

LUCÉLIA SOFIA MARTINS FRADE

**QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE NA
PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA**

Orientador: José de Almeida Brites

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

LUCÉLIA SOFIA MARTINS FRADE

**QUALIDADE DE VIDA E ANSIEDADE NA
PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Despacho de Nomeação de Juri 196/2016, de 13 de Julho de 2016.

Presidente da Mesa: Professor Doutor Américo Baptista
Arguente: Professora Doutora Ana Rita Goes
Orientador: Professor Doutor José de Almeida Brites

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa
2016

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José de Almeida Brites, pela disponibilidade, incentivo, transmissão de saberes, pelo apoio e compreensão.

À Associação Domus Mater e a todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade e tempo despendido e pela simpatia constante, sem eles este trabalho não seria concretizável.

À minha família, por me terem ajudado nesta etapa da minha vida, aturaram o meu cansaço, o meu mau feitio sem nunca hesitar em me dar uma palavra de conforto e carinho, por me terem ajudado mesmo sem terem noção de que o estavam a fazer.

A todos os meus colegas e amigos de faculdade, à Romy Fernandes por ter sido um pilar essencial nesta etapa, ao Ismael Cardoso por me ter desafiado a retomar o curso inacabado, à Cristina Serra por partilharmos as nossas ansiedades e conseguirmos rir das mesmas.

Aos amigos de sempre e em especial à Joana Falcão e Patrícia Osório por nunca me terem deixado desistir, tendo sempre uma palavra de apoio e carinho para me dar.

A todos, obrigada por existirem e estarem presentes na minha vida!

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida numa amostra de indivíduos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC). Foi utilizada uma amostra de 60 indivíduos, 30 com POC e 30 que constituíram o grupo de controle. Os instrumentos utilizados foram o Inventário Obsessivo-Compulsivo – Revisto (Rosa, Baptista, Santos & Craveirinha, 2005), o Depression Anxiety Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995), e o WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007). Os resultados mostraram que o grupo com POC apresentou índices médios de qualidade de vida inferiores aos do grupo de controle, em todas as suas dimensões, e valores superiores de ansiedade, depressão e stress. Ficou igualmente evidenciado o maior grau de ansiedade, depressão e stress nos participantes que exibiam menor qualidade de vida. Após a discussão dos resultados foram discutidas algumas implicações relativamente ao impacto desta perturbação na qualidade de vida destes indivíduos.

Palavras-Chave: Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Qualidade de Vida, Ansiedade, Depressão, Stress

Abstract

The objective of this study was to evaluate the quality of life in a sample of individuals with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). A sample of 60 individuals was used, 30 with OCD and 30 without OCD, as a control group. The instruments were the Inventory Obsessive-Compulsive - Revised (Rosa, Baptista, Santos & Craveirinha, 2005), the Depression Anxiety Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995), and the WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007). The results showed that the group with OCD exhibited average rates of quality of life lower than the control group, in all its dimensions, and higher values of anxiety, depression and stress. It was also proven a greater degree of anxiety, depression and stress in participants who exhibited a lower quality of life. After the discussion of the results some implications of the impact of this disorder on quality of life of these individuals are discussed.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Quality of Life, Anxiety, Depression, Stress

Abreviaturas

APA.....	American Psychiatric Association
DASS.....	Depression Anxiety Stress Scales
DSM.....	Diagnostic and Statistical Manual
HADS.....	Hospital Anxiety and Depression Scale
IOC.....	Inventário Obsessivo-Compulsivo
IOC – R	Inventário Obsessivo-Compulsivo-Revisto
OMS	Organização Mundial de Saúde
POC.....	Perturbação Obsessiva-Compulsiva
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life - Bref

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I – CONCEITOS TEÓRICOS	11
1.1 Definição de Perturbação Obsessivo-Compulsiva.....	12
1.2 Qualidade de Vida	15
1.3 Ansiedade Depressão e Stress	16
1.3.1 Ansiedade	16
1.3.2 Depressão	18
1.3.3 Stress	20
1.4 A POC e a Qualidade de Vida	22
CAPÍTULO II – MÉTODO	25
2.1 Objetivo	26
2.2 Hipóteses.....	26
2.3 Amostra.....	27
2.4 Instrumentos.....	29
2.5 Procedimento.....	31
CAPÍTULO III – RESULTADOS	32
3.1 Diferença de Médias	33
3.2 Correlações	35
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
CONCLUSÃO	45
Referências	48
ANEXOS	I

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da amostra	27
Tabela 2 – Média de idades e da duração da relação nos dois grupos	29
Tabela 3 – Diferença de médias entre os dois grupos nas variáveis estudadas . .	34
Tabela 4 – Intercorrelações entre as dimensões do IOC-R e da escala total para os dois grupos em estudo	36
Tabela 5 – Intercorrelações entre as dimensões do WHOQOL-Bref e da DASS para os dois grupos em estudo.	37
Tabela 6 - Correlações entre o IOC-R e o WHOQOL-Bref e a DASS, para o grupo de Controle.	38
Tabela 7 - Correlações entre o IOC-R e o WHOQOL-Bref e a DASS, para o grupo com POC.	39

Introdução

O conceito de Qualidade de vida é relativamente recente, tendo adquirido maior importância na área das perturbações mentais na última década. A maioria dos estudos efetuados tem evidenciado sobretudo o grau de incapacidade, a disfunção e as dificuldades que este tipo de doenças provocam na vida dos indivíduos e dos seus familiares (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2005).

As perturbações de ansiedade estão entre as doenças mais prevalentes e os estudos apontam que estas reduzem extensamente a qualidade de vida dos pacientes (Kessler et al., 2005). Mais do que qualquer outro tipo de perturbação de ansiedade, a perturbação obsessivo-compulsivo (POC), enquadra-se nesta descrição, sendo caracterizada por um curso crónico, apresentando frequentes flutuações na intensidade dos sintomas, sendo a possibilidade de remissão espontânea destes sintomas extremamente baixa (Masellis, Rector, & Richter, 2003).

Em 1998, num levantamento levado a cabo pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) a POC foi considerada a quarta perturbação psiquiátrica mais comum, sendo precedida apenas pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias. Deste modo, encontra-se entre as 10 maiores causas de incapacidade, provocando um forte impacto negativo na vida dos pacientes e no normal desempenho das suas atividades.

Ainda segundo os dados da OMS (2007), a POC afeta uma percentagem que se estima entre 1,6 a 3,1% da população geral em algum momento da vida, apresentando assim uma prevalência superior à esquizofrenia e à perturbação de humor bipolar (Jenike, 2008) Trata-se de uma situação clínica que atinge de igual modo ambos os sexos, podendo os sintomas iniciarem-se na infância, embora geralmente o seu aparecimento se situe entre a segunda e a terceira década de vida (Sasson et al., 1997).

Uma parte significativa dos portadores de POC é solteira, especialmente os homens, sendo que apenas 35% já foram casados, comparativamente a taxas de 60 a 75% entre as mulheres. Essa diferença pode ser explicada, em parte, devido ao início da POC ser mais precoce entre os homens. Os indivíduos tendem a ser divorciados, desempregados, de baixo nível sócio-económico, verificando-se que costumam recorrer mais aos serviços de saúde do que a população geral. O tempo gasto na realização dos rituais, o isolamento social e as desavenças familiares também parecem contribuir para o aumento do sofrimento e dos prejuízos na qualidade de vida (Del-Porto, 2001).

Atualmente ainda são poucos os estudos que abordam a qualidade de vida nos indivíduos com POC, mas estes indicam que mais de 20% dos portadores apresentam sintomas graves; as obsessões e compulsões ocupam a maior parte do dia desses indivíduos, causando um impacto negativo no seu dia-a-dia, nas atividades sociais e ocupacionais, bem como nas suas relações familiares (Del-Porto, 2001).

CAPÍTULO I - CONCEITOS TEÓRICOS

1.1 Definição de Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A primeira descrição de um caso de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) foi encontrada nos escritos de Esquirol em 1838, como sendo uma doença do medo de contacto, ou, como o próprio Esquirol referia, “*delire du toucher*” (Burgy, 2005). Foi a partir dos finais do século XVIII que os fenómenos obsessivos começaram a ser tidos em conta e a obter reconhecimento médico, porque até então, estes fenómenos eram explicados à luz do sobrenatural e da religião, sendo frequente afirmar-se que as pessoas eram vítimas de possessão demoníaca.

Morel, em 1866 (Cit In Berriou, 1994), descreveu os estados obsessivos como “*delírios emotivos*”, destacando que não eram “*insanidade*” mas sim “*neuroses*”. Desde que Krafft- Ebing assinalou o termo “*Zwangvorstellung*” em 1867 para fazer referência aos pensamentos irresistíveis, e que Karl Westphal, em 1877, descreveu que esses pacientes apresentavam pensamentos irresistíveis e comportamentos incontroláveis (Berriou, 1994), os sintomas nucleares da POC, tal como a entendemos hoje, quase não se modificaram.

Após várias tentativas para caracterizar corretamente a POC, Rachman (1988), definiu obsessão como sendo um pensamento, uma imagem ou um impulso, intrusivo e repetitivo que origina resistência subjetiva. Os pensamentos obsessivos podem ser de vários tipos: ideias, imagens, convicções, ruminacões, impulsos e medos. As compulsões são atos, ou mesmo fenómenos mentais, essencialmente repetidos de forma estereotipada, que podem ser aceitáveis ou inaceitáveis, guiados por regras que o sujeito tem que aplicar de forma rígida (Heyman, Mataix-Cols & Fineberg, 2006). Embora existam vários tipos de compulsões, os mais frequentes são os rituais de lavagem (lavar frequentemente as mãos ou o corpo) e os de verificação (por exemplo, verificar se a porta ficou trancada, se o gás está desligado,...) como se pode confirmar no estudo realizado por Rasmussen e Eisen (1992) com 250 doentes diagnosticados com POC, onde 63% apresentavam rituais compulsivos de verificação, 50% de lavagem, 36% de contagem e 48% de compulsões múltiplas. É de notar que os sujeitos podem apresentar mais do que um tipo de compulsão simultaneamente. Atualmente, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013), a POC caracteriza-se como sendo uma perturbação da ansiedade onde as obsessões são ideias, pensamentos, impulsos e imagens persistentes que são experimentados como intrusivos e inapropriados e que causam forte ansiedade ou mal-estar e as compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais, cujo objetivo é evitar ou reduzir a ansiedade

ou mal-estar gerado pelas obsessões, e não criar prazer ou gratificação ao sujeito (APA, 2013).

Sendo a POC caracterizada pela existência de obsessões e/ou compulsões, capazes de interferir com o funcionamento normal do indivíduo, essas obsessões e/ou compulsões ocorrem no mínimo uma hora por dia, promovendo sofrimento ou comprometimento social significativos para o indivíduo.

Num estudo com 431 doentes com POC (Foa et al., 1995) verificou-se que as obsessões mais comuns nesta perturbação são: contaminação de germes, vírus, fluidos do corpo, químicos ou materiais perigosos (38%); medo do perigo, como por exemplo de portas mal fechadas (24%); preocupação excessiva com a ordem ou com a simetria (10%); as obsessões com o corpo ou com sintomas físicos (7%); pensamentos religiosos, sacrílegos ou blasfemos (6%); pensamentos de ordem sexual como por exemplo de pedofilia ou homossexuais (6%); vontade de acumular bens inúteis ou desgastados (5%); e, por fim, pensamentos de violência ou de agressão (4%). Já relativamente às compulsões mais comuns e a sua frequência: verificações (29%); limpeza e lavagens (27%); repetições (11%); compulsões mentais, como por exemplo palavras especiais ou repetições de números (11%); ordem, simetria e exatidão (69%); colecionismo (4%); e, por último a contagem (2%).

Para além das obsessões e compulsões, importa ainda definir o termo “ritual” e o termo “ruminação”. O conceito de “ritual” é sinónimo de compulsão, no entanto, geralmente, refere-se a comportamentos que as outras pessoas podem ver (Freston, Rhéaume & Ladoucer, 1996). Já o termo “ruminação” refere-se a algum pensamento prolongado que é vivenciado como incontrolável e sobre um mesmo assunto. Este inclui tanto os pensamentos intrusivos, muitas vezes na forma de dúvidas ou perguntas, como também repetidas tentativas de encontrar uma resposta. Desta forma, abrange tanto a obsessão (as dúvidas ou perguntas) como o acompanhamento do pensamento compulsivo que tenta responder à pergunta (Freston et al., 1996).

A gravidade da POC é variável, existindo casos com sintomas leves até casos com sintomas extremamente graves e incapacitantes. É uma perturbação em geral crónica e manifesta-se independentemente de sexo, raça, inteligência, estado civil, nível socioeconómico, religião ou nacionalidade, com uma prevalência atual de 2% a 2,5% ao longo da vida (Torres & Lima, 2005). Normalmente, a perturbação começa no início da idade adulta, mas pode ocorrer tão cedo como na infância, tendo sido verificados casos cujo início ocorreu entre os 6 e os 15 anos, sendo contudo mais

frequente a idade de aparecimento situar-se entre os 20 e os 29 anos (Young & Hawkins, 2011). O início desta doença é frequentemente gradual, mas pode ser aguda, mas o seu curso tende a ser crónico com a diminuição dos sintomas. Cerca de 15% das pessoas com sintomas de POC vivem um declínio progressivo no funcionamento social e ocupacional.

Apesar de a POC ser definida pelo DSM 5 como uma perturbação única, a sua apresentação clínica pode variar bastante, tanto entre pessoas diferentes como na mesma pessoa ao longo do tempo.

Uma das evidências mais consistentes a partir de estudos psicopatológicos, genéticos, de neuroimagem e de tratamento nas últimas décadas é a de que a POC é uma perturbação heterogénea (Miguel et al., 2005). Perante isto, vários investigadores têm-se dedicado à caracterização de subgrupos mais homogéneos de pessoas com sintomas de POC que facilitem a interpretação e realização de estudos nesta área (Khanna & Mukherjee, 1992; Leckman et al, 1995; Rosário-Campos et al., 2001). Uma dessas caracterizações baseia-se na distinção de subgrupos mediante uma abordagem dimensional, em que os sintomas obsessivo-compulsivos são analisados de forma quantitativa e qualitativa, de modo a reduzir a variabilidade de sintomas a um número menor de categorias que ocorrem juntas. Assim, foram caracterizados quatro fatores ou dimensões de sintomas na POC: obsessões de agressão, sexuais, somáticas e religiosas e compulsões relacionadas; obsessões de simetria e ordenação e compulsões de contagem e ordenação/arranjo; obsessões de contaminação e compulsões de limpeza e lavagem; e por fim, obsessões e compulsões de colecionismo.

1.2 Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde [OMS] veio definir a qualidade de vida, do seguinte modo, “trata-se da percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade” (Couvreur, 2001, p.42). Acresce-se ainda que “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Ascensão, 2011, p.4).

A partir dos anos 80, a noção de qualidade de vida abrange quatro perspetivas distintas, nomeadamente, a biológica, a cultural, a psicológica e a económica, numa perspetiva multidimensional (Farquhar, 1995). Na década seguinte conclui-se pela multidimensionalidade e subjetividade desta ideia, visto que a qualidade de vida é avaliada individualmente nas diversas perspetivas pelo próprio indivíduo. As quatro perspetivas são assim explicadas por Leal (2008):

- Na perspetiva biológica, a qualidade de vida designa-se por ser a percepção que o indivíduo possui da afeição física, isto é, a capacidade que o indivíduo acha que ainda tem para realizar determinadas tarefas depois de surgir alterações no seu estado de saúde;

- Na perspetiva cultural, a qualidade de vida diz respeito à educação, principalmente, na infância, visto que é neste período de vida que os pais têm o dever de transmitir aos seus filhos os hábitos e os valores intrínsecos ao meio cultural;

- Na perspetiva económica, a qualidade de vida refere-se ao suporte financeiro e aos bens materiais que cada indivíduo possui. Alguns indivíduos consideram possuir qualidade de vida a nível económico, apesar de não possuírem muitos recursos financeiros, enquanto outros, pelo contrário, apesar de possuírem muitos recursos financeiros não se consideram com qualidade de vida;

- Na perspetiva psicológica, a qualidade de vida designa-se pela autoestima e pelo respeito, por exemplo, saber manter relações sociais, saber manter as dificuldades da vida mantendo o equilíbrio mental, entre outras. A autora acrescenta ainda que a qualidade de vida encontra-se dependente não só do indivíduo mas também da sua interação com os outros e com a sociedade (Leal, 2008).

Ainda nos anos 90, a OMS organizou o *World Health Organization Quality Of Life* [WHOQOL] *Group* com vários peritos, com o objetivo de esclarecer a definição

de qualidade de vida e elaborar um instrumento que a permitisse avaliar (Whoqol-Group, 1994). Concluiu-se que o conceito de qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Grelha, 2009).

O conceito de qualidade de vida passa assim a ser representado através de um modelo que abrange três níveis distintos – superior, intermédio e inferior. O nível superior refere-se à qualidade de vida ótima, o nível intermédio define as dimensões que posteriormente serão analisadas para verificarmos se existe qualidade de vida, e por fim, o nível inferior destaca as componentes de cada dimensão. Deste modo, o modelo permite obter uma visão global acerca da qualidade de vida do indivíduo (Pimentel, 2006).

Por sua vez, Amaro (2006), ao analisar o conceito de qualidade de vida refere que pode haver várias dimensões, quer subjetivas, ou seja, a forma como a pessoa avalia a sua qualidade de vida, quer objetivas, isto é, a saúde física e mental, as condições de habitação, o tipo de alimentação, o acesso a bens de consumo essenciais, o acesso a bens culturais, a integração familiar e comunitária, por fim, o acesso à participação cívica. O autor acrescenta que qualquer das duas dimensões de qualidade de vida também incluem dimensões do foro social, sendo a sua análise relevante para a vida familiar.

1.3 Ansiedade, Depressão e Stress

1.3.1 Ansiedade

A ansiedade pode ser descrita como um estado emocional que apresenta componentes psicológicos e fisiológicos, os quais fazem parte do espectro normal da existência humana, sendo por isso considerada como uma reação natural, e mais do que isso, fundamental para a auto-preservação, sendo uma das suas funções a adaptação do organismo face a situações de perigo. Por outro lado, a ansiedade também pode ter efeitos e consequências negativas para o sujeito, sobretudo se for excessiva ou se prolongar no tempo, pois neste caso, em vez de contribuir para ajudar a lidar com a situação que causa ansiedade, vai diminuir a capacidade de resposta eficaz.

A fenomenologia da ansiedade é variável e pode variar ao longo do tempo ou de acordo com as situações que a desencadeiam (Baptista, Carvalho & Lory, 2005), que caracterizam a ansiedade como sendo um estado emocional aversivo, sem

desencadeadores claros, que não podem ser evitados. É também uma emoção que se baseia na avaliação pessoal de um indivíduo a determinada ameaça (Lazarus & Averill, 1972). Os principais sintomas podem incluir, por um lado, a tristeza, a vergonha, a culpa e, por outro, a cólera, a curiosidade, o interesse ou a excitação (Baptista et. al., 2005). Mas para lá destes aspectos bem definidos, a ansiedade é também uma experiência de carácter subjetivo (May, 1980) na medida em que o indivíduo, perante uma situação, não pode fazer face às suas exigências e sente uma ameaça à sua existência ou aos valores que considera essenciais, desencadeando assim a experiência de stress, a qual vai conduzir a mudanças fisiológicas e comportamentais, que resultam da ativação do sistema nervoso autónomo, que incluem sintomas fisiológicos, como, sudoreação excessiva, tremores, palpitações, falta de ar, tonturas, entre outros, bem como sintomas comportamentais, como, tensão, apreensão e preocupação (Spielberger, 1979, 1985).

Os diferentes níveis e estados de ansiedade são vividos de maneira diferente, no que diz respeito à sua intensidade e duração. Assim, quando a ansiedade não é excessiva, ela caracteriza-se por sentimentos de tensão, apreensão e nervosismo, enquanto níveis mais elevados de ansiedade estão associados com sentimentos que podem ser muito intensos de medo ou pavor, podendo a pessoa apresentar um comportamento que se aproxima ou atinge mesmo o pânico (Spielberger, 1979; 1985). A intensidade e duração dos estados de ansiedade varia de pessoa para pessoa e depende muito da percepção que esta tem relativamente ao agente causador dessa mesma ansiedade.

Mas ainda que a situação não seja ameaçadora, basta que seja percebida como tal para desencadear um estado de ansiedade intensa, porque o sujeito vai interpretar a situação como uma ameaça à sua auto-estima e ao seu bem-estar (Gaudry & Spielberger, 1971; Laux & Vossel, 1982). Daqui resulta que a mesma situação pode ser percebida por umas pessoas como sendo ameaçadora e por outras, como não ameaçadora. Nestes casos, é a avaliação pessoal da situação e a experiência passada da pessoa que vão determinar o potencial grau de ameaça da situação (Gaudry & Spielberger, 1971).

A ansiedade encontra-se classificada no DSM 5, agrupando um conjunto de perturbações (APA, 2013). A perturbação generalizada da ansiedade apresenta duas características essenciais, que são a ansiedade e a preocupação constante e exagerada acerca de um conjunto de acontecimentos que perduram por, pelo menos, seis meses

(APA, 2013). As preocupações são de difícil controlo e interferem no quotidiano do sujeito (Baptista, Pereira, Carvalho, Lory & Santos, 2001). Segundo a APA (2013) o sujeito deverá apresentar, além de preocupação e ansiedade, três ou mais dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldades de concentração ou mente vazia; irritabilidade; tensão muscular; perturbações do sono, manifestando dificuldades em adormecer ou manter o sono, ou sono agitado e pouco satisfatório. Na perturbação generalizada da ansiedade os sujeitos nem sempre classificam as suas preocupações como excessivas, embora possam descrever um mal-estar subjetivo devido a um constante desassossego, assim como apresentam dificuldade em controlar as suas inquietações e podem evidenciar deficiências no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.

1.3.2 Depressão

A primeira concetualização clara do conceito de depressão, em termos científicos, aparece em finais do século XIX, e foi elaborada por Kraepelin, ao estabelecer a fronteira entre a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce, com a nosologia descrita por este autor a servir de base a muitos dos modelos atuais da depressão. Mais tarde, Adolf Meyer propôs o termo depressão para substituir o que até então era usado, a melancolia. Para este autor as perturbações depressivas correspondiam a reações mal adaptativas ao stresse ambiental, introduzindo assim o conceito de reatividade na depressão (Teles-Correia, 2009).

A depressão é um perturbação psiquiátrico que afeta cerca de 121 milhões de pessoas no mundo inteiro, estima-se que uma em cada quatro pessoas do mundo sofre, sofreu, ou vai sofrer de depressão (WHO, 2007). Os custos pessoais e sociais desta doença são muito elevados, sendo uma das principais causas mundiais de incapacidade. Pode ser diagnosticada e tratada em cuidados de saúde primários, contudo menos de 25% dos que padecem de depressão têm acesso a tratamentos eficazes (WHO, 2007).

A depressão é um perturbação multifatorial e, por isso, as variáveis que desencadeiam ou mantêm a sintomatologia depressiva, variam de pessoa para pessoa, bem como os fatores de risco que estão implicados, tais como o género, aspetos neuroendocrinológicos, indicadores familiares e sociais e estratégias de coping, entre outros (Baptista et al., 2001). A pessoa que sofre de depressão é afetada no seu todo, com repercussões psicológicas, biológicas e sociais sobre o próprio (Serra, 2011).

De entre os principais sintomas emocionais manifestados no indivíduo com depressão está a tristeza e o abatimento, que ocasionam um sentimento de desesperança

em relação à vida futura, perdendo o interesse e a vontade em qualquer atividade que antes dava prazer. Os sintomas podem ser subdivididos em quatro categorias: emocionais, cognitivos, físicos e motivacionais. Os emocionais caracterizam-se pela tristeza, abatimento e diminuição ou perda total de prazer nas atividades de vida que antes eram executadas com satisfação; os cognitivos, são pensamentos negativos de si próprio, que causam uma baixa auto-estima, desesperança sobre a vida futura, diminuição da concentração e memória; os físicos, referem-se a um cansaço excessivo, mudança no apetite e no sono e mal-estar geral causado por aumento de dores, e por último, os motivacionais que têm como característica principal a falta de iniciativa e total inércia perante a situação (Atkinson, 2002).

Segundo o DSM 5, a depressão é uma Perturbação do Humor e a sua sintomatologia caracteriza-se por humor depressivo, diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades diárias; perda ou aumento de peso significativos num curto espaço de tempo; insónia ou hipersónia; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpabilidade excessiva ou inapropriada; diminuição das capacidades de pensamento, concentração ou indecisão e, por último, pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente, ou até mesmo, tentativa ou plano para cometer suicídio. Todas estas características deverão estar presentes nos indivíduos, em todos ou quase todos os dias. Para que seja diagnosticada uma depressão será necessária a presença de pelo menos cinco destes sintomas durante duas semanas. O DSM 5 estabeleceu como critérios de diagnóstico de Episódio Depressivo Major apenas os previamente referidos. No entanto, importa perceber se se trata de um Episódio misto. Para se diagnosticar um Episódio Depressivo Major importa o sujeito manifestar mal-estar clinicamente significativo, ou deficiências no funcionamento social, ocupacional, ou em qualquer outra área relevante. Os sintomas não podem ser causados por efeitos fisiológicos diretos de uma substância de abuso ou de um estado físico geral, como por exemplo o hipotireoidismo (APA, 2013). Em relação à prevalência na população, observa-se que o sexo feminino apresenta maior risco, comparativamente ao masculino, principalmente na Europa e Estados Unidos da América.

Em relação ao diagnóstico diferencial, o Episódio Depressivo Major deverá ser distinguido de Perturbação do Humor Secundária a um estado físico geral, considerado, neste caso, como consequência fisiológica direta de um estado físico específico. A Perturbação do Humor induzida por substâncias tóxicas difere do

Humor Depressivo, na medida em que o sujeito, neste caso, consome substâncias ilícitas. Também se pode verificar, nos idosos, confusão entre a Perturbação do Humor e um estado demencial, visto existir elevada co- morbilidade e semelhança de sintomas (APA, 2013).

Relativamente à distratibilidade e baixa tolerância à frustração, que são sintomas que ocorrem, simultaneamente, na Perturbação Hiperativa com défice de atenção e no Episódio Depressivo Major, quando se preencherem critérios para as duas perturbações, estas poderão ser diagnosticadas em conjunto. Um Episódio Depressivo Major que ocorra em resposta a um acontecimento psicossocial, distingue-se da Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo. Em última análise, o diagnóstico de Perturbação Depressiva, sem outra especificação, poderá ser apropriado para os quadros clínicos com humor depressivo e deficiência clinicamente significativa, que não preencham os critérios de duração ou intensidade (APA, 2013).

1.3.3 Stress

O termo stress tem recebido, ao longo da história, diversas atribuições (Serra, 2011). A palavra stress provém do verbo latino, *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum* que significa apertar, comprimir ou restringir, sendo utilizada desde o século XIV, para exprimir pressão ou constrição de natureza física, passando mais tarde a referir-se, também, a pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana (Serra, 2011). No século XX, dá-se a transição da palavra stress, da física para a medicina, por via dos estudos de Seyle, na década de 30.

A nível da psicologia o conceito de stress teve o seu grande desenvolvimento com os trabalhos de Lazarus e Folkman (1984). O stress, sendo uma temática muito debatida atualmente, não é um fenómeno novo, na medida em que estímulos que exigem adaptações humanas são intrínsecos à própria vida e, desde sempre, o ser humano teve de interagir com o seu ambiente (físico e social), encontrando-se, por isso, exposto às suas pressões (Frasquilho, 2005, 2009).

Podemos definir o stress como um processo através do qual, eventos ambientais ou psicológicos, que são assim considerados como as fontes de stress, vão funcionar como potenciais ameaças à segurança e bem-estar do organismo (Baum, Grunberg & Singer, 1982). Embora se verifique uma tendência para dar realce aos aspetos negativos do stress, em determinadas situações, este pode considerar-se útil e adaptativo, na

medida em que serve de fator que leva à tomada de decisões e à resolução de problemas, ajudando à melhoria das funcionalidades e das aptidões do indivíduo, o que levou Serra (2011) a considerar que as situações stressantes podem encarar-se como oportunidades de aprendizagem e evolução.

O stress é um conceito transaccional, que congrega a situação, as respostas humanas, a vivência da situação e integra a relação entre o biológico e o social. Trata-se de uma construção mental, que representa a relação do sujeito com as circunstâncias do seu quotidiano diário (Frasquilho, 2009). A resposta de stress é uma reação global do organismo a um agente stressor. É natural o sujeito possuir um nível de stress moderado, que esteja em equilíbrio com as exigências do seu dia-a-dia. Denomina-se por ‘eustress’ o período de vitalidade, vigor físico, produtividade e lucidez do sujeito, tratando-se de um stress construtivo; num sentido oposto, o ‘distress’ consiste na fadiga, irritabilidade, pessimismo, pouca concentração e incapacidade de decidir, culminando na exaustão, consistindo num stress destrutivo (Lazarus, 1999; Martins, 2004; Frasquilho, 2009). De um modo geral, é possível verificar que o eustress é positivo e pode ser um factor de protecção para a saúde, enquanto o distress é perigoso para o sujeito e nocivo ao organismo (Lazarus, 1999).

Ao adotar esta perspectiva do stress como sendo um processo interativo, ou transaccional, entre estímulos do ambiente e as respostas do indivíduo, emerge uma nova variável, a existência de diferenças individuais, que vão refletir a especificidade dos mecanismos psicológicos envolvidos, em particular os processos de avaliação cognitiva de cada um, ao que corresponde o modo como cada sujeito irá lidar com a situação de stress (Gomes, Cruz & Melo, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Serra, 2011). Assim, quando se desenvolve a perceção de falta de controlo sobre uma ocorrência ou circunstância, independentemente de esta poder ser real ou distorcida, surge o stress e, face a isso, é desenvolvido um conjunto de ações e estratégias, tendo por finalidade resolver ou, pelo menos, atenuar o problema. Deste modo, compreende-se que o stress seja encarado como um conceito transaccional, que agrupa em si a situação, a forma como esta é vivida e as respostas do indivíduo, integrando a relação entre o biológico e o social. Trata-se de uma construção mental, que representa a relação do sujeito com as circunstâncias do seu quotidiano (Frasquilho, 2009).

Todos os fatores ou situações de stress desencadeiam no ser humano vários tipos de resposta, as quais podem ser de natureza biológica, de comportamento observável,

com uma correspondência cognitiva e emocional, e que ocorrem de forma simultânea, influenciando-se mutuamente, sendo estas respostas tanto mais acentuadas quanto mais intensa, frequente e prolongada for a exposição ao stress. A resposta ao stress é uma reação global do organismo a um agente stressor (Frasquilho, 2005, 2009; Serra, 2011).

O processo de stress pode culminar em reações psicológicas como ansiedade, depressão, alterações cognitivas e reações fisiológicas, podendo originar doenças e alterações comportamentais indesejáveis (Frasquilho, 2005). Contudo, embora o stress possa estar na origem de diversas patologias, por si só, não pode considerar-se como uma doença (Serra, 2011).

Ansiedade, depressão e stress são três conceitos que como vimos, funcionam entre si de maneira estreita. Na sequência deste facto, surgiu o designado modelo tripartido para a depressão, ansiedade e stress (Clark & Watson, 1991; Clark, Assenheimer, Weber, Strauss & McCormick, 1995; Watson et al., 1995), onde estes três constructos estavam presentes e que poderia ser utilizado para classificar e compreender os distúrbios afetivos. Segundo Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), o distress, ou afecto negativo, inclui sintomas inespecíficos, relatados por sujeitos diagnosticados com perturbações do humor, ansiedade e humor deprimido, e que habitualmente apresentavam sintomas como insónia, desconforto, insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração.

Segundo o modelo tripartido, a ansiedade e a depressão apresentam características, tanto comuns, como específicas. A depressão seria então caracterizada pelo afeto positivo baixo e anedonia, enquanto a ansiedade era caracterizada principalmente por manifestações somáticas, ambas apresentando ambas um fator não específico, denominado por distresse ou afeto negativo, sendo deste modo experimentados, tanto por indivíduos deprimidos, como ansiosos.

1.4 A POC e a Qualidade de Vida

Os diferentes aspetos da qualidade de vida são na sua generalidade afetados por esta perturbação, em graus que podem variar (Subramaniam, Soh, Vaingankar, Picco & Chong, 2013). A qualidade de vida dos sujeitos com POC mostrou estar correlacionada com múltiplos fatores, alguns de ordem geral e outros que eram mais específicos às particularidades de cada indivíduo, sendo igualmente influenciada pelas interações com o meio e com a qualidade do ambiente social no qual o indivíduo se encontra.

A quase totalidade dos indivíduos com POC apresentam uma baixa qualidade de vida, quer a nível emocional quer a nível social (Moritz et al, 2005). Contudo, os autores chamam ainda a atenção para o facto de uma larga maioria também referenciar uma baixa qualidade de vida ao nível físico. No seu trabalho, os autores verificaram que valores mais baixos na dimensão física da qualidade de vida estavam principalmente associados a alguns fatores específicos, nomeadamente a duração da doença, o número de compulsões e o nível de sintomatologia depressiva.

Estes resultados vieram a ser confirmados pouco tempo depois, por Stengler-Wenzke, Kroll, Matschinger, e Angermeyer, (2006), num estudo com 75 pacientes que sofriam de POC, e que em todas as dimensões do WHOQOL-BREF tiveram pontuações significativamente inferiores a um grupo de controlo da população geral.

Mais recentemente, (Macy et al, 2013) mostraram que a qualidade de vida nos pacientes com POC se encontra significativamente diminuída quando comparada, não só com a população geral mas também com vários grupos de outros pacientes, com perturbações do foro médico e também do foro psiquiátrico. Da mesma forma, o grau no qual a qualidade de vida nos pacientes com POC era afetado mostrou uma elevada relação com a presença de fatores de comorbilidade (Besiroglu, Uguz, Saglam, Agargun & Cilli, 2007). Estes resultados vieram confirmar os de Hou, Yen, Huang, Wang, e Yeh (2010), onde novamente os participantes com POC apresentaram níveis significativamente inferiores de qualidade de vida nas dimensões Físico, Psicológico e Social, apenas não se verificando diferenças significativas na dimensão Ambiental. Diversos fatores foram associados aos níveis mais baixos de qualidade de vida, e entre eles podemos destacar a existência de comorbilidade, a presença de depressão, sintomatologia obsessiva grave, acentuados efeitos secundários da medicação, uso de estabilizadores do humor, baixo suporte social percebido e baixo estatuto social (Hou et al., 2010).

Fazendo uma revisão destes e de outros trabalhos nesta área, Vasudev, Yallappa e Saya (2015) concluíram que na generalidade os pacientes com esta perturbação apresentavam na sua generalidade níveis significativamente inferiores de qualidade de vida e de bem estar. Contudo, um dado para o qual estes autores chamaram a atenção tem a ver com o facto de este comprometimento não se restringir, como era esperado, aos aspetos sociais e emocionais da qualidade de vida, mas frequentemente apresentar também uma associação com aspetos de ordem somática, os quais, concluíram, devem ser abordados cuidadosamente pelos técnicos de saúde, por exemplo, para pesquisar se

existe depressão ou algumas dificuldades a nível físico, já que a correta abordagem destas situações pode ser um fator poderoso no que concerne ao êxito das intervenções nestes casos (Vasudev et al., 2015).

CAPÍTULO II - MÉTODO

2.1 Objetivos

Com o presente estudo pretendemos contribuir para uma melhor compreensão da qualidade de vida em indivíduos com perturbação obsessiva-compulsiva. Mais concretamente, perceber a diferença que existe na qualidade de vida entre um grupo de participantes com POC e outro grupo, de controle, recolhido da população geral. Como objetivos mais específicos propomo-nos igualmente compreender a relação entre as diferentes dimensões da qualidade de vida e ansiedade, depressão e stress nos indivíduos com POC.

2.2 Hipóteses

Assim, e tendo em conta os objetivos acima referidos, consideramos as seguintes hipóteses para o nosso estudo:

Hipótese 1: É esperado que o grupo de participantes com POC apresente uma menor qualidade de vida em todas as suas dimensões, relativamente ao grupo de controle.

Hipótese 2: É esperado que o grupo de participantes com POC apresenta índices mais elevados de ansiedade, depressão e stress, relativamente ao grupo de controle.

Hipótese 3: É esperado que as pessoas com melhor qualidade de vida revelem menos ansiedade, menos depressão e menos stress.

Hipótese 4: É esperado que as pessoas com sintomas de POC revelem um grau de associação maior com a ansiedade, depressão e stress.

2.3 Amostra

Participaram neste estudo 60 indivíduos de ambos os sexos, (31 do sexo masculino e 29 do sexo feminino), que foram agrupados em dois grupos, de 30 participantes cada, um com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) e outro que não apresentava essa perturbação – grupo de Controle. Todos participantes eram de nacionalidade portuguesa e de etnia Branca/Caucasiana.

Relativamente às suas habilitações, o número de anos de escolaridade variou entre os 9 e os 18 em ambos os grupos. Quanto à sua situação profissional, a quase totalidade dos participantes do grupo de controle trabalha, enquanto no grupo com POC existe uma percentagem significativa, $\chi^2(1) = 6.667$, $p < .001$ de indivíduos que não trabalham (ver Tabela 1). A nível da sua filiação religiosa, a maioria dos participantes referiu ser católica.

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da amostra

	Grupo				χ^2	<i>p</i>
	POC (n=30)		Controlo (n=30)			
	N	%	N	%		
Sexo					.067	.796
Masculino	16	26.7	15	25.0		
Feminino	14	23.3	15	25.0		
Anos de Escolaridade					9.206	.418
9	3	5.0	1	1.7		
10	0	0.0	1	1.7		
11	1	1.7	1	1.7		
12	11	18.3	15	25.0		
13	1	1.7	0	0.0		
14	2	3.3	0	0.0		
15	5	8.3	3	5.0		
16	0	0.0	3	5.0		
17	6	10.0	5	8.3		
18	1	1.7	1	1.7		

(continua)

Tabela 1 - (continuação)

	POC (n=30)		Controlo (n=30)		χ^2	<i>p</i>
	N	%	N	%		
Estado Civil					10.527	.062
Solteiro	16	26.7	8	13.3		
Casado	3	5.0	10	16.7		
Separado	2	3.3	0	0.0		
Divorciado	1	1.7	1	1.7		
União de Facto	2	3.3	6	10.0		
Numa relação	6	10.0	5	8.3		
Trabalha					6.667	.010
Não	10	16.7	2	3.3		
Sim	20	33.3	28	46.7		
Filiação Religiosa					0.277	.871
Catolica	21	35.0	21	35.0		
Nenhuma	6	10.0	7	11.7		
Outras	3	5.0	2	3.3		

Nota: ** $p < .01$

No estado civil, verifica-se que a maior parte dos participantes do grupo POC são solteiros (26,7%) enquanto no grupo de Controle a classe com maior frequência era a dos casados (16,7%) embora essa diferença não fosse significativa.

Relativamente aos participantes com uma relação, verificou-se que no grupo de Controle, a duração média desse relacionamento ($M=6.53$, $DP=6.55$) era significativamente superior $t(31) = -2.778$, $p = .007$, à que se verificou no grupo com POC ($M=2.03$, $DP=5.99$).

Por fim, em termos etários, o grupo de Controle apresentou uma média de idades de 34.63 anos ($DP=8.84$), ligeiramente superior à do grupo com POC, que foi de 32.50 anos ($DP=10.08$), não sendo essa diferença, contudo, significativa, $t(58) = -.872$, $p = .387$, como está representado na Tabela 2.

Tabela 2 – Média de idades e da duração da relação nos dois grupos

	Grupo				<i>t</i> (58)	<i>p</i>
	POC (N=30)		Controlo (N=30)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	32.50	10.08	34.63	8.84	-.872	.387
	POC (N=11)		Controlo (N=22)		<i>t</i> (31)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Duração da Relação	2.03	5.99	6.53	6.55	-2.778	.007

2.4 Instrumentos

Sintomas Obsessivo-Compulsivos. Os Sintomas Obsessivo-Compulsivos foram avaliados pelo Inventário Obsessivo-Compulsivo – Revisto (IOC-R; Rosa, Baptista, Santos & Craveirinha, 2005). Este instrumento avalia o grau de sintomatologia obsessivo-compulsiva através de nove dimensões: verificação, ordenação, contaminação, pensamentos obsessivos, impulsos obsessivos, lentidão, armazenamento, neutralização e dúvida patológica, presentes nos 105 itens que constituem a IOC-R. O formato de resposta é tipo Likert de 5 pontos (0=*Nada* até 4=*Extremamente*) sendo que os valores mais elevados indicam a presença de sintomatologia. O valor total da escala varia entre zero e 420.

No que respeita às qualidades psicométricas, o IOC-R apresenta fidelidade e validade adequadas (Rosa et al., 2005). A escala total apresenta um grau de homogeneidade e um nível de confiança elevados, com um valor total de *alpha* de Cronbach de .98 e uma correlação média total inter-itens de $r = .32$, com uma amplitude de correlação item-total entre .24 e .74.

Depressão, Ansiedade e Stress. Foi utilizada a versão traduzida (Baptista, Santos, Silva & Baptista, 1999) da Depression Anxiety Stress Scales (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995), a qual é composta por 42 itens que medem sintomas emocionais negativos. O formato de resposta é composto por uma escala de 4 pontos que varia de 0 (“Não se aplicou nada a mim”) a 3 (“Aplicou-se a mim a maior parte do tempo”).

Os itens da DASS agrupam-se em 3 dimensões: stress, ansiedade e depressão, sendo o resultado de cada subescala dado pela soma dos resultados para os 14 itens

relevantes para cada uma delas. Na população portuguesa a DASS mostrou possuir propriedades psicométricas satisfatórias, tendo a estrutura fatorial sido consubstanciada tanto pela análise fatorial exploratória como pela análise fatorial confirmatória (Alves, Carvalho & Baptista, 1999). Os índices de consistência interna da DASS foram calculados através do coeficiente Alpha de Cronbach, tendo sido obtidos valores de 0.77 para a escala de ansiedade, 0.94 para a escala de stress e 0.96 para a escala de depressão. A análise das correlações médias inter-itens apresentou valores de 0.40 para os itens da subescala de ansiedade, 0.50 para os itens da subescala de stress e 0.57 para os itens da subescala de depressão. As correlações item-total apresentaram valores que variam de 0.38 a 0.67 para os itens da subescala de ansiedade, de 0.53 a 0.81 para os itens da subescala de stress e de 0.63 a 0.85 para os itens da subescala de depressão. A análise dos coeficientes de correlação de Pearson entre as escalas da DASS mostrou valores de 0.64 (ansiedade e depressão), 0.65 (stress e ansiedade) e 0.77 (stress e depressão), sendo estas correlações significativas para $p < .01$. O estudo da validade concorrente da DASS mostrou valores de correlação positivos e significativos entre todas as dimensões da DASS e as dimensões depressão e ansiedade da HADS, que variaram entre .13 (DASS – ansiedade e HADS – depressão; $p = .023$) e .57 (DASS – stress e HADS – ansiedade; $p < .001$). No que diz respeito às diferenças entre os sexos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à depressão e ao stress apresentando as mulheres valores médios mais elevados.

Qualidade de Vida. A qualidade de Vida foi avaliada através da versão portuguesa do WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007) que é composto por 26 questões, que se dividem em vários domínios. Assim, o primeiro domínio aborda a qualidade de vida em termos gerais e apresenta dois itens, um sobre a qualidade de vida e outro sobre a satisfação com a própria saúde. As restantes 24 questões dividem-se por quatro domínios, nomeadamente o físico, que compreende sete questões, o psicológico, com seis questões, o social com três itens e o domínio relativo ao meio ambiente com 8 questões. As respostas dos inquiridos indicam o grau de concordância ou discordância com o conteúdo das questões e são avaliadas numa escala de Likert de cinco pontos, que varia entre 1 e 5.

Segundo um estudo realizado no Brasil por Fleck et al. (1998), este instrumento apresentou um bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (alfa de cronbach de 0.76 para os 4 domínios e 0.90 para as

26 questões). Estudos posteriores realizados em Portugal (Vaz Serra et al., 2006) confirmaram as boas qualidades psicométricas deste instrumento

2.5 Procedimento

A recolha da amostra experimental para este estudo, foi efetuada na Associação Domus Mater e a amostra do grupo de controle, foi recolhida na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. O protocolo de avaliação era composto por duas partes, a primeira parte consistia no preenchimento dos dados sociodemográficos como o sexo, a idade, as habilitações literárias, situação socioprofissional, a nacionalidade, etnia, filiação religiosa, estado civil. Na segunda parte, consistia no preenchimento de 3 instrumentos de avaliação a IOC – Inventário Obsessivo-Compulsivo; WHOQOL-BREF - *World Health Organizations Quality of Life* ; DASS – Depression Anxiety Stress Scales. Foram feitos todos os esclarecimentos necessários sobre o objetivo do estudo. Após tiradas todas as dúvidas existentes, foi aplicado o protocolo, que decorreu em contexto de sala de aula (tanto no grupo experimental, como no grupo de controle), durante os meses de Novembro de 2014 e Julho de 2015. Todos os participantes foram respetivamente informados que as questões eram totalmente anónimas, não existindo respostas certas ou erradas, e que a qualquer momento poderiam interromper o preenchimento do mesmo. À medida que finalizavam o preenchimento do protocolo de avaliação, os participantes efetuaram a entrega do mesmo em mão à investigadora. O tempo de realização foi de aproximadamente de 15 minutos.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

3.1 Diferença de Médias

Em primeiro lugar, fomos comparar os valores médios obtidos pelos dois grupos nos instrumentos por nós utilizados.

Assim, verificou-se que o grupo com POC obteve valores significativamente superiores em quatro das dimensões do IOC. Essas diferenças ocorreram na Verificação, onde o grupo com POC ($M=12.20$, $DP=8.83$) obteve valores significativamente superiores, $t(58) = 2.871$, $p = .006$, aos do grupo de Controle ($M=6.53$, $DP=6.24$), na Neutralização, com o grupo POC a obter uma média de 6.20 ($DP=6.01$), enquanto a média do grupo de Controle foi de 2.67 ($DP=2.70$), com um valor de $t(58) = 2.937$, $p = .005$, nos Pensamentos, $t(58) = 2.927$, $p = .005$, com o grupo POC ($M=11.17$, $DP=8.23$) a exibir valores superiores aos do grupo de Controle ($M=5.83$, $DP=5.65$) e de forma mais acentuada na dimensão Dúvida e Indecisão, com a média do grupo POC ($M=21.50$, $DP=12.79$) a ser significativamente superior $t(58) = 3.606$, $p = .001$, à do grupo de Controle ($M=11.83$, $DP=7.22$), como está representado na Tabela 3.

Este facto refletiu-se no valor da escala total do IOC, tendo o grupo com POC ($M=99.70$, $DP=60.30$) apresentado valores significativamente superiores $t(58) = 3.057$, $p = .003$, aos do grupo de Controle ($M=59.70$, $DP=38.75$).

Quando foram comparados os valores obtidos pelos dois grupos na WHOQOL-Bref, verificou-se que o grupo de Controle apresentou valores mais elevados em todas as dimensões, quando comparado com o grupo com POC. Essas diferenças foram estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala, com exceção da dimensão Ambiente.

Assim, nas dimensões relativas à qualidade de vida a nível Físico e Psicológico, o grupo de Controle apresentou médias superiores ($M=27.50$, $DP=3.95$ e $M=20.23$, $DP=2.58$, respectivamente) quando comparado com o grupo com POC ($M=25.43$, $DP=4.00$ e $M=18.13$, $DP=3.50$), sendo essas diferenças significativas, como se pode ver na tabela 3.

No fator Geral, a média do grupo com POC foi significativamente inferior, $t(58) = -2.195$, $p = .032$, à do grupo de Controle Quanto ao valor da escala total do WHOQOL-Bref, verificou-se uma vez mais uma diferença significativa, $t(58) = -2.944$, $p = .005$, com o grupo de Controle ($M=95.97$, $DP=11.30$) a obter valores mais elevados que o grupo com POC ($M=87.07$, $DP=12.11$).

Quanto aos valores obtidos no DASS, nas três dimensões da escala o grupo POC obteve valores mais elevados, embora a diferença não fosse estatisticamente significativa nas dimensões Ansiedade e Stress.

Já na Depressão essa diferença revelou ser significativa, $t(58) = 2.871, p = .005$, com o grupo com POC a evidenciar níveis de Depressão superiores ($M=10.80, DP=8.05$) aos do grupo de Controle ($M=3.83, DP=3.91$).

Tabela 3 – Diferença de médias entre os dois grupos nas variáveis estudadas

	Grupo POC (n=30)		Grupo de Controlo (n=30)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
IOC						
Verificação	12.20	8.83	6.53	6.24	2.871	.006
Contaminação	12.73	13.31	7.70	6.49	1.861	.068
Lent_Obsess.	4.43	3.66	3.30	2.63	1.377	.174
Ordem Simetria	16.80	13.12	11.73	7.75	1.821	.074
Armazenamento	13.10	11.50	10.03	10.26	1.090	.280
Neutralização	6.20	6.01	2.67	2.70	2.937	.005
Duvida Indec.	21.50	12.79	11.83	7.22	3.606	.001
Impulsos	2.60	2.82	1.20	2.63	1.987	.052
Pensamentos	11.17	8.23	5.83	5.65	2.927	.005
IOC_Total	99.70	60.30	59.70	38.75	3.057	.003
WHOQOL-Bref						
Físico	25.43	4.00	27.50	3.95	-2.015	.049
Psicológico	18.13	3.50	20.23	2.58	-2.644	.011
Social	9.23	2.74	11.77	1.99	-4.096	.000
Ambiental	27.47	3.92	28.90	4.21	-1.364	.178
Geral	6.80	1.54	7.57	1.14	-2.195	.032
QV_Total	87.07	12.11	95.97	11.30	-2.944	.005
DASS						
Depressão	10.80	8.05	3.83	3.91	2.871	.006
Ansiedade	10.33	7.56	4.37	3.87	1.861	.068
Stress	12.37	8.96	5.00	4.52	1.377	.174

3.2 Correlações

Em seguida foi efetuada uma análise correlacional entre os resultados obtidos pelos dois grupos, nos instrumentos por nós utilizados, nomeadamente a IOC-R, a WHOQOL-Bref e a DASS, considerando não só os valores das escalas na sua totalidade, mas igualmente os resultados obtidos em cada uma das dimensões que as constituem, independentemente de se terem revelado estatisticamente significativas, como foi estudado no ponto anterior.

Dado o elevado número de dimensões que os três instrumentos apresentam no seu conjunto, utilizámos a estratégia de análise que seguidamente se descreve.

Em primeiro lugar fomos calcular as matrizes de intercorrelações entre as dimensões de cada instrumento. Assim, em primeiro lugar será apresentados os resultados correspondentes ao IOC-R, que contém nove dimensões e um resultado global, e em seguida será feito o mesmo procedimento para a WHOQOL_Bref e para o DASS, que no seu conjunto apresentam sete dimensões e dois resultados globais.

Seguidamente, foram analisadas as correlações entre o IOC-R, por um lado, e a WHOQOL-Bref e o DASS, por outro. Em todas estas análises, os grupos foram tomados separadamente, de forma a podermos analisar não só o perfil das correlações obtidas, mas igualmente para comparar os perfis obtidos por cada grupo.

Assim, para as nove dimensões do IOC-R, verificamos que na sua generalidade as matrizes obtidas são semelhantes, com a maioria das dimensões a apresentar uma correlação positiva, moderada a forte e significativa e entre si (ver Tabela 4). Quanto aos valores, verificamos que no grupo de Controle eles variaram entre $r = .41$ (Contaminação e Pensamentos) e $r = .87$ (Neutralização e Pensamentos).

As diferenças mais evidentes entre os dois grupos ocorrem entre a dimensão Impulsos e as dimensões Verificação e Contaminação, que no grupo com POC são significativas ($r = .54$ e $r = .63$, respetivamente), e no grupo de Controle não são, o mesmo sucedendo nas correlações entre a Contaminação e a Neutralização ($r = .58$) e a Ordem e Simetria e o Armazenamento ($r = .55$). Nas associações entre o Armazenamento e a Verificação ($r = .32$) e a Neutralização ($r = .31$) verifica-se o inverso, ou seja, é o grupo de Controle que apresenta agora correlações que são significativas ($r = .59$ e $r = .44$, respetivamente).

Tabela 4 – Intercorrelações entre as dimensões do IOC-R e da escala total para os dois grupos em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 - Verificação	1.00	.60**	.78**	.73**	.44*	.86**	.82**	.36	.80**	.92**
2 - Contaminação	.60**	1.00	.41*	.57**	.10	.36	.33	-.05	.41*	.57**
3 - Lent_Obsess.	.63**	.40*	1.00	.59**	.49**	.80**	.72**	.61**	.85**	.85**
4 - Ordem Simetria	.58**	.33	.63**	1.00	.28	.61**	.55**	.23	.61**	.77**
5 - Armazenamento	.32	.07	.47**	.55**	1.00	.59**	.52**	.30	.59**	.66**
6 - Neutralização	.75**	.58**	.63**	.61**	.31	1.00	.77**	.51**	.87**	.89**
7 - Duv_Indecisão	.71**	.28	.52**	.54**	.60**	.59**	1.00	.38*	.74**	.85**
8 - Impulsos	.54**	.63**	.43*	.32	.34	.39*	.45*	1.00	.68**	.49**
9 - Pensamentos	.79**	.50**	.65**	.53**	.43*	.78**	.82**	.60**	1.00	.91**
10 - IOC_Total	.86**	.63**	.75**	.78**	.62**	.82**	.83**	.64**	.88**	1.00

Nota: O grupo com POC na diagonal inferior.

* $p < .05$; ** $p < .01$

As correlações de cada uma das dimensões do IOC-R com o valor total, em qualquer dos grupos, foram todas significativas, positivas, sendo sempre fortes no grupo com POC, variando entre $r = .62$ (Armazenamento) e $r = .88$ (Pensamentos), enquanto no grupo de Controle foram moderadas ($r = .49$ para a dimensão Impulsos) a fortes ($r = .92$ para a Verificação).

A análise das intercorrelações entre as dimensões do WHOQOL-Bref e do DASS mostra um perfil muito semelhante entre os dois grupos, como se pode observar na Tabela 5.

Apenas em três casos se verificaram diferenças dignas de realce, e que foram entre a dimensão Geral do WHOQOL-Bref e as dimensões Social e Ambiente, e Ansiedade, tendo os valores obtidos pelo grupo de Controle sido significativos, ao contrário do que se verificou no grupo com POC.

Em seguida fomos analisar as associações entre as dimensões do IOC-R e as dimensões do WHOQOL-Bref e da DASS, em ambos os grupos, tendo essas análises sido feitas em separado para cada grupo, estando os seus valores representados nas Tabelas 6 e 7. Embora os valores obtidos por ambos os grupos, na sua generalidade, sejam também semelhantes, verificam-se algumas diferenças entre eles que consideramos pertinente analisar. Deste modo, serão salientados os casos em que num dos grupos se verifica uma associação significativa e no outro não.

Tabela 5 – Intercorrelações entre as dimensões do WHOQOL-Bref e da DASS para os dois grupos em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 - Físico	1.00	.55**	.64**	.42*	.59**	.80**	-.57**	-.61**	-.51**
2 - Psicológico	.61**	1.00	.61**	.62**	.64**	.83**	-.38*	-.48**	-.41*
3 - Social	.63**	.54**	1.00	.57**	.53**	.81**	-.70**	-.68**	-.58**
4 - Ambiental	.52**	.40*	.44*	1.00	.67**	.83**	-.42*	-.41*	-.41*
5 - Geral	.43*	.50**	.19	.23	1.00	.79**	-.35	-.42*	-.33
6 - QVTotal	.87**	.80**	.76**	.74**	.53**	1.00	-.60**	-.64**	-.56**
7 - Depressão	-.56**	-.62**	-.58**	-.42*	-.27	-.67**	1.00	.84**	.88**
8 - Ansiedade	-.47**	-.53**	-.47**	-.40*	-.12	-.56**	.91**	1.00	.81**
9 - Stress	-.49**	-.50**	-.43*	-.39*	-.21	-.56**	.95**	.89**	1.00

Nota: O grupo com POC na diagonal inferior.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Assim, nas relações entre as dimensões do IOC-R e as da qualidade de vida, o aspeto mais relevante é o que se verifica a nível das dimensões Psicológico e Social da Qualidade de Vida, onde cerca de metade das dimensões do IOC-R apresenta correlações significativas no grupo de POC, o que não acontece no grupo de Controle.

As dimensões Verificação, Neutralização e Impulsos, apresentam correlações negativas, moderadas e significativas com a qualidade de vida, nas dimensões Psicológico e Social, com valores que oscilaram entre $r = -.37$ (Neutralização e Psicológico) e $r = -.43$ (Impulsos e Social), sendo também de referir o valor de $r = -.55$ obtido entre as dimensões Pensamento e Psicológico. A dimensão Física da Qualidade de Vida apenas se diferenciou nos dois grupos na sua associação com a Contaminação, tendo sido significativa no grupo com POC $r = -.38$, enquanto no grupo de Controle esse valor foi apenas de $r = -.12$. De resto, é de salientar que a nível da dimensão Física da Qualidade de Vida, houve dois casos em que as associações significativas se verificaram no grupo de Controle (Armazenamento, $r = -.38$ e Impulsos, $r = -.53$), ao contrário do que sucedeu no grupo com POC, em que esses valores, não significativos, foram de $r = -.35$ e $r = -.27$, respetivamente.

Tabela 6 - Correlações entre o IOC-R e o WHOQOL-Bref e a DASS, para o grupo de Controle

	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Geral	QVTotal	Depressão	Ansiedade	Stress
Verificação	-.49**	-.24	-.34	-.29	-.25	-.42*	.63**	.63**	.62**
Contaminação	-.12	.02	.07	-.10	-.02	-.07	.23	.16	.34
Lent_Obsess.	-.53**	-.15	-.28	-.06	-.14	-.31	.45*	.55**	.55**
Ordem e Simetria	-.53**	-.23	-.43*	-.39*	-.33	-.49**	.71**	.57**	.71**
Armazenamento	-.38*	-.50**	-.34	-.16	-.21	-.39*	.39*	.42*	.36
Neutralização	-.47**	-.31	-.30	-.26	-.18	-.40*	.62**	.66**	.64**
Dúvida e Indecisão	-.60**	-.53**	-.51**	-.39*	-.38*	-.60**	.58**	.67**	.64**
Impulsos	-.53**	-.21	-.33	-.08	-.20	-.34	.35	.57**	.39*
Pensamentos	-.54**	-.29	-.40*	-.24	-.26	-.44*	.64**	.68**	.64**
IOC_Total	-.59**	-.39*	-.43*	-.32	-.30	-.52**	.67**	.69**	.71**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabela 7 - Correlações entre o IOC-R e o WHOQOL-Bref e a DASS, para o grupo com POC

	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Geral	QVTotal	Depressão	Ansiedade	Stress
Verificação	-.63**	-.42*	-.41*	-.34	-.34	-.58**	.67**	.59**	.65**
Contaminação	-.38*	-.21	-.32	-.19	.01	-.32	.53**	.45*	.48**
Lent_Obsess.	-.60**	-.29	-.50**	-.38*	-.38*	-.56**	.41*	.41*	.36*
Ordem e Simetria	-.70**	-.34	-.48**	-.41*	-.35	-.62**	.29	.27	.21
Armazenamento	-.35	-.40*	-.43*	-.36	-.30	-.48**	.38*	.39*	.29
Neutralização	-.63**	-.37*	-.38*	-.14	-.20	-.47**	.38*	.31	.33
Dúvida e Indecisão	-.55**	-.51**	-.50**	-.38*	-.17	-.59**	.52**	.48**	.45*
Impulsos	-.27	-.42*	-.43*	-.22	.00	-.37*	.69**	.69**	.58**
Pensamentos	-.65**	-.55**	-.52**	-.36	-.23	-.64**	.64**	.58**	.60**
IOC_Total	-.71**	-.52**	-.58**	-.43*	-.29	-.69**	.64**	.58**	.56**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Prosseguindo a nossa análise, agora entre o IOC-R e a DASS, verifica-se que as diferenças, a nível da Depressão, se situam nas dimensões Contaminação e Impulsos, onde os valores no grupo com POC ($r = .53$ e $r = .69$) são significativamente superiores aos que se verificaram no grupo de Controle ($r = .23$ e $r = .35$, respetivamente), enquanto a nível da Ordem e Simetria se verificou o oposto, com o grupo de Controle a revelar uma associação forte e significativa ($r = .71$) ao contrário do que se passou no grupo com POC, onde esse valor foi apenas de ($r = .29$).

A nível da Ansiedade, verifica-se que no grupo com POC a associação com a Contaminação é significativa ($r = .45$) ao contrário do que sucede no grupo de Controle ($r = .16$). O inverso verificou-se nas dimensões Ordem e Simetria e Neutralização, que no grupo com POC não foram significativas ($r = .27$ e $r = .31$, respetivamente), enquanto no grupo de Controle essa associação foi significativa, com valores de $r = .57$ para a Ordem e Simetria e de $r = .66$ para a Neutralização.

Por fim, a nível do Stress a situação é praticamente igual à que se verificou com a Ansiedade. Podemos confirmar que as diferenças ocorreram igualmente a nível da Contaminação ($r = .34$ para o grupo de Controle e $r = .48$ para o grupo com POC), e também da Ordem e Simetria e Neutralização, onde uma vez mais as associações significativas ocorreram no grupo de Controle ($r = .57$ e $r = .66$), ao contrário do que se verificou no grupo com POC, onde esses valores foram de $r = .21$ e $r = .33$, respetivamente.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo deste trabalho consistiu em avaliar a diferença que existe na qualidade de vida entre um grupo de participantes com POC e outro grupo, de controle, recolhido da população geral. Além disso, e baseados nos resultados de vários trabalhos recentes (Stengler-Wenzke et al., 2006; Subramaniam et al., 2103; Vasudev et al., 2015), foi igualmente investigada a relação entre a qualidade de vida e a depressão, a ansiedade e o stress.

Nesse sentido, foram colocadas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: É esperado que o grupo de participantes com POC apresente uma menor qualidade de vida em todas as suas dimensões, relativamente ao grupo de controle.

Hipótese 2: É esperado que o grupo de participantes com POC apresenta índices mais elevados de ansiedade, depressão e stress, relativamente ao grupo de controle.

Hipótese 3: É esperado que as pessoas com melhor qualidade de vida revelem menos ansiedade, menos depressão e menos stress.

Hipótese 4: É esperado que as pessoas com sintomas de POC revelem um grau de associação maior com a ansiedade, depressão e stress.

A primeira hipótese, que afirmava que os participantes com POC apresentavam menor qualidade de vida quando comparados com a população geral foi confirmada. Os resultados mostraram que nas dimensões Física, Social e Psicológica os participantes com POC apresentavam valores médios significativamente inferiores aos que foram obtidos pelo grupo de Controle, sendo todas as diferenças significativas para um $p < .01$, o que vem ao encontro dos resultados obtidos por vários autores (Hou et al., 2010; Macy et al., 2013; Stengler-Wenzke et al., 2006a, 2006b; Srivastava & Bhatia, 2007, 2008, Subramaniam et al., 2103; Vasudev et al., 2015), os quais evidenciaram a menor qualidade de vida destes pacientes nas dimensões acima citadas. Na dimensão Ambiental, não se registaram diferenças entre a qualidade de vida dos dois grupos, à semelhança de resto do que já se tinha verificado noutros estudos (Hou et al., 2010; Moritz et al., 2005), o que vem chamar a atenção para os domínios de carácter mais pessoal, como são os de nível Físico e Psicológico, e o de relação, como é o caso do Social, como sendo os mais afetados por esta perturbação, sendo estas igualmente, como salientam (Stengler-Wenzke et al, 2006b) as dimensões que mais afetam de forma negativa o bem-estar do sujeito com perturbação obsessivo-compulsiva.

A segunda hipótese, que afirmava que os participantes com POC apresentavam valores mais elevados de ansiedade, depressão e stress foi parcialmente confirmada. Verificaram-se diferenças significativas a nível da depressão, mas não a nível da ansiedade e do stress, embora seja de referir que no caso da ansiedade, as diferenças possam ser consideradas marginalmente significativas. Esta diferença encontrada nos níveis de depressão entre estes dois grupos, apresentando o grupo com POC um valor significativamente superior quando comparado com o grupo de Controle, vem confirmar os dados de (Moritz et al, 2005), os quais salientaram a importância de fatores de comorbilidade na baixa qualidade de vida dos pacientes com POC, em particular a depressão, o que veio a ser confirmado posteriormente (Besiroglu et al., 2007; Hou et al., 2010; Macy et al., 2013).

A terceira hipótese, que afirmava que a qualidade de vida estava inversamente correlacionada com a depressão, ansiedade e stress foi confirmada. Efetivamente, todos os domínios da qualidade de vida apresentaram correlações significativas, negativas e moderadas com a depressão, a ansiedade e o stress, sendo mais elevadas para a depressão e em seguida para a ansiedade, o que corrobora os resultados de Moritz e colaboradores (2005) por um lado, e de Srivastava e Bhatia (2007, 2008) por outro. O facto de a depressão enquanto factor de comorbilidade bem conhecido como agravante da situação dos pacientes com POC, aliado à toma de medicações muitas vezes com efeitos secundários desfavoráveis pode ser a razão pela qual os seus resultados são mais elevados (Hou et al, 2010).

A quarta hipótese, que afirmava a existência de uma relação positiva entre a ansiedade, a depressão e o stress e a POC foi igualmente confirmada, uma vez que a maioria das dimensões do IOC-R apresentou correlações significativas, positivas e moderadas a fortes com a depressão, a ansiedade e o stress. Um factor que merece ser destacado aqui é que em quatro das nove dimensões avaliadas pelo IOC-R – Verificação, Dúvida e Indecisão, Neutralização e Pensamentos, o grupo com POC apresentou resultados significativamente superiores ao grupo de Controle, o que a nosso ver, pode significar que foi nestas dimensões que se verificaram as maiores diferenças na presença de traços ou de sintomatologia obsessivo-compulsiva entre os participantes com POC e os do grupo de controle. Ora, estas quatro dimensões estão todas entre as que apresentaram correlações mais forte com a ansiedade, o stress e a depressão, o que vem reforçar a nossa hipótese de que estes pacientes, pelas suas características, tendem

a ser mais vulneráveis aos fatores de stress, desenvolvendo respostas de menor qualidade adaptativa, o que pode gerar maiores níveis de ansiedade e conseqüentemente causar ou agravar um quadro depressivo.

CONCLUSÃO

Neste trabalho procurámos avaliar a qualidade de vida de uma amostra de indivíduos diagnosticados com POC, tomando como termo de comparação um grupo de participantes onde esse quadro estava ausente. Os resultados mostraram que no grupo de participantes com POC a qualidade de vida era mais baixa, o que está de acordo com a generalidade dos estudos que avaliaram o impacto da POC na qualidade de vida dos indivíduos, e cujos resultados apontaram para prejuízos significativos em vários aspectos, com especial incidência nas relações sociais, familiares e no seu desempenho ocupacional (Bobes et al., 2001).

Dentro das diferentes perturbações de ansiedade, apesar de algumas semelhanças, os indivíduos com POC diferenciam-se a nível do comprometimento das atividades diárias e na sua qualidade de vida em geral, com particular relevo para os casos em que as obsessões e os sintomas depressivos comórbidos aparecem associados a prejuízos mais significativos na qualidade de vida do que as compulsões (rituais), enquanto estas parecem ser mais prejudiciais a nível do funcionamento familiar e dos relacionamentos com os amigos (Calvocoressi et al., 1995).

Como ficou demonstrado, o comprometimento da qualidade de vida de indivíduos com POC é evidente, tendo inclusivamente sido comparado ao de pacientes com esquizofrenia, considerada a doença mental mais incapacitante. Os indivíduos com POC têm muitos medos, são supersticiosos, perfeccionistas, lentificados e frequentemente envolvem-se em situações complicadas ao realizar os seus rituais, dando origem a conflitos, o que pode favorecer o seu isolamento, enquanto que os portadores de esquizofrenia apresentam embotamento afetivo, falta de empatia e desconfiança, o que vai implicar dificuldades de relacionamento e isolamento social (Eisen et al., 2013).

No nosso entender, as pesquisas futuras deverão ter em atenção não só o alívio dos sintomas desta doença, mas também procurar uma melhoria da funcionalidade dos indivíduos, uma vez que estudos clínicos têm mostrado que as incapacidades e a má qualidade de vida se mantêm, mesmo após a melhoria dos sintomas.

Isto não quer dizer que a melhoria dos sintomas deva ser o único objetivo, uma vez que outros fatores têm bastante relevância e devem igualmente ser levados em conta, nomeadamente os de ordem familiar, como satisfação conjugal e comunicação familiar, os quais são importantes ao nível da qualidade de vida.

Apesar do número relativamente pequeno de estudos sobre a POC e a qualidade

de vida, hoje não restam dúvidas que o custo social desta doença é elevado, particularmente a nível do desemprego, da dependência financeira da família e do recurso aos serviços de saúde, particularmente no caso de jovens adultos, os quais se encontram numa fase de vida de grande capacidade produtiva. Por outro lado, estas pessoas muitas vezes têm tendência a esconder o seu problema e, conseqüentemente, não procuram ajuda. Daqui resulta que os indivíduos com POC, muitas vezes só recebem ajuda profissional bastante tempo após o início da doença.

Na nossa opinião, torna-se importante melhorar a consciencialização da população em geral sobre este problema, bem como criar condições que permitam o rápido acesso aos tratamentos adequados, no sentido de minimizar o seu sofrimento e conseqüente impacto negativo na sua qualidade de vida, bem como daqueles que o rodeiam, em particular familiares e amigos.

Referências

- Alves, G., Carvalho, M. & Baptista, A. (1999). *Estudo das características psicométricas de uma escala de depressão, ansiedade e stress em jovens adultos*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. (267-275).
- Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Universidade Técnica de Lisboa.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Ascensão, M. (2011). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso: Implementação de um Programa de Intervenção*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientado por Fernando Fradique. Lisboa.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Dary, B. J., Nolen-Hoeksema, S., Smith, C. (2002). *Introdução à psicologia de Hilgard*. Porto Alegre: Artmed
- Baptista, A. Pereira, A. C., Carvalho, M., Lory, F., & Santos, R. (2001). *Aprender a lidar com as dificuldades emocionais. O centro de aconselhamento para estudantes*. Revista de Humanidades e Tecnologias, 4/5, 227-237.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). *O medo, a ansiedade e as suas perturbações*. Revista Psicologia, 19(1/2), 266-277.
- Baum, A., Grunberg, N. & Singer, J. E. (1982). The use of psychological and neuroendocrinological measurements in the study of stress. *Health Psychology*, 1, 217-223.
- Berrious, G. (1994). História de los trantornos obsessivos. In J. Ruilaba & G. Berrious (Eds.), *Estados Obsessivos* (pp. 1-14). Barcelona: Masson.
- Besiroglu L., Uguz F., Saglam M., Agargun M.Y., Cilli A.S. (2007). Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affective Disorders* 102 (1-3), 73-9
- Bobes, J., Gonzáles, M. P., Bascarán, M. T., Arango, C., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4), 239-245.
- Burgy, M. (2005). Psychopathology of Obsessive-Compulsive Disorder: a Phenomenological Approach. *Psychopatology*, 38 (4), 291-300.

- Campos, R. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra, edições Almedina.
- Calvocoressi, L.; McDougle, C.I.; Harris, M.; et al. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal Psychiatry*, 152:441-443.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). A tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clark, L., Assenheimer, J., Weber, K., Strauss, M. & McCormick, R. (1995). Testing a Tripartite Model: II. Exploring the Symptom Structure of Anxiety and Depression in Student, Adult and Patient Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
- Couvreur, C. (2001). *A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência - edições técnicas e científicas.
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nervous Mental Diseases*. 193(3):196-202.
- Craveirinha, F. (2006). *Análise das Qualidades Psicométricas e Desenvolvimento de Novas Dimensões do Inventário Obsessivo-Compulsivo*. Seminário de Investigação em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Departamento de Psicologia, Lisboa.
- Del-Porto JA (2001). Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Brasileira Psiquiatria*, 23(2):3-5.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E. Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270-5.
- Everly, G. S. (1989). *A Clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.

- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *J. Adv. Nursery* 22(3), 502-8.
- Fleck, M.P. (2008). Problemas Conceituais em Qualidade de Vida. In M.P. Fleck *et al.* (Eds.), *A Avaliação da qualidade de Vida: Guia para Profissionais de Saúde* (pp. 19-28). Porto alegre: Artmed.
- Foa, E., Kozak, M., Goodman, W. et al. (1995). DSM-IV Field trial: Obsessive Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990-996.
- Frasquilho, M. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Medica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Frasquilho, M. (2009). Stresse. In Filho, H. C. & Borges, C. F. (Coord.). *Stresse, depressão e suicídio – Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*, pp. 63-81. Lisboa: Coisas de ler.
- Freeston, M.H., Rhéaume J. & Ladouceur R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behavioral Research Therapy*, 34 (5-6), 433-446.
- Gaudry, E. & Spielberger, C. D. (1971). *Anxiety and educational achievement*. New York: Wiley.
- Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J.F. Cruz, A.R. Gomes & B. Melo (Eds.). *Stress e burnout nos psicólogos portugueses*. (pp. 73-130). Braga: SHO -Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Grelha, P. (2009). *Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientado por Filipe Jorge Gamboa Martins Nave. Lisboa.
- Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg N.A. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *British Medical Journal*, 333, 424–429.
- Hou S.Y., Yen C.F., Huang M.F., Wang P.W., & Yeh Y.C. (2010). Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder. *Kaohsiung Journal Medical Science*, 26(8):397-407. doi: 10.1016/S1607-551X(10)70065-6.
- Jenike M.A. (2001). An update on obsessive-compulsive disorder. *Bulletin Menninger Clinic*. 65(1):4-25.

- Keefe, T. (1988). Stress-Coping Skills: An Ounce of Prevention in Directs Practice. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Skill Training*, 10, 475-482.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, & Walters EE (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*. 62(6):593-602.
- Khanna, S., & Mukherjee, D. (1992). Checkers and washers: valid subtypes of obsessive compulsive disorder. *Psychopathology*. 25 (5), 283-288.
- Laux, L & Vossel, G (1982). Theoretical and methodological issues in achievement related stress and anxiety research. In H. W., Krohne & L. Laux (eds.), *Achievement, stress and anxiety*. Washington, DC. Hemisphere.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer
- Lazarus, R. S. & Averill, J. R. (1972). Emotions and cognition: With special reference to anxiety. In Spielberger, C. D. (ed.). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. Vol. 2. New York : Academic Press, 242-283.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leal, C. (2008) *Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores.
- Leckman, J., Grice, D., Barr, L., Devries, A., Marin, C., Cohen, D., Goodman, W. & Rasmussen, S. (1995). Tic-related Vs non-tic related obsessive compulsive disorder. *Anxiety*, 1, 208-215.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1996). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Second Edition. Sydney: Psychology Foundation Monograph.
- Macy A.S., Theo J.N., Kaufmann S.C., Ghazzaoui R.B., Pawlowski P.A., Fakhry H.I., Cassmassi B.J., IsHak W.W., (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrum*, 18(1):21-33. doi: 10.1017/S1092852912000697
- Martins, O. (2004). *A avaliação da ansiedade: Categorias e dimensões*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa

- Masellis M., Rector N.A., & Richter M.A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2):72-7.
- May, R. (1980). *O significado da ansiedade*. Rio de Janeiro. Zahar.
- Miguel, E., Leckman, J., Rauch, S., Rosario-Campos, M., Hounie, A., Mercadante, M. et al (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10, 258-275.
- Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D., (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46(6), 453-459.
- Moritz, S. (2008). A Review on Quality of Life and Depression in Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrum*, 13 (9), 16-22.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (2007). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças (CID-10) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde*. (10ª revisão). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pais-Ribeiro, Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovinond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229- 239.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Rachman S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behavioral Research Therapy*, 36 (4), 385-401.
- Rasmussen SA. & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Clinic North America*, 15 (4), 743-58.
- Rosa, J. B. & Baptista, A. (2008). *Análise das características psicométricas do inventário Obsessivo-Compulsivo*. Actas da Conferência Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga: Psiquilibrios.
- Rosa, J., Baptista, A., Santos, S. & Craveirinha (2005). *Inventário Obsessivo-Compulsivo-Revisto*. Actas da XIII Conferência Internacional – avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp.625-689). Braga: Universidade do Minho.
- Rosa, J.B. & Baptista, A (2000). *Desenvolvimento de Inventário Obsessivo-Compulsivo*. Trabalho apresentado nas 10as Jornadas da Sociedade Portuguesa de Terapias Comportamentais e Cognitivas, Lisboa.

- Rosário-Campos, M., Leckman, J., Mercadante, M., Shavitt, R., Prado H., Sada, P., et al (2001). Adults with Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (11), 1899-903.
- Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 12):7-10.
- Serra, A. V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª ed.). Coimbra. Coimbra: Dinalivro Distribuidora Nacional de Livros, Lda.
- Spielberger, C. D. (1979). *Understanding stress and anxiety*. New York: Harper & Row.
- Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state trait perspective. In A. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Srivastava S, Bhatia M.S. (2008). Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder — A Brief Review. *Delhi Psychiatry Journal*, 11:(2), 197-212.
- Srivastava S, Bhatia MS. (2007). Quality of life changes among patients with obsessive compulsive disorder in India. *Austra NZ J Psychiatry* 41(2), 276-277
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C., (2006a). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder compared to the general population. *Psychiatric Praxis*, 33(7), 350-352.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C., (2006b). Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 47(6):523-527.
- Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. (2013). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS Drugs*, 27(5), 367-83. doi: 10.1007/s40263-013-0056-z.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina — Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98.
- Torres, A., Lima, M. (2005). Epidemiologia do perturbação obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (3), 237-242.
- Vasudev, R.G., Yallappa, S.C., Saya, & G.K. (2015). Assessment of Quality of Life (QOL) in Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and Dysthymic Disorder

- (DD): A Comparative Study. *J Clin Diagn Research*, 9(5), 4-7. doi: 10.7860/JCDR/2015/8546.5974.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E. & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminate validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23, (3), 24-56.
- Young, A. & Hawkins, S. (2011). Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Practice Nursing*, 22 (4), 178-183.

ANEXOS – Protocolo de Investigação