

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO GERAL

Sofia Gameiro¹, Carlos Carona², Marco Pereira³, Maria Cristina Canavarro⁴, Mário Simões⁴, Daniel Rijo⁴, Manuel João Quartilho⁵, Tiago Paredes⁶ & Adriano Vaz Serra⁵

¹Bolseira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/21584/2005); ²Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/21584/2005); ³Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/19126/2004); ⁴Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; ⁵Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ⁶Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/32380/2006).

RESUMO: Parece ser consensual que a sintomatologia depressiva tem um forte impacto na Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos, mas ainda não é totalmente claro o seu impacto diferencial na QV, conforme o grau de severidade. Os objectivos são: 1) analisar a presença de sintomatologia depressiva na população em geral; 2) avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na QV dos sujeitos. 307 sujeitos da população geral foram avaliados no que respeita a QV (WHOQOL-100) e sintomatologia depressiva (Inventário de Depressão de Beck). 59 sujeitos (19,2%) reportaram sintomatologia depressiva. De entre estes, 47 apresentavam depressão leve, 11 depressão moderada e apenas 1 depressão grave. Os sujeitos com sintomatologia depressiva apresentavam valores significativamente mais baixos de QV em todos os domínios e facetas. A sintomatologia depressiva provou estar negativamente associada com a QV. Sujeitos categorizados com depressão leve apresentaram valores significativamente mais baixos de QV em todos os domínios (exceptuando Espiritualidade) que sujeitos saudáveis. Este estudo evidência o impacto da depressão (sub-clínica) no bem-estar dos indivíduos e a importância da sua identificação correcta e precoce, de forma a promover a prevenção e intervenção precoce.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Sintomatologia depressiva, WHOQoL, Organização Mundial de Saúde (OMS).

DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AND QUALITY OF LIFE IN THE GENERAL POPULATION

ABSTRACT: It is consensual that depressive symptomatology has a strong psychosocial impact on a person's Quality of Life (QoL), but it is still relatively unclear its differential impact, according to depression level of severity. The **goals are:** 1) analyze the presence of depressive symptomatology in the general population; 2) assess the impact of severity of depressive symptomatology on QoL. 307 subjects from general population were assessed regarding QoL (WHOQOL-100) and depressive symptoms (Beck Depression Inventory). Fifty-nine individuals (19.2%) showed depressive symptoms. From these, 47 fit the Mild Depression BDI category, 11 de Moderate Depression and 1 the Severe Depression. Subjects with depressive symptoms had significantly lower values in all QoL domains and facets. Depressive symptomatology proved to be significantly and negatively associated to all QoL domains. Subjects that fit the "mild depression" category of the BDI reported significantly lower scores of QoL on all WHOQOL (but the Spirituality) domains than non depressed individuals. This

study highlights the significant impact of (subsyndromal) depression on individuals' overall well being and the importance of its early correct identification in general population, so that it can be considered for both treatment and preventive intervention.

Key words: Quality of life, Depressive symptoms, WHOQoL, World Health Organization (WHO).

Recebido em 10 de Dezembro de 2007 / aceite em 18 de Março de 2008

A depressão, apesar de frequentemente subdiagnosticada, é um quadro clínico de elevada prevalência na população geral, muitas vezes associada a uma deterioração grave dos funcionamentos físico e social, e implicando o recurso constante aos cuidados de saúde primários (McQuaid, Stein, Laffaye, & McCahill, 1999; Simon, Ormel, VonKorff, & Barlow, 1995).

A depressão tem um forte impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde e na qualidade de vida geral (QV), superior aliás ao observado noutras condições físicas crónicas, tais como a hipertensão, a diabetes, a artrite e os problemas gastrointestinais (Coulehan, Schulberg, Block, Madonia, & Rodriguez, 1997; Wells et al., 1989). Alguns estudos demonstraram igualmente que a depressão sub-sindromal, ou seja, a situação em que são observados apenas alguns dos sintomas depressivos considerados necessários para o diagnóstico de uma depressão clínica, tem um impacto funcional negativo e significativo (Judd, Schettler, & Akiskal, 2002; Wells et al., 1989). Complementarmente, outros estudos verificaram que os doentes com menor gravidade de sintomatologia depressiva, apresentavam níveis superiores de funcionamento e de satisfação nas actividades de vida diária, bem como no desempenho dos seus papéis e ao nível das relações sociais (Huchner, 2002; Huppert, Weiss, Lim, Pratt, & Smith, 2001; Saarijarvi, Salminen, Toikka, & Raitasalo, 2002).

A importância do conceito de QV entre os profissionais de saúde tem sido crescente ao longo das últimas décadas na medida em que permitiu incorporar nas medidas tradicionais de saúde outros aspectos considerados relevantes, que vão para além da mera ausência de doença, que afectam a vida diária do individuo e, consequentemente, o seu sentimento subjectivo de satisfação com a vida (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998).

Em 1994 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu QV como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994a). Pretendeu-se, desta forma, enfatizar o carácter subjectivo da auto-avaliação do indivíduo, encontrando-se este necessariamente posicionado num contexto social, cultural e físico específico (WHOQOL Group, 1995).

Apesar desta progressiva adopção das medidas de QV nos contextos de saúde, por exemplo, enquanto medida auxiliadora na definição ou avaliação da eficácia de um tratamento, existem ainda algumas questões relativas à definição e utilidade do conceito, nomeadamente no que respeita à área da saúde mental (Aigner et al., 2006).

No caso dos doentes deprimidos, a avaliação da QV junto dessa população levanta algumas considerações relevantes, sobretudo a dois níveis: 1) a validade do relato subjectivo da avaliação, possivelmente enviesado pela organização e funcionamento cognitivos típicos desta situação clínica (e.g. distorções cognitivas traduzidas numa visão negativa de si próprio, dos outros e do futuro) (Leval, 1999); e 2) a possível sobreposição de conteúdo entre a avaliação de sintomas depressivos e a avaliação da QV (Katschnig & Angermeyer, 1997).

Em relação ao primeiro ponto, marcadamente diferente é a posição do Grupo WHOQOL (1994a), que refere a importância das características de subjectividade e de multidimensionalidade na avaliação da QV, enfatizando a percepção pessoal de um indivíduo em relação às circunstâncias e expectativas da sua vida.

Relativamente ao segundo, de facto, Berlim e Fleck (2007) falam de uma possível sobreposição das medidas de QV e depressão, que pode ocorrer a três níveis: conceptual, mediador e métrico. No entanto, como os mesmos autores referem, a evidência empírica têm vindo a revelar que, podendo estes conceitos intersectarem-se, não são redundantes.

Enquadrado na perspectiva teórica de QV assumida pela OMS, os objectivos do presente estudo são: 1) avaliar a presença de sintomatologia depressiva na população geral, em termos de frequência e variância; e 2) avaliar o impacto da sintomatologia depressiva na QV dos indivíduos da população geral.

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 307 sujeitos da população geral, ou seja, sem qualquer diagnóstico de patologia física ou mental. Estes sujeitos foram seleccionados tendo por base dois critérios inclusivos: não frequentarem qualquer serviço clínico e responderem negativamente às seguintes perguntas: 1) Sofre de alguma problema de saúde crónico? 2) Toma regularmente alguma medicação? e 3) Recorreu aos serviços de saúde durante o último mês (com excepção de consultas de rotina ou de prevenção e rastreio)?

As características demográficas da amostra são descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Características sócio-demográficas da amostra

| | N = 307 | % |
|---------------|---------|------|
| Idade | | |
| < 45 anos | 175 | 57,0 |
| > 45 anos | 132 | 43,0 |
| género | | |
| Masculino | 141 | 45,9 |
| Feminino | 166 | 54,2 |

Quadro 1 (Cont.) – Características sócio-demográficas da amostra

| | N = 307 | % |
|-------------------------------------|---------|------|
| Estado civil | | |
| Solteiro(a) | 114 | 36,2 |
| Casado(a) / União de facto | 185 | 58,7 |
| Divorciado(a) | 11 | 3,5 |
| Viúvo(a) | 5 | 1,6 |
| Education* | | |
| Não sabe ler nem escrever | 1 | 0,3 |
| 1º Ciclo (4 years) | 31 | 10,1 |
| 2º e 3º Ciclo (9 years) | 52 | 16,9 |
| 10º-12º | 68 | 22,1 |
| Ensino Universitário e Pós-graduado | 152 | 49,5 |
| Nível Sócio-Económico** | | |
| Baixo | 80 | 26,1 |
| Médio | 122 | 39,7 |
| Elevado | 32 | 10,4 |
| Estudante | 61 | 19,9 |

* N < 307 reflecte informação em falta

A média das idades dos sujeitos foi de 39,93 ($DP=14,87$), tendo 57% dos sujeitos menos de 45 anos. Mais de metade dos sujeitos eram do sexo feminino (54,2%) e, relativamente ao estado civil, a maioria encontrava-se casado ou a viver em união de facto (58,7%). A maioria dos sujeitos apresentava habilitações académicas do nível do ensino secundário, ainda que o estatuto socioeconómico predominante fosse o médio (39,7%) ou baixo (26,1%).

Material

A QV foi avaliada através da versão longa do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) para Português de Portugal, que demonstrou em estudos psicométricos prévios uma sobreposição relativamente baixa, em relação ao conteúdo, entre sintomas depressivos e as facetas de QV nele integradas (WHOQOL Group, 1994b). A estrutura deste instrumento, que contempla seis domínios constituídos por diversas facetas que os especificam, reflecte a natureza multidimensional do conceito de QV adoptado pela OMS (WHOQOL Group, 1994a). Os domínios são: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade.

A sintomatologia depressiva foi avaliada com a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b), um questionário de auto-resposta composto por 21 grupos de afirmações, das quais o indivíduo deve seleccionar aquela que melhor

descreve o seu estado no momento da avaliação. A cotação do instrumento, além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 1) não deprimido: 0-9; 2) estados depressivos leves: 10-20; 3) depressão moderada: 21-30; e 4) depressão grave: pontuação global superior a 30.

Ambas as versões portuguesas dos instrumentos demonstraram possuir boas propriedades psicométricas (Canavarro et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b).

Procedimentos

Todos os sujeitos assinaram um consentimento informado no qual eram explicados os objectivos da investigação, a colaboração deles esperada e as obrigações dos investigadores, nomeadamente, de confidencialidade. De seguida, foi-lhes pedido que preenchessem os questionários, estando o investigador disponível para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Análises Estatísticas

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico SPSS, v 14.0. Para análise das diferenças nas médias dos sujeitos com e sem sintomatologia depressiva recorremos ao Teste t de *Student*. Para análises de variância recorremos ao teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis*. Finalmente, para o estudo das associações entre sintomatologia depressiva e QV recorremos a correlações de *Spearman*,

RESULTADOS

Sintomatologia depressiva

Do total dos 307 sujeitos, 59 (19,2%) apresentaram sintomatologia depressiva clinicamente significativa (pontuação global do BDI igual ou superior a 10, o ponto de corte para a categoria de “estados depressivos leves”). De entre estes, 47 apresentavam depressão leve, 11 depressão moderada e apenas 1 depressão grave.

Dos 59 sujeitos, 41 eram mulheres (69,5%). De facto, as mulheres evidenciaram valores superiores na nota global do BDI, quando comparadas com os homens ($t(305) = 3,36$, $p = 0,001$), ainda que as médias de ambos os grupos se classificassem na categoria de “não deprimido”.

Em relação ao estado civil, observaram-se as seguintes diferenças significativas (teste de *Kruskall-Wallis*; $\chi^2 = 9,14$; $p = 0,02$): os viúvos apresentaram pontuações do BDI mais elevadas do que as dos solteiros (teste das comparações múltiplas de Sidak

– ANOVA; $\underline{MD} = 8,57$; $p=0,01$) e as dos casados ($\underline{MD} = 8,69$; $p=0,01$). A média das pontuações globais obtidas no BDI para o grupo de viúvos (13,60), encontrava-se na categoria de “estados depressivos leves”. Não foram observadas diferenças significativas ao nível do estatuto socioeconómico, habilitações académicas e idade, ainda que se tenha verificado uma associação significativa, mas fraca, ente esta última variável e a sintomatologia depressiva ($r_s = 0,12$; $p < 0,05$).

Sintomatologia depressiva e qualidade de vida

Quadro 2 – Qualidade de Vida em sujeitos com e sem sintomatologia depressiva ($N=307$)

| Domínios | Com Sintomatologia Depressiva | Sem Sintomatologia Depressiva | t | p |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|--------|
| | M (DP) (n=59) | M (DP) (n=248) | | |
| D1 (Físico) | 53,18 (12,53) | 67,66 (12,23) | 8,13 | 0,0001 |
| D2 (Psicológico) | 53,81 (12,69) | 72,32 (10,03) | 10,45 | 0,0001 |
| D3 (Nível de Independência) | 68,43 (12,92) | 80,72 (11,57) | 7,16 | 0,0001 |
| D4 (Relações Sociais) | 59,78 (13,77) | 74,22 (11,38) | 8,39 | 0,0001 |
| D5 (Ambiente) | 56,71 (8,46) | 66,09 (9,73) | 6,80 | 0,0001 |
| D6 (Espiritualidade) | 61,55 (18,16) | 69,05 (16,83) | 3,03 | 0,003 |
| QV Geral | 60,49 (13,90) | 74,90 (12,66) | 7,27 | 0,0001 |

Tal como esperado, os sujeitos com níveis clinicamente significativos de sintomatologia depressiva, evidenciaram valores inferiores de QV em todas as facetas, domínios e faceta de QV Geral do WHOQOL-100 (cf. Quadro 2).

Quadro 3 – Análise de variância da Qualidade de Vida, consoante a sintomatologia depressiva

| Depressive symptomatology | n | D1 Físico | D2 Psicológico | D3 Nível de Independência | D4 Relações Sociais | D5 Ambiente | D6 Espiritualidade |
|---------------------------|-----|--------------------|--------------------|---------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Não deprimido | 248 | 67,66 | 72,32 | 80,72 | 74,22 | 66,09 | 69,05 |
| Depressão leve | 47 | 55,72 | 57,33 | 71,00 | 62,06 | 57,54 | 64,97 |
| Depressão moderada | 11 | 46,73 | 48,88 | 63,50 | 54,61 | 54,30 | 51,79 |
| Depressão grave | 1 | 43,75 | 26,88 | 47,66 | 46,88 | 55,86 | 56,25 |
| | | $\chi^2 = 52,82^*$ | $\chi^2 = 82,66^*$ | $\chi^2 = 41,28^*$ | $\chi^2 = 50,12^*$ | $\chi^2 = 40,40^*$ | $\chi^2 = 11,78^*$ |

* $p < 0,01$

Verificaram-se igualmente diferenças significativas em todos os domínios de QV, quando consideradas as categorias do BDI. Assim, de uma forma geral, os va-

lores de QV diminuem paralelamente ao aumento dos níveis de sintomas depressivos. O domínio Psicológico mostrou ser o mais afectado (teste deKruskall-Wallis; $\chi^2 = 83,98$; $p < 0,01$), demonstrando uma crescente variância com o aumento dos níveis de sintomas depressivos, seguido pelo domínio Físico ($\chi^2 = 54,16$; $p < 0,01$) e o domínio das Relações Sociais ($\chi^2 = 50,95$; $p < 0,01$).

Não obstante, quando analisados apenas os 59 sujeitos com sintomatologia depressiva clinicamente significativa, e consideradas as categorias do BDI, foram observadas diferenças ao nível da QV, somente no domínio Psicológico ($\chi^2 = 10$; $p < 0,01$).

Quadro 4 – Correlações entre a sintomatologia depressiva e a Qualidade de Vida

| | D1 Físico | D2 Psicológico | D3 Nível de Independência | D4 Relações Sociais | D5 Ambiente | D6 Espiritualidade |
|------------|--------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------|-----------------------|
| BDI | -0,50** | -0,59** | -0,45** | -0,48** | -0,39** | -0,11* |

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

Concordantemente, as pontuações do BDI mostraram-se negativa e significativamente associadas com todos os domínios de QV, tendo sido observadas as correlações mais fortes com os domínios Psicológico, Físico e de Relações Sociais.

DISCUSSÃO

De uma forma geral, os resultados obtidos corroboram a evidência da literatura científica prévia, que realça o impacto negativo da sintomatologia depressiva na QV, independentemente da presença ou ausência do diagnóstico de uma perturbação do humor. Efectivamente, 19,9% dos sujeitos, seleccionados através de critérios inclusivos que de alguma forma atestavam sobre a sua condição de saúde, apresentaram sintomatologia depressiva clinicamente significativa – um resultado que parece indicar no sentido de a depressão se encontrar subdiagnosticada (a este respeito, alguns estudos referiram uma prevalência na ordem dos 50-60% de casos de depressão que, no contexto dos cuidados primários, não seria devidamente reconhecida e, por consequência, devidamente tratada (McQuaid et al., 1999).

A referência a uma maior prevalência de sintomas depressivos nas mulheres, é recorrente neste campo da literatura (Fleck et al., 2002; Kessler et al., 1994), do mesmo modo que as pessoas viúvas tendem a apresentar alguma forma de vulnerabilidade para o desenvolvimento deste tipo de sintomatologia.

Verificou-se neste estudo que a sintomatologia depressiva afecta de forma negativa e significativa todos os domínios e facetas de QV contemplados no

WHOQOL-100. Os domínios mais afectados mostraram ser o Psicológico¹, o Físico e o de Relações Sociais. De facto, os doentes deprimidos apresentam frequentemente queixas de sintomas físicos (somatização) aos médicos de clínica geral, não recorrendo aos serviços de saúde mental especializados, e contribuindo assim para um reconhecimento insuficiente dos quadros depressivos (Roness, Mykletun, & Dahl, 2005).

O instrumento WHOQOL-100 demonstrou capacidade discriminativa entre indivíduos com e sem sintomatologia depressiva significativa. Tal facto é indicador da importância de que o WHOQOL-100 se pode revestir tanto ao nível do refinamento da avaliação diagnóstica em diversos contextos de saúde, como também na medição dos resultados obtidos com determinada intervenção terapêutica.

Este estudo sublinha a importância de uma identificação e avaliação correctas da sintomatologia depressiva na população geral, independentemente da presença ou não do diagnóstico de uma perturbação de humor. A posição assumida nestas conclusões é concordante com a defendida por outros autores: a de que a depressão sub-sindromal deve ser considerada ao nível das intervenções preventiva e terapêutica, sobretudo se se tiver em conta que quando tratados precocemente, os quadros clínicos depressivos podem ser prevenidos em até 70% das situações (Fleck et al., 2002).

REFERÊNCIAS

- Aigner, M., Förster-Streffleur, S., Prause, W., Freidl, M., Weiss, M., & Bach, M. (2006). What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 81-86.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. (2007). Quality of Life and Major Depression. In M. Ritsner & A. G. Awad (Eds.), *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders* (pp. 241-252): Springer.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Coulehan, J. L., Schulberg, H. C., Block, M. R., Madonia, M. J., & Rodriguez, E. (1997). Treating depressed primary care patients improves their physical, mental and social functioning. *Archives of Family Medicine*, 157(10), 1113-1120.

1 Em relação ao domínio Psicológico, os resultados descritos devem ser tomados com alguma precaução, dado que a sobreposição conceptual a que anteriormente se aludiu, entre depressão e QV, poderá ser particularmente evidente com este domínio de QV.

- Fleck, M., Lima, A. F., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V., et al. (2002). Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431-438.
- Huchner, C. (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-70.
- Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S., & Smith, T. E. (2001). Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 51, 171-180.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., & Akiskal, H. S. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *The Psychiatric clinics of North America*, 25, 685-698.
- Katschnig, H., & Angermeyer, M. C. (1997). Quality of life in depression. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 137-148). New York: Wiley.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Leval, N. (1999). Quality of life and depression: Symmetric concepts. *Quality of Life Research*, 8, 283-291.
- McQuaid, J. R., Stein, M. R., Laffaye, C., & McCahill, M. E. (1999). Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *Journal of Affective Disorders*, 55, 1-10.
- Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*, 316, 542-545.
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorders and depression. *American Journal of Psychiatry*, 111, 51-58.
- Saarjarvi, S., Salminen, J. K., Toikka, T., & Raitasalo, R. (2002). Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord Journal of Psychiatry*, 56, 4261-4264.
- Simon, G., Ormel, J., VonKorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, XX, 713-736.
- Wells, K. B., Stewart, A. L., Hayes, R. D., Burnam, A., Rogers, W., Daniels, M., et al. (1989). The function and well-being of depressed patients: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*(262), 914-919.
- WHOQOL Group. (1994a). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

112 SOFIA GAMEIRO, CARLOS CARONA, MARCO PEREIRA, MARIA CRISTINA
CANAVARRO, MÁRIO SIMÕES, DANIEL RIJO, MANUEL JOÃO QUARTILHO,
TIAGO PAREDES & ADRIANO VAZ SERRA

WHOQOL Group. (1994b). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.