados em consultas hospitalares de psiquiatria e 30 exclusivamente acompanhados em consultas de psicologia.

## QUALITY OF LIFE IN DEPRESSIVE PATIENTS FOLLOWED IN PSYCHOLOGY AND IN PSYCHIATRY

Após consentimento informado, aplicámos o Questionário da Qualidade de Vida (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992), que mostrou boas propriedades psicométricas nos nove domínios constituintes: Função física, Desempenho físico, Dor corporal, Saúde geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho emocional, Saúde mental e Mudança de Saúde. Verificámos que os pacientes acompanhados em Psicologia mostraram uma melhor Qualidade de Vida ao nível dos domínios Desempenho emocional, Desempenho físico e Saúde mental. Os homens manifestaram uma Qualidade de Vida semelhante à das mulheres, excepto no domínio da Função física, superior no sexo masculino. Os pacientes solteiros apresentaram melhores Desempenho emocional e Saúde mental comparativamente aos divorciados e aos viúvos. Os resultados são discutidos numa abordagem dos benefícios da terapia psicológica na melhoria da qualidade de vida em doentes deprimidos.

*Palavras-chave:* Qualidade de Vida; Pacientes; Psicologia; Psiquiatria

Nos dias que correm e perante o cenário de crise permanente, a tendência é para o número de pessoas que padecem de depressão aumentar, o que vem afetar em muito a qualidade de vida dessas pessoas e das que as rodeiam. A Qualidade de Vida, quer na sua componente subjetiva (psicológica), quer na sua componente objetiva (social, económica, política, ambiental), é um tema de importância crescente, sendo imprescindível a sua análise em contextos de saúde e de doença.

A Psicologia e a Psiquiatria começaram a interessar-se pela medição da Qualidade de Vida (McIntyre, Barroso e Lourenço, 2002), embora não exista consenso relativamente à questão de esta ser ou não mensurável (Becker, 1998). Devido à sua subjetividade e à complexidade e pluralidade de domínios que nela interferem, torna-se árduo avaliar a Qualidade de Vida de cada indivíduo. Ao longo dos anos e das investigações, várias definições foram dadas para qualificar o conceito de Qualidade de Vida. Podemos entender este conceito como uma sensação de bem-estar e satisfação pessoal que compreende uma apreciação positiva, única e subjetiva da satisfação adequada das necessidades humanas (Castro-Gonçalves, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) debruçou-se sobre o tema, levando ao desenvolvimento de uma nova conceptualização teórica e metodológica na avaliação da Qualidade de Vida, tendo como objetivo uma definição clara e a elaboração de instrumentos de avaliação adequados. Neste contexto surgiu uma nova definição de Qualidade de Vida: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1996).

Apesar de alguns investigadores apontarem apenas a componente objetiva da Qualidade de Vida e outros a subjetividade, o conceito de Qualidade de Vida é multidimensional, incluindo as percepções do paciente e as componentes externas observáveis (Rugeri, Bisoffi, Fontecedro, & Warner, 2001). A dimensão subjetiva é fundamental para analisar os padrões de comportamentos e providenciar interpretações pessoais sobre o impacto pessoal dos acontecimentos objetivos. Já a dimensão objetiva é essencial na avaliação dos efeitos de intervenções terapêuticas. Entre as várias dimensões dentro do conceito de Qualidade de Vida, três delas parecem ser consensuais: a dimensão física, a dimensão psicológica e a dimensão social (Santos, 2006). Assim, não podemos evocar o conceito de Qualidade de Vida sem nos debruçarmos sobre a sua dimensão social, isto é, sobre os relacionamentos, as atividades sociais e de lazer do paciente (Ogden, 2004). O suporte social bem como o suporte familiar tornam-se muito importantes na manutenção da saúde mental e na luta contra situações stressantes (Baptista, Baptista, & Torres, 2006).

O conceito de Qualidade de Vida generalizou-se a ambientes clínicos, designando-se Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) a relação existente entre a Qualidade de Vida e as doenças das pessoas. A saúde torna-se um elemento fulcral na avaliação da Qualidade de Vida (Ribeiro, 1994), pois a doença tem um impacto a nível físico, psicológico e social na vida diária (Bowling, 2001). A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde representa cada uma das respostas individuais dos efeitos provocados pela doença, incluindo uma avaliação por parte do doente sobre o nível de satisfação com o tratamento, pretendendo-se analisar satisfação pessoal com as circunstâncias da vida.

A Qualidade de Vida tornou-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde, particularmente como um

método de avaliação para medir os resultados do impacto da doença e das intervenções. Por isso, o meio onde o paciente se insere poderá influenciar a sua Qualidade de Vida. O impacto de uma doença não pode ser descrito apenas através de indicadores de avaliação médica, dando-se igual relevo a fatores psicossociais (ex dor, atividade cognitiva, mobilidade restrita ou outros impedimentos funcionais; McIntyre, Barroso, & Lourenço, 2002).

A relação existente entre Qualidade de Vida e depressão define-se em “três tempos-dimensões” baseados no passado, no presente e no futuro. A depressão é assim conceptualizada como a passagem de um passado saudável para um presente doloroso (Leval, 1995). Estima-se que cerca de 5% da população mundial sofra de Depressão (incidência) e que cerca de 10% a 25% das pessoas possam apresentar um episódio depressivo em algum momento de sua vida (prevalência; Ballone & Moura, 2008). Existem três processos clínicos pelos quais o paciente depressivo passa: a deteção, a medicação psicotrópica e o aconselhamento psicoterapêutico. Verifica-se que o tipo de tratamento depende da gravidade da doença, sendo que a simples deteção não garante uma intervenção adequada. Existem dois tipos de tratamentos mais comumente usados em pacientes com depressão: os antidepressivos e os ansiolíticos, (menos eficazes e com efeitos colaterais). A Psicoterapia é o terceiro processo clínico, sendo esta a segunda intervenção mais comumente procurada em casos de Depressão, por ser mais eficaz que o aconselhamento médico, na perspetiva de alguns autores (Wells & Sturm, 1995).

Num estudo realizado Skevington e Wright (2001) em pacientes depressivos, no sentido de analisar a relação existente entre a Qualidade de Vida dos pacientes e o tratamento com um psicotrópico específico (o antidepressivo), verificou-se que a Qualidade de Vida dos pacientes melhorou significativamente nas oito semanas que se seguiram ao início do tratamento. De acordo com Moncrieff e Kirsh (2005), estudos longitudinais que acompanharam pacientes depressivos tratados em meio hospitalar e na comunidade constataram que a prevalência da depressão aumenta, apesar do aumento do uso de antidepressivos. Além disso, descobriu-se que os pacientes que usavam antidepressivos tinham piores resultados que os outros. Também num estudo realizado no sentido de se perceber a relação existente entre placebos e antidepressivos, verificou-se que embora a resposta ao placebo tenha sido menor nos pacientes com depressão grave, parece ter sido duas vezes maior que o efeito do psicofármaco (Kirsh, More, Scoboria & Nicholls, 2004).

Face a estas contradições, consideramos pertinente avaliar a Qualidade de Vida em doentes deprimidos. Pretendemos medir e comparar o impacto da depressão na qualidade de vida em pacientes exclusivamente acompanhados em Psiquiatria e em pacientes exclusivamente acompanhados em consultas de Psicologia.

## MÉTODOS

### Participantes

Foram estudados 60 pacientes de ambos os sexos com sintomatologia depressiva sem outro quadro diagnóstico (critério de exclusão), sendo que 30 são pacientes de psiquiatria e 30 são pacientes de psicologia. As idades são compreendidas entre os 16 e os 70 anos, sendo que 43,3% da amostra se encontra entre os 25 e os 34 anos e 21,7% se encontra entre os 45 e 54 anos. O processo de amostragem é não probabilístico e de conveniência.

### Método

Administrámos o *Questionário de Qualidade de Vida* (SF-36), desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado para a população portuguesa por Ferreira (1998). O SF-36 é constituído por 36 itens de auto-preenchimento e destina-se a avaliar a Qualidade de Vida e a auto-perceção do estado de saúde do ponto de vista do doente (Castelo, Ribeiro, & Castelo, 2008). É agrupado em nove domínios, que detetam quer estados positivos, quer estados negativos de saúde (Abrunheiro, 2005; Silva, Pais Ribeiro & Cardoso, 2008). O primeiro denomina-se *Funcionamento físico* e mede a limitação para executar atividades físicas mais ou menos cansativas. Os dois seguintes referem-se aos *Desempenhos físico e Emocional* e avaliam as limitações destes desempenhos em termos do tipo e da quantidade de trabalho realizado. O quarto respeita à *Dor corporal*, representando a intensidade e desconforto causado pela dor. O quinto denomina-se *Saúde em geral* e mede o estado de saúde atual. A *Vitalidade* corresponde ao sexto domínio e caracteriza-se pelos níveis de energia e de fadiga que conduzem a diferenças no bem-estar. O sétimo corresponde à *Função Social*, permitindo perceber a quantidade e a qualidade das

## QUALITY OF LIFE IN DEPRESSIVE PATIENTS FOLLOWED IN PSYCHOLOGY AND IN PSYCHIATRY

atividades sociais, bem como o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas atividades. O último domínio respeita à *Saúde mental* e mede a ansiedade, a depressão, a perda de controlo comportamental e emocional, bem como o bem-estar psicológico. Para que se pudessem comparar entre si as pontuações médias nos diferentes domínios, procedemos à recodificação das escalas de medida de todas os domínios para 5 pontos, de forma a que 1 corresponde à opção de resposta mais baixa e 5 à mais elevada.

Aplicámos ainda um Questionário Sociodemográfico, que recolheu informação sobre as variáveis sociodemográficas sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, bem como um conjunto de variáveis clínicas, destinadas a excluir pacientes que possuíssem outros quadros clínicos para além da depressão.

Após a obtenção do consentimento informado por escrito do Presidente do na região centro de Portugal, os participantes no nosso estudo foram recolhidos individualmente em gabinetes num ambiente calmo, respeitando todos os procedimentos formais e éticos. Tivemos previamente acesso aos quadros diagnósticos dos pacientes, no sentido de selecionar apenas os que tinham sido diagnosticados exclusivamente com depressão. Todos os participantes foram informados do carácter voluntário da sua participação, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Os dados foram analisados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0 para o sistema operativo Windows. Procedeu-se às análises descritiva e inferencial dos dados com base em Andrews, Klem, Davidson, O'Malley, e Rodgers (1981), Fink (1995), Gil (1999), Howell (1997), Maroco (2003), Pereira (2008), Pestana e Gageiro (2000) e Reis (1999, 2000).

## RESULTADOS

No Quadro 1 apresentamos os valores mínimos (mín.) e máximo (Max.), as pontuações médias (M), os desvios (DP) e os erros-padrão (EP) dos nove domínios do *Questionário de Qualidade de Vida* (SF-36).

*Quadro 1 – Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios e erros-padrão dos nove domínios do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36)*

<i>SF-36 – Domínios:</i>	Valores de referência anteriores	Valores de referência actuais	Mín.	Máx.	M	DP	EP
Função física	1-3	1-5	3,33	5,36	4,60	0,57	0,07
Desempenho físico	1-2	1-5	2,50	5,00	3,54	1,03	0,13
Dor corporal	1-6	1-5	0,83	4,58	2,54	0,93	0,12
Saúde geral	1-5	1-5	1,00	4,28	2,68	0,76	0,10
Vitalidade	1-6	1-5	0,83	4,58	2,41	0,85	0,11
Função Social	1-5	1-5	2,00	4,00	3,01	0,39	0,05
Desempenho emocional	1-2	1-5	1,50	3,00	1,94	0,60	0,08
Saúde mental	1-6	1-5	0,83	4,50	2,49	0,92	0,12
Mudança de Saúde	1-5	1-5	1,00	5,00	3,23	0,89	0,11

Conforme pode verificar-se, atendendo às pontuações médias, constatamos que a mais elevada corresponde à Função física, seguindo-se o Desempenho físico, assinalando que ambos não pioraram na atualidade. Segue-se a Mudança de Saúde, indicando que, comparativamente com o que acontecia há um ano, o presente estado geral de saúde dos pacientes é aproximadamente igual ou um pouco pior. Em termos de Função social, os pacientes indicam que as atividades sociais foram moderadamente afetadas pelo seu estado de saúde. Quanto à Saúde geral, referem que o seu estado de saúde se situa entre o razoável e o bom. A pontuação média do domínio Dor corporal aponta para dores ligeiras a moderadas. As médias da Saúde mental e da Vitalidade indicaram que os participantes sentiram a sua saúde mental afetada algum tempo no último mês, embora sentissem uma vitalidade moderada. Por último, a pontuação no Desempenho emocional mostrou que os pacientes tiveram pro-

blemas emocionais durante as 4 últimas semanas com as suas tarefas.

Seguidamente, tomou-se como tarefa analisar a influência que o acompanhamento terapêutico dos participantes possui ao nível da percepção da qualidade de vida dos mesmos. Procedemos a uma análise multivariada da variância (MANOVA, procedimento General Linear Model), tomando como variável independente (VI) o acompanhamento dos participantes (1 = Psiquiatria; 2 = Psicologia) e como variáveis dependentes (VDs) as pontuações médias obtidas nos 8 domínios do questionário de Qualidade de Vida. O resultado do teste M de Box,  $F(45, 11051) = 68.75$ ,  $p = .103$ , indicou que as variâncias são homogêneas nos dois grupos, viabilizando o recurso à MANOVA.

A análise do teste multivariado indicou um efeito global estatisticamente significativo,  $\eta^2$  de Wilks = 0.725,  $F(9, 50) = 2.11$ ,  $p = .04$ , apontando para diferenças globais entre os pacientes acompanhados exclusivamente em psicologia e em psiquiatria. Por sua vez, quando consideramos os nove domínios na sua especificidade (cf. Quadro 2) e, constatamos que o tipo de acompanhamento terapêutico se reverte em diferenças estatisticamente significativas ao nível do *Desempenho emocional*, indicando uma pontuação superior nos pacientes de psicologia. Seguidamente, encontraram-se diferenças nos Domínios *Desempenho físico* e *Saúde mental*, também superiores nos pacientes acompanhados em psicologia. Estas diferenças são visíveis na Figura 1.

*Quadro 2 – Pontuações médias e desvios-padrão dos nove domínios Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) para pacientes acompanhados em psiquiatria e em psicologia: Testes univariados e coeficientes de correlação de Pearson (r idade)*

SF-36	Pacientes acompanhados em						F (1, 58)	r idade
	Psiquiatria (n = 30)		Psicologia (n = 30)		Total (N = 60)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Domínios:</i>								
Função física	4,47	0,55	4,73	0,56	4,60	0,57	3,49	-.373**
Desempenho físico	3,21	1,01	3,88	0,96	3,54	1,03	6,86**	-.337**
Dor corporal	2,69	1,01	2,39	0,83	2,54	0,93	1,64	.385**
Saúde geral	2,40	0,70	2,96	0,72	2,68	0,76	9,56	-.253*
Vitalidade	2,32	0,93	2,49	0,77	2,41	0,85	0,62	-.235
Função social	3,00	0,45	3,02	0,31	3,01	0,39	0,03	-.123
Desempenho emocional	1,70	0,45	2,18	0,65	1,94	0,60	11,27***	-.297*
Saúde mental	2,24	0,99	2,74	0,78	2,49	0,92	4,75*	-.219
Mudança de saúde	3,40	0,97	3,07	0,78	3,23	0,89	2,14	.297*

\*  $p < .05$

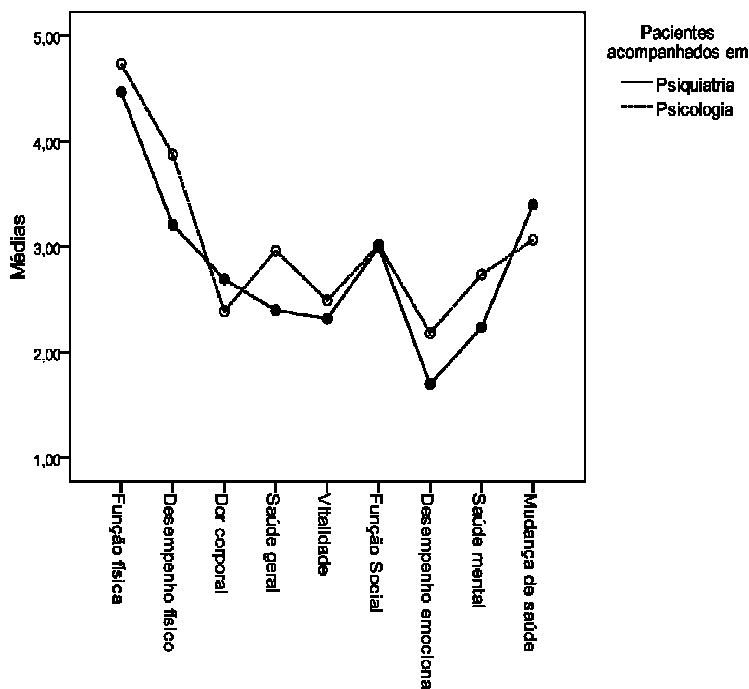
\*\*  $p < .01$

\*\*\*  $p < .001$

Na Figura 1 representam-se as pontuações médias nos nove domínios do SF-36. Conforme pode visualizar-se, o Desempenho emocional superior nos pacientes de psicologia indica que estes tiveram menos problemas emocionais durante as quatro últimas semanas com o seu trabalho ou atividades do dia-a-dia comparativamente aos pacientes acompanhados em psiquiatria. Seguidamente, encontraram-se diferenças no Domínio Desempenho físico, conforme pode visualizar-se no Quadro 2, superiores nos pacientes acompanhados em psicologia, comparativamente aos seguidos exclusivamente em psiquiatria, indicando que este é mais satisfatório nos pacientes de psicologia, interferindo menos com as atividades diárias. Por último, a pontuação mais elevada no Domínio Saúde mental em doentes acompanhados exclusivamente em psicologia indica que estes possuem maior saúde mental comparativamente aos pacientes de psiquiatria.

## QUALITY OF LIFE IN DEPRESSIVE PATIENTS FOLLOWED IN PSYCHOLOGY AND IN PSYCHIATRY

Figura 1- Pontuações médias dos nove domínios do SF-36 para pacientes acompanhados e exclusivamente em consultas de psiquiatria e exclusivamente em consultas de psicologia



O Quadro 2 apresenta ainda as correlações da idade dos pacientes com os nove domínios do *Questionário de Qualidade de Vida*. A de maior magnitude prende-se com a dor corporal, que aumenta à medida que a idade avança. Verificamos que as restantes correlações são negativas, indicando que idades mais avançadas se associam a menores Função física, Desempenho físico, Saúde geral, Mudança de saúde e até mesmo Desempenho emocional.

A análise das diferenças de género apontou apenas para uma diferença significativa ao nível do domínio da Função física, superior no sexo masculino,  $F(1, 104) = 4.10, p = .048$ , o que pode dever-se às diferenças de género ao nível da força física. Em todos os restantes domínios homens e mulheres apresentam uma qualidade de vida semelhante. Verificámos ainda que a *Função física* e o *Desempenho físico* são superiores nos solteiros comparativamente aos divorciados e aos viúvos - *Testes de Kruskal-Wallis de  $\chi^2(2) = 8.58$  e  $7.57, p < .05$*  - efeito que pode dever-se à idade. Os solteiros apresentam também um melhor *Desempenho emocional* e mais *Saúde mental* comparativamente aos divorciados e aos viúvos - *Testes de Kruskal-Wallis de  $\chi^2(2) = 7.81$  e  $6.2, p < .05$* .

### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os pacientes acompanhados em consultas de Psicologia sentem menos dificuldades em desempenhar algumas tarefas diárias, tendem a ter melhor desempenho físico, melhor estado de saúde mental, sentem-se com mais energia, tendem a ter menos problemas emocionais, sentem-se menos tristes e deprimidos e a dor física não interfere tanto no seu dia-a-dia, o que significa que estes vivenciam menos problemas emocionais que interferiram com o seu trabalho ou com a sua vida diária (Ferreira, 1998). Estes resultados convergem com literatura que indi-

ca que a terapia psicofarmacológica não é tão eficaz quanto o esperado (Moncrieff & Kirsh, 2005) e que a Psicoterapia se mostra mais eficaz no tratamento da depressão (Kirsh et al., 2004). Os resultados parecem indicar que a intervenção psicológica contribui para uma melhor Qualidade de Vida e diminuição da ansiedade e do stress, o que se poderá explicar pela natureza da intervenção psicológica (reestruturação cognitiva; treino de competência sociais, etc; Pires, 2003).

Parece não haver diferenças significativas entre doentes do sexo feminino e doentes do sexo masculino, tendo-se registado apenas para uma diferença a nível da Função física superior nos homens. Os pacientes do sexo masculino parecem sentirem-se menos limitados, tanto nas atividades moderadas como nas atividades fisicamente mais exigentes. A Função física e o Desempenho físico são superiores nos solteiros comparativamente aos divorciados e aos viúvos, talvez por estes serem mais jovens. A idade associa-se negativamente à percepção da Qualidade de Vida.

Consideramos que é importante avaliar a Qualidade de Vida em pacientes deprimidos, na medida em que permite conhecer o impacto da depressão e do seu tratamento em diversas áreas da sua vida, bem como avaliar a eficiência dos tratamentos e aceder melhor ao doente e à evolução da sua doença. Deste modo podem-se implementar mais facilmente estratégias e providenciar recursos pessoais para melhorar o bem-estar do paciente, promovendo a sua reabilitação física e psicossocial. Assim sendo, no que se refere às componentes da Qualidade de Vida, consideramos que tanto a componente subjetiva como a componente objetiva devem ser analisadas. A componente subjetiva é imprescindível na avaliação de padrões de comportamentos e para providenciar interpretações pessoais sobre o impacto pessoal dos acontecimentos objetivos. Já a dimensão objetiva torna-se essencial na avaliação dos efeitos de intervenções terapêuticas (McIntyre, Barroso, & Lourenço, 2002).

Em suma, o presente estudo proporcionou-nos uma visão mais pormenorizada dos indivíduos que sofrem de depressão, tendo em conta o contexto terapêutico no qual estão inseridos (psiquiatria ou psicologia). O tipo de intervenção e as variáveis sociodemográficas (género, idade) são importantes, na medida em que podem influenciar a Qualidade de Vida dos pacientes. Percebe-se então que o impacto desta perturbação é negativo em quase todas as dimensões da Qualidade de Vida (McIntyre et al., 2002), tendo consequências nefastas no dia-a-dia (Thurin, 2001).

## REFERÊNCIAS

- Abrunheiro, L. (2005). A Satisfação com o suporte Social e a Qualidade de Vida no doente após transplante hepático. URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0255.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2002). DSM IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Perturbações Mentais (4ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores
- Andrews, F. M., Klem, L., Davidson, T. N., O'Malley, P. M., & Rodgers, W. L. (1981). *Aguide for selecting statistical techniques for analyzing social science data*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.
- Ballone, G. J., & Moura, E. C. (2008). Depressão na adolescência. URL: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=129>
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. URL: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-3142006000100006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-3142006000100006&script=sci_arttext&tlng=es)
- Becker, M. (1998). A US Experience: consumer responsive quality of life measurement. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10344887>
- Bowling, A. (2001). *Measuring Disease: A Review of Disease Specific Quality of Life Measurement Scale*. (2ª Ed). Philadelphia: Mc Graw Hill
- Castro Gonçalves, PM (2008). Avaliação da QDV relacionada com a saúde oral dos indivíduos portadores de próteses dentárias, removíveis e parciais. URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1119/3/Monografia.pdf>
- Fink, A. (1995). *How to ask survey questions*. London: Sage.

## QUALITY OF LIFE IN DEPRESSIVE PATIENTS FOLLOWED IN PSYCHOLOGY AND IN PSYCHIATRY

- Gil, A. C. (1999). *SPSS: Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: ATLAS
- Howell, D. C. (1997). *Statistics methods for psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Duxbury Press
- Kirsh, I, More, T. J., Scoboria, A., & Nicholls, S. S. (2004). The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the u.s. food and drug administration. URL: <http://alphachoices.com/repository/assets/pdf/EmperorsNewDrugs.pdf>
- Leval, N. (1995). Scales of depression, ill-being and the quality of life is there any difference? An essay in taxonomy. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7613536>
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- McIntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. URL: [http://www.saude-mental.net/pdf/vol4\\_rev5\\_artigo1.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev5_artigo1.pdf)
- Moncrieff, J., & Kirsh, I. (2005). Efficacy of antidepressants in adults. Acedido em 12, Outubro, 2011, em <http://www.bmj.com/content/331/7509/155.short>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed revista e ampliada). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. URL: [http://sigarra.up.pt/fpceup/publs\\_pesquisa.formview?p\\_id=10161](http://sigarra.up.pt/fpceup/publs_pesquisa.formview?p_id=10161)
- Pereira, A. (2008). *SPSS: Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (7ª Ed). Lisboa: Edições Sílabos
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (2ªEd). Lisboa: Edições Sílabo
- Pires, C. L. (2003). *Manual de psicopatologia: Uma abordagem biopsicossocial* (2ª Ed.revista). Leiria: Editorial Diferença
- Reis, E. (1999). *Estatística aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reis, E. (2000). *Estatística descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rugeri.M., Bisoffi. G., Fontecedro. L, & Warner. R. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: A Factor analytical approach. *British Journal of Psychiatry*. URL: <http://bjp.rcpsych.org/content/178/3/268.full.pdf+html>
- Santos. A.P.B (2010) Estudo da Relação das diferenças de género nas cognições antecipatórias, estratégias de coping e depressão em adultos. URL: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1312/tese%20Ana%20Patricia%20Santos%20v8.pdf?sequence=1>
- Skevington, S. M., & Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patient receiving antidepressant medication in primary care: Validation of the WHOQOL-100. URL: <http://bjp.rcpsych.org/content/178/3/261.full.pdf>
- Thurin. JM (2001). La Dépression: Impact économique et atteinte à la Qualité de Vie. URL: <http://www.psydoc-france.fr/bibliothq/sallelec/ItinDeprimes/Impact2.html>
- Wells.KB and Sturm.R (1995) Care for depression in a changing environment: *Health Affairs*. URL: <http://content.healthaffairs.org/content/14/3/78.full.pdf>
- World Health Organization (1996). *Whoqol-Bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- World Health Organization (1996). *Whoqol-Bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)