

Cindy Alves da Silva

**Qualidade de vida e correlatos sociodemográficos e clínicos:
perturbação bipolar *versus* esquizofrenia**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Cindy Alves da Silva

**Qualidade de vida e correlatos sociodemográficos e clínicos:
perturbação bipolar *versus* esquizofrenia**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Cindy Alves da Silva

**Qualidade de vida e correlatos sociodemográficos e clínicos:
perturbação bipolar *versus* esquizofrenia**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Rute Meneses.

Cindy Alves da Silva

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Resumo

A perturbação bipolar e a esquizofrenia são consideradas doenças mentais graves que atingem a população em geral. A sintomatologia provocada pela própria doença afeta diversas áreas da vida do indivíduo, podendo provocar um impacto negativo ao nível da qualidade de vida (QdV).

Assim, os objetivos da presente investigação são: analisar e comparar a QdV de indivíduos com perturbação bipolar e indivíduos com esquizofrenia; e analisar a QdV dos dois grupos em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e constituição do agregado familiar) e clínicas (duração da doença, existência de outros problemas de saúde e número de internamentos).

A amostra do estudo é constituída por 62 indivíduos, divididos em dois grupos: 31 indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar com idades compreendidas entre os 26 e os 66 anos de idade ($n=31$; $DP=12,64$), e 31 indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos de idade ($n=31$; $DP=7,89$). Para a avaliação foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico concebido especificamente para o estudo e a Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref.

Os resultados obtidos demonstram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra. Verificou-se que os indivíduos com esquizofrenia revelavam, em todos os domínios e na faceta geral, níveis inferiores de QdV quando comparados com os indivíduos com perturbação bipolar, sendo os *scores* obtidos nos vários indicadores, em ambos os grupos, inferiores ao ponto médio. Para além disso, existiam variáveis relacionadas com a QdV dos indivíduos com perturbação bipolar (idade, habilitações literárias, situação laboral, duração da doença e número de internamentos) e com esquizofrenia (idade e sexo).

Palavras-chave: qualidade de vida, perturbação bipolar, esquizofrenia.

Abstract

Bipolar disorder and schizophrenia are considered severe mental illnesses that affect the general population. The symptoms caused by the disease itself affect several areas in one's life thus causing a negative impact on the quality of life (QoL).

The objectives of this research are to analyze and compare the QoL of patients with bipolar disorder and also those with schizophrenia; analyze the QoL of these two groups in terms of sociodemographic variables (sex, age, marital status, educational attainment, employment status and family background) and health history (duration of the disease, presence of other health problems and hospital records).

The sample study consists of 62 individuals, divided into two groups: 31 individuals diagnosed with bipolar disorder aged between 26 to 66 years old (n=31; SD=12,64) and 31 individuals diagnosed with schizophrenia aged between 18 and 53 years old (n=31; SD=7,89). To conduct the evaluation, we used a questionnaire both sociodemographic and clinical, designed specifically for the study and World Health Organization Quality of Life Instrument Bref.

The results demonstrated that there were no statistically significant differences between the two sample groups. Studies showed that individuals with schizophrenia revealed in all areas and the overall facet, lower levels of QoL when compared to individuals with bipolar disorder. The values being obtained from various indicators from both groups are lower than the midpoint. In addition, there were different variables present related to the QoL of the patients with bipolar disorder (age, education level, employment status, duration of the disease and hospital records) and of the patients with schizophrenia (age and sex).

Keywords: quality of life, bipolar disorder, schizophrenia.

Résumé

Le trouble bipolaire et la schizophrénie sont considérés des maladies mentales graves qui affectent la population en général. Les symptômes causés par la maladie affectent plusieurs domaines de fonctionnement, pouvant avoir un impact négatif sur la qualité de vie (QdV).

Ainsi, les objectifs de cette investigation sont: analyser et comparer la QdV des personnes atteints de troubles bipolaires et de la schizophrénie; et d'analyser la QdV des deux groupes sur la base de variables sociodémographiques (le sexe, l'âge, l'état civil, le niveau de scolarité, le statut d'emploi et la constitution de la famille) et les cliniques (durée de la maladie, la présence d'autres problèmes de santé et le nombre d'hospitalisations).

La population de cette étude est constituée par 62 personnes, divisées en deux groupes: 31 personnes atteintes de trouble bipolaire âgés de 26 à 66 ans (n=31; DP=12,64), et 31 personnes souffrant de schizophrénie âgés entre 18 et 53 ans (n=31; DP=7,89). Pour l'évaluation, a été utilisé un questionnaire sociodémographique et clinique conçu spécifiquement pour l'étude et l'échelle de la qualité de vie WHOQOL-Bref.

Les résultats démontrent qu'il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes de la population. Il a été constaté que les personnes atteintes de schizophrénie ont révélé, dans tous les domaines et la facette globale, des niveaux inférieurs de la QdV par rapport aux personnes atteintes de trouble bipolaire, les scores obtenus dans les différents indicateurs des deux groupes, été inférieur au point moyen. En outre, il existait des variables associées à la QdV des personnes atteintes de trouble bipolaire (âge, niveau d'éducation, le statut de l'emploi, la durée de la maladie et le nombre d'admissions) et de la schizophrénie (âge et sexe).

Mots-clés: qualité de vie, trouble bipolaire, schizophrénie

*Pára-me de repente o pensamento
Como que de repente refreado
Na doida correria em que levado
Ia em busca da paz, do esquecimento...*

*Pára surpreso, escrutador, atento,
Como para um cavalo alucinado
Antes um abismo súbito rasgado...
Pára e fica e demora-se um momento.*

*Pára e fica na doida correria...
Pára à beira do abismo e se demora
E mergulha na noite escura e fria*

*Um olhar de aço que essa noite explora...
Mas a espora da dor seu flanco estria
E ele galga e prossegue sob a espora.*

Ângelo de Lima, in 'Antologia Poética'

*À minha mãe, pilar da minha vida,
pelo amor e apoio incondicional.*

Agradecimentos

A realização deste estudo não teria sido possível sem o apoio, colaboração e empenho de várias pessoas que ajudaram na sua concretização.

Começo por agradecer à Professora Doutora Rute Meneses, orientadora desta dissertação: o meu sincero agradecimento por toda a compreensão e motivação, bem como pelo apoio e disponibilidade prestada ao longo desta etapa.

Aos professores que ao longo do meu percurso académico me transmitiram conhecimentos e princípios que servirão de base no meu futuro profissional.

À Professora Doutora Cristina Canavarro por autorizar a utilização da Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref.

Ao Dr. João Figueiredo, supervisor de estágio, pela aprendizagem proporcionada, pela riqueza da experiência profissional e pessoal.

Aos meus pais, pelo apoio e amor incondicional ao longo da minha vida e principalmente durante a realização deste projeto. Em especial, à minha mãe pela crença inabalável na minha pessoa e nas minhas capacidades, pela proteção, segurança e valores transmitidos porque sem ela não seria a pessoa que sou hoje.

À minha irmã, Alexia, pelo companheirismo, pela sua amizade, pelas palavras confortantes e tranquilizantes. Obrigada pela pessoa maravilhosa que és e por acreditares que sou capaz.

Agradeço, em particular, ao Pedro, meu namorado, por todo o amor, apoio, companheirismo e paciência demonstrada, com quem pude partilhar as minhas angústias e receios, tendo sempre obtido uma palavra de coragem e incentivo. Obrigada por seres o meu porto seguro, por fazeres parte da minha vida e por acreditares em mim desde o primeiro momento.

À minha amiga e colega, Poliana, por todos os momentos partilhados, por todos os momentos únicos que vivemos ao longo destes anos.

À Direção-Geral do Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga, por autorizar a recolha dos dados necessários para a concretização desta investigação.

O meu sincero agradecimento vai também para todos os profissionais com os quais pude contar ao longo da recolha da minha amostra. Principalmente, ao Dr. Miguel Martins, à Dra. Vanessa Pais e à Dra. Isabel Milheiro, por disponibilizarem as datas das consultas externas de psiquiatria dos utentes com perturbação bipolar.

Aos funcionários da biblioteca central da Universidade Fernando Pessoa, pela ajuda prestada ao longo de todo o percurso académico.

E por fim, um agradecimento muito especial aos inquiridos, que generosamente se prontificaram a participar neste projeto porque sem eles este trabalho não poderia ter sido realizado.

Muito obrigada a todos!

Índice Geral

Resumo	v
Abstract.....	vi
Résumé.....	vii
Dedicatória.....	ix
Agradecimentos	x
Índice Geral.....	xii
Índice de Quadros	xv
Lista de Abreviaturas	xvi
Introdução	1

PARTE I – Enquadramento teórico

Capítulo I - Doença mental

1.1. Perturbação bipolar.....	7
1.1.1. Evolução histórica do conceito	7
1.1.2. Sinais e sintomas da perturbação bipolar	9
1.1.3. Diagnóstico clínico e tratamento da perturbação bipolar.....	11
1.1.4. Aspetos etiológicos e epidemiológicos da perturbação bipolar	13
1.2. Esquizofrenia.....	15
1.2.1. Evolução histórica do conceito	15
1.2.2. Sintomas e sinais da esquizofrenia.....	18
1.2.3. Diagnóstico clínico e tratamento da esquizofrenia	20
1.2.4. Aspetos etiológicos e epidemiológicos da esquizofrenia.....	22

Capítulo II - Qualidade de vida

2.1. Evolução histórica do conceito.....	24
2.2. Qualidade de vida na saúde e na doença mental	26
2.3. Fatores relacionados com a qualidade de vida	29
2.4. Qualidade de vida de doentes bipolares	31
2.5. Qualidade de vida de doentes com esquizofrenia.....	33

PARTE II – Estudo empírico

Capítulo III - Método

3.1. Desenho, objetivos e variáveis do estudo.....	37
3.2. Participantes	38
3.3. Material	42
3.4. Procedimento.....	44

Capítulo IV- Resultados

47

Capítulo V – Apresentação e discussão dos resultados

58

Conclusão.....

67

Referências bibliográficas

71

Anexos

Anexo A. Questionário sociodemográfico e clínico

Anexo B. Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref

Anexo C. Autorização para utilização da Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref

Anexo D. Carta a Diretora do Serviço de Psiquiatria do CHEDV

Anexo E. Carta ao Presidente do Conselho Administrativo do CHEDV

Anexo F. Carta à Comissão de Ética do CHEDV

Anexo G. Carta à Direção da Faculdade de Ciência Humanas e Sociais da Universidade
Fernando Pessoa

Anexo H. Consentimento informado

Índice de Quadros

Quadro 1 – <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=62)</i>	40
Quadro 2 – <i>Caracterização Clínica da Amostra (N=62)</i>	41
Quadro 3 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida nos Doentes Bipolares (N=31) e nos Doentes com Esquizofrenia (N=31)</i>	48
Quadro 4 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Idade</i>	49
Quadro 5 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função do Sexo</i>	50
Quadro 6 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função do Estado Civil</i>	51
Quadro 7 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função das Habilitações Literárias</i>	52
Quadro 8 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Situação Laboral</i>	53
Quadro 9 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Constituição do Agregado Familiar</i>	54
Quadro 10 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Duração da Doença</i>	55
Quadro 11 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Existência de Problemas de Saúde</i>	56
Quadro 12 – <i>Caracterização da Qualidade de Vida em Função do Número de Internamentos</i>	57

Lista de Abreviaturas

APA - *American Psychiatric Association*

CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

CHEDV- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

OMS- Organização Mundial da Saúde

QdV- Qualidade de Vida

QdVRS- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences (software)*

WHOQOL-Bref- *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref*

Introdução

A doença é caracterizada por uma série de sintomas ou sinais específicos que podem ser causados por fatores internos ou externos, sendo considerada como a condição anormal de um corpo ou organismo (Ribeiro, 2015). Por sua vez, a doença mental é uma barreira que impede o indivíduo de manter um contacto com o meio no qual se encontra inserido (Almeida, Felipes & Pozzo, 2011).

A doença mental pode traduzir-se como o adoecer psíquico do indivíduo que apresenta comportamentos que não são geralmente aceites pela sociedade (Spadini & Souza, 2006). A doença mental, não sendo entendida pela sociedade, leva ao paradigma da exclusão social, traduzindo-se no isolamento dos indivíduos diagnosticados com uma doença não sendo aceites de acordo com os padrões habituais (Spadini & Souza, 2006). Isto leva ao estigma da loucura que faz com que o doente perca a sua identidade como cidadão, sofrendo preconceitos e afastando-se progressivamente da sociedade (Spadini & Souza, 2006).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014), a doença mental é considerada uma perturbação clinicamente significativa que provoca uma disfunção psicológica, biológica ou comportamental no indivíduo.

A saúde mental e a doença mental são construções sociais que resultam de um processo bastante complexo que integra simultaneamente fatores biológicos, socioeconómicos, culturais, psicossociais e religiosos que interferem na história de vida dos indivíduos exercendo uma influência ao nível das suas atitudes relativamente à doença e ao processo de cura (Gonçalves, 2004).

A doença mental grave, que inclui a esquizofrenia, a perturbação bipolar e a depressão profunda, interfere de forma significativa na vida dos indivíduos que experienciam um sentimento de prazer e de satisfação bastante diminuídos (Bishop, Walling, Dott, Folkes & Bucy, 1999, citado por Guterres, 2002).

A perturbação bipolar e a esquizofrenia são consideradas doenças mentais graves devido a sua cronicidade, recorrência e à incapacidade que provocam (Kehrwaldl & Rohde, 2009). A perturbação bipolar é caracterizada por flutuações ao nível do humor que provocam um impacto negativo na vida do indivíduo (Kehrwaldl & Rohde, 2009).

Por sua vez, a esquizofrenia é das perturbações psiquiátricas mais graves caracterizada pela presença de sintomas positivos e negativos, que podem gerar prejuízos sérios na vida do indivíduo e dos seus familiares (Santana, Chianca & Cardoso, 2009). Essas perturbações são doenças bastantes estigmatizantes e pouco compreendidas pela sociedade.

Os profissionais de saúde encontram-se cada vez mais conscientes que a QdV dos indivíduos com patologias mentais graves é fulcral, quer nas dimensões teóricas, quer concetuais do tratamento (Guterres, 2002).

Ao longo das últimas décadas, o interesse pelo conceito da QdV e pelas suas aplicações a nível clínico, científico e político tem vindo a aumentar (Canavarro & Vaz Serra, 2010). No século XX, a QdV tornou-se um indicador fundamental para avaliar os serviços de saúde em geral e principalmente no âmbito das doenças crónicas, tais como as perturbações mentais graves que necessitam de tratamento prolongado (Fleury et al., 2013).

Atualmente, o termo emerge para a área da saúde como elemento fulcral, levando os profissionais de saúde a atuar em conformidade na prestação de cuidados, o que permite ao indivíduo atingir uma QdV favorável (Soares, 2002).

Ao longo do tempo, as doenças crónicas têm vindo a ser bastante estudadas devido a importância de encontrar estratégias para reduzir os fatores de risco envolvidos na mudança de estilo de vida que estão muitas vezes na base da QdV dos indivíduos (Azevedo, Silva, Tomasi & Quevedo, 2013).

O estudo da QdV em indivíduos com uma perturbação mental desencadeou-se nos anos 80 do século XX e tem vindo a crescer de forma substancial ao longo dos últimos anos (Guterres, 2002). Isto porque é fundamental para os profissionais compreender melhor as limitações e o sofrimento que se encontram ligados às doenças mentais, avaliando a QdV desses indivíduos (Guterres, 2002).

As temáticas abordadas no presente estudo surgem na sequência do estágio curricular realizado na unidade de psiquiatria/psicologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), E.P.E. que levou a autora a perceber uma influência clara da doença mental grave sobre a QdV dos doentes.

Neste sentido, foi desenvolvida uma investigação que tem como objetivo analisar se existem diferenças entre a QdV dos indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar e a dos indivíduos com esquizofrenia. Pretende-se também analisar a QdV dos dois grupos em função de um conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas.

O elevado número dos indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar e esquizofrenia presentes no CHEDV levou à seleção dessas amostras para a presente investigação, na medida em que podem ser consideradas patologias mentais limitadoras do funcionamento físico, psicológico e social do indivíduo.

Assim, a presente investigação encontra-se dividida em duas partes: a primeira corresponde ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo empírico. O enquadramento teórico é constituído por dois capítulos que integram uma síntese da revisão da literatura.

O Capítulo I é iniciado com a definição do conceito de doença mental permitindo uma compreensão mais aprofundada, fazendo alusão ao estigma e à discriminação que se encontram associados às doenças mentais. Neste capítulo são ainda abordados, de forma aprofundada, os conceitos de perturbação bipolar e esquizofrenia, nomeadamente a evolução histórica do conceito e a sua definição na atualidade; os sinais e sintomas associados à doença; o diagnóstico clínico e ainda os aspetos etiológicos e epidemiológicos de cada patologia.

No Capítulo II é abordada a temática da QdV: a evolução do conceito e a sua relação com a saúde e doença mental, os fatores associados e ainda a QdV na perturbação bipolar e na esquizofrenia.

O estudo empírico é constituído por três capítulos: no Capítulo III é apresentado o método utilizado, nomeadamente, o desenho, as variáveis e os objetivos do estudo. É descrita de forma pormenorizada a amostra, os instrumentos e todo o procedimento executado para a concretização do estudo.

No Capítulo IV são descritos os resultados obtidos após tratamento estatístico. No Capítulo V é realizada uma discussão dos resultados que são interpretados à luz do enquadramento teórico. E, para finalizar, é apresentada a conclusão desta investigação, bem como as limitações metodológicas e sugestões para estudos futuros, e de seguida as referências bibliográficas, assim como os anexos.

PARTE I – Enquadramento teórico

Capítulo I - Doença mental

Ao longo do tempo foram realizadas diversas tentativas de compreensão e explicação das doenças mentais, dado que não foi apenas em épocas ancestrais que as doenças eram consideradas como fenómenos inexplicáveis (Afonso, 2010). As doenças mentais foram alvo de várias especulações pelas suas características de alguma bizarria, incompreensibilidade e alienação, tal como ainda acontece nos dias de hoje (Afonso, 2010).

Hoje, a doença mental atinge cerca de 450 milhões de indivíduos, sendo que apenas a minoria usufrui de tratamento (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2001). As doenças mentais devido às suas características, aos tratamentos e aos cuidados prestados são responsáveis por anos vividos com incapacidade, uma vez que atuam de alguma forma na vida do indivíduo portador de doença mental (Macedo, 2010).

Ao longo das últimas décadas, os sistemas de cuidados de saúde sofreram uma mudança através da introdução de medicação antipsicótica, tendo sido os cuidados institucionalizados desviados para a sociedade (Macedo, 2010). Esta mudança deu-se devido ao reconhecimento das consequências sociais da doença, bem como das intervenções que permitem aumentar o nível de QdV dos indivíduos (Macedo, 2010).

A saúde mental é considerada indispensável para o bem-estar do indivíduo, da sociedade e do país, porém a nível mundial as perturbações mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade, o que se traduz num elevado sofrimento humano (OMS, 2001). As causas e/ou razões que se encontram associadas ao sofrimento podem ser mais ou menos evidentes, porém existe uma subjetividade face a vivência interior e pessoal do indivíduo (Gameiro, 1999).

Alguns autores humanistas, tais como Rollo May, Viktor Frankl, Carl Rogers e Maslow referem que a dor e o sofrimento são fundamentais ao crescimento humano (Guerra, 2001). O sofrimento não é algo desejável, isto porque acarreta uma série de consequências negativas, mas também oportunidades de desenvolver potenciais humanos (Guerra, 2001).

Em 1950 foram realizados estudos que demonstraram que a população em geral apresenta um desconhecimento elevado relativamente às doenças mentais que se traduz numa reação negativa face aos indivíduos que padecem de algum tipo de patologia

(Assis, Villares & Bressan, 2009). A ideia que os indivíduos com doença mental são violentos não corresponde à realidade isto porque, na maioria das vezes, são vítimas e não autores da violência (Assis et al., 2009).

Hoje em dia, os indivíduos com perturbação mental têm como tarefa resolverem os seus problemas de depressão, de demência, de esquizofrenia e de dependência de substâncias da melhor forma possível, ou seja, a doença transforma os doentes em vítimas, convertendo-os, por sua vez, em alvos de estigma e discriminação por parte da sociedade (OMS, 2001).

É possível verificar que os mitos sobre a doença mental e a estigmatização permanecem ao longo do tempo, existindo por parte da população um desconhecimento sobre o progresso ocorrido nas últimas décadas relativamente ao diagnóstico e ao tratamento das perturbações mentais (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM], 2007).

O estigma na doença mental é considerado um fenómeno tão antigo como complexo que afeta a vida quotidiana do indivíduo (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013). É uma fonte de sofrimento com diversas repercussões que representam um entrave à realização de projetos pessoais, provocando uma diminuição da auto-estima e do auto-conceito da própria pessoa (Xavier et al., 2013).

O estigma coloca o indivíduo que padece de uma patologia em desvantagem relativamente à população em geral quando procuram emprego, casa, direitos cívicos ou acesso ao tratamento (Assis et al., 2009). O estigma produz auto-estigma, levando à diminuição da auto-estima do indivíduo, que por sua vez contribui para uma pior QdV (Assis et al., 2009). Isto porque a saúde mental tem vindo a ser negligenciada, sendo o indivíduo que padece de uma determinada patologia vítima de vários tipos de discriminação (CNRSSM, 2007).

A discriminação, o estigma e a exclusão social são conceitos que se encontram interligados, existindo um ciclo vicioso entre eles (Monteiro, Lopes, Madeira & Seco, 2012). Os indivíduos com atitudes estigmatizantes irão discriminar indivíduos com doença mental, o que poderá provocar a exclusão dos mesmos dos contextos sociais e comunitários (Monteiro et al., 2012). Após esta breve contextualização sobre a doença mental, passar-se-á a explorar as perturbações mentais relativas ao presente estudo.

1.1. Perturbação bipolar

1.1.1. Evolução histórica do conceito

Ao longo dos anos, o diagnóstico de perturbação bipolar sofreu algumas modificações devido às ideias da Grécia Antiga e do autor Emil Kraepelin, encontrando-se o conceito de bipolaridade a expandir-se para além dos critérios atualmente válidos (Alcantara et al., 2003).

A primeira classificação de perturbação mental foi desenvolvida por Hipócrates, que discriminou os termos mania, melancolia e paranoia (Campos, Campos & Sanches, 2010). No século I d.C., a mania e a melancolia foram descritas por Aretaeus da Capadócia como fenómenos da mesma doença, tendo sido considerada a primeira conceção do termo bipolaridade (Campos et al., 2010).

Na Antiguidade, Hipócrates, que foi considerado o pai da medicina grega e ocidental descrevia quadros de melancolia, também designados por depressão, e quadros de mania sem estabelecer uma ligação entre os dois como estados de uma doença comum (Tung, 2007). Hipócrates descrevia o quadro de melancolia como sendo um humor soturno que tinha um caráter delirante e invadia o psiquismo humano (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

A descrição da perturbação bipolar foi realizada no período grego clássico com tentativa de obter uma perspetiva médica ou filosófica (Campos et al., 2010). Aretaeus também descreveu o conceito de ciclotimia, tendo sido considerado o primeiro esforço nosológico que levou ao conceito de perturbação bipolar (Alcantara et al., 2003).

Em 1809, Pinel descreveu o conceito de melancolia como uma doença constituída por um número restrito de delírios em oposição à mania ou delírio que afeta todas as faculdades da mente do indivíduo (Pereira, Dias, Caeran, Collares & Penteado, 2010). Por sua vez, Esquirol, discípulo de Pinel, abandonou o termo melancolia uma vez que o considerou impróprio para uso técnico, passando a reconhecer a perturbação afetiva como algo distinto de perturbação mental que designou de *lypemanie* (Pereira et al., 2010). O autor realizou um distanciamento do termo global da loucura, aproximando-se do termo de loucura parcial, que é oriundo das emoções (Moreira & Bloc, 2012).

No século XIX, Jules Baillarger e J.P. Falret elaboraram as primeiras concepções acerca da doença maníaco-depressiva como sendo uma entidade nosológica única (Moreira & Bloc, 2012). Em 1854, Jules Baillarger descreveu a perturbação bipolar como *la folie à double forme* e, duas semanas depois, Jean-Pierre Falret descreveu na mesma revista a doença como sendo *la folie circulaire* termo que usava para ensinar os seus alunos no hospital Salpêtrière (Mondimore, 2003). Ambos os autores caracterizavam a doença por períodos alternados de melancolia e mania separados por períodos de humor normal (Mondimore, 2003).

Dunner et al. (1976, citado por Alcantara et al., 2003) introduziram uma distinção separando a perturbação bipolar em dois subtipos, nomeadamente a perturbação bipolar I, caracterizada por episódios maníacos, e a perturbação bipolar II, caracterizada por episódios hipomaníacos (Moreira & Bloc, 2012), tendo sido no século XX o conceito de perturbação bipolar diferenciado da esquizofrenia (Tung, 2007).

Uma das mais importantes distinções realizadas entre as duas patologias foi a deterioração que ocorria na esquizofrenia e que Kraepelin denominou por “*demência praecox*”, uma vez que a probabilidade de recuperação entre os episódios era menor, ao contrário do que ocorria na perturbação bipolar (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

Em 1950, a depressão unipolar passou a ser distinguida da depressão bipolar, separando os indivíduos que tivessem sintomas de mania e depressão (doentes bipolares) daqueles que só apresentassem sintomas depressivos (doentes unipolares) (Tung, 2007). Geralmente, os indivíduos bipolares apresentam episódios depressivos no início da doença, o que pode confundir o diagnóstico, sendo categorizados como doentes unipolares. Porém, anos depois apresentam sintomas maníacos, sendo deste modo diagnosticados corretamente com perturbação bipolar (Tung, 2007).

A doença bipolar é considerada uma perturbação de humor com vários graus de gravidade e diversas apresentações clínicas, existindo características essenciais a todas as variantes clínicas (Canavarro & Vaz Serra, 2010). A doença caracteriza-se pelo aparecimento de episódios de elevação ou abaixamento de humor, de forma recorrente ou cíclica ao longo da vida do indivíduo (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

A perturbação bipolar é uma doença mental que resulta de uma alteração nos mecanismos que regulam o humor (Mondimore, 2003). A palavra humor pode ser

caracterizada como sendo um conjunto de sentimentos que permite ao indivíduo exprimir uma sensação de conforto ou desconforto perante determinada situação (Mondimore, 2003). Os investigadores acreditam que os sintomas bipolares são causados por uma desregulação ao nível das células cerebrais que regulam as emoções, os ritmos circadianos e o comportamento (Suppes & Dennehy, 2009).

A perturbação bipolar tem como principal característica a instabilidade que provoca ao nível das funções cerebrais, que é possível de ser identificada através do estado de humor do indivíduo, uma vez que pode variar de uma enorme tristeza a uma alegria exagerada (Tung, 2007). Alguns pacientes diagnosticados com perturbação bipolar permanecem durante anos num estado depressivo, isto porque a mudança pode ocorrer em poucos horas ou poucos dias, mas também pode durar semanas, meses ou anos (Tung, 2007).

O indivíduo após ter sido diagnosticado com perturbação bipolar necessita de consultas e tratamentos continuados para reduzir a sintomatologia (Suppes & Dennehy, 2009). A nível mundial, a perturbação bipolar é considerada uma das maiores causas de incapacidade, tanto para homens como para mulheres (Costa, 2008).

Uma maior ou menor capacidade de *insight*, por parte do indivíduo, acerca de estar doente ou apresentar sintomas pode ter um impacto na evolução da doença, afetando a adesão ao tratamento (Silva, Mograbi, Landeira-Fernandez & Cheniaux, 2014). Assim, os pacientes que não aderem ao tratamento apresentam um maior risco de recaída, sendo a falta de *insight* considerada a principal causa de não-adesão (Banayan, Papetti, Palazzolo, Pringuey & Darcourt, 2007).

Na perturbação bipolar os indivíduos demonstram uma falta de consciência sobre estar doente ou apresentar sintomas ou sinais específicos da própria doença (Silva et al., 2014). A capacidade de *insight* tem vindo a ser estudada desde do final do século XIX em indivíduos com défices neurológicos, tendo sido pesquisada recentemente em indivíduos com patologia psiquiátrica (Silva et al., 2014).

1.1.2. Sinais e sintomas da perturbação bipolar

A perturbação bipolar é considerada o camaleão das perturbações psiquiátricas, isto porque os sintomas podem variar de indivíduo para indivíduo, e, no mesmo indivíduo, de episódio para episódio (Mondimore, 2003).

A perturbação bipolar é considerada uma doença mental grave caracterizada por episódios alternados de humor que podem variar em intensidade, duração e frequência (Rocca & Lafer, 2006). Para além dos episódios de mania, hipomania e depressão existem episódios mistos caracterizados pela presença de sintomas quer maníacos/hipomaníacos, quer depressivos (Rocca & Lafer, 2006). Porém, os episódios mistos deixaram de constar no DSM-5 como um subtipo da perturbação bipolar, tornando-se num especificador “com características mistas” que também pode ser utilizado na depressão unipolar (Araújo & Neto, 2014).

A mania pode ser caracterizada por uma alteração do humor, uma diminuição do sono, um aumento de energia associado a uma agitação psicomotora elevada (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005). No que diz respeito ao pensamento, torna-se mais rápido, podendo ocorrer uma pressão da fala devido ao aumento de ideias muitas vezes delirantes que afastam o indivíduo da realidade (Moreno, et al., 2005). É a fase que leva a um maior número de internamentos (Moreno, et al., 2005). Geralmente, a mania pode provocar um impacto significativo na vida do indivíduo, levando à não-empregabilidade, que se traduz numa instabilidade financeira e um desequilíbrio ao nível das relações familiares e afetivas (Suppes & Dennehy, 2009).

No que diz respeito à hipomania, é um estado semelhante à mania, mas mais leve e regra geral mais breve (Moreno et al., 2005). Tal como acontece no estado de mania, existe uma mudança ao nível do humor do indivíduo para a euforia ou irritabilidade, uma diminuição do sono, um aumento de contactos sociais, entre outras (Moreno et al., 2005). Porém, o prejuízo do indivíduo, comparativamente a fase de mania não é tão intenso (Moreno et al., 2005). A hipomania geralmente não se traduz em sintomas psicóticos, nem leva ao internamento (Moreno et al., 2005). No entanto, torna o indivíduo mais impulsivo, podendo o próprio tomar decisões que podem trazer consequências duradouras e repercussões no quotidiano (Suppes & Dennehy, 2009). Na fase de hipomania, o humor instável do indivíduo pode progredir para um estado de mania ou depressão (Suppes & Dennehy, 2009).

A depressão na perturbação bipolar é algo mais difícil de delimitar que a mania ou hipomania (Mondimore, 2003). As pessoas que não sofrem da patologia atravessam períodos de tristeza que são suportados por um estado reativo normal (Mondimore, 2003). No indivíduo com perturbação bipolar, o humor em vez de ser reativo é limitado,

ou seja, existe apenas um estado único de humor que é a depressão (Mondimore, 2003). Os sintomas depressivos acontecem cerca de 3,5 vezes mais que os sintomas de mania e 5 vezes mais que os sintomas mistos ou de ciclagem rápida, tornando-se predominantes (Costa, 2008).

A perturbação bipolar pode ser considerada uma doença com muitos começos e muitos fins, uma vez que os sintomas podem surgir e desaparecer ao longo da vida do indivíduo, sem qualquer tratamento durante longos anos seguidos (Mondimore, 2003).

1.1.3. Diagnóstico clínico e tratamento da perturbação bipolar

A avaliação da perturbação bipolar deve ser realizada tendo por base a identificação dos episódios do indivíduo, nomeadamente: a depressão, a mania ou a hipomania e os episódios considerados mistos ou disfóricos. Existindo, para além desses episódios, fatores tais como os ciclos rápidos e a presença de sintomas psicóticos que ajudam a especificar o diagnóstico (Suppes & Dennehy, 2009). A perturbação bipolar é uma doença que ocorre de forma frequente e causa diversos problemas e prejuízos, tendo vindo a aumentar de geração em geração (Tung, 2007).

A primeira vez que a doença se manifesta com um quadro maníaco e a presença de sintomas psicóticos, existe uma grande dificuldade em atribuir um diagnóstico devido a necessidade de realizar à sua distinção de um quadro de esquizofrenia (Canavarro & Vaz Serra, 2010). Na perturbação bipolar, o grau de severidade dos episódios de aumento de humor vão permitir definir os subtipos, nomeadamente a perturbação bipolar I, caracterizada por episódios de mania, e a perturbação bipolar II, caracterizada por episódios de hipomania (Canavarro & Vaz Serra, 2010). A distinção é realizada tendo por base a gravidade e a intensidade dos sintomas que geralmente predominam de forma mais intensa na mania (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

A perturbação bipolar I é caracterizada por episódios de mania e depressão grave, ocorrendo um período designado por “hibernação” em que a sintomatologia desaparece (Mondimore, 2003). O número de episódios pode variar, porém, um indivíduo que apresente apenas um ou dois episódios ao longo da vida é uma exceção à regra (Mondimore, 2003). Por sua vez, a perturbação bipolar II é um quadro clínico caracterizado por oscilações de humor recorrentes, que consiste em um ou mais episódios depressivos major e pelo menos na existência de um episódio hipomaníaco ao

longo da vida do indivíduo (APA, 2014). Os indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar I que sofrem ao longo de 1 ano múltiplos episódios de humor, tais como depressão major, mania ou hipomania recebem o especificador de “ciclos rápidos” (APA, 2014).

Nos indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar existe uma tendência para ocultar as flutuações de humor, sendo necessário uma avaliação completa para detetar a doença (Suppes & Dennehy, 2009). Isto pode ocorrer devido à falta de *insight* do indivíduo acerca da própria doença, existindo uma incapacidade de identificar os sintomas que pode estar associada ao desejo de não usar medicação ao longo da vida (Suppes & Dennehy, 2009).

Existem consequências associadas à atribuição incorreta do diagnóstico, nomeadamente: uma menor probabilidade do indivíduo usufruir de um tratamento com fármacos de primeira linha; uma prescrição mais frequente de antidepressivos que se traduz em taxas mais elevadas de suicídio e hospitalizações mais recorrentes (Costa, 2008).

Na perturbação bipolar o tratamento encontra-se dividido em três fases, nomeadamente: a fase aguda, de continuação e de manutenção (Pimenta, 2009; Souza, 2005). A fase aguda tem como objetivo tratar os sintomas de mania sem provocar depressão e/ou melhorar os sintomas de depressão sem provocar sintomas de mania (Pimenta, 2009; Souza, 2005). A fase de continuação tem por base estabilizar os benefícios adquiridos, reduzir os efeitos colaterais associados à medicação, tratando o indivíduo até a remissão de sintomatologia, ajudando a prevenir formas de recaídas (Pimenta, 2009; Souza, 2005). Por fim, a fase de manutenção tem como meta prevenir a sintomatologia maníaca ou depressiva, promovendo a recuperação funcional permanecendo o indivíduo em remissão de sintomas (Pimenta, 2009; Souza, 2005).

O tratamento da perturbação bipolar tem vindo a aumentar de forma considerável devido ao uso de anticonvulsivantes e antipsicóticos atípicos (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005). Na patologia, o uso de fármacos tem como objetivo restaurar o comportamento do indivíduo, controlar os sintomas agudos e prevenir novos episódios (Moreno et al., 2005).

Segundo Pimenta (2009), os fármacos mais utilizados no tratamento da perturbação bipolar são os estabilizadores de humor, os antipsicóticos e os antidepressivos. Os estabilizadores de humor começaram a ser utilizados na década de 60 do século XX, demonstrando um controlo sobre os episódios de mania e os estados mistos, reduzindo a frequência e a gravidade das recorrências no indivíduo (Pimenta, 2009). O mesmo autor refere que os antipsicóticos também são bastante utilizados, especialmente no tratamento de episódios maníacos devido à tolerabilidade e eficácia. Existem os antipsicóticos típicos, que são eficazes no tratamento da mania, mas que não apresentam resultados na depressão bipolar (Pimenta, 2009). Por sua vez, os antipsicóticos atípicos são mais vantajosos no tratamento da perturbação bipolar, encontrando-se os efeitos adversos diminuídos (Pimenta, 2009). Por fim, os antidepressivos são geralmente combinados com os estabilizadores de humor na depressão bipolar grave ou recorrente (Pimenta, 2009).

No tratamento da perturbação bipolar a medicação é fundamental devido a forte carga genética da doença (Tung, 2007). No entanto, os indivíduos com humor relativamente estável e que usufruem de um tratamento medicamentoso adequado podem apresentar deficiências funcionais significativas (Suppes & Dennehy, 2009).

O tratamento de primeira linha na perturbação bipolar é o farmacológico, uma vez que permite reduzir a sintomatologia do indivíduo quando se encontra em fase aguda de doença (Berk, 2011). De acordo com o mesmo autor, os doentes sob efeito de fármacos mantêm um humor estável e uma boa QdV, sendo que os medicamentos mais indicados e benéficos de tratamento são os estabilizadores de humor e os antipsicóticos atípicos.

1.1.4. Aspetos etiológicos e epidemiológicos da perturbação bipolar

Estudos epidemiológicos realizados ao longo das duas últimas décadas permitiram compreender as consequências diretas e indiretas sobre o funcionamento individual, familiar e social do indivíduo provocadas pelas perturbações mentais (Lima, Tassi, Novo & Mari, 2005). As pesquisas epidemiológicas realizadas proporcionaram informações fulcrais sobre a frequência, os fatores de risco, a incapacidade social e a utilização de serviços de saúde, permitindo descrever a fenomenologia da perturbação bipolar (Pereira et al., 2010), ainda que existam algumas incongruências na literatura em relação à etiologia desta perturbação.

A perturbação bipolar é uma doença complexa que se encontra associada a fatores genéticos, biológicos e ambientais (Henry & Gay, 2004; Tung, 2007). No que diz respeito aos fatores genéticos, existe uma maior probabilidade de desenvolver a doença nos indivíduos com grau de parentesco (10%), comparando com a população em geral (1%) (Henry & Gay, 2004).

O risco de um indivíduo desenvolver perturbação bipolar com a presença de um progenitor afetado é de 5%, podendo chegar aos 15% com a existência de tios portadores. Caso os dois progenitores sejam portadores da doença, existe um risco de 30%, podendo aumentar com a existência de outros familiares afetados com a patologia (Michelon & Vallada, 2005).

Relativamente aos fatores ambientais, os eventos traumáticos podem precipitar o aparecimento da doença (Henry & Gay, 2004). Geralmente, o primeiro episódio é desencadeado por picos de stresse associados a mudanças na vida do indivíduo, tal como o início de um emprego, a entrada para a faculdade, o casamento ou nascimento de um filho (Suppes & Dennehy, 2009). Existe uma grande probabilidade (cerca de 50%) de uma depressão que ocorreu no início da infância ou na idade adulta jovem se tornar no futuro uma perturbação bipolar (El-Mallakh & Ghaemi, 2008).

Ao longo das últimas décadas, Suppes e Dennehy (2009) chegaram à conclusão que a perturbação bipolar tem a sua origem na instabilidade ou no mau funcionamento da mente do indivíduo e não em causas ambientais, como outros autores defendem (Tung, 2007). A perturbação bipolar é considerada uma doença hereditária, ou seja, o indivíduo torna-se vulnerável ao desenvolvimento da perturbação devido à interação dos genes (Suppes & Dennehy, 2009).

A perturbação bipolar tem uma prevalência entre 1-2% na população em geral, sendo uma patologia comum em ambos os sexos (Henry & Gay, 2004). A prevalência varia conforme o subtipo da doença: entre 0,6% e 0,9% para os indivíduos com perturbação bipolar do tipo I, aumentando para indivíduos com perturbação bipolar II entre 1,2% a 1,5% (Canavarro & Vaz Serra, 2010). Existe uma taxa de recorrência dos episódios superior a 90%, sendo que 10 a 15% dos indivíduos podem vivenciar mais de dez episódios ao longo da sua existência (Costa, 2008).

Geralmente, a depressão é mais comum nos indivíduos do sexo feminino do que nos indivíduos de sexo masculino (Tung, 2007). No que diz respeito a perturbação bipolar do tipo II as proporções são similares. Em contrapartida, na perturbação bipolar do tipo I, o número de mulheres é semelhante ao número de homens afetados deixando de existir essa diferença (Tung, 2007).

Na perturbação bipolar, os sintomas surgem entre os 18 e os 22 anos de idade, no entanto o início da patologia não se encontra limitado ao início da idade adulta (Almeida, 2004), podendo ser diagnosticada em indivíduos com idades superiores a 50 anos (Pimenta, 2009). A idade de início estimada para a perturbação bipolar I é de 18 anos e para a perturbação bipolar II de 22 anos (Lima, Tassi, Novo & Mari, 2005).

Geralmente, os sintomas aparecem antes dos 25 anos, com idade média aos 20 anos para o início dos primeiros sintomas (Suppes & Dennehy, 2009). No entanto, o tempo médio para estabelecer um diagnóstico correto pode demora 8 a 9 anos, uma vez que os sintomas se desenvolvem de forma gradual ao longo do tempo e não de forma repentina, sendo difíceis de identificar (Suppes & Dennehy, 2009). Alguns estudos realizados com pacientes deprimidos demonstram que os indivíduos com idade de início de aparecimento da doença inferior a 25 ou 30 anos encontram-se mais propícios a desenvolver uma perturbação bipolar (El-Mallakh & Ghaemi, 2008). E de seguida, será explorada de forma pormenorizada a esquizofrenia.

1.2. Esquizofrenia

1.2.1. Evolução histórica do conceito

Em termos históricos, o conceito de esquizofrenia data do final do século XIX e da descrição de demência precoce (Pull, 2005) que o psiquiatra alemão Emil Kraepelin, na IV edição do seu Tratado de Psiquiatria (1893), descreve em três formas clínicas, nomeadamente: Hebefrenia, Catatonia e Paranoide (Afonso, 2010). No entanto, outros autores como Bleuler, Schneider, Jaspers e Jackson tiveram influência sobre o conceito atual de esquizofrenia (Pull, 2005).

Em 1911, o psiquiatra suíço Bleuler questionando o caráter inevitável e terminal da demência, introduzindo o termo esquizofrenia, pela qual a perturbação mental é hoje

conhecida (Campos, 2009). O termo esquizofrenia deriva do grego *schizein*, que significa fenda ou cisão, e *phrenós*, que designa o pensamento (Afonso, 2010).

A esquizofrenia é considerada uma perturbação psiquiátrica universal que independentemente da cultura do indivíduo apresenta sintomas comuns, tais como: falta de *insight*, alucinações, quer auditivas, quer visuais, sonorização do pensamento, embotamento afetivo e delírios (Elkis, 2000).

Os conceitos identificados por parte de Kraepelin, Bleuler e Schneider constituíram a base para compreender a esquizofrenia, encontrando-se presentes nos critérios de diagnóstico de esquizofrenia (Elkis, 2000).

Por sua vez, Jackson recorreu aos termos positivos e negativos para distinguir fenómenos neurológicos primários de secundários (Pull, 2005). Os sintomas negativos resultam de lesões cerebrais que são responsáveis pelo comportamento humano, por sua vez os sintomas positivos refletem processos cerebrais que são desinibidos ou liberados pelo cérebro que se encontra lesionado (Pull, 2005).

Em 1980, Crow introduziu a ideia de dimensões, nomeadamente a dimensão positiva, que correspondia a um quadro agudo, reversível mas com boa resposta ao tratamento neuroléptico, e a dimensão negativa, que dizia respeito a um quadro com má resposta ao tratamento neuroléptico (Elkis, 2000).

Para Crow, os indivíduos com esquizofrenia do tipo I manifestam sintomas positivos acentuados, respondem de forma adequada à medicação e têm um curso da patologia súbito, bem como um prognóstico favorável a longo prazo. Por sua vez, os indivíduos com esquizofrenia do tipo II manifestam sintomas negativos, não respondem de forma adequada à medicação e têm um curso insidioso, com um prognóstico desfavorável a longo prazo (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010).

O conceito moderno de esquizofrenia foi originado por Kraepelin e Bleuler há quase 100 anos, tendo sido alvo ao longo destes últimos 25 anos de uma enorme pesquisa (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010).

A esquizofrenia é considerada uma entidade clínica complexa, uma vez que não existe uma definição que englobe as manifestações da totalidade dos doentes que dela

sofrem. O único ponto unificador da sintomatologia é a perda crítica do indivíduo acerca da realidade (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

É uma doença recorrente que provoca incapacidade crónica que leva a excentricidade, a inadaptação social e/ou invalidez do indivíduo, requerendo por vezes um internamento hospitalar prolongado (Cardoso, 2002).

A esquizofrenia é caracterizada pela presença de sintomas psicóticos, défices cognitivos e distorção do pensamento que afeta, por sua vez, a interação interpessoal e social do indivíduo. É considerada uma das dez doenças mais incapacitantes, sendo que a esperança de vida dos indivíduos que padecem de esquizofrenia encontra-se reduzida em média 10 anos (Mendez, Gunten & Antunes, 2015).

Existem três fases de evolução na esquizofrenia, nomeadamente, a fase aguda, a fase de estabilização e manutenção, e recaída (Afonso, 2010). A fase aguda é considerada a fase ativa da doença, em que geralmente predomina a sintomatologia psicótica, sendo inevitável o internamento, isto porque o doente não se encontra consciente da doença, não aderindo de forma voluntária ao tratamento em ambulatório (Afonso, 2010). No entanto, o internamento deve ser o mais curto possível (entre 15 a 30 dias), permitindo encontrar a dose de antipsicótico ideal. Após a agitação e/ou agressividade melhorar, o indivíduo pode voltar a ter acompanhamento na comunidade, mesmo que não tenha tido uma remissão total dos sintomas (Shirakawa, 2000).

A fase de estabilização e manutenção ocorre após ter sido atribuída a terapêutica mais adequada para o controlo de sintomas positivos da doença. Esta fase é fundamental para prevenir a recaída, uma vez que a taxa de recaída diminui quando os doentes se encontram sob efeito de medicação antipsicótica (Afonso, 2010). Por fim, a fase de recaída pode ocorrer ao longo do tempo, sendo fulcral preveni-la prolongado a fase de remissão dos sintomas. Geralmente, a falta de adesão à medicação antipsicótica é principal causa de recaída (Afonso, 2010).

Os indivíduos que padecem de esquizofrenia geralmente têm falta de *insight* ou de consciência da própria patologia, ou seja, não têm consciência da sintomatologia provocada pela doença que se encontra presente ao longo de todo o curso da patologia (APA, 2014).

Para David (1990, citado por Billiet, Antoine, Lessage & Sangare, 2009), a capacidade de *insight* é constituída por três dimensões, nomeadamente, a consciência de estar doente, reconhecer o caráter patológico dos sintomas, tais com os delírios e as alucinações, e, por último, aceitar a necessidade do tratamento (Lançon et al., 2011).

A falta de insight por parte dos indivíduos que padecem de esquizofrenia é algo comum: cerca de 50 a 80% não reconhece que se encontra doente ou que necessita de tratamento (Casino & Vicente, 2008). Geralmente, é um dos principais problemas para os médicos instaurarem um plano de tratamento, que acaba por ser recusado pelo doente, que o considera dispensável, uma vez que não tem consciência da sua doença e sintomatologia (Casino & Vicente, 2008).

Estudos demonstram que a capacidade de *insight* em indivíduos bipolares e em indivíduos com esquizofrenia é semelhante. No entanto, outros estudos demonstram que o *insight* em indivíduos bipolares é superior quando comparada com indivíduos com esquizofrenia (Silva et al., 2014).

1.2.2. Sintomas e sinais da esquizofrenia

Ao longo dos anos, foram descritos diversos sinais e sintomas para definir a caracterização clínica da esquizofrenia separando-a das restantes perturbações mentais (Pull, 2005). O diagnóstico de esquizofrenia não pode ser realizado tendo por base um único sinal ou sintoma, uma vez que o quadro clínico é diversificado e dificilmente perceptível, variando ao longo da evolução da doença (Afonso, 2010).

A esquizofrenia é uma doença que pode ter um início agudo ou insidioso, apresentando a maioria dos indivíduos alguns sinais prodrómicos, que se manifestam de forma lenta e progressiva, através de diversos sinais e sintomas tais como: o isolamento social, a perda de interesse na escola e no trabalho, a deficiência na higiene e cuidados pelo próprio, etc. (Campos, 2009). Ao longo desse período, o indivíduo altera a forma como percebe o mundo e o relacionamento com os outros (Assis, et al., 2009).

Os indivíduos com esquizofrenia manifestam geralmente dificuldade em terminar os estudos, manter um emprego e integrar-se na sociedade, isto porque são alvos de estigmatização e discriminação (Amaro, 2005).

Os sintomas envolvem aspetos que se encontram ligados ao pensamento, nomeadamente à forma e ao conteúdo, à perceção, ao rendimento cognitivo, à afetividade e ao comportamento, que leva o indivíduo que padece de esquizofrenia a ter dificuldades nas relações interpessoais, perdendo por vezes o contacto com a realidade (Afonso, 2010). Os sintomas da esquizofrenia provocam disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, porém, a perturbação não possui um sintoma que seja específico (APA, 2014).

É uma doença que pode manifestar-se de diferentes formas: o indivíduo com esquizofrenia pode manifestar sintomas de distorção da realidade, nomeadamente ideias delirantes e alucinações. É frequente, o doente com esquizofrenia apresentar uma redução das suas capacidades de expressão, demonstrar dificuldades na realização de tarefas do quotidiano e isolamento social, sendo sintomas que permanecem estáveis (Favrod & Maire, 2014).

É possível dividir os sintomas da doença em negativos e positivos. Os sintomas positivos incluem os delírios (persecutórios, referenciais, somáticos ou religiosos), que correspondem às crenças inabaláveis que o indivíduo possui apesar de existirem evidências contrárias; as alucinações (visuais, tácteis, olfativas e auditivas) têm um carácter pejorativo para o indivíduo e ocorrem sem a presença de um estímulo externo; o pensamento desorganizado é inferido através do discurso de um indivíduo, ou seja, o indivíduo muda de assunto, não relaciona as perguntas que lhe são colocadas, tornando o discurso de tal forma desorganizado que fica incompreensível para outrem; por fim, o comportamento motor desorganizado manifesta-se através de uma dificuldade em realizar atividades do dia-a-dia (Afonso, 2010; APA, 2014).

As alucinações e os delírios podem ser observados na esquizofrenia em algum momento da doença, sendo que as alucinações visuais ocorrem em 15% dos indivíduos, as auditivas em cerca de 50% e as tácteis em 5% dos doentes. No que diz respeito aos delírios, podem ocorrer em mais de 90% nos indivíduos com esquizofrenia (Pull, 2005).

Por sua vez, os sintomas designados por negativos acompanham a evolução da esquizofrenia, provocando um défice ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais (Afonso, 2010). Na esquizofrenia, os sintomas negativos que acompanham a doença são a diminuição da expressão facial; a avaliação, que deixa o indivíduo com falta de iniciativa própria para realizar

determinadas tarefas; a alogia, que diz respeito à diminuição do discurso; a anedonia, que é a falta de prazer face a estímulos positivos e, por fim, o isolamento social, que corresponde à falta de interesse para iniciar algum tipo de interação social (APA, 2014).

É fundamental salientar que os sintomas positivos respondem melhor à intervenção farmacológica, podendo o indivíduo atingir a remissão total da sintomatologia (Campos, 2009). Relativamente aos sintomas negativos, verifica-se uma pior resposta à medicação, colocando importantes desafios à intervenção, no sentido de evitar a dependência dos doentes face aos elementos da família e face às instituições de saúde (Campos, 2009).

1.2.3. Diagnóstico clínico e tratamento da esquizofrenia

As manifestações clínicas podem aparecer nos indivíduos de forma diferente: em alguns casos surge um único episódio ao longo da vida, noutros casos, ocorrem episódios de forma recorrente, mas que não impedem o indivíduo de ter uma vida quase normal, existindo ainda alguns indivíduos que apresentam sintomas graves, que vão persistir ao longo de toda a existência (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

No que diz respeito ao diagnóstico de esquizofrenia, não existe possibilidade de determinar o grau da doença através de exames sanguíneos, daí a necessidade do indivíduo descrever de forma pormenorizada os sintomas que vivencia, permitindo ao profissional uma prescrição farmacológica com efeitos secundário reduzidos (Favrod & Maire, 2014).

O médico que realiza o diagnóstico tem de excluir as doenças que possam produzir sintomatologia semelhante à esquizofrenia (Afonso, 2010). Isto porque, para obter um diagnóstico correto, é fulcral identificar os sinais e sintomas que se encontram associados a défices ao nível do funcionamento ocupacional e/ou social do indivíduo (APA, 2014).

Ao longo da vida, o indivíduo vivencia emoções intensas que podem desencadear um surto psicótico com sintomas idênticos aos da esquizofrenia. No entanto, é uma situação de curta duração, existindo uma remissão total de sintomatologia. Geralmente, um episódio semelhante não reaparece na vida do indivíduo (Afonso, 2010).

No diagnóstico de esquizofrenia, devem encontrar-se presentes pelo menos dois sintomas, como: alucinações, delírios, discurso e/ou comportamento desorganizado e também é possível estarem presentes sintomas negativos, num período de tempo de um mês ou mais (APA, 2014). É pertinente realçar que os subtipos da esquizofrenia, com a nova versão do DSM-5, foram retirados da classificação final. Isto porque apresentavam pouca validade e não demonstravam diferenças relativamente ao curso da doença ou resposta ao tratamento (Araújo & Neto, 2014), daí o presente estudo não fazer alusão aos mesmos.

A esquizofrenia pode apresentar diversas formas clínicas de evolução, isto porque ao longo dos anos as doenças mentais têm sofrido alterações. Os critérios que designam uma determinada doença há 40 anos atrás diferem de agora, porém não significa que a doença se alterou (Afonso, 2010).

Os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, quando comparados com indivíduos saudáveis, apresentam necessidades adicionais relacionadas com a sua sintomatologia, precisando de tratamento permanente e constante (Souza & Coutinho, 2006). O tratamento da esquizofrenia deve atuar a vários níveis, permitindo manter ou reconduzir o indivíduo a uma QdV favorável, uma vez que a medicação por si só não vai curar todos os sintomas da doença (Cardoso, 2008). Tal como se pode verificar na literatura, o tratamento farmacológico tem efeitos positivos sobre a sintomatologia e o funcionamento do indivíduo, embora, a QdV ainda se encontre prejudicada em alguns doentes, principalmente a nível afetivo, emocional e social (Faugere, et al., 2015).

Ao longo dos últimos anos, foram efetuados avanços importantes relativamente à medicação da esquizofrenia, devido à introdução de fármacos mais eficazes que apresentam efeitos secundários reduzidos (Marques-Teixeira, 2001). É fulcral, o indivíduo comprometer-se com o tratamento e com a equipa profissional que o acompanha, uma vez que representa um fator primordial para melhorar o seu prognóstico (Cardoso, 2008).

Os antipsicóticos permitem atenuar a sintomatologia do indivíduo, porém são incapazes de curar o doente de forma definitiva (Silva, 2006). O tratamento para a esquizofrenia, através da prescrição medicamentosa, permite controlar os sintomas psicóticos da mesma, promovendo alguma QdV para o indivíduo e familiares (Assis et al., 2009).

As terapias farmacológicas e psicossociais permitem remissões e menores desagregações da personalidade, melhorando o nível de capacidades sociais e do trabalho dos indivíduos com esquizofrenia (Cordeiro, 2002). O indivíduo que segue o tratamento proposto evita, assim, novas crises e impede o agravamento do seu quadro clínico (Cardoso, 2008).

A esquizofrenia, a perturbação bipolar e outras perturbações mentais apresentam um risco elevado de recaídas, sendo fulcral instaurar uma terapêutica medicamentosa que promova a estabilidade dos doentes (Samalina et al., 2014). No entanto, uma percentagem elevada de indivíduos com esquizofrenia (84%) interrompe o tratamento, sendo esta considerada a principal causa de recaída (Samalina et al., 2014).

1.2.4. Aspetos etiológicos e epidemiológicos da esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental bastante incapacitante, que afeta o funcionamento do cérebro, traduzindo-se para o indivíduo numa experiência bastante complexa, tornando difícil o contacto com a realidade (Assis et al., 2009).

A etiologia da esquizofrenia implica processos patológicos que foram iniciados no cérebro do indivíduo, antes de alcançar a maturidade adulta e que podem ser causados por fatores quer genéticos, quer ambientais (Favrod & Maire, 2014).

Existem diversos fatores que podem estar na origem do desenvolvimento da esquizofrenia, nomeadamente, problemas ao longo da gestação e/ou parto, problemas no desenvolvimento do cérebro, situações de stresse que são insuportáveis para o indivíduo e que podem despoletar a doença, entre outras (Assis et al., 2009).

As pesquisas realizadas ao longo de oitenta anos em genética comportamental, estudo de gémeos, família e adoção, demonstram que a esquizofrenia pode ser considerada uma doença altamente hereditária (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010). Ou seja, um indivíduo com parente em primeiro grau diagnosticado com esquizofrenia possui um risco elevado de desenvolver esquizofrenia (Silva, 2006). Os irmãos e os filhos de indivíduos com esquizofrenia têm cerca de dez a quinze vezes mais riscos de virem a ter esquizofrenia do que a população em geral (Cordeiro, 2002).

Os fatores de risco que se encontram na origem da esquizofrenia podem ser biológicos, físicos, psicológicos ou sociais e podem surgir em diferentes períodos ao

longo da vida do indivíduo, nomeadamente: período fetal, infância, adolescência e no início da idade adulta (Vilain et al., 2012). Para além disso, algum problema ao longo do segundo trimestre de gestação, nomeadamente uma infeção ou excesso de stresse na gestante pode duplicar o risco do bebé desenvolver esquizofrenia (Cannon, Kendell, Susser & Jones, 2003, citado por Beck et al., 2010).

No que diz respeito ao fatores psicossociais, não existem provas concretas que possam causar esquizofrenia, exceto nos casos em que os indivíduos se encontrem em situação de risco (Campos, 2009). Os fatores psicossociais tais como a ansiedade, o stresse elevado, a fobia social e as situações sociais ou emocionais muito intensas, ligam-se ao indivíduo numa perspetiva psicológica e de interação como o meio social. Existindo uma maior predisposição do indivíduo desenvolver a patologia se for estimulado por fatores biológicos, emocionais ou ambientais (Giacon & Galera, 2006).

A esquizofrenia tem uma prevalência entre 0,025% e 0,05%, ou seja, encontram-se afetadas por esta perturbação mental em cada 10.000 indivíduos entre 25 a 50 pessoas (Canavarro & Vaz Serra, 2010). A nível mundial, as taxas de incidência não chegam, geralmente, a 1%. Porém, a esquizofrenia situa-se entre as dez principais causas de carga social a longo prazo (Roder, Zorn, Brenner & Müller, 2008).

A esquizofrenia é considerada uma doença mental grave que atinge maioritariamente indivíduos jovens, sendo distribuída de forma igual pelos dois sexos (Afonso, 2010). O início da doença pode manifestar-se de forma rápida, evoluindo em dias ou semanas, ou de forma mais lenta e insidiosa, demorando-se algum tempo a realizar o diagnóstico definitivo (Afonso, 2010).

A doença manifesta-se em pessoas jovens, entre os 16 e os 25 anos de idade. No entanto, pode manifestar-se em idades mais tardias. Todavia, é de começo raro após os 30 anos e mais raro ainda após os 40 anos de idade. Pode surgir em idades precoces como os 5 anos de idade, mas geralmente antes dos 10 anos ou depois dos 50 anos é extremamente rara (Vaz Serra, 2003). O período mais frequente para o início da doença é a vida adulta, podendo ainda iniciar-se na adolescência ou em períodos posteriores da vida, designados por períodos involutivos (Cardoso, 2002).

Partindo da apresentação das perturbações mentais relativas ao presente estudo, passar-se-á a explorar de forma mais pormenorizada o conceito de QdV.

Capítulo II - Qualidade de vida

2.1. Evolução histórica do conceito

As investigações sobre a QdV iniciaram-se na década de 60 do século XX, tendo-se tornado um conceito geral e de senso comum na década de 80 (Ribeiro,1994). O conceito da QdV é relativamente recente, uma vez que ainda se encontra em fase de exploração, por outro lado, é utilizado na linguagem comum, sendo interpretado por toda a gente de forma diferente e, por fim, é um termo que tem sido estudado em diversos contextos do sistema de cuidados de saúde (Ribeiro,1994).

O conceito de QdV tornou-se, ao longo dos anos, popular, fazendo parte da linguagem corrente de qualquer indivíduo culto ou inculto, especialista ou leigo (Ribeiro, 2007). É um conceito que ainda está na moda, porém, não existe um consenso quanto ao que realmente significa, surgindo dificuldade em defini-lo, o que origina diversas formas de operacionalizá-lo (Ogden, 2004).

É considerado um conceito bastante amplo, que integra aspetos da existência do indivíduo, bem como o sucesso para alcançar objetivos, estados ou condições desejáveis. Para além disso, incorpora ainda o sentido de bem-estar e de satisfação que o indivíduo experiencia em situações atuais de vida (Canavarro & Vaz Serra, 2010). Existem termos equivalentes para referir uma boa vida em geral, nomeadamente, bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação com a vida, entre outros (Pais-Ribeiro, 2009). Para Neto (1994, citado por Minayo, Hartz & Buss, 2000), as condições mínimas que permitem ao indivíduo ter uma boa ou excelente QdV, encontram-se relacionadas com a capacidade de viver, sentir ou amar, trabalhar, produzir bens ou serviços, bem como fazer ciência e arte.

De acordo com a OMS, a QdV consiste na “perceção 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” (WHOQOL GROUP, 1994, p.28, citado por Canavarro & Vaz Serra, 2010).

Fallowfield (1994, citado por Meneses, 2005), na definição do conceito de QdV, inclui quatro domínios, nomeadamente: o psicológico, o social, o ocupacional e o físico. Todos os domínios encontram-se divididos em itens: o domínio psicológico integra a depressão, a ansiedade e o ajustamento à doença; o domínio social as relações pessoais,

o interesse sexual, as atividades sociais e de lazer; o domínio ocupacional a capacidade e a vontade de desempenhar um trabalho remunerado e a capacidade de lidar com tarefas domésticas; e, por fim, o domínio físico inclui itens como a dor, a mobilidade, o sono, o apetite e o funcionamento sexual (Fallowfield, 1994, citado por Meneses, 2005).

Algumas definições de QdV presentes na literatura baseiam-se na satisfação do indivíduo face às diversas áreas da vida, na sensação de bem-estar, no que o indivíduo deseja e/ou espera ter e o que realmente tem na vida real, e outras definições estão relacionadas com a funcionalidade do mesmo (Pais-Ribeiro, 2009).

A QdV é multifatorial, devendo ser considerado no seu estudo diversas dimensões; é baseada na percepção que o indivíduo tem acerca da sua vida pessoal; varia ao longo do tempo e é uma variável subjetiva, uma vez que tem por base aspetos imateriais (Pais-Ribeiro, 2009). Apesar de não existir um consenso sobre a definição de QdV existe uma concordância no que diz respeito há presença de três aspetos fundamentais, nomeadamente: a subjetividade, que é a perspetiva que o indivíduo tem acerca da realidade; a multidimensionalidade, isto porque a QdV deve ser medida tendo por base os *scores* de diversos domínios, e por fim a bipolaridade, ou seja, a presença de dimensões quer positivas, quer negativas, sendo fulcral a presença de elementos tais como a mobilidade e a ausência de outros, como, por exemplo, a dor (Fleck, 2008; Kluthcousky & Takayaragui, 2007).

É uma medida que se foca na percepção pessoal que o indivíduo tem acerca da sua vida, ou seja, não existe possibilidade de questionar adequadamente um indivíduo sobre o estado de outrem. Ao contrário das medidas fisiológicas, que geralmente se mantêm estáveis, a QdV é uma medida que é suscetível de variar ao longo do tempo (Ribeiro, 1994). Assim, ao longo do tempo foram apresentadas diferentes definições para o conceito de QdV, o que constitui um obstáculo à sua discussão a nível científico (Pais-Ribeiro, 2009; Parreira, 2006).

Inicialmente, o conceito era aplicado aos indivíduos que não tinham qualquer tipo de doença, generalizando-se mais tarde às situações clínicas, o que deu origem ao termo QdV relacionada com a saúde (QdVRS) (Meneses, 2005). As definições de QdVRS integram aspetos quer do estado emocional, quer do funcionamento social e físico que são comuns às definições do conceito de QdV em geral (Phillips, 2006, citado por Canavarro & Vaz Serra, 2010).

A OMS na Constituição de 1947 (citado por Fleck, 2008, p.41) definiu a expressão “ter saúde” como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”. Assim, o termo QdVRS refere-se as modificações que ocorrem na vida do indivíduo através dos danos provocados ao nível do estado emocional, funcional e social, isto quando influenciadas por doenças, tratamentos ou até políticas de saúde (Freire, Sawada, França, Costa & Oliveira, 2014).

Os termos QdV e QdVRS encontram-se relacionados, porém, a QdV tem um sentido mais amplo, quando comparada com a QdV relacionada com a saúde, que se encontra mais direcionada para a doença e o seu tratamento. Todavia, ambas as expressões são frequentemente utilizadas em contexto de doença como sinónimos (Pais-Ribeiro, 2009).

Os instrumentos que medem a QdVRS mantêm o seu carácter multidimensional, avaliando também a percepção geral da QdV, embora a ênfase recaia sobre os sintomas, incapacidades e/ou limitações causadas pela doença (Seidl & Zannon, 2004). Por sua vez, a QdV específica ligada à doença centra-se no impacto que os sintomas têm sobre a QdV do indivíduo, sendo uma medida sensível aos problemas do indivíduo que padece de uma determinada patologia (Guterres, 2002).

Apesar de existir essa clarificação, ao longo do presente estudo o conceito utilizado será QdV em geral, sem efetuar distinções do termo, prática corrente na literatura da área da saúde.

2.2. Qualidade de vida na saúde e na doença mental

O tema sobre a QdV tem vindo a adquirir ao nível do sistema de saúde geral e particular um interesse crescente para a psicologia da saúde (Ribeiro, 1994). Isto porque existe uma estreita relação entre a saúde e a QdV, ou seja, quanto melhor for a saúde do indivíduo melhor é a sua QdV (Couvreur, 1999).

O conceito de QdV para ser utilizado em contexto de saúde deve ter em consideração questões relacionadas com o emprego, a família e outras condições de vida (Souza & Coutinho, 2006). É um conceito que se encontra na área da saúde em fase de clarificação, aceitação e integração (Ribeiro, 2007). No entanto, a QdV tem vindo a ser estudada em praticamente todas as doenças crónicas, que são definidas por Blanchard (1982, citado por Ribeiro, 1994, p.182) como “doenças que por não terem cura, têm de ser geridas em vez de curadas”.

A saúde proporciona ao indivíduo uma vida efetiva, permitindo-lhe uma manutenção do seu funcionamento, provocando-lhe bem-estar (Soares, 2006). A saúde é considerada um recurso que todos os indivíduos independentemente da idade devem ter acesso, no entanto, existe uma menor probabilidade de ter uma boa saúde aos 80 do que aos 30 anos de idade (Pais-Ribeiro, 2009).

Um problema que possa surgir na vida do indivíduo, seja uma doença ou uma deficiência, pode influenciar, de forma significativa, a sua QdV (Couvreur, 1999). No entanto, a QdV de alguns doentes é, por vezes, considerada melhor quando comparada com um indivíduo com plena saúde física e mental, isto porque alguns tentam alcançar o impossível, não lhes sendo permitido aproveitar a vida da melhor forma possível (Couvreur, 1999).

Inicialmente, os autores que realizaram estudos sobre a QdV encontravam-se fora do contexto de saúde, tendo baseado as suas pesquisas em pessoas que não apresentavam qualquer tipo de doença física e/ou mental (Meneses, 2005).

As investigações relacionadas com a QdV dos indivíduos com doença mental têm vindo a expandir-se ao longo dos últimos anos. Na área da psicologia e da psiquiatria, o interesse pela medição da QdV dos indivíduos foi crescendo, devido a desinstitucionalização dos doentes com patologia mental grave e posteriormente com o interesse em avaliar as dimensões do dia-a-dia dos mesmos (Rugeri et al., 2001, citado por McIntyre, Barroso & Lourenço, 2002).

No início dos anos 80 do século XX, iniciou-se o estudo da QdV dos indivíduos com perturbação mental, como forma de superar o enfoque que se encontrava baseado em medidas correlacionadas com a doença, tais como sintomas, constrangimentos e deficiência (Guterres, 2002).

O interesse pela QdV na área da psiquiatria tem vindo a crescer ao longo dos anos. Vários estudos têm avaliado o impacto da doença mental na QdV dos doentes, sendo possível verificar uma pior QdV nos indivíduos com esquizofrenia, ansiedade ou depressão, quando comparados com indivíduos saudáveis (Saloppé & Pham, 2007). A QdV dos doentes encontra-se negativamente associada à doença mental crónica e à gravidade dos sintomas, nomeadamente os sintomas negativos, no que diz respeito aos indivíduos com esquizofrenia (Saloppé & Pham, 2007).

Ao longo dos anos, diversas pesquisas realizadas na área da saúde mental focaram a sua atenção na avaliação dos serviços comunitários, nomeadamente na reinserção social e na QdV dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia (Cesari & Bandeira, 2010). A QdV é um elemento que deve ser considerado no tratamento das doenças mentais, uma vez que exerce influência na resposta ao tratamento, na evolução da doença e na taxa de mortalidade (Simard, 2011).

Múltiplos instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos e adaptados para avaliar a QdV de populações diferentes, tais como: crianças, adultos, indivíduos com algum tipo de patologia, etc., tendo em consideração que a perceção do indivíduo sobre a sua QdV pode ser alterada ao longo das diversas fases da vida (Gordia, Quadros, Oliveira & Campos, 2011).

Existem diversos instrumentos genéricos, de carácter internacional e com boas qualidades psicométricas, que permitem avaliar a QdV do indivíduo (Bobes, Gonzalez, Bousoño & Saiz, 1996). A QdV pode ser avaliada através de instrumentos genéricos, que são constituídos por perguntas gerais sobre a QdV e por instrumentos específicos, com questões que permitem medir problemas comuns de um grupo nosológico (Rocha, Queirós, Aguiar, Marques & Horta, 2009).

Globalmente, a Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref tem sido alvo de inúmeras investigações, tanto na população geral como em grupos clínicos distintos tendo evidenciado boas qualidades psicométricas, podendo ser considerada um instrumento de referência na avaliação da QdV (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

Entre outros instrumentos genéricos, existe a Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref que contém um total de 26 perguntas e que possivelmente se afirma como um instrumento eficaz para medir a QdV dos indivíduos com perturbação bipolar, tendo sido desenvolvida pela OMS com metodologia rígida e replicável (Fleck, 2008). No entanto, a WHOQOL-Bref não foi desenvolvida, nem validada, para uso com indivíduos com esquizofrenia, isto porque a falta de especificidade da doença e o fato dos pacientes apresentarem défices cognitivos pode gerar dificuldades a nível metodológico, prejudicando o uso da escala. Porém, apresenta boas qualidades psicométricas para essa população, salvaguardando os casos em que os indivíduos se encontram muito deteriorados, podendo enviar os resultados através da imprecisão das respostas, devido ao facto de não terem percebido o questionário (Fleck, 2008).

A revisão da literatura científica permite concluir que a QdV em geral e a QdV de doentes diagnosticados com uma doença mental grave é um conceito considerado atualmente universal e transcultural, que fez imensos progressos mas que ainda enfrenta alguns desafios (Bobes et al., 1996).

2.3. Fatores relacionados com a qualidade de vida

Ao longo dos anos, foram realizadas diversas pesquisas com o intuito de investigar os fatores que interferem com a QdV de diferentes populações, permitindo mudar as variáveis que podem influenciá-la através de estratégias que melhorem a QdV dos indivíduos (Gordia et al., 2011).

Um estudo realizado pela OMS (s.d., citado por Marques-Teixeira, 2000) demonstrou que existem indicadores universais que determinam uma boa QdV, nomeadamente, a possibilidade do indivíduo desempenhar tarefas do quotidiano de forma autónoma e sem dificuldades físicas, a capacidade de ver e ouvir bem, de ter energia e uma boa locomoção. Não existindo, de acordo com o estudo, lugar de primazia para a imagem corporal e a aparência física, bem como lugar de destaque para a satisfação do indivíduo com a sua atividade sexual (Marques-Teixeira, 2000).

Os fatores associados à QdV dos indivíduos encontram-se ainda em fase de exploração, existindo, atualmente, indícios de que os fatores biológicos, comportamentais, culturais e sociodemográficos se encontram associados a QdV (Gordia et al., 2011).

Num estudo realizado com indivíduos da população em geral, foi possível verificar que a QdV pode variar em função do sexo, da idade, do estado civil, das habilitações literárias e do nível socioeconómico (Canavarro & Vaz Serra, 2010). Os resultados obtidos demonstram que os indivíduos do sexo masculino apresentam valores de QdV mais elevados, comparativamente ao sexo feminino. A QdV aumenta com o nível de escolaridade e com o nível socioeconómico, porém diminui com a idade. Os indivíduos casados evidenciam uma melhor QdV que os indivíduos solteiros, separados ou viúvos (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

Um indivíduo portador de doença crónica tem de aprender a viver com diversas limitações no seu dia-a-dia, uma vez que a doença exige uma adaptação em vários aspetos de vida, podendo provocar uma diminuição na sua QdV (Azevedo et al., 2013).

No entanto, a variabilidade ao nível do funcionamento e do bem-estar do indivíduo não pode ser explicada pela presença de uma doença crónica, sendo necessário procurar preditores que permitam obter tais resultados, como, por exemplo: a gravidade da doença, os tratamentos, a duração da doença, o estilo de cuidados médicos, as características da doença, o peso e os hábitos individuais, o exercício físico, etc. (Stewart et al., 1989, citado por Meneses, 2005).

Algumas investigações exploram a relação existente entre a QdV e variáveis sociodemográficas (Caron, Mercier, Diaz, Martin, 2005, citado por Canavarro & Serra, 2010), verificando que existe uma relação entre esses fatores e a QdV dos indivíduos portadores de uma doença específica. Para além das variáveis sociodemográficas, existem outros fatores que influenciam a avaliação da QdV, nomeadamente os hábitos prejudiciais (p.e., o consumo de álcool e tabaco) e o nível económico do indivíduo (Azevedo et al., 2013).

Num estudo realizado com doentes com insuficiência renal foi possível verificar que a idade, o sexo, as habilitações literárias, a situação laboral, o nível socioeconómico e a presença de uma comorbidade psiquiátrica, entre outros fatores específicos da doença, se encontram relacionados com níveis inferiores de QdV (Fleck, 2008).

Noutro estudo que envolvia doentes com depressão major foram identificados fatores clínicos que influenciam a QdV desses indivíduos, nomeadamente: o regime de tratamento proposto, o diagnóstico de depressão estabelecido pelo médico, o tipo de terapia e a presença de comorbidade psiquiátrica (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

Um estudo realizado com indivíduos portadores de doenças crónicas, tais como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças endócrinas, doenças mentais e doenças osteomusculares demonstrou que a QdV é inferior nas mulheres mais velhas, de classe social mais baixa e solteiras (Azevedo et al., 2013). Em todos os domínios da QdV as médias mais baixas foram alcançadas por indivíduos com doenças do sistema nervoso, à exceção do domínio ambiente, com médias inferiores nos indivíduos com doenças mentais (Azevedo et al., 2013).

As perturbações mentais interferem nos vários domínios da QdV e parecem provocar prejuízos sérios nas tarefas do dia-a-dia quando comparadas com doenças cardíacas, artrite, hipertensão e diabetes (Limas & Fleck, 2009).

Estudos demonstram que os indivíduos com doenças crônicas e com baixa capacidade física apresentam um risco elevado de desenvolver uma comorbidade psiquiátrica (Mendonça, Toret, Moreira, Marino & Sousa, 2015).

Os indivíduos com duas ou mais perturbações, ou seja com presença de comorbidade psiquiátrica revelam índices inferiores de QdV, quando comparados com indivíduos diagnosticados apenas com uma patologia (Lima & Fleck, 2009; Saloppé & Pham, 2007).

A investigação tem mostrado que a presença de comorbidade está associada a pior QdV em indivíduos com epilepsia (Gomes, 2008), esclerose múltipla (Morales et al., 2007), diabetes (Tavares, Côrtes & Dias, 2010a) e obesidade (Tavares, Nunes & Santos, 2010b).

A perturbação bipolar e a esquizofrenia são problemas de saúde bastante relevantes, quer para o indivíduo, quer para a sociedade, sendo fundamental aprofundar o seu impacto na QdV (Fleck, 2008).

2.4. Qualidade de vida de doentes bipolares

As doenças do humor são consideradas um problema grave, devido a sua prevalência na população e às suas características clínicas incapacitantes, sendo fulcral investigar o seu impacto na QdV relacionada com a saúde e conseqüentemente na QdV geral dos seus portadores (Macedo, 2012). Estudos evidenciam uma pior QdV em indivíduos com doenças de humor, quando comparados com indivíduos da população em geral (Macedo, 2012).

Estudos demonstram que os indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar apresentam sintomas da doença ao longo de toda a vida, apesar de receberem o tratamento adequado (Martínez, Morales, López & Anzaldúa, 2006). Assim espera-se que a QdV dos doentes se encontre significativamente afetada, isto porque a doença tem um impacto negativo sobre a vida familiar, social e laboral (Martínez et al., 2006).

Os indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar, apesar de terem um tratamento adequado e uma remissão de sintomatologia, relatam alterações ao nível da QdV e na habilidade funcional (Suppes & Dennehy, 2009).

Na perturbação bipolar existem aspetos importantes que influenciam a QdV do indivíduo, nomeadamente: o número, a duração e a intensidade das crises. Isto porque o seu número e duração determinam o tempo que o indivíduo se encontra com sintomas, sendo que a intensidade das crises constitui um fator negativo uma vez que pode levar à hospitalização, causando um custo pessoal e social (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

É frequente na prática clínica que os indivíduos com perturbação bipolar apresentem comorbidades que podem variar entre 30% a quase 100%, sendo que os principais diagnósticos associados são: o abuso de substâncias, perturbação de ansiedade, perturbação da alimentação e perturbação da personalidade (Sanches, Assunção, Hetem, 2005). Existindo outras doenças que também são frequentes, nomeadamente: o hipotireoidismo, a enxaqueca e a obesidade (Sanches et al., 2005).

A presença de uma comorbidade ansiosa em indivíduos com perturbação bipolar pode levar à frequência elevada de estados mistos, provocando aumento da gravidade e uma instabilidade na sintomatologia (Issler, Sant'Anna, Kapczinski & Lafer, 2004; Sanches et al., 2005).

Um indivíduo com perturbação bipolar após os episódios pode retomar um estado funcional, porém verifica-se que ao nível do trabalho 30% apresentam uma deficiência grave, o que se traduz em estatutos socioeconómicos mais baixos (APA, 2014). Tal pode ter impacto na sua QdV.

A QdV dos indivíduos com perturbação bipolar é mais baixa, quando comparada com a de indivíduos com outras doenças de humor, com uso de substâncias, com diagnóstico de ansiedade ou ainda sem qualquer doença mental (Macedo, Nossa & Silva, 2014). De uma forma geral, existe uma grande panóplia de estudos realizados acerca da QdV em doentes com depressão unipolar, quando comparados com doentes diagnosticados com perturbação bipolar (Canavarro & Vaz Serra, 2010; Michalak, Yatham & Lam, 2005).

Segundo Vojta et al. (2001, citado por Costa, 2008), os sintomas de mania e hipomania provocam uma diminuição da QdV do indivíduo. No entanto a literatura não é consensual, uma vez que apresenta dados contraditórios referindo que um indivíduo que apresenta sintomas maníacos pode avaliar a sua QdV como excelente, uma vez que

não tem consciência do seu estado e das situações que provocam a doença (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

Para além disso, a sintomatologia depressiva é um determinante primário da QdV na perturbação bipolar, porém existem outros fatores que podem estar associados à QdV reduzida nesta patologia (Vojta et al., 2001 citado por Costa, 2008).

Na literatura consultada, não foram identificados mais estudos que analisassem a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas e a QdV de indivíduos com perturbação bipolar.

2.5. Qualidade de vida de doentes com esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença crónica caracterizada por sintomatologia psicótica, um comprometimento a nível cognitivo e um défice a nível funcional, que influencia substancialmente a QdV dos indivíduos portadores da patologia (Faugere et al., 2015).

A esquizofrenia tem impacto nos indivíduos portadores, mas também nos respetivos familiares e sociedade em geral, daí o interesse pela QdV desses indivíduos ter vindo a aumentar (Roblin et al., 2009). Principalmente devido ao movimento de desinstitucionalização que ocorreu nos países ocidentais, nos anos 60 e 70 do século XX, levando ao regresso dos doentes mentais crónicos às comunidades (Souza & Coutinho, 2006).

A esquizofrenia pode ser considerada muito mais que uma doença mental e o tratamento dos delírios e das alucinações não garante melhoras ao nível do funcionamento social e da QdV (Marques-Teixeira, 2007). É possível verificar uma série de alterações em vários domínios do dia-à-dia. No que diz respeito ao emprego, as taxas são muito mais baixas que a população em geral: cerca de 19,4% para indivíduos com esquizofrenia. Também o nível de habilitações literárias é mais baixo, quando comparado com o estatuto socioeconómico (Marques-Teixeira, 2007).

Os indivíduos com esquizofrenia, quando comparados com a população geral, demonstram uma pior QdV e um comprometimento significativo ao nível das relações sociais e profissionais. Geralmente, revelam níveis de escolaridade mais baixos, apresentam sintomas quer positivos, quer negativos, encontrando-se estas variáveis

associadas a um maior número de internamentos psiquiátricos e um aumento da duração da doença (Almeida, Braga, Neto & Pimenta, 2013).

Para além disso, a presença de uma comorbidade depressiva em indivíduos com esquizofrenia pode interferir significativamente com a QdV, isto porque os indivíduos demonstram-se insatisfeitos face a sua capacidade de trabalho, menos motivados e têm dificuldade em apreciar os prazeres da vida, principalmente quando comparados com indivíduos sem comorbidade psiquiátrica (Cardoso, Caiffa, Bandeira, Siqueira, Silva & Fonseca, 2007).

Os indivíduos com esquizofrenia com comorbidades, tais como ansiedade ou depressão apresentam uma diminuição da auto-estima e níveis inferiores de QdV, considerando o futuro como incerto (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2004; Saloppé & Pham, 2007; Souza & Coutinho, 2006).

Em geral, os indivíduos com esquizofrenia não possuem capacidade para viver de forma independente, sendo que apenas 32,5% vivem sozinhos em Portugal (Marques-Teixeira, 2007). Estes indivíduos apresentam, também, inúmeras dificuldades relacionadas com a utilização de transportes públicos, cozinhar, cuidar da casa, gerir dinheiro e aderir ao tratamento medicamentoso (Marques-Teixeira, 2007). Em Portugal, 2/3 dos indivíduos com esquizofrenia são incapazes, quando os sintomas psicóticos se encontram em remissão, de exercer papéis sociais considerados básicos, nomeadamente casar, trabalhar ou manter um relacionamento social (Marques-Teixeira, 2007).

Os indivíduos diagnosticados com esquizofrenia demonstram uma elevada vulnerabilidade às situações de estresse e um défice acentuado no comportamento assertivo, o que compromete as capacidades para enfrentar as situações problemáticas, colocando em causa o nível QdV (Bandeira & Ireno, 2002).

Atualmente, a relação estabelecida entre a QdV e a esquizofrenia tem vindo a adquirir importância devido ao interesse crescente de conhecer a avaliação que o indivíduo faz acerca da sua situação. No entanto, destaca-se que o indivíduo com esquizofrenia tem dificuldade em avaliar a sua própria situação (Vidal, Salas, Escobar, Utreras, & Arriagada, 2011).

Os indivíduos com perturbação bipolar apresentam níveis de QdV significativamente superiores, quando comparados com indivíduos com esquizofrenia

(Latalova, Prasko, Diveky, Kamaradova & Valartova, 2011; Michalak et al., 2005). Verificando-se que a QdV é superior nos indivíduos com perturbação bipolar do sexo masculino, quando comparados com homens com esquizofrenia (Latalova et al., 2011).

No entanto, é pertinente destacar que na literatura consultada identificaram-se poucos estudos que avaliam a QdV desses indivíduos. Após este breve enquadramento teórico, segue-se a apresentação pormenorizada da parte empírica levada a cabo.

PARTE II – Estudo empírico

Capítulo III – Método

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o método de investigação, descrevendo os processos que se encontram associados, nomeadamente, o desenho, os objetivos, as variáveis, do estudo e a caracterização da amostra. Em seguida, são descritos os materiais utilizados no estudo. E, por fim, o último ponto descreve o procedimento adotado para a recolha e tratamento dos dados, expondo o racional estatístico do estudo empírico.

3.1. Desenho, objetivos e variáveis do estudo

A presente investigação é de natureza quantitativa o que permite recolher dados observáveis e quantificáveis (Fortin, 2006). O método quantitativo tem como objetivo desenvolver e validar conhecimentos, oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados obtidos (Fortin, 2006). Este estudo é enquadrado numa investigação do tipo correlacional, uma vez que permite analisar a relação entre determinadas variáveis (Fortin, 2006). É também considerada uma investigação de natureza transversal, devido ao facto de tentar explicar os resultados através da análise das relações entre as variáveis, num único momento (Ribeiro, 2010).

Os objetivos do estudo são:

- a) Analisar e comparar a QdV de indivíduos com perturbação bipolar e com esquizofrenia;
- b) Analisar a QdV dos dois grupos em função da idade;
- c) Analisar a QdV dos dois grupos em função do sexo;
- d) Analisar a QdV dos dois grupos em função do estado civil;
- e) Analisar a QdV dos dois grupos em função das habilitações literárias;
- f) Analisar a QdV dos dois grupos em função da situação laboral;
- g) Analisar a QdV dos dois grupos em função da constituição do agregado familiar;
- h) Analisar a QdV dos dois grupos em função da duração da doença;
- i) Analisar a QdV dos dois grupos em função da existência de outros problemas de saúde;
- j) Analisar a QdV dos dois grupos em função do número de internamentos.

A variável principal desta investigação é a QdV de utentes do serviço de psiquiatria/psicologia do CHEDV diagnosticados com perturbação bipolar e esquizofrenia. Esta variável é avaliada através do WHOQOL-Bref, mais concretamente pela faceta geral (perceção de qualidade de vida e satisfação com a saúde) e pelos seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

As variáveis secundárias são as características sociodemográficas, nomeadamente, a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, a situação laboral e a constituição do agregado familiar, assim como os dados clínicos, designadamente, a duração da doença, a existência de outros problemas e o número de internamentos. A sua avaliação foi realizada através dos itens do questionário sociodemográfico e clínico elaborado para o presente estudo.

3.2. Participantes

Neste estudo participaram 62 indivíduos que responderam validamente aos questionários administrados, constituindo desta forma a amostra. A amostra é classificada como não probabilística, do tipo acidental, isto é, de conveniência (Ribeiro, 2010), sendo que integra utentes que compareceram às consultas externas de psicologia e/ou psiquiatria do CHEDV, EPE., no período de recolha de dados.

Os critérios de inclusão são os seguintes: (1) idade igual ou superior a 18 anos de idade; (2) preenchimento dos critérios de diagnóstico previamente definidos no sistema informático da instituição para perturbação bipolar e para esquizofrenia; (3) estar integrados numa das valências de atendimento da consulta externa da instituição onde foi realizado o estudo em questão; (4) fornecer consentimento informado para participar no estudo.

No que diz respeito aos critérios de exclusão, foram excluídos todos os indivíduos que não se encontravam compensados do ponto de vista psicopatológico no momento da recolha de dados, nomeadamente, indivíduos que foram transferidos após internamento no Hospital Magalhães-Lemos, isto porque se encontravam bastante sedados, não reunindo, do ponto de vista do técnico responsável, as condições necessárias para responder ao questionário, podendo enviesar os resultados através da possível incompreensão do questionário.

A amostra é, assim, constituída por 31 indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar e 31 indivíduos diagnosticados com esquizofrenia. No grupo dos indivíduos com **perturbação bipolar**, diagnosticados com a doença entre 1 a 20 anos ($M=6,32$; $DP=5,121$), com idades entre os 26 e os 66 anos de idade ($M=46,35$; $DP=12,64$), a maior parte era do sexo feminino, casado(a) ou em união de facto, possuía o 2º ou 3º ciclo do ensino básico, encontrava-se empregado(a), ativo(a) ou de baixa clínica e, no que diz respeito ao agregado familiar, a maior parte vivia com “outros”, nomeadamente, irmãos e filho, pais, mãe, etc. (cf. Quadro 1 e Anexo A).

No que concerne às características clínicas da amostra, a maioria não apresentava nenhum problema de saúde para além da doença mental, sendo a dislipidemia a mais referida (cf. Quadro 2). Relativamente ao número de internamentos, a maior parte dos indivíduos já tinha estado internada, havendo dois indivíduos que haviam tido 10 internamentos; apenas um indivíduo não se encontra a tomar qualquer tipo de medicação aquando da avaliação e um tomava antipsicótico injetável. Os dados foram obtidos através dos processos disponíveis para análise no sistema informático do CHEDV.

No que diz respeito às características sociodemográficas e clínicas dos 31 indivíduos com **esquizofrenia**, que participaram no estudo, diagnosticados com a doença entre 1 a 15 anos ($M=6,03$; $DP=4,542$), a maior parte era do sexo masculino, solteiro(a), possuía o 3º Ciclo do Ensino Básico (9ºano), encontrava-se desempregado(a) e vivia com “outros”, nomeadamente pais, pais e irmão, pais e irmã, etc. (cf. Quadro 1 e Anexo A); as suas idades variavam entre os 18 e os 53 anos de idade ($M=33,74$; $DP=7,89$).

No que respeita às características clínicas da amostra, a maioria dos indivíduos não apresentava nenhum problema de saúde adicional, sendo a diabetes e a obesidade/sobrepeso os mais citados (cf. Quadro 2). Relativamente ao número de internamentos, a maioria já tinha estado internada, encontrando-se a totalidade da amostra a tomar medicação psiquiátrica, 10 dos quais antipsicótico injetável (cf. Anexo A).

Quadro 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=62)

Variáveis	Perturbação bipolar		Esquizofrenia	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	9	29,0	22	71,0
Feminino	22	71,0	9	29,0
Estado civil				
Solteiro(a)	8	25,8	27	87,1
Casado(a)/União de facto	11	35,5	2	6,5
Divorciado(a)/Separado(a)	10	32,3	2	6,5
Viúvo(a)	2	6,5		
Habilitações literárias				
1.º Ciclo Ensino Básico (4.º classe)	1	3,2	1	3,2
2.º Ciclo Ensino Básico (5.º e 6.º ano)	9	29,0		
3.º Ciclo Ensino Básico (9.º ano)	9	29,0	14	45,2
Ensino Secundário (12.º ano)	6	19,4	9	29,0
Bacharelato/Licenciatura				
Mestrado/Doutoramento	6	19,4	7	22,6
Situação laboral				
Empregado(a)/Ativo(a)/ Baixa Clínica	13	41,9	3	9,7
Desempregado(a)	8	25,8	21	67,7
Reformado(a)/Invalidez	10	32,3	7	22,6
Com quem vive?				
Sozinho(a)	6	19,4	2	6,5
Cônjuge/companheiro(a)	8	25,8		
Família restrita (marido/esposa e filhos)	6	19,4	3	9,7
Família alargada (filhos, pais, sogros)	1	3,2		
Outros?	10	32,3	26	83,9

Quadro 2 – Caracterização Clínica da Amostra (N=62)

Variáveis	Perturbação bipolar		Esquizofrenia	
	N	%	N	%
Outros problemas de saúde				
Não	22	71,0	24	77,4
Sim	9	29,0	7	22,6
Qual?				
Asma	1	3,2	1	3,2
Dislipidemia	4	12,9		
Obesidade/sobrepeso	1	3,2	2	6,5
Colesterol	1	3,2	1	3,2
Hipertensão	1	3,2		
Artrite reumatoide	1	3,2		
Dispneia			1	3,2
Diabetes			2	6,5
Alguma vez esteve internado?				
Não	26	80,6	25	83,9
Sim	5	19,4	5	16,1
Quantas vezes?				
Nenhuma	5	16,1	6	19,4
1	11	35,5	14	45,2
2	10	32,3	6	19,4
3			3	9,7
4	1	3,2	1	3,2
6	1	3,2	1	3,2
8	1	3,2		
10	2	6,5		
Toma alguma medicação psiquiátrica?				
Não	1	3,2		
Sim	30	96,8	31	100,0
Antipsicótico injetável				
Sim	1	3,2	10	32,3
Não	30	96,8	21	67,7

3.3. Material¹

Após uma pesquisa e uma análise detalhada, foi selecionado o material que se considerou mais indicado para recolher informação relativamente aos objetivos propostos. Assim, a avaliação foi realizada através de um questionário sociodemográfico e clínico construído especificamente para o estudo, pela investigadora, bem pela Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref (Canavarro, 1998) que são descritos de seguida.

Questionário sociodemográfico e clínico. O questionário sociodemográfico e clínico utilizado foi concebido especificamente para o estudo, encontrando-se dividido em duas partes, com um total de dez itens que permitiram recolher informação sobre os participantes. Nesse sentido, a primeira parte do questionário contemplou questões de cariz sociodemográfico, tais como: idade, sexo, diagnóstico e sua altura, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e agregado familiar. A segunda parte, centrava-se em aspetos clínicos, nomeadamente: outros problemas de saúde, internamentos prévios e o seu número, medicação psiquiátrica e o consumo de antipsicótico injetável.

WHOQOL-Bref. Para este estudo, foi selecionado o instrumento *World Health Organization Quality of Life Instrument* versão abreviada (WHOQOL-Bref), com objetivo de avaliar a QdV dos indivíduos com perturbação bipolar e dos indivíduos que padecem de esquizofrenia. O WHOQOL-Bref consiste numa versão abreviada do WHOQOL-100, tendo sido considerado um instrumento de curta extensão que pode ser administrado a uma larga variedade de populações (Fleck, 2008). O WHOQOL-Bref é considerado um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a QdV, devido à robustez que tem vindo a revelar na sua validação e utilização em diversas culturas (Canavarro et al., 2007).

O instrumento foi aferido para a população portuguesa por Vaz Serra et al. (2006) e apresentou um bom desempenho psicométrico a nível da consistência interna, validade discriminante, validade de conteúdo e fidelidade teste-reteste. O WHOQOL-Bref

¹ Por questões éticas e por indicação da orientadora da presente dissertação, será apenas facultado aos membros do júri uma cópia das autorizações obtidas e do protocolo de avaliação utilizado.

apresentou alguma fragilidade ao nível da consistência interna do domínio relações sociais, tendo sido a única limitação apresentada pelos autores (Canavarro et al., 2007; Fleck, 2008). Porém, essa limitação pode ser justificada devido ao facto desse domínio apresentar somente três itens, sendo um número relativamente pequeno quando comparado com os restantes itens que compõem os outros domínios (Canavarro et al., 2007).

É composto por 26 questões e encontra-se organizado em quatro domínios, nomeadamente: domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio meio ambiente. Cada um dos domínios é constituído por um conjunto de facetas que são avaliadas por uma única questão do instrumento. Inclui ainda uma faceta geral que avalia a qualidade de vida através de duas questões: a perceção da QdV e a perceção da saúde (Vaz Serra et al., 2006).

O domínio físico engloba perguntas relacionadas com as atividades diárias do indivíduo, da adesão ao tratamento farmacológico, para além de questões sobre dor, sono, energia e fadiga (7 itens). No que diz respeito ao domínio psicológico, inclui questões sobre sentimentos positivos e negativos, autoestima e aparência física do indivíduo, crenças pessoais e atenção (6 itens). Relativamente ao domínio das relações sociais, integra perguntas sobre o relacionamento pessoal, o suporte social e a atividade sexual (3 itens). Por fim, o domínio ambiente engloba questões sobre a segurança física, os recursos financeiros, os cuidados de saúde, a oportunidade que o indivíduo tem para adquirir conhecimentos adicionais, bem como a sua possibilidade de recreação e transporte, num total de 8 itens (Cruz, Salgado & Rocha, 2010).

O instrumento demonstrou uma boa capacidade para discriminar os indivíduos saudáveis dos indivíduos com algum tipo de patologia associada (Vaz Serra et al., 2006). Em todos os domínios, bem como na faceta geral, existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes e indivíduos saudáveis, obtendo a população normal pontuações mais elevadas de QdV (Canavarro et al., 2007; Fleck et al., 2000).

O WHOQOL-Bref é considerado um questionário de auto-resposta, no entanto, em situações específicas em que não existe possibilidade de adotar essa metodologia a sua administração pode ser assistida ou administrada pelo próprio entrevistador (Canavarro et al., 2007).

No que diz respeito ao tempo de preenchimento, existe uma série de fatores que determinam o tempo médio de administração, tais como: a escolaridade e a condição clínica do indivíduo entrevistado, bem como a forma de administrar o instrumento. Porém, o questionário pode ser respondido independentemente do nível de escolaridade e geralmente não requer muito tempo para a sua administração (Fleck, 2008).

A cotação do WHOQOL-Bref pode ser efetuada de forma manual ou através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). As perguntas são formuladas mediante quatro escalas do tipo Likert de 5 pontos: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Canavarro et al., 2007). Existem três itens da escala formulados de forma negativa (questões 3, 4 e 26) que devem ser invertidos através da subtração do seu valor a seis unidades. O cálculo é realizado através da média dos resultados das perguntas que constituem cada domínio, sendo transformados numa escala de 0-100 (0 corresponde a “pouca QdV” e 100 a “boa QdV”), permitindo uma comparação com os resultados do WHOQOL-100 (Canavarro et al., 2007). A interpretação dos resultados obtidos através do WHOQOL-Bref é realizada de uma forma linear, ou seja, resultados mais elevados correspondem a uma melhor QdV (Canavarro et al., 2007).

3.4. Procedimento

Numa fase inicial foi explorado o tema no que diz respeito ao estado de arte, tendo sido delineado os objetivos do estudo.

Previamente ao início da recolha de dados foram pedidas diversas autorizações para realizar o projeto de investigação. Numa primeira instância foi solicitada a autorização formal por escrito à Prof Doutora Maria Cristina Canavarro, autora da versão portuguesa do WHOQOL-Bref (Canavarro, 1998), tendo sido o pedido concedido.

Posteriormente, procedeu-se à submissão do projeto de investigação à Diretora do Serviço de Psiquiatria/Psicologia do CHEDV, ao Presidente do Concelho Administrativo e ao Presidente da Comissão de Ética do mesmo hospital, uma vez que o estudo se iniciou durante o período de estágio.

O projeto foi também submetido à Direção da FCHS-UEP que o remeteu para a respetiva Comissão de Ética. Todas as autorizações foram concedidas entre os meses de Fevereiro e Março de 2015.

O protocolo de investigação é constituído por um questionário de autorresposta designado por WHOQOL-Bref, assim como um questionário sociodemográfico e clínico, criado pela própria investigadora, com questões que permitem dar resposta aos objetivos previamente delineados.

A recolha de dados iniciou-se no mês de Março de 2015 e prolongou-se até meados de Junho do mesmo ano, tendo sido o estudo iniciado através da identificação no sistema informático dos doentes com perturbação bipolar e esquizofrenia que preenchiam os critérios de inclusão.

O trabalho de recrutamento implicou a seguinte sequência de etapas: (1) contactar com os psicólogos e médicos psiquiatras para verificar o agendamento de consultas com utentes diagnosticados com a patologia pretendida; (2) anotar o número do processo do utente com consulta marcada e, posteriormente, solicitar ao técnico superior responsável para encaminhar o utente até ao gabinete previamente destinado para o efeito, para convidá-lo a participar na investigação.

A administração do protocolo foi realizada de forma individual numa única sessão, na presença da investigadora, permitindo o esclarecimento de qualquer tipo de dúvidas, sendo que a administração demorou aproximadamente dez minutos. Em relação à ordem de administração do protocolo foi primeiro preenchido o consentimento informado, após terem sido informados acerca dos objetivos do estudo e do seu procedimento, bem como do carácter confidencial do mesmo, aceitando de livre vontade participar.

Posteriormente, foi salientado a cada indivíduo que a participação era voluntaria, existindo possibilidade de desistir a qualquer momento sem consequências para si, sem que por isso fosse prejudicado(a) no atendimento clínico que lhe era disponibilizado. A recolha dos dados apenas era realizada após o indivíduo assinar o consentimento livre e esclarecido para participação no estudo. É de sublinhar que todos os participantes autorizaram a consulta do processo no sistema informático, pelo que não lhes foram colocadas as questões do questionário sociodemográfico e clínico. Ao longo de todo o estudo, foram devidamente cumpridos os princípios éticos e deontológicos preconizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação em Psicologia.

O processamento e análise estatística dos dados obtidos foram efetuados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22, sendo os dados

codificados de forma a não ser possível identificar os participantes, ou seja, analisados sempre em grupo e nunca individualmente. A base de dados foi construída de raiz, contemplando as variáveis presentes no protocolo de investigação, tendo sido a informatização realizada pela própria investigadora. Os protocolos administrados tiveram a atribuição de um número com o objetivo de serem identificados na base de dados.

Reunidas estas informações, de seguida são apresentados os resultados obtidos através da análise estatística efetuada para o presente estudo.

Capítulo IV- Resultados

Numa fase inicial foi realizado o teste Shapiro-Wilk ($N < 50$) permitindo verificar se as variáveis em estudo apresentavam uma distribuição normal. O cálculo efetuado permitiu decidir o tipo de testes que deveriam ser utilizados (Marôco, 2014). Ou seja, sempre que o valor fosse superior a um nível de significância de 5%, a amostra podia ser considerada normativa permitindo utilizar os testes paramétricos (t-test, Anova, correlação de Pearson) (Marôco, 2014). Por sua vez, se o valor fosse inferior a um nível de significância de 5%, a amostra era considerada não normativa, sendo necessário utilizar testes não-paramétricos, tais como o teste U de Mann-Whitney, o teste Kurskal-Wallis e o coeficiente de correlação Ró de Spearman (Marôco, 2014).

Após realizar o teste de normalidade, os valores obtidos foram inferiores ao nível de significância de 5% em alguns domínios, optando-se desta forma por utilizar testes não paramétricos. Geralmente, os testes não paramétricos são considerados menos potentes que os testes paramétricos, ou seja, não é possível verificar tantas diferenças entre os dados (Pereira, 2008). No entanto, a afirmação anterior só é válida quando a amostra é grande e com dimensão igual. Nas amostras mais reduzidas, com diferentes dimensões e com variáveis que não apresentam os pressupostos necessários para a utilização de testes paramétricos, a alternativa mais indicada são os testes não-paramétricos uma vez que apresentam maior robustez (Marôco, 2014).

De seguida são descritos os resultados obtidos. Assim, de acordo com o **primeiro objetivo** formulado, analisar e comparar a QdV de indivíduos com perturbação bipolar e com esquizofrenia, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney para amostras independentes.

Os resultados obtidos demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, ainda que os indivíduos com esquizofrenia, em todos os domínios e na faceta geral, revelaram níveis inferiores de QdV quando comparados com os indivíduos com perturbação bipolar (cf. Quadro 3). No grupo com perturbação bipolar é possível verificar que o domínio relações sociais obteve pontuação mais elevada, sendo que o domínio psicológico apresentou a média mais baixa. No grupo com esquizofrenia verificou-se o contrário: o domínio psicológico obteve a média mais alta e o domínio relações sociais a média mais baixa. Os *scores* obtidos nos vários domínios e na faceta geral, em ambos os grupos, foram inferiores ao ponto médio.

Os resultados evidenciaram que os doentes com esquizofrenia se distinguiram dos doentes com perturbação bipolar ao nível da QdV. Os indivíduos com esquizofrenia demonstraram, em todos os domínios e na faceta geral, níveis de QdV inferiores.

No grupo com perturbação bipolar não foi atingido nem o mínimo, nem o máximo em nenhum dos indicadores da QdV. No grupo com esquizofrenia, foi atingido o menor valor possível nos domínios psicológico e relações sociais e o máximo na faceta geral da QdV.

Quadro 3 – *Caracterização da Qualidade de Vida nos Doentes Bipolares (N=31) e nos Doentes com Esquizofrenia (N=31)*

	Perturbação bipolar				Esquizofrenia				U	Z	p
	Min	Max	M	MD	Min	Max	M	MD			
D. Físico	25	89	32,19	64,29	18	93	30,81	60,71	459,000	-0,304	0,761
D. Psicológico	17	83	31,76	62,50	0	92	31,24	62,50	472,500	-0,113	0,910
D. Relações Sociais	25	92	35,06	58,33	0	83	27,94	50,00	370,000	-1,567	0,117
D. Ambiente	16	84	34,81	68,75	16	97	28,19	62,50	378,000	-1,449	0,174
F. Geral	38	88	33,29	75,00	13	100	29,71	62,50	425,000	-0,800	0,424

Relativamente ao **segundo objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função da idade, recorreu-se ao coeficiente de correlação ró de Spearman².

Após analisar os coeficientes de correlação entre a idade e os diferentes domínios e faceta geral de QdV é possível verificar que a QdV tende a diminuir com a idade (cf. Quadro 4). No grupo com perturbação bipolar, todos os domínios se correlacionaram negativamente (mas não de forma estatisticamente significativa) com a idade, à exceção do domínio relações sociais e faceta geral.

² O coeficiente ró de Spearman pode variar entre -1 e 1, sendo que o zero significa ausência de correlação. A associação entre as variáveis é maior quanto mais próximo o valor estiver dos extremos. Na correlação, o sinal negativo significa que as variáveis variam em sentido inverso, ou seja, os valores mais elevados de uma variável encontram-se associados aos valores mais baixos da outra variável (Pestana & Gageiro, 2003).

No grupo com esquizofrenia, todos os domínios se correlacionaram negativamente com a idade, com exceção do domínio relações sociais (tal como no grupo com perturbação bipolar). Todavia a correlação entre indicadores de QdV e idade apenas é estatisticamente significativa no que se refere ao domínio ambiente.

Quadro 4 – *Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Idade*

		Idade	
		Perturbação bipolar (N=31)	Esquizofrenia (N=31)
D. Físico	<i>rs</i>	-0,063	-0,039
	<i>p</i>	0,738	0,091
D. Psicológico	<i>rs</i>	-0,085	-0,203
	<i>p</i>	0,650	0,273
D. Relações Sociais	<i>rs</i>	0,021	0,080
	<i>p</i>	0,911	0,670
D. Ambiente	<i>rs</i>	-0,132	-0,377
	<i>p</i>	0,480	0,037
F. Geral	<i>rs</i>	0,110	-0,069
	<i>p</i>	0,556	0,711

No que concerne o **terceiro objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função do sexo, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney para amostras independentes.

Os resultados obtidos demonstraram que no grupo com perturbação bipolar não existiam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino ao nível da QdV (cf. Quadro 5). No entanto, no grupo com esquizofrenia verificavam-se diferenças estatisticamente significativas, no domínio físico e no domínio ambiente, em que o sexo masculino apresentava valores significativamente superiores ao sexo feminino.

No grupo com perturbação bipolar, existia uma tendência para os indivíduos do sexo masculino evidenciarem valores mais elevados nos indicadores da QdV, à exceção do domínio físico e ambiente, em que as mulheres apresentaram níveis superiores de QdV.

No grupo com esquizofrenia, os indivíduos do sexo masculino apresentavam valores mais elevados em todos os indicadores da QdV, quando comparados com os indivíduos do sexo feminino.

Quadro 5 – Caracterização da Qualidade de Vida em Função do Sexo

		Perturbação bipolar						Esquizofrenia					
		N	M	MD	U	Z	<i>p</i>	N	M	MD	U	Z	<i>p</i>
D. Físico	Masc.	9	15,72	64,29	96,000	-0,110	0,912	22	18,30	64,29	48,500	-2,208	0,027
	Fem.	22	16,11	62,50				9	10,39	46,43			
D. Psicológico	Masc.	9	18,67	70,83	75,000	-1,056	0,291	22	17,32	62,50	70,000	-1,267	0,205
	Fem.	22	14,91	58,33				9	12,78	54,17			
D. Relações Sociais	Masc.	9	17,06	58,33	89,500	-0,418	0,676	22	16,91	50,00	79,000	-0,877	0,380
	Fem.	22	15,57	58,33				9	13,78	33,33			
D. Ambiente	Masc.	9	14,61	65,63	86,500	-0,547	0,584	22	18,05	64,06	54,000	-1,967	0,049
	Fem.	22	16,57	68,75				9	11,00	46,88			
F. Geral	Masc.	9	16,06	75,00	98,500	-0,023	0,982	22	16,82	68,75	81,000	-0,798	0,425
	Fem.	22	15,98	75,00				9	14,00	50,00			

No que diz respeito o **quarto objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função do estado civil, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis.

Foi possível verificar que os vários indicadores da escala WHOQOL-Bref não demonstraram diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil em nenhum dos grupos da amostra (cf. Quadro 6).

No grupo com perturbação bipolar, os valores médios mais elevados corresponderam em todos os indicadores, à exceção dos domínios físico e psicológico, aos indivíduos que se encontravam solteiros. Em contrapartida, os valores médios mais baixos corresponderam, em todos os indicadores, aos indivíduos que se encontravam viúvos indicando um nível inferior de QdV.

No grupo com esquizofrenia, os valores médios mais elevados corresponderam, em todos os indicadores, aos indivíduos solteiros, sendo que os valores médios mais baixos corresponderam aos indivíduos divorciados/separados.

Quadro 6 – Caracterização da Qualidade de Vida em Função do Estado Civil

		Perturbação bipolar				Esquizofrenia			
		N	M	χ^2	<i>p</i>	N	M	χ^2	<i>p</i>
D. Físico	Solteiro(a)	8	16,25	0,385	0,943	27	16,61	1,046	0,593
	Casado(a)/União de facto	11	16,05			2	13,25		
	Divorciado(a)/Separado(a)	10	16,50			2	10,50		
	Viúvo(a)	2	12,25						
D. Psicológico	Solteiro(a)	8	14,94	0,800	0,850	27	17,13	3,318	0,190
	Casado(a)/União de facto	11	17,86			2	9,50		
	Divorciado(a)/Separado(a)	10	15,30			2	7,25		
	Viúvo(a)	2	13,50						
D. Relações Sociais	Solteiro(a)	8	19,56	1,901	0,593	27	17,07	4,451	0,108
	Casado(a)/União de facto	11	14,64			2	14,25		
	Divorciado(a)/Separado(a)	10	15,40			2	3,25		
	Viúvo(a)	2	12,25						
D. Ambiente	Solteiro(a)	8	17,81	0,794	0,851	27	16,61	1,357	0,507
	Casado(a)/União de facto	11	14,45			2	14,75		
	Divorciado(a)/Separado(a)	10	16,65			2	9,00		
	Viúvo(a)	2	14,00						
F. Geral	Solteiro(a)	8	17,31	1,138	0,768	27	16,43	0,540	0,763
	Casado(a)/União de facto	11	16,59			2	14,25		
	Divorciado(a)/Separado(a)	10	15,45			2	12,00		
	Viúvo(a)	2	10,25						

Relativamente ao **quinto objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função das habilitações literárias recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis.

A categoria 1º ciclo do ensino básico encontrava-se constituída por apenas um indivíduo nos dois grupos respetivos, não tendo sido considerada nas análises.

No grupo com perturbação bipolar, foi possível verificar uma diferença entre as categorias das habilitações literárias (cf. Quadro 7) com significância estatística no domínio relações sociais. Pelo post-hoc Bonferroni, verificou-se que as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,042$) são observadas na comparação entre indivíduos que possuíam o 2º ciclo ensino básico (9ºano) e bacharelato/licenciatura, mestrado/doutoramento. É ainda possível verificar que os indivíduos que possuíam o ensino superior apresentavam índices superiores na faceta geral da QdV.

No grupo com esquizofrenia, não existiam diferenças estatisticamente significativas entre as categorias das habilitações literárias nos vários indicadores. No entanto, apesar de não apresentarem significância estatística, os indivíduos com ensino secundário (12ºano) revelaram níveis superiores de QdV em todos os indicadores.

Quadro 7 – *Caracterização da Qualidade de Vida em Função das Habilitações Literárias*

		Perturbação bipolar				Esquizofrenia			
		N	M	χ^2	<i>p</i>	N	M	χ^2	<i>p</i>
D. Físico	2º Ciclo ensino básico	9	12,11	3,847	0,278	14	14,71	1,146	0,564
	3º Ciclo ensino básico	9	13,94						
	Ensino secundário	6	19,50						
	Ensino superior	6	18,92						
D. Psicológico	2º Ciclo ensino básico	9	14,39	2,123	0,547	14	12,89	4,374	0,112
	3º Ciclo ensino básico	9	17,78						
	Ensino secundário	6	11,83						
	Ensino superior	6	17,42						
D. Relações Sociais	2º Ciclo ensino básico	9	12,28	8,517	0,036	14	13,50	1,962	0,375
	3º Ciclo ensino básico	9	15,33						
	Ensino secundário	6	11,75						
	Ensino superior	6	24,33						
D. Ambiente	2º Ciclo ensino básico	9	12,39	7,290	0,063	14	12,79	5,521	0,063
	3º Ciclo ensino básico	9	12,06						
	Ensino secundário	6	22,92						
	Ensino superior	6	17,92						
F. Geral	2º Ciclo ensino básico	9	13,50	6,820	0,078	14	14,43	4,576	0,101
	3º Ciclo ensino básico	9	15,72						
	Ensino secundário	6	10,83						
	Ensino superior	6	22,83						

No que concerne o **sexto objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função da situação laboral, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis.

No grupo com perturbação bipolar, foi possível verificar uma diferença entre as três categorias laborais (cf. Quadro 8) com significância estatística no domínio relações sociais. Pelo post-hoc Bonferroni, verificou-se que as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,039$) são observadas na comparação entre indivíduos empregados/ativos/baixa clínica e reformados/inválidos. Foi ainda, possível verificar

que os indivíduos que se encontravam empregados/ativos/baixa clínica apresentavam índices superiores de QdV em todos os indicadores, à exceção do domínio ambiente.

No grupo com esquizofrenia, não existiam diferenças estatisticamente significativas entre as três categorias laborais nos vários indicadores. No entanto, apesar de não apresentarem significância estatística, os indivíduos empregados relevavam índices superiores de QdV no domínio físico e no domínio ambiente. Em contrapartida, os indivíduos “desempregados” apresentavam índices superiores no domínio psicológico e relações sociais, quando comparados com os indivíduos “empregados/ativos/baixa clínica” (e com os reformados/inválidos também). Na faceta geral da QdV, os indivíduos reformados/inválidos apresentavam índices ligeiramente superiores que os indivíduos desempregados (e também superiores aos empregados/ativos/baixa clínica).

Quadro 8 – *Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Situação Laboral*

		Perturbação bipolar				Esquizofrenia			
		N	M	χ^2	<i>p</i>	N	M	χ^2	<i>p</i>
D. Físico	Empregado(a)/Ativo(a)/Baixa	13	18,04			3	19,33		
	Desempregado(a)	8	14,06	1,188	0,552	21	17,26	3,138	0,208
	Reformado(a)/Invalidez	10	14,90			7	10,79		
D. Psicológico	Empregado(a)/Ativo(a)/Baixa	13	19,77			3	14,50		
	Desempregado(a)	8	10,19	5,637	0,060	21	16,86	0,588	0,745
	Reformado(a)/Invalidez	10	15,75			7	14,07		
D. Relações Sociais	Empregado(a)/Ativo(a)/Baixa	13	21,12			3	11,17		
	Desempregado(a)	8	12,50	7,253	0,027	21	17,17	1,387	0,500
	Reformado(a)/Invalidez	10	12,15			7	14,57		
D. Ambiente	Empregado(a)/Ativo(a)/Baixa	13	17,35			3	24,50		
	Desempregado(a)	8	19,50	4,026	0,134	21	16,00	3,778	0,151
	Reformado(a)/Invalidez	10	11,45			7	12,36		
F. Geral	Empregado(a)/Ativo(a)/Baixa	13	18,73			3	9,33		
	Desempregado(a)	8	11,75	3,169	0,205	21	16,48	1,914	0,384
	Reformado(a)/Invalidez	10	15,85			7	17,43		

Relativamente o **sétimo objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função da constituição do agregado familiar, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis.

Foi possível verificar que no grupo com perturbação bipolar e no grupo com esquizofrenia não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da QdV em função da constituição do agregado familiar (cf. Quadro 9).

Apesar de as diferenças não apresentarem significância estatística, os indivíduos com perturbação bipolar que viviam com a família alargada tendiam a revelar índices superiores de QdV em todos os indicadores, à exceção do domínio relações sociais e faceta geral da QdV.

No grupo com esquizofrenia, os indivíduos que responderam “outros” apresentavam índices superiores em todos os indicadores avaliados pelo WHOQOL-Bref, à exceção do domínio físico e faceta geral QdV.

Quadro 9 – *Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Constituição do Agregado Familiar*

		Perturbação bipolar				Esquizofrenia			
		N	M	χ^2	<i>p</i>	N	M	χ^2	<i>p</i>
D. Físico	Sozinho	6	13,42			2	21,50		
	Cônjuge/companheiro(a)	8	17,94						
	Família restrita	6	17,17	1,815	0,770	3	10,50	1,860	0,395
	Família alargada	1	23,00						
	Outros?	10	14,60			26	16,21		
D. Psicológico	Sozinho	6	17,00			2	14,00		
	Cônjuge/companheiro(a)	8	18,38						
	Família restrita	6	18,58	4,993	0,288	3	10,50	1,401	0,496
	Família alargada	1	24,50						
	Outros?	10	11,10			26	16,60		
D. Relações Sociais	Sozinho	6	17,58			2	15,25		
	Cônjuge/companheiro(a)	8	17,81						
	Família restrita	6	14,33	0,980	0,913	3	11,33	0,930	0,628
	Família alargada	1	16,50						
	Outros?	10	14,55			26	16,60		
D. Ambiente	Sozinho	6	16,83			2	16,25		
	Cônjuge/companheiro(a)	8	15,94						
	Família restrita	6	14,08	0,423	0,981	3	12,83	0,407	0,816
	Família alargada	1	18,50						
	Outros?	10	16,45			26	16,35		
F. Geral	Sozinho	6	18,50			2	23,00		
	Cônjuge/companheiro(a)	8	20,31						
	Família restrita	6	13,50	4,601	0,331	3	12,50	1,699	0,428
	Família alargada	1	17,00						
	Outros?	10	12,45			26	15,87		

Relativamente ao **oitavo objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função da duração da doença, recorreu-se ao coeficiente de correlação r de Spearman.

Após analisar os coeficientes de correlação entre a duração da doença e os diferentes indicadores foi possível verificar que não existiam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos da amostra (cf. Quadro 10).

No grupo com perturbação bipolar, apenas o domínio físico se correlacionou negativamente com a duração da doença, embora não existissem diferenças estatisticamente significativas à semelhança do que aconteceu com os restantes indicadores.

Nos indivíduos com esquizofrenia, todos os indicadores se correlacionavam negativamente com a duração da doença. Apenas os resultados relativos ao domínio ambiente se aproximavam da significância estatística.

Quadro 10 – *Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Duração da Doença*

		Duração da doença	
		Perturbação bipolar (N=31)	Esquizofrenia (N=31)
D. Físico	<i>rs</i>	-0,111	-0,320
	<i>p</i>	0,553	0,079
D. Psicológico	<i>rs</i>	0,158	-0,255
	<i>p</i>	0,395	0,166
D. Relações Sociais	<i>rs</i>	0,026	-0,193
	<i>p</i>	0,891	0,299
D. Ambiente	<i>rs</i>	0,010	-0,341
	<i>p</i>	0,957	0,060
F. Geral	<i>rs</i>	0,154	-0,286
	<i>p</i>	0,409	0,118

No que diz respeito ao **nono objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função da existência de outros problemas de saúde, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney.

Os resultados obtidos demonstravam que no grupo com perturbação bipolar não existiam diferenças estatisticamente significativas na QdV em função da presença (ou ausência) de outros problemas de saúde (cf. Quadro 11).

No entanto, no grupo com esquizofrenia verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no domínio físico, em que os indivíduos sem outros problemas de saúde apresentaram uma média superior aos indivíduos com presença de outros problemas de saúde.

Foi possível verificar, que relativamente aos dois grupos da amostra, os indivíduos que não têm outros problemas de saúde apresentaram valores de QdV superiores quando comparados aos indivíduos com presença de outros problemas de saúde (expeto o grupo com perturbação bipolar no domínio ambiente).

Quadro 11 – *Caracterização da Qualidade de Vida em Função da Existência de Problemas de Saúde*

		Perturbação bipolar						Esquizofrenia					
		N	M	MD	U	Z	p	N	M	MD	U	Z	p
D. Físico	Sim	9	14,94	67,86	89,500	-0,418	0,685	7	8,43	46,43	31,00	-2,515	0,012
	Não	22	16,43	62,50				24	18,21	64,29	0		
D. Psicológico	Sim	9	11,28	58,33	56,500	-1,871	0,064	7	11,79	54,17	54,50	-1,399	0,162
	Não	22	17,93	66,67				24	17,23	62,50	0		
D. Relações Sociais	Sim	9	14,22	58,33	83,000	-0,704	0,507	7	13,00	41,67	63,00	-1,000	0,317
	Não	22	16,73	58,33				24	16,88	50,00	0		
D. Ambiente	Sim	9	16,56	65,63	94,000	-0,219	0,848	7	10,93	46,88	48,50	-1,685	0,092
	Não	22	15,77	68,75				24	17,48	62,50	0		
F. Geral	Sim	9	14,17	62,50	82,500	-0,748	0,480	7	13,64	50,00	67,50	-0,794	0,427
	Não	22	16,75	75,00				24	16,69	62,50	0		

No que concerne **décimo objetivo**, analisar a QdV dos dois grupos em função do número de internamentos recorreu-se ao coeficiente de correlação ró de Spearman.

Após analisar os coeficientes de correlação entre o número de internamentos e os diferentes indicadores de QdV (cf. Quadro 12), foi possível verificar que, no grupo com perturbação bipolar, a QdV diminuía com o número de internamentos em todos os domínios, à exceção do domínio psicológico. Porém a significância estatística não foi alcançada.

Em contrapartida, na esquizofrenia a QdV aumentava com o número de internamentos no domínio relações sociais. A mesma tendência manteve-se nos restantes indicadores de QdV, mas sem atingir a significância estatística.

Quadro 12 – *Caracterização da Qualidade de Vida em Função do Número de Internamentos*

		Número de internamentos	
		Perturbação bipolar (N=31)	Esquizofrenia (N=31)
D. Físico	<i>rs</i>	-0,021	0,092
	<i>p</i>	0,931	0,622
D. Psicológico	<i>rs</i>	0,125	0,176
	<i>p</i>	0,540	0,343
D. Relações Sociais	<i>rs</i>	-0,226	0,370
	<i>p</i>	0,221	0,041
D. Ambiente	<i>rs</i>	-0,251	0,112
	<i>p</i>	0,173	0,550
F. Geral	<i>rs</i>	-0,137	0,024
	<i>p</i>	0,464	0,899

Capítulo V – Apresentação e discussão dos resultados

É fundamental, após analisar e descrever os resultados obtidos realizar uma abordagem pormenorizada, tendo por base a literatura consultada.

Neste sentido, o **primeiro objetivo** passava por analisar e comparar a QdV dos dois grupos. Perante a análise realizada anteriormente, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No entanto, os indivíduos com esquizofrenia revelavam, em todos os domínios e na faceta geral, níveis inferiores de QdV quando comparados com os indivíduos com perturbação bipolar. Este resultado vai ao encontro de estudos levados a cabo por Latalova et al. (2011) e Michalak, Yatham e Lam (2005), que referem que a QdV é significativamente superior, em todos os domínios, nos indivíduos com perturbação bipolar quando comparados com indivíduos com esquizofrenia.

Os baixos *scores* obtidos estão de acordo com o impacto negativo que as doenças mentais, independentemente da presença ou ausência de uma perturbação de humor, têm na QdV do indivíduo (Azevedo et al., 2013; Gameiro et al., 2008; Macedo et al., 2014). Na esquizofrenia, verifica-se que a QdV é pior, quando comparada com indivíduos da população em geral (Canavarro & Vaz Serra, 2010).

O estudo realizado por Macedo (2010) demonstrou que os domínios da QdV mais afetados nos indivíduos com perturbação bipolar foram o físico e o psicológico, tal como no presente estudo, ou seja a presença de uma perturbação de humor tem um impacto significativo em alguns domínios da escala WHOQOL-Bref.

A literatura refere que os indivíduos com perturbação bipolar podem apresentar valores (mais) elevados de QdV, devido ao fato desse valor se encontrar relacionado com o estado eufórico e com a diminuição de *insight* face à doença (Ritsner et al., 2003 citado por Fleck, 2008). Em contrapartida, os indivíduos com esquizofrenia apresentam valores mais baixos a nível da QdV, quando comparado com a população em geral ou até mesmo comparado com outras populações com perturbações mentais (Ritsner et al., 2003 citado por Fleck, 2008). Estes dados de literatura estão (parcialmente) em consonância com os resultados do presente estudo, já que os resultados dos indivíduos com perturbação bipolar não são muito elevados e que as diferenças entre os dois grupos não atingem a significância estatística.

Por outro lado, existem dúvidas face à capacidade dos doentes com esquizofrenia avaliarem a sua própria QdV, devido aos seus sintomas psicóticos, défice cognitivo e/ou falta de consciência de morbilidade (capacidade de *insight* face a doença). Segundo Doyle et al. (1999, citado por Souza & Coutinho, 2006), os pacientes diagnosticados com esquizofrenia, apesar de condições adversas de vida, têm tendência para referir um grau de satisfação com a vida elevado o que pode ser justificado por fatores, tais como baixas expectativas e aspirações. Todavia as respostas obtidas neste estudo não vão neste sentido.

O **segundo objetivo** implicava analisar a QdV dos dois grupos em função da idade. Os principais resultados revelaram que a QdV diminuía em função da idade, em ambos os grupos. Estes resultados divergem parcialmente dos dados encontrados por Macedo, Nossa e Silva (2014), que apontam que os indivíduos mais velhos com uma doença mental grave, tal como a esquizofrenia, a perturbação bipolar e a depressão major, encontram-se socialmente mais confortáveis e mais satisfeitos com as condições de vida gerais, existindo evidências que à medida que aumenta a idade, melhora a perceção que o indivíduo tem sobre a sua QdV.

No presente estudo, os indivíduos mais velhos com perturbação bipolar apresentaram pior QdV nos domínios físico, psicológico e ambiente, porém verificou-se que o domínio relações sociais e a faceta geral encontravam-se positivamente associados ao aumento da idade. Nos indivíduos com esquizofrenia, verificaram-se associações negativas entre a idade e a QdV nos domínios físico, psicológico, ambiente e na faceta geral e positiva com o domínio relações sociais.

Existem diversos estudos que apontam uma pior QdV em indivíduos mais velhos com esquizofrenia, podendo tal ser justificado pela duração prolongada da doença e pela perceção dos prejuízos da perturbação na vida em geral (Souza & Coutinho, 2006). No presente estudo tal só foi verdadeiramente verificado no domínio ambiente (significância estatística), talvez devido à dimensão da amostra.

O **terceiro objetivo** consistia em analisar a QdV dos dois grupos em função do sexo. Os resultados demonstraram que no grupo com perturbação bipolar não existiam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino ao nível da QdV. Os resultados não corroboram o estudo levado a cabo por Sierra, Livianos e Rojo (2005), que evidencia uma pior QdV em mulheres com perturbação bipolar. Segundo

Macedo, Nossa e Silva (2014) as mulheres com perturbação bipolar, quando comparadas com os homens apresentam pior QdV no domínio físico.

Na esquizofrenia a QdV dos indivíduos pode ser afetada de forma desfavorável em vários domínios, mas o seu impacto pode variar em função do sexo (Cardoso et al., 2006). Neste estudo, os indivíduos com esquizofrenia revelaram diferenças estatisticamente significativas nos domínios físico e ambiente, em que o sexo masculino revelou valores superiores ao sexo feminino. Os resultados obtidos vão ao encontro de um estudo levado a cabo por Souza e Coutinho (2006), que verificou uma pior QdV nos indivíduos com esquizofrenia do sexo feminino, quando comparados com os indivíduos do sexo masculino.

No entanto, estudos levados a cabo por Cardoso, et al. (2005) e Bobes et al. (2007) não corrobora o que foi mencionado anteriormente, salientando que os indivíduos com esquizofrenia do sexo masculino apresentam pior QdV, quando comparados com as mulheres que evidenciam estar mais satisfeitas que os homens.

Geralmente, os indivíduos do sexo masculino com esquizofrenia apresentam uma maior probabilidade de permanecerem solteiros ao longo da vida, encontrando-se esse fator associado à baixa QdV (Cardoso et al., 2005). No entanto, existem ainda estudos que revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com esquizofrenia do sexo masculino e feminino, nos vários domínios e na faceta geral da QdV (Makara-Studzínska, Wolyniak & Partyka, 2011).

É de sublinhar que nas duas amostras em estudo a distribuição dos indivíduos pelos sexos era exatamente inversas, o que pode ter tido impacto nos resultados obtidos. Adicionalmente, é exatamente nos domínios em que foi obtida a significância estatística no grupo com esquizofrenia que os indivíduos com perturbação bipolar apresentam resultados contrários a tendência geral.

O **quarto objetivo** propunha analisar a QdV dos dois grupos em função do estado civil. Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas na QdV em função do estado civil e da QdV, nos dois grupos da amostra. No grupo com perturbação bipolar, as médias mais altas correspondiam em todos os domínios, à exceção dos domínios físico e psicológico, aos indivíduos solteiros, sendo possível verificar os valores mais baixos nos indivíduos viúvos. Este resultado vai ao encontro

de um estudo levado a cabo por Macedo et al. (2014), que demonstra que os indivíduos com perturbação bipolar solteiros apresentam uma melhor QdV, quando comparados com os indivíduos casados.

Os resultados obtidos num estudo levado a cabo por Rodrigues e Leal (2004, citado por Macedo et al., 2014) não coincidem com os dados mencionados anteriormente, uma vez que demonstram que os indivíduos com perturbação bipolar solteiros e casados evidenciam uma melhor QdV quando comparados com indivíduos viúvos.

No grupo com esquizofrenia, os indivíduos solteiros apresentavam a média mais alta em todos os domínios da escala, verificando-se que os valores mais baixos correspondiam aos indivíduos que se encontravam divorciados/separados. Os resultados obtidos vão ao encontro de um estudo levado a cabo por Makara-Studzínska et al. (2011), que demonstra a existência de relação significativa entre o estado civil e a QdV: os indivíduos com esquizofrenia solteiros ou casados apresentam *scores* mais elevados no domínio psicológico, relações sociais e no domínio ambiente, quando comparados com indivíduos divorciados ou viúvos.

No entanto, os estudos de Souza e Coutinho (2006) e Bobes et al. (2008) demonstraram uma melhor QdV nos indivíduos casados com esquizofrenia, isto quando comparados com indivíduos solteiros.

Porém, é possível verificar que as relações interpessoais nos indivíduos com esquizofrenia, tal como manter um relacionamento amoroso, é algo difícil de alcançar traduzindo-se numa limitação com repercussões negativas na QdV (Cardoso et al., 2005; Kovess et al., 2006). Principalmente no grupo com esquizofrenia, o desequilíbrio dos efetivos pode ter contribuído consideravelmente para os resultados alcançados.

O **quinto objetivo** implicava analisar a QdV dos dois grupos em função das habilitações literárias. Verifica-se que no grupo com perturbação bipolar existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias das habilitações literárias no domínio relações sociais. As diferenças são observadas na comparação dos indivíduos que possuíam o 2º ciclo ensino básico (9ºano) e bacharelato/licenciatura, mestrado/doutoramento. Os resultados divergem, parcialmente dos dados obtidos num estudo realizado na Alemanha, que revelou que um elevado nível de escolaridade

correspondia a um nível mais elevado de QdV, tendo obtido diferenças estatisticamente significativas no domínio físico e no domínio ambiente (Macedo et al., 2014).

Relativamente aos indivíduos com esquizofrenia, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias das habilitações literárias. Porém é possível verificar que os indivíduos com ensino secundário (12ºano) apresentaram índices superiores em todos os indicadores da QdV. Este resultado não corrobora com os resultados obtidos nos estudos realizados por Santana et al. (2009) e Cardoso et al. (2005) que demonstram que a baixa escolaridade é um fator que se encontra diretamente associado ao comprometimento da QdV de indivíduos com esquizofrenia.

Segundo Souza e Coutinho (2006) e Bobes et al. (2007), os indivíduos com grau mais elevado de escolaridade evidenciam uma pior QdV, sendo esse facto justificado pela literatura devido à frustração sentida pelos indivíduos com esquizofrenia de não conseguirem um cargo compatível com o nível educacional adquirido.

O **sexto objetivo** passava por analisar a QdV dos dois grupos em função da situação laboral. Verificou-se que no grupo com perturbação bipolar existiam diferenças estatisticamente significativas entre as três categorias laborais no domínio relações sociais. As diferenças foram observadas na comparação dos indivíduos empregados/ativos/baixa clínica e reformados/inválidos. Este resultado não corrobora os resultados obtidos no estudo realizado por Sierra et al. (2005), que não evidenciou diferenças estatisticamente significativas na QdV relativamente à situação laboral, em indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar.

No entanto, um estudo de Latalova et al. (2011), revelou diferenças estatisticamente significativas na faceta geral da QdV, entre indivíduos com perturbação bipolar que se encontram empregados e desempregados.

Relativamente aos indivíduos com esquizofrenia, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as três categorias laborais. Porém, foi possível verificar que os indivíduos empregados apresentavam índices superiores de QdV nos domínios físico e ambiente. Em contrapartida, os indivíduos que se encontram desempregados apresentam índices superiores nos domínios psicológico e relações sociais. Este resultado diverge parcialmente dos dados encontrados por Souza e Coutinho (2006) e Cesari e Bandeira (2010), que demonstram uma melhor QdV em

indivíduos com esquizofrenia que trabalham, quando comparados ao que se encontram desempregados.

Analogamente, Makara-Studzínska et al. (2011), referem que os indivíduos com esquizofrenia que se encontram desempregados ou financeiramente dependentes, apresentam *scores* mais baixos de QdV, quando comparados com indivíduos empregados. De facto, o trabalho permite ao indivíduo melhorar a visão que tem acerca de si próprio e da doença, levando ao aumento da auto-estima (Fleck, 2008).

Os indivíduos com esquizofrenia que se encontram desempregados obtiveram índices superiores de QdV nos domínios psicológico e relações sociais. Os dados obtidos podem estar associados ao facto desses indivíduos se encontrarem inseridos numa das valências do hospital, que promove a interação social de indivíduos diagnosticados com perturbação mental. Possivelmente, a existência de uma atividade semanal e o contacto com indivíduos que vivenciaram histórias semelhantes pode permitir aos doentes afastarem o sentimento de serem únicos com uma doença do foro psiquiátrico.

Globalmente, os doentes diagnosticados com esquizofrenia tendem a apresentar uma taxa de desemprego bastante elevada (Silva, Mason, Abelha, Lovisi & Cavalcanti, 2011; Marques-Teixeira, 2007). Para além disso, recebem salários mais baixos quando comparados com a população em geral (Silva et al., 2011). Estudos realizados demonstram que o emprego promove a QdV dos doentes com patologia mental, nomeadamente aumenta o bem-estar e a satisfação económica (Silva et al. 2011).

É pertinente destacar que existe uma discrepância na constituição dos grupos em função da situação laboral, o que pode ter influenciado os resultados obtidos no presente estudo.

O **sétimo objetivo** propunha analisar a QdV dos dois grupos em função da constituição do agregado familiar. Os resultados demonstraram que não existiam diferenças estatisticamente significativas, nos dois grupos da amostra, na QdV em função da constituição do agregado familiar. Os indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar que viviam com a família alargada revelavam índices superiores de QdV em todos os indicadores, à exceção do domínio relações sociais e faceta geral. Na

literatura, não foram encontrados resultados que apoiem ou contradizem os resultados obtidos neste estudo.

No grupo com esquizofrenia, os indivíduos que responderam “outros” revelavam índices superiores de QdV em todos os indicadores da escala, à exceção do domínio físico e faceta geral. Os resultados obtidos neste estudo, divergem parcialmente dos dados encontrando por Makara-Studzínska et al. (2011), que revelam que os indivíduos com esquizofrenia que vivem com os pais e irmãos avaliam o domínio relações sociais com *scores* mais baixos, quando comparados com os indivíduos que vivem com o conjugue e os filhos, não existindo diferenças estatisticamente significativas nos restantes indicadores.

Segundo Norman et al. (2000, citado por Souza & Coutinho, 2006), os indivíduos com esquizofrenia que vivem sozinhos ou com os familiares apresentam uma melhor QdV. Esses resultados podem ser interpretados tendo por base o impacto que esses fatores desempenham na QdV, bem como o facto dos indivíduos com sintomas mais brandos se encontrarem mais aptos para ter uma vida independente.

Segundo Canon et al. (2005 citado por Helder, 2010), os indivíduos com esquizofrenia que vivem sozinhos revelam uma melhor QdV face às atividades de vida diária. Este resultado pode estar associado ao facto do indivíduo com esquizofrenia ter iniciativa e autonomia para desempenhar as suas tarefas, tais como cozinhar ou ir às compras de forma independente.

O apoio familiar pode influenciar a QdV dos indivíduos com esquizofrenia, isto porque ao estabelecerem um vínculo satisfatório com os familiares e com as pessoas que os rodeiam vão diminuir o conflito afetivo melhorando o seu prognóstico (Santos & Capocci, 2003).

Globalmente, verifica-se que a família desempenha um papel importante no seio dos indivíduos com uma perturbação mental, uma vez que após adoecerem isolam-se das relações sociais e deixam de realizar atividades que anteriormente concretizavam, necessitando do cuidado e apoio da família para retomar atividades produtivas e melhorar a QdV (Cardoso, 2008).

O **oitavo objetivo** passava por analisar a QdV dos dois grupos em função da duração da doença. Os principais resultados revelaram que a QdV diminuía em função

da duração da doença. Nos indivíduos com perturbação bipolar, foi possível verificar que no domínio físico a QdV diminuía em função da duração da doença. Este resultado vai ao encontro de um estudo levado a cabo por Sierra et al. (2005), que revela que a duração da doença interfere de forma significativa na QdV dos indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar. Todavia, o mesmo não se verificou para os restantes indicadores e, em todas as correlações, a significância estatística não foi alcançada.

Nos indivíduos com esquizofrenia, todos os indicadores se correlacionaram, negativamente, mas não de forma estatisticamente significativa, com a duração da doença. Segundo Santana et al. (2009) e Bobes et al. (2007) a duração da doença encontra-se associada à baixa QdV dos indivíduos com esquizofrenia, tendo sido considerada em diversas investigações como a principal variável que interfere na QdV.

O **nono objetivo** consistia em analisar a QdV dos dois grupos, em função da existência de problemas de saúde. Os principais resultados revelaram que os indivíduos diagnosticados com perturbação bipolar não apresentavam diferenças estatisticamente significativas na QdV em função da presença (ou ausência) da existência de outros problemas de saúde. Este resultado não corrobora com os resultados obtidos num estudo levado a cabo por Albert, Rosso, Maina e Bogetto (2008), que demonstrou que a presença de uma comorbidade (e.g., sintomas de ansiedade) afeta significativamente a QdV do indivíduo diagnosticados com perturbação bipolar (Vojta et al., 2001, citado por Costa, 2008). No entanto, o presente estudo apresenta problemas de saúde diferentes dos referidos pela literatura.

Os indivíduos com perturbação bipolar com comorbidade ansiosa podem manifestar mudanças na psicopatologia, relações sociais, funcionamento global e QdV encontram-se desta forma mais propícios a manifestar um curso da doença mais grave (Fleck, 2008). Os resultados obtidos num estudo levado a cabo por Kauer-Sant'Anna et al. (2007, citado por Fleck, 2008), demonstrou que a presença de uma comorbidade ansiosa num indivíduo com perturbação bipolar se encontra relacionada a baixos *scores* de QdV, em todos os domínios da escala WHOQOL-Bref.

No grupo com esquizofrenia existiam diferenças estatisticamente significativas no domínio físico, apresentando os indivíduos sem outros problemas de saúde melhor QdV do que os indivíduos com presença de outros problemas de saúde. Os resultados obtidos

vão parcialmente ao encontro do estudo levado a cabo por Helder (2010), que revela que a existência de outras doenças associadas à patologia mental, tais como: asma, dislipidemia, excesso de peso, etc., não influenciam de forma estatisticamente significativa os vários domínios da QdV dos indivíduos com esquizofrenia.

Por outro lado, no grupo com esquizofrenia, os efeitos adversos associados à medicação, tais como diabetes, ganho de peso e hiperprolactinemia, têm um impacto inferior na QdV, quando comparados com os efeitos extrapiramidais, que têm um impacto superior na QdV do indivíduo (Briggs et al., 2008).

Por fim, analisar a QdV dos dois grupos em função do número de internamentos, constitui o **décimo objetivo** deste estudo. Os resultados obtidos revelaram que no grupo com perturbação bipolar a QdV diminuía em função do número de internamento, à exceção do domínio psicológico. No entanto, no grupo com esquizofrenia a QdV aumentava com o número de internamento no domínio relações sociais, tendo-se mantido essa tendência nos restantes indicadores QdV, mas sem atingir a significância estatística.

Um estudo que analisou a QdV em indivíduos com perturbações mentais graves, tais como esquizofrenia, perturbação bipolar, perturbação da personalidade, etc., não evidenciou uma relação estatisticamente significativas na QdV em função do número de internamentos (Bayón, Delgado, Ramírez & Toral, 2008).

Também o estudo levado a cabo por Helder (2010) revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas, nos diversos domínios da QdV, em função do número de internamentos psiquiátricos em indivíduos com esquizofrenia.

Todavia, os indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, o número de internamentos, encontram-se associados à falta de adesão ao tratamento, que se traduz num maior número de recaídas e num maior tempo de internamento, sendo que estudos evidenciam que a falta de adesão ronda os 50%, sendo menor nos indivíduos que recebem a medicação por via endovenosa, variando entre 14 e 36% (Silva et al., 2011). À luz destes dados, os resultados obtidos relativos ao domínio relações sociais são difíceis de explicar, a menos que estas fossem particularmente ricas em contexto de internamento.

Conclusão

As doenças mentais graves, tais como a perturbação bipolar e a esquizofrenia são responsáveis por anos vividos com incapacidade (Macedo, 2010) que provocam um impacto significativo na vida dos que são afetados e das suas famílias (OMS, 2001).

A perturbação bipolar e a esquizofrenia são patologias mentais bastante complexas, que afetam cada vez mais pessoas em todo o mundo (OMS, 2001). Os doentes nem sempre têm as condições necessárias para promover a sua QdV, sendo importante explorar essa vertente em contexto de saúde.

Assim, o presente estudo teve como objetivos analisar a QdV de utentes da consulta externa do serviço de psiquiatria/psicologia, do CHEDV diagnosticados com perturbação bipolar e esquizofrenia, comparando os dois grupos e explorando correlatos sociodemográficos e clínicos da QdV.

Os resultados obtidos demonstram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra ao nível da QdV. Porém, o grupo com esquizofrenia apresentava níveis inferiores de QdV em todos os indicadores, quando comparados com o grupo com perturbação bipolar. Para além disso, existiam variáveis relacionadas com a QdV dos indivíduos com perturbação bipolar (idade, habilitações literárias, situação laboral, duração da doença e número de internamentos) e com esquizofrenia (idade e sexo).

Os principais resultados obtidos ao longo desta investigação confirmam, na generalidade, às pesquisas efetuadas, tendo sido possível verificar uma associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a QdV dos indivíduos com perturbação bipolar e dos indivíduos com esquizofrenia.

A presente investigação, tal como todas as investigações, comporta algumas limitações que devem ser colmatadas em estudos futuros. O tamanho reduzido da amostra, em cada grupo e subgrupo, compromete a nível de significância estatística dos dados recolhidos, sendo importante em futuras investigações ampliar a amostra, por exemplo, recorrendo a outras intuições, para que seja também representativa dos doentes portugueses com os diagnósticos em causa.

De ressaltar ainda, que a existência de critérios de exclusão reduziu o número de indivíduos, uma vez que apenas foram introduzidos no estudo os indivíduos que se encontravam compensados no momento da avaliação.

O grupo com perturbação bipolar encontra-se constituído maioritariamente por mulheres, sendo esse valor invertido no grupo com esquizofrenia seria desejável em futuros estudos essa variável ser distribuída de forma homogénea.

O tratamento estatístico foi realizado através de testes não paramétricos, devido ao facto dos dois grupos não apresentarem uma distribuição normal. Porém, a utilização de testes não paramétricos é considerada uma desvantagem por não ser possível encontrar tantas diferenças entre os dados (Pereira, 2008), daí a necessidade de alargar o tamanho da amostra, possibilitando a utilização de testes paramétricos.

Ao longo do presente estudo, foi abordada a adesão à terapêutica, em estudos futuros poderia ser explorada a relação dessa variável com a QdV dos doentes, permitindo compreender a importância da medicação no controle de sintomatologia.

Seria ainda interessante, juntamente com a Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref, administrar uma escala da capacidade de *insight* sobre a doença, permitindo averiguar se os inquiridos se encontravam cientes dos sintomas provocados pela doença, que podem interferir na sua QdV (e relato da mesma).

A informação clínica recolhida através dos processos presentes no sistema informático CHEDV não fazia alusão à comorbidades associadas a patologia mental. Em estudos futuros, seria pertinente identificar a presença de outras doenças previamente ao diagnóstico de perturbação bipolar e esquizofrenia, bem como verificar se o surgimento de outras doenças resulta dos efeitos colaterais da medicação e a sua relação com a QdV dos doentes. Porém, é de ressaltar que no presente estudo a maioria dos indivíduos não apresentava outros problemas de saúde para além da doença mental.

No presente estudo, não foi explorada nenhuma variável psicossocial (e.g., ansiedade ou depressão) para não sobrecarregar os doentes com um protocolo demasiado extenso, diminuindo o risco de desistências/não colaboração. Por outro lado, também para não interferir no funcionamento normal das consultas externas de psicologia. Porém, em estudos futuros poderia ser interessante, tendo em consideração o estado mental do indivíduo e a sua motivação, inserir uma variável psicossocial para

compreender a sua relação com a QdV dos doentes, uma vez que existem estudos que exploram essas variáveis.

Os resultados obtidos permitem refletir sobre possíveis intervenções para promover a QdV desses doentes, caso os dados encontrados fossem generalizáveis. A intervenção deveria ser direcionada tanto para o doente, como para a familiar que desempenha um papel fulcral no processo de recuperação, sendo por isso importante apostar numa psicoeducação que vai permitir uma aproximação entre o doente/familiar e o técnico superior, promovendo uma relação de empatia, contribuindo para o possível sucesso de um tratamento através da compreensão da doença e da aquisição de competências para lidar com as dificuldades, facilitando desta forma a integração dos indivíduos na sociedade. Esse tipo de intervenção é realizada no CHEDV, porém a QdV ainda se encontra diminuída, sendo necessário apostar noutras áreas que deverão ser estudadas (p.e., intervenção junto da comunidade para diminuir o estigma).

Inicialmente, foi formulado um objetivo relativamente à relação entre a QdV dos dois grupos e a medicação. Porém, esse objetivo foi eliminado, uma vez que não foi possível efetuar a análise, devido à distribuição dos grupos por cada categoria.

Ao longo das pesquisas realizadas acerca da temática foi possível verificar, tendo por base a literatura, que existem outras variáveis que se encontram relacionadas com a QdV dos indivíduos com uma patologia mental, podendo ser pertinente explorar as mesmas em estudos futuros. Na perturbação bipolar destaca-se o número, a duração e a intensidade das crises, bem como a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a perturbação bipolar I e II (Canavarro & Vaz Serra, 2010). Por sua, na esquizofrenia destaca-se o nível socioeconómico e o período de tempo em que o indivíduo se encontra internado (Marques-Teixeira, 2007; Souza & Coutinho, 2006)

Uma outra limitação sentida ao longo da realização deste projeto diz respeito à pesquisa bibliográfica, pois, apesar de existir uma enorme panóplia de estudos realizados a nível internacional, houve dificuldade de aceder à mesma ao longo da pesquisa.

Apesar das limitações e lacunas sentidas, esta investigação permitiu aprofundar conhecimentos sobre a perturbação bipolar e a esquizofrenia e, em específico, da QdV dos indivíduos portadores dessas patologias. A interação no seio de uma equipa

multidisciplinar possibilitou uma visão mais alargada das limitações que estes doentes podem possuir.

Enfatizando-se que é de extrema pertinência, em contexto de saúde, identificar os fatores que promovem uma melhor QdV dos indivíduos diagnosticados com uma perturbação mental, de modo a proporcionar aos indivíduos um nível da QdV mais favorável. No entanto, como nem sempre é possível a realização de uma intervenção eficaz, os resultados aqui obtidos alertam para a necessidade de promover a QdV destes indivíduos, principalmente aqueles que têm um perfil sociodemográfico e clínico associado a pior QdV.

A elaboração desta investigação foi, sem dúvida, muito gratificante, constituindo um momento único de diversas aprendizagens, bem como a aquisição de conhecimentos e competências que permitiram um crescimento pessoal e profissional.

Por fim, tendo em linha de conta que a doença mental é uma ameaça a QdV do indivíduo, é necessário prestar especial atenção à reação do mesmo face à doença e a forma como esta se repercute no seu dia-a-dia.

Isto porque é fundamental que os profissionais de saúde, inclusive os psicólogos, tenham conhecimento sobre os fatores associados à QdV de doentes diagnosticados com perturbação mental, permitindo desenvolver estratégias de intervenção para melhorar a vida desses indivíduos.

Referências bibliográficas

- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia – para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncípia Editora.
- Albert, U., Rosso, G., Maina, G. & Bogetto, F. (2008). Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: Differences between bipolar I and II subtypes. *Journal of Affective Disorders*, 105, 297–303.
- Alcantara, I., et al., (2003). Avanços no diagnóstico do transtorno de humor bipolar. *Revista de Psiquiatria*, 25(1), 22-32.
- Almeida, A., Felipes, L. & Pozzo, V. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 40-47.
- Almeida, J., Braga, P., Neto, F. & Pimenta, C. (2013). Chronic pain and quality of life in schizophrenic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 13-20.
- Almeida, O. (2004). Transtorno bipolar de início tardio: Uma variedade orgânica do transtorno de humor? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 27-30.
- Amaro, F. (2005). *Factores sociais e culturais da esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (J.C. Fernandes, Ed.) (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Araújo, A., Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Assis, J., Villares, C. & Bressan, R. (2009). *Entre a razão e a ilusão: Desmistificando a esquizofrenia*. Porto: Encontrar+se.
- Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde I.P. (n.d.). Infarmed. Consultado em <http://www.infarmed.pt/genericos/pesquisamg/pesquisaMG.php>
- Azevedo, A., Silva, R., Tomasi, E. & Quevedo, L. (2013). Doenças crónicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1774-1782.

- Banayan, M., Papetti, F., Palazzolo, J., Pringuey, D. & Darcourt, G. (2007). Conscience du trouble chez les sujets bipolaires euthymiques: Étude transversale comparative réalisée sur 60 patients. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 247-253.
- Bandeira, M. & Ireno, E. (2002). Reinserção social de psicóticos: Avaliação global do grau assertividade, em situação de fazer e receber crítica. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(3), 665- 675.
- Bayón, D., Delgado, S., Ramírez, O. & Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321-336.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N. & Grant, P. (2010). *Terapia cognitiva da esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed.
- Berk, L. (2011). Guia para cuidadores de pessoas com transtornos bipolares. São Paulo: Segmento Farma.
- Billiet, C., Antoine, P., Lessage, R. & Sangare, M. (2009). Insight et interventions psychoéducatives dans la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 745-752.
- Bobes, J., Gonzalez, M., Bousoño, M. & Saiz, P. (1996). Calidad de vida en los trastornos esquizofrénicos. *Anales de Psiquiatría*, 12(1), 47-54.
- Bobes, J., Gracia-Portilla, M., Bascaran, M., Saiz, P. & Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, 9(2), 215-216.
- Briggs, A., Wild, D., Lees, M., Reaney, M., Dursun, S., Parry, D. & Mukherjee, J. (2008). Impact of schizophrenia and schizophrenia treatment-related adverse event on quality of life: Direct utility elicitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 105-113.
- Campos, L. (2009). *Doença mental e prestação de cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal.
- Campos, R., Campos, J. & Sanches, M. (2010). A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: Problemas no diagnóstico diferencial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 162-166.

- Canavarro, C. & Vaz Serra, A. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., ... Carona, C. (2007). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde: WHOQOL-BREF. In M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves & L. Almeida (Coords.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. III)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, C. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cardoso, C., Caiiffa, W., Bandeira, M., Siqueira, A., Abreu, M. & Fonseca, J. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: Uma comparação por sexo. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1303-1314.
- Cardoso, C., Caiiffa, W., Bandeira, M., Siqueira, A., Silva, J. & Fonseca, J. (2007). Depressão na esquizofrenia: Prevalência e relação com a qualidade de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2035-2038.
- Cardoso, C., Caiiffa, W., Bandeira, M., Siqueira, A., Abreu, M. & Fonseca, J. (2005). Factores associated with low quality of life in schizophrenia. *Caderno de Saúde Pública*, 21(5), 1338-1348.
- Cardoso, M. (2008). O insight em psiquiatria. *Revista de Psicologia*, 20(2), 347-355.
- Casino, F. & Vicente, M. (2008). El insight multidimensional y su relación con el pronóstico de los síntomas en la esquizofrenia. *Psiquiatria*, 12(1), 1-10.
- Cesari, L. & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 293-301.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM] (2007). *Relatório – proposta de plano de ação para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

- Cordeiro, J. (2002). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, A. (2008). Transtorno afetivo bipolar: Carga da doença e custos relacionados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(3), 104-110.
- Couvreur, C. (1999). *A qualidade de vida: Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência.
- Cruz, B., Salgado, J., & Rocha, F. (2010). Associação entre déficits cognitivos e qualidade de vida na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(5), 233-239.
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 23-26.
- El-Mallakh, R. & Ghaemi, S. (2008). *Depressão bipolar: Um guia abrangente*. Porto Alegre: Artmed.
- Faugere, M., Micoulaud-Franchi, J., Alessandrini, M., Richieri, R., Faget-Agius, C., Auquier, ... Boyer, L. (2015). Quality of life is associated with chronic inflammation in schizophrenia: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 5, 1-7.
- Favrod, J. & Maire, A. (2014). *Recuperar da esquizofrenia: Guia prático para profissionais*. Loures: Lusociência.
- Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Fleury, M., Grenier, G., Bamvita, J., Tremblay, J., Schmitz, N. & Caron, J. (2013). Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 92-103.
- Fortin, M. (2006). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Freire, M., Sawada, N., França, I., Costa, S. & Oliveira, C. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 357-367.
- Gameiro, M. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M., Simões, M., Rijo, D., ... Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Giacon, B. & Galera, S. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40(2), 286-291.
- Gomes, M. (2008). Aspectos epidemiológicos das comorbidades psiquiátricas em epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 14(4), 162-170.
- Gonçalves, A. (2004). A doença mental e a cura: Um olhar antropológico. *Millenium*, 30, 159-171.
- Gordia, A., Quadros, T., Oliveira, M. & Campos, W. (2011). Qualidade de vida: Contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 40-52.
- Guerra, M. (2001). A vivência psicológica da dor e do sofrimento in: *Dor e sofrimentos: uma perspetiva interdisciplinar*, Autores: vários. Porto: Campo das Letras Editores, 184-195.
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A. & Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
- Guterres, M. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Helder, S. (2010). *Qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia da região da Cova da Beira*. (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Covilhã.

- Henry, C. & Gay, C. (2004). Maladie maníaco-dépressive ou troubles bipolaires. Encyclopédie Orphanet.
- Issler, C., Sant'Anna, M., Kapczinski, F. & Lafer, B. (2004). Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtornos bipolares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 31-36.
- Kehrwaldl, L. & Rohde, C. (2009). Transtorno do humor bipolar e a sua repercussão psicossocial. *Disciplinarium Scientia*, 10(1), 195-213.
- Kluthcousky, A. & Takayaragui, A. (2007). Qualidade de vida: Aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava*, 1(1), 13-15.
- Kovess, V., Xavier, M., Kustner, B., Suchocka, A., Sevilla-Dedieu, C., Dubuis, J., ... Walsh, D. (2006). Schizophrenia and quality of life: A one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry*, 6(39), 1-11.
- Lançon, V., Aghababian, R., Richieri, L., Boyer, Simenoni, M. & Auquier, P. (2011). Insight et qualité de vie subjective chez les personnes souffrant de schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(7), 429-434.
- Latalova, K., Prasko, J., Diveky, T., Kamaradova, D. & Velartova, H. (2011). Quality of life in patients with bipolar disorder – a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 21-26.
- Lima, A. & Fleck, M. (2009). Qualidade de vida e depressão: Uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria*, 31(3), 1-12.
- Lima, M., Tassi, J., Novo, I. & Mari, J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 15-20.
- 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 á intervenção em saúde mental, II Congresso Internacional da Sociedade de Enfermagem de Saúde Mental, Barcelos: Sociedade Portuguesa de Saúde Mental, 154-165.

- Macedo, E. (2012). Domínio relações sociais da qualidade de vida: Um foco de intervenção em pessoas com doença de humor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 19-24.
- Macedo, E., Nossa, P. & Silva, C. (2014). Impacto das doenças do humor na qualidade de vida. *Revista Investigação em Enfermagem*, 44-53.
- Makara-Studzínska, M., Wolyniak, M. & Partyka, I. (2011). The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service – selected factors. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 5(1), 31-34.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marques-Teixeira, J. (2000). Editorial. Qualidade de vida. *Saúde Mental*, 2(3), 5-7.
- Marques-Teixeira, J. (2001). A esquizofrenia no 1º trimestre de 2001. *Saúde Mental*, 3(2), 41-49.
- Marques-Teixeira, J. (2007). Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia. *Saúde Mental*, 9(6), 7-10.
- Martínez, A., Morales, C., López, B. & Anzaldúa, A. (2006). Trastorno bipolar. Impacto sobre la calidad de vida, repercusiones familiares, impacto social y costo económico de la enfermedad. *Psiquis*, 15(5), 135-141.
- McIntyre, T., Barroso, R. & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, 4(5), 13-24.
- Mendez, M., Gunten, A. & Antunes, M. (2015). Schizophrénies et troubles délirants tardifs à l'âge avancé. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 166(4), 113-125.
- Mendonça, G., Toretí, J., Moreira, L., Marino, D. & Sousa, L. (2015). Relação entre doenças crónicas não transmissíveis e qualidade de vida em mulheres. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(4), 82-86.
- Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

- Michalak, E., Yatham, L. & Lam, R. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(72), 1-17.
- Michelon, L. & Vallada, H. (2005). Factores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(1), 21-27.
- Minayo, M., Hartz, Z. & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Mondimore, F. (2003). *Perturbação bipolar: Guia para doentes e suas famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Monteiro, A., Lopes, A., Madeira, H. & Seco, J. (2012). Desigual(mente) – projeto de intervenção de redução do estigma face à doença mental em crianças do ensino básico. *Revista de Psicologia*, 1(1), 63-73.
- Morales, R., Morales, N., Rocha, F., Ferelon, S., Pinto, R. & Silva, C. (2007). Qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 65(2), 454-460.
- Moreira, V. & Bloc, L. (2012). Fenomenologia do tempo vivido no transtorno bipolar. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 28(4), 443-450.
- Moreno, R., Moreno, D. & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(1), 39-48.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova compreensão, nova esperança*. Genève: OMS.
- Parreira, A. (2006). *Gestão de stress e qualidade de vida: Um guia para a ação*. Lisboa: Monitor.
- Pedinielli, J. & Bernoussi, A. (2006). *Os estados depressivos*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, A. (2008). *Guia prático de utilização do SPSS – análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pereira, L., Dias, A., Caeren, J., Collares, L. & Penteado, R. (2010). Transtorno bipolar: Reflexões sobre o diagnóstico e tratamento. *Perspetiva*, 34(128), 151-166.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimenta, M. (2009). Tratamento medicamentoso do transtorno bipolar de início tardio. *Revista Brasileira de Farmacologia*, 90(3), 218-220.
- Pull, C. (2005). Diagnóstico da esquizofrenia: Uma revisão. In Maj, M. & Sartorius, N. (Eds.), *Esquizofrenia* (pp. 13-34). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2(3), 179-191.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. Cruz, S. Jesus & C. Nunes (Coords.) *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Ribeiro, J. (2015). Educação para a saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 3-9.
- Roblin, J., Vaille-Perret, E., Tourtauchaux, R., Malet, L., Galland, F. & Jaleques, I. (2009). Qualité de vie, schizophrénie et avancée en âge. *Annales Medico-Psychologiques*, 167(5), 392-403.
- Rocca, C. & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicologias no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 226-237.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., Marques, A. & Horta, M. (2009). Relação entre neurocognição e qualidade de vida em pessoas com esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 22(1), 71-82.
- Roder, V., Zorn, P., Brenner, H., & Müller, D. (2008). *Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos doentes com esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e de ocupação dos tempos livres*. Porto: Encontrar+se.

- Saloppé, X. & Pham, H. (2007). Impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçue par des patients issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. *L'Encéphale*, 33(6), 892-901.
- Samalina, L., Abbarb, M., Courtetc, P., Guillaume, S., Lancrenond, S. & Llorcaa, P. (2014). Recommandations formalisées d'experts de l'AFPBN: Prescription des neuroleptiques et antipsychotiques d'action prolongée. *L'Encéphale*, 39, 189-203.
- Sanches, R., Assunção, S. & Hetem, L. (2005). Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 71-77.
- Santana, A., Chianca, T. & Cardoso, C. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 187-194.
- Santos, S. & Capocci, P. (2003). Importância do apoio familiar aos pacientes com esquizofrenia. *Revista de Enfermagem UNISA*, 4, 13-16.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 56-58.
- Sierra, P., Livianos, L. & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7, 159-165.
- Silva, R. (2006). Esquizofrenia: Uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.
- Silva, R., Mograbi, D., Landeira-Fernandez, J. & Cheniaux, E. (2014). O insight no transtorno bipolar: Uma revisão sistêmica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(3), 242-254.
- Silva, T., Mason, V., Abelha, L., Lovisi, G. & Cavalcanti, M. (2011). Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from psychosocial care centers. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(2), 91-98.

- Simard, A. (2011). Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. *Le Partenaire*, 19(1), 9-11.
- Soares, M. (2006). *Qualidade de vida e esclerose múltipla*. Coimbra: Formasau.
- Souza, F. (2005). Tratamento do transtorno bipolar – eutímia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 63-70.
- Souza, L. & Coutinho, E. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58.
- Spadini, L. & Souza, M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 123-127.
- Suppes, T. & Dennehy, E. (2009). *Transtorno bipolar: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, D., Côrtes, R. & Dias, F. (2010a). Qualidade de vida e comorbidades entre idosos diabéticos. *Revista de Enfermagem*, 18(1), 97-103.
- Tavares, T., Nunes, S. & Santos, M. (2010b). Obesidade e qualidade de vida: Revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3), 359-366.
- Tung, T. (2007). *Enigma bipolar: Consequências, diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar*. São Paulo: MG Editores.
- Vaz Serra, A. (2003). Esquizofrenia – homens e mulheres: Diferentes na doença? *Psiquiatria Clínica*, 24(4), 227-237.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Vidal, M., Salas, M., Escobar, V., Utretas, A. & Arrigada, J. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Chía, Colombia*, 11(1), 66-76.
- Vilain, J., Galliot, A., Durand-Roger, J., Leboyer, M., Llorca, P., Schürhoff, F. & Szöke, A., (2012). Les facteurs de risqué environnementaux de la schizophrénie. *L'Encéphale*, 10(1), 1-10.

Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J. (2013). O estigma da doença mental: Que caminho percorremos. *Psicólogos*, 11(2), 10-21.

ANEXOS

ANEXO A – Elementos Adicionais de Caracterização

Sociodemográfica e Clínica da Amostra ($N=62$)

Quadro 1 (Cont.) – Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=62)

Variáveis	Perturbação bipolar		Esquizofrenia	
	N	%	N	%
Com quem vive?				
Outros?	10	32,3	26	83,9
Irmãos e filho	1	3,2		
Pais	3	9,7	8	25,8
Mãe	3	9,7	2	6,5
Stª Casa Misericórdia	1	3,2		
Filha	1	3,2		
Pais e irmão	1	3,2	5	16,1
Pais e irmã			4	12,9
Pais, irmão e tia			2	6,5
Pais e avó			1	3,2
Pai			2	6,5
Mãe e irmãos			1	3,2
Tia			1	3,2

Quadro 2 (Cont.) – Caracterização Clínica da Amostra (N=62)

Variáveis	Perturbação bipolar		Esquizofrenia	
	N	%	N	%
Diagnosticado há quanto tempo?				
1	5	16,1	3	9,7
2	6	19,4	8	25,8
3	1	3,2	4	12,9
4			1	3,2
5	4	12,9	1	3,2
6	2	6,5	1	3,2
7	2	6,5	1	3,2
8	2	6,5	1	3,2
9	1	3,2	1	3,2
10	3	9,7	4	12,9
11	1	3,2	2	6,5
12	2	6,5	1	3,2
13			1	3,2
15			2	6,5
20	2	6,5		

Quadro 2 (Cont.) – Caracterização Clínica da Amostra (N=62)

Variáveis	Perturbação bipolar		Esquizofrenia	
	N	%	N	%
Toma alguma medicação psiquiátrica				
Qual? ³				
Anticonvulsivante e antipsicótico	3	9,7	2	6,5
Anticonvulsivante e antidepressivo	2	6,5		
Anticonvulsivante, antipsicótico e ansiolítico	10	32,3	5	16,1
Anticonvulsivante, antipsicótico e antidepressivo	6	19,4		
Anticonvulsivante, antipsicótico, antidepressivo e ansiolítico	2	6,5		
Anticonvulsivante e ansiolítico	3	9,7		
Anticonvulsivante, antidepressivo e ansiolítico	3	9,7		
Antidepressivo e ansiolítico	1	3,2		
Antipsicótico			8	25,8
Antipsicótico e ansiolítico			11	35,5
Antipsicótico, antidepressivo e ansiolítico			3	9,7
Antipsicótico e antidepressivo			2	6,5

³ A medicação psiquiátrica foi agrupada por classes de fármacos, facilitando o processo de contagem. No entanto, ao longo da recolha foram registados os nomes comerciais dos fármacos no protocolo administrado, tendo sido utilizada a plataforma Infarmed (Autoridade Nacional de Medicamento e Produtos de Saúde I.P., n .d.) para realizar o agrupamento por categorias. Os anticonvulsivantes utilizados no tratamento da perturbação bipolar são designados por estabilizadores de humor.