

Referência:

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso

A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE VIDA PARA A PSICOLOGIA DA SAÚDE

José Luís Pais Ribeiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação-U.do Porto

O título acima cobria um artigo publicado por nós na *Análise Psicológica* em 1994 (Pais-Ribeiro, 1994). No ano seguinte publicávamos outro sobre a Qualidade de Vida (QDV) em crianças (Pais Ribeiro, 1995). Estava-se, em Portugal, a dar os primeiros passos no estudo sobre a QDV e, seguramente, no campo da psicologia, são dos primeiros artigos que abordam a relação entre a psicologia e a QDV.

Wood-Dauphinee e Kuchler (1992), explicam que o termo QDV tinha sido utilizado por volta de 1920 no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores, tendo, entretanto, desaparecido até à segunda metade do século XX. Por esta altura volta-se ao tema, com o relatório da *Commission on National Goals* do Presidente Eisenhower, publicado nos anos 60, que visava a promoção da qualidade de vida da população americana. Neste relatório eram incluídos vários indicadores sociais e ambientais tais como educação, crescimento económico, saúde e bem-estar. Em 1964 o Presidente Lyndon Johnston declarava que "...os objectivos (da população) não podiam ser medidos pelo saldo da nossa conta bancária. Eles só podem ser medidos pela qualidade da vida que as pessoas têm" (Bech,1993,p1). Estava, assim, dada a primeira orientação para o estudo desta variável, visto esta afirmação presidencial apontar como indicador privilegiado, não aspectos tangíveis (*hard*) mas sim aspectos que só se podiam avaliar com base na opinião das pessoas, e que frequentemente são considerados frágeis, pouco firmes ou moles (*soft*). O estudo da "boa vida" é um aspecto básico da cultura humana. O estudo das culturas antigas mostra, sempre, referências a este aspecto. Mais recentemente podemos identificar termos que se propõem referir a "boa vida" no século XVIII com a declaração da independência dos Estados Unidos da América, que depois se tornou a sua Constituição, onde no seu artigo primeiro refere, logo no segundo parágrafo a propósito dos direitos e objectivos da nação, que "that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness" (Declaration of Independence, July 4, 1776). A Constituição da República Portuguesa, também, logo no seu início, na secção Princípios Fundamentais, Artigo 9.º (Tarefas fundamentais do Estado), refere que "São tarefas fundamentais do Estado", entre outras, na alínea d) Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais.

QDV, bem-estar subjectivo, felicidade, satisfação com a vida, entre outros, são termos usados de forma equivalente, para referir a boa vida em geral. Parece portanto claro que a boa vida é um objectivo fundamental para as sociedades modernas.

QDV tornou-se um conceito popular que faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta. Todos e cada um sabem o que é a QDV. Deste modo é fácil estar-se a discutir sobre a QDV, chegando ou não a acordo, sem que de facto se esteja a discutir um mesmo conceito. Esta popularidade do conceito é, de facto, um dos principais obstáculos à sua discussão científica. Como afirma McGuire (1991), "todos têm a sua própria ideia do que é a QDV, e é nisso que reside o problema" (p.13). Hermann (1993)

refere que sucede o mesmo a este conceito que ao de inteligência e, como neste, a sua popularidade dificulta o seu estudo.

São inúmeras as definições de QDV: Farquhar (1995) divide as definições de Qualidade de Vida em definições propostas por especialistas e definições propostas por leigos. De entre as primeiras, as que nos interessam aqui, esta autora considera as seguintes: definições globais; definições em componentes; definições focadas, e definições combinadas. A literatura apresenta inúmeras definições conceptualmente diferentes e com implicações diferentes na avaliação. Uma baseiam-se na sensação de bem-estar outras na satisfação com diversas áreas da vida, outras no diferencial entre o que o indivíduo deseja ou espera ter e o que tem, outras ainda na funcionalidade.

A avaliação da QDV

A avaliação da QDV é um outro problema complexo. Num dos primeiros grandes estudos neste campo intitulado “*Quality of Life of American People*” (Campbell Converse & Rodgers, 1976), os autores assumiam a complexidade da medida e esclareciam que “as relações entre as condições objectivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e assim, de modo a conhecer a experiência de QDV, será necessário ir directamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida”(p.4). Esta investigação focava “a experiência de vida em vez das condições de vida”(p.7), ou seja aquilo que as pessoas percebiam, sentiam, acerca da sua vida, em vez daquilo que os especialistas (políticos, economistas, sociólogos, médicos, psicólogos, etc.) percebiam ou sentiam sobre a vida dessas pessoas. Na época, Nos Estados Unidos da América, os esforços para implementar as directivas presidenciais levaram ao desenvolvimento de estudos, uns focando primariamente a percepção individual de bem-estar (Andrews & Withey, 1976; Campbell, et al., 1976) outros mantendo o foco tradicional em componentes mais mensuráveis (p.ex. rendimento per capita) e desprezando os indicadores que exigiam a percepção individual (Liu, 1975). A QDV tornou-se a partir destes referenciais, um objecto de estudo para as ciências sociais. Um dos prémios Nobel da economia do final da década de 90, Amartya Sen, publicou em co-autoria um livro intitulado “Quality of Life” (Nussbaum & Sen, 1995), numa linha de seguimento das propostas de Lyndon Johnston.

O estudo da QDV (ou a boa qualidade da vida humana) é, portanto, tema corrente do último quarto do século XX, embora na área da Psicologia o interesse por ele tenha surgido mais tarde. Enquanto conceito do senso comum ele é frequentemente utilizado sem referência ao que significa. Por exemplo, Van Dam, Sommers e Van Beck-Couzijn (1981) realizaram uma investigação sobre 100 artigos que utilizavam o conceito, constatando que raramente era definido. Posteriormente, Meeberg (1993) reconfirma que muitos dos artigos que abordavam a QDV não definiam o conceito. Gill e Feinstein (1994), explorando 75 artigos escolhidos de forma aleatória que utilizavam instrumentos para avaliar a QDV, verificaram que em muito poucos se tentava definir o que se entendia por QDV, ou se justificava porque se utilizava tal técnica de avaliação.

Hunt (1997) explica que a ausência de definição de QDV tem sido defendida de duas maneiras opostas: 1) ora porque há concordância geral acerca da definição e dos componentes de QDV (ou seja toda agente sabe o que é); 2) ora porque não há uma definição e medida “*gold standard*” pelo que fica a liberdade para utilizar qualquer definição e medida, ou seja, todas as definições e medidas seriam boas.

Propriedades do construto de qualidade e vida

De modo geral é aceite que a QDV possui as seguintes propriedades: é multifactorial, ou seja, o seu estudo deve considerar várias dimensões; é uma variável baseada na percepção pessoal; varia com o tempo; é subjectiva (soft), ou seja, baseia-se em aspectos imateriais.

Devido à definição muito ampla e inclusiva de QDV o desenvolvimento de escalas que a avaliam, normalmente não distinguem entre os possíveis determinantes de QDV e a QDV *per se* (Leventhal & Colman, 1997). Ou seja, ainda é necessário clarificar, não só, o que se entende por QDV, mas também o que contribui para a ela, e como se forma a percepção que se tem uma boa QDV.

O conceito de QDV não é unívoco. Estamos ainda longe de: a) chegar a uma definição clara do conceito; b) de identificar os componentes essenciais de QDV; c) de diferenciar a QDV propriamente dita daquilo que a determina; d) de possuir instrumentos consensuais que a avaliem (Pais Ribeiro, 2002, 2004).

Filosofias subjacentes à QDV

Explicámos antes (Pais Ribeiro 2002; 2004) que a “boa qualidade da vida humana” é discutida em muitos contextos (médicos, ciências sociais, filosofia, etc.). Contextos diferentes tendem a adoptar a expressão QDV para diferentes propósitos, recorrendo a diferentes formas de avaliação. Antes das definições existe uma filosofia que está por detrás de uma definição, uma metodologia, e uma técnica de avaliação. Segundo Brock (1993) de um ponto de vista filosófico podemos distinguir três grandes tipos de teorias que explicam o que é bom para o indivíduo e o que é uma boa vida: São elas, as teorias “Hedonistas”, as de “Preferência e Satisfação”, e as “Idealistas”. As teorias Hedonistas consideram a boa vida como fim último de uma boa experiência consciente, que ela seja uma experiência prazenteira, feliz, satisfatória, ou agradável, e que acompanhe a prossecução bem sucedida dos nossos desejos. As teorias baseadas na Preferência e Satisfação defendem que uma boa vida consiste na satisfação dos desejos e/ou preferências pessoais. As teorias Idealistas defendem que uma boa vida consiste na consecução de ideais normativos.

Não sobre a QDV propriamente dita, mas sobre a sua avaliação, Hayry (1999), distingue três diferentes filosofias: uma baseada no pressuposto da “Santicidade da Vida”, outra na “Eficiência Científica”, e finalmente uma na “Autonomia Humana”. A primeira (mais apropriada em contexto de doença) assume que a vida humana é sagrada, e que a medição da QDV é contra a ética e que não é importante quando se visam decisões clínicas. O prolongamento da vida será sempre, então, o objectivo principal e primário sem consideração pela QDV. A segunda, coloca a avaliação da QDV no campo científico. É a preferida pelos economistas, dado que se preocupa em salientar a eficiência, a equidade do sistema, e facilita a decisão acerca da distribuição de recursos. Como é científica dá relevo à objectividade da medida, nomeadamente a reprodutibilidade dos resultados, e à mensuração por observadores externos. A última, respeita a autonomia, e salienta o ponto de vista da auto-determinação individual. Assume que a QDV não é mais do que o que a pessoa considera que é.

As quatro qualidades de vida

Veenhoven (2000) discorre sobre a existência de quatro QDV's e que elas podem ocupar posições diferentes, quer como resultado, quer como condições de vida. Refere também que inúmeros conceitos, como QDV, bem-estar, felicidade, são utilizados como sinónimos. O próprio conceito de saúde é usado como sinónimo de qualidade de vida. Sirgy (2002) inclui o conceito de QDV dentro do conceito mais abrangente de bem-estar subjectivo (*subjective well-being*). Afirma este autor que usa o termo bem-estar subjectivo para expressar os aspectos subjectivos da qualidade de vida (felicidade, satisfação com a vida, e qualidade de vida percebida). Bradburn (1969) usava como equivalentes bem-estar psicológico e felicidade, ambas como variáveis dependentes. Bowling e Windsor (2001) afirmam que os conceitos de QDV, bem-estar, felicidade e boa vida são foco de grande confusão.

Veenhoven, (2000), com o propósito de organizar conceitos que indiciam a “boa vida” (tais como QDV, bem-estar, saúde, felicidade) que normalmente são utilizados de forma

ambígua, propõe-se organizar taxonomicamente estes diferentes conceitos que são usados frequentemente como sinónimos.

Propõe um quadro definido por dois eixos: o primeiro eixo constituído pelas “oportunidades para uma boa vida” *versus* uma “boa vida propriamente dita”; o segundo eixo por características “internas” *versus* “externas”. Para o primeiro eixo reconhece-se que havendo relação entre oportunidades e boa vida elas não são idênticas: as oportunidades podem não se concretizar por inúmeras razões desde o azar à estupidez diz Veenhoven enquanto outros conseguem muito da sua vida mesmo com poucas oportunidades. O segundo eixo corre entre as características que são próprias ao indivíduo e as do meio.

Resulta, assim, um quadro que reproduzimos:

	Externa	Interna
Oportunidades	Boas condições de vida	Capacidades da pessoa
Resultados	Utilidade da vida	Apreciação da vida

A QDV que foca as boas condições de vida é muitas vezes designada por ecologistas ou sociólogos como “qualidade de vida” ou por “bem-estar”, enquanto os economistas tendem a referir-se-lhe como “nível de vida” ou “status”, e não se refere especificamente a condições materiais. A segunda QDV, apresentada no quadrante superior direito, refere-se ao quanto bem os indivíduos estão equipados para enfrentar a vida diária. Os profissionais de saúde, incluindo psicólogos, designam esta por “QDV”, “bem-estar” ou “saúde”, os biólogos designam por “potencial adaptativo”, os psicólogos por “eficácia” ou “potencial”. A QDV definida pelo quadrante inferior esquerdo refere-se a uma QDV que deve referir-se a uma boa vida que é qualquer coisa mais do que ela própria: a boa vida deve sê-lo para algo e não vale só por si. Pode ser entendida por “sentido da vida”. O último quadrante refere-se à QDV do ponto de vista do próprio e é comumente designada por “bem estar subjectivo”, “felicidade” ou “satisfação com a vida”. Esta taxonomia é susceptível de integrar todos os conceitos que são geralmente utilizados para designar a “boa vida” ou a QDV.

Como a QDV é multidimensional devemos sempre questionar que dimensões integrar no seu estudo, quais as mais úteis, etc. A definição de Saúde fundadora da OMS (WHO, 1948) já apontava a multidimensionalidade do conceito quando se lhe referia como bem-estar e funcionalidade aos níveis mental, físico e social (Levi & Drotar, 1998).

Os primeiros estudos procuraram identificar os domínios que eram decisivos para a QDV. Campbel *et al.* (1976), por exemplo, identificaram 12 domínios ou dimensões. A saber: comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, *self*, padrão de vida e trabalho. Flanagan (1982), noutro estudo utilizando um método diferente, identificou 15 domínios semelhantes: conforto material, saúde e segurança pessoal, relações familiares, ter e criar filhos, relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e encorajar os outros, participação em assuntos de governo locais, aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento, aumentar o conhecimento sobre si próprio e conhecer os seus pontos fortes e limitações, trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador, expressar-se de uma forma activa, socializar-se com os outros, ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos, participar em recreação activa. Em ambos os estudos a saúde constitui um dos domínios identificados como importantes e, mais, como o domínio que melhor explicava a QDV.

Qualquer dos domínios referidos pode ser estudado só por si: por exemplo, a QDV familiar, a QDV no trabalho ou, como é o caso que nos interessa aqui, a QDV na saúde. No contexto específico da saúde, QDV pode ter um significado mais amplo ou mais restrito. O conceito de QDV generalizou-se e popularizou-se em ambientes de saúde, onde é frequentemente referido como «Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde» (ou seja, a que

está dependentente da doença que o indivíduo tem) – *Health Related Quality of Life* – (HRQOL ou HRQL no acrónimo em inglês).

A Qualidade de Vida a saúde e as doenças

No decorrer do século XX a expectativa de vida à nascença passou dos 35 anos para os homens para os 70 (40 para 80 nas mulheres). Ou seja dobrou o número de anos de vida que as pessoas esperam viver. Como o envelhecimento está associado a mais doenças, levantam-se questões acerca da QDV dos anos vividos a mais (Robine, Romieu, & Camboi, 1999). A Saúde tal com é formalmente aceite deve ser um recurso disponível para todas as pessoas, de todas as idades, reconhecendo-se que é menos provável ter uma boa Saúde aos 80 anos do que aos 30.

A Saúde foi formalmente definida no documento constitutivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) no pós Segunda Grande Guerra Mundial. Diz-se aí que a saúde é um estado de bem-estar físico mental e social completo e não somente a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948). Em 1978 a conferência de Alma-Ata reafirma com firmeza que a saúde, tal como é definida pela OMS, é um direito humano fundamental.

Segundo Chatterji, Ustun, Sadana, Mathers e Murria (2002), a definição de saúde chama a atenção para os estados de saúde em vez das categorias de doenças ou mortalidade, que têm ocupado um lugar importante nas estatísticas de saúde, para não dizer a totalidade destas estatísticas. A definição coloca também a saúde num contexto alargado de bem-estar humano em geral. É uma definição pela positiva, no sentido em que afirma a presença de determinadas características ao invés da ausência de outras. Com efeito, na perspectiva tradicional, ou do senso comum, de conceber a saúde, ela tende a ser definida pela ausência de doença. Uma pessoa seria, então, saudável se após exame médico os resultados da avaliação fossem negativos.

Bergner (1989) e Fries e Spitz (1990), Guyatt, Feeny e Patrick (1993) referem que, no sistema de cuidados de saúde, os termos QDV e Estado de Saúde são, geralmente, utilizados de forma sobreposta, enquanto, pelo contrário, Hermann (1993), Kaplan e Anderson (1990), e Ware (1991) consideram que estes conceitos são substancialmente diferentes. Ware explica que a QDV é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde, sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir a QDV.

Os conceitos positivos em psicologia e saúde

A QDV não nasceu em contexto de psicologia. A psicologia aplicada a contextos de saúde desenvolveu-se em contextos defectológicos: Witmer lidava com crianças institucionalizadas e, em geral, a afirmação e importância da psicologia tem-se feito predominantemente via a denominada Psicologia Clínica que se desenvolveu na intervenção com pessoas com problemas de ajustamento. Isto também era verdade com a psicologia que se fazia na educação em que o psicólogo se debruçava essencialmente sobre crianças com problemas de ajustamento. Se sairmos do campo da psicologia aplicada e observarmos os campos da psicologia mais conceptuais observamos no entanto que, nalguns deles, os aspectos mais positivos eram salientados, como seja o caso da Psicologia Social que sempre abordou o conceito de bem-estar. Não esquecer porque injusto seria que a própria Psicologia Clínica também se debruçou sobre aspectos positivos. Marie Jahoda (1958) vinda do campo da Psicologia Social intitulava o seu livro “Current concepts of positive mental health” e é dos primeiros autores na área da psicologia a focar o lado positivo da saúde, neste caso a mental. Num texto clássico de 1969, Norman Bradburn, vindo também da Psicologia Social, explicava logo no primeiro parágrafo que a investigação que abordava nesse livro constituía uma tentativa de aplicar a perspectiva da psicologia social ao estudo da saúde mental em populações normais e não aos problemas psiquiátricos que tanto interessavam os psicólogos

na época: que se interessava pela compreensão das reacções psicológicas da população normal ao stress da vida diária. É então compreensível que quando a psicologia adopta, em oposição ao modelo biomédico, um modelo biopsicosocial, como foi explicitamente o caso da Psicologia da Saúde, os conceitos que eram usuais na Psicologia Social impregnassem esta nova perspectiva. A Psicologia Clínica, por sua vez, dá origem de uma perspectiva nova no virar do milénio: a Psicologia Positiva.

Explicámos antes (Pais-Ribeiro, 2006) que a Psicologia Clínica adopta em 2000 esta perspectiva, com um texto clássico de Seligman e Csikszentmihalyi (2000) referiam explicitamente que “in the past decade, psychologists have become concerned with prevention”(p.7). O que tinha sido descoberto pela Psicologia Clínica na década de 90 já fazia parte do discurso da Psicologia da Saúde desde a década de 70. Na definição clássica de Stone (1979), que formatou a mais conhecida de Mattarazzo (1980,1982), a prevenção das doenças e a promoção da saúde são parte integrante da definição de Psicologia da Saúde. Isto deve-se ao foco da Psicologia da Saúde, mais centrado na Saúde do que a sua prima a Psicologia Clínica mais focada na doença mental. Também a Organização Mundial de Saúde adoptou no virar do século uma orientação mais positiva publicando em 2001 a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (WHO, 2001), para substituir a versão de 1980, a *International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps* (ICIDH) (WHO, 1980), que fornecia uma grelha para o estudo das incapacidades. Tal como a Psicologia Positiva vem expressar uma orientação para os aspectos positivos para substituir a anterior orientação para os aspectos negativos também as organizações mais clássicas de saúde o fazem. Tal deve-se, provavelmente, a uma orientação mais geral das sociedades.

A QDV tornou-se um resultado primário em contextos de saúde e de doença

Esta orientação positiva espelha-se também em contextos de doença. No final do século XX, Bucher, Guyatt, Cook, Holbrook, e McAlister (1999) propõem guidelines para as boas práticas médicas recomendando que a QDV deve ser considerada um *end-point* primário para as intervenções. Que quando se têm que tomar decisões importantes sobre o tratamento a implementar, os clínicos se devem basear em dados de investigação que, de uma forma metodologicamente correcta, investigaram o impacto da terapia em resultados clinicamente importantes e que “resultados clinicamente importantes quer dizer resultados que são importantes para os doentes: qualidade de vida, *end-points* de morbilidade tais como um acidente vascular cerebral ou enfarte do miocárdio, ou morte” (p. 771).

A adopção da QDV em contexto biomédico é crescente e é evidente na literatura científica. Por exemplo, utilizando a plataforma Pubmed, um instrumento de pesquisa do National Institutes of Health, dos Estados Unidos da América, que fornece acesso à literatura biomédica universal (incluindo os journals clássicos da psicologia como a *American Psychologist* ou *Health Psychology*), Bergner (1989) encontrou citações de «quality of life» desde 1966. Introduzindo este termo actualmente, surgem 98528 entradas (em 24 de Fevereiro de 2008).

A QDV nas doenças

Uma expressão parente de QDV que é frequentemente utilizada é “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (*Health Related Quality of Life* no original) que se refere à qualidade de vida que depende ou que está relacionada com a doença, e que é definida por exemplo por Hermann (1995) como “o impacto da doença e do tratamento no doente”(p.88). Testa e Simonson, (1996) explicam que estes termos se referem a domínios físicos, psicológicos e sociais da saúde, vistos como áreas distintas que são influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepções, das pessoas com doenças. QDV e qualidade de vida relacionada com a saúde relacionam-se mas a primeira tem um sentido mais amplo

enquanto a segunda se refere aos aspectos da qualidade de vida que estão directamente relacionados com a doença e tratamento. De qualquer modo as duas expressões são utilizadas frequentemente como sinónimos, principalmente em contextos de doença.

Nos últimos anos, juntamente com outros investigadores, estudantes e colaboradores, temos dedicado grande parte da investigação ao estudo da QDV. Assim, produzimos investigação, entre outra, sobre a QDV em doenças crónicas (Meneses, Pais-Ribeiro, & Martins da Silva, 2002; Pais Ribeiro, & Gru.Po QDV, 1997), sobre as variáveis psicológicas que explicam a QDV (Bertoquini, & Pais Ribeiro, 2006 b; Meneses, Pais-Ribeiro, & Martins da Silva, 2002; Pais-Ribeiro, Martins da Silva, Meneses, & Falco, 2007; 2008), nas doenças cardiovasculares (Coelho, & Pais-Ribeiro, 2000; Gomes, & Pais-Ribeiro, 2001; Martins, Pais-Ribeiro, & Garrett, 2002; 2004; 2006; Mestre, & Pais-Ribeiro, 2002), na esclerose múltipla (Fernandes, & Pais-Ribeiro, 2002), nos cuidadores de indivíduos com doença (Martins, Pais-Ribeiro, & Garret, 2002; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2002), na doença oncológica (Baltar, Pais-Ribeiro, & Torres, 2004; Cândida Pinto, & Pais Ribeiro, 2006; Lopes, & Pais-Ribeiro, 1997; Pais-Ribeiro, 2001; Pais-Ribeiro, & Ramos, 2002; Pais-Ribeiro, Lopes, & Leal, 1998; Pais-Ribeiro, & Santos, 2000; Pais-Ribeiro, & Sá, 2001; Santos, Pais-Ribeiro, 2001), na tuberculose (Antunes, & Pais-Ribeiro, 2000; Pais-Ribeiro, & Antunes, 2000), em estudantes (Bertoquini, & Pais Ribeiro, 2006 a), na doença renal (Pais-Ribeiro, Ruivo & Adelaide 2000; Pais-Ribeiro & Pinto, 1999 a; b; Pais-Ribeiro, Ruivo, & Pinto, 2000 a; b; Pinto, & Pais-Ribeiro, 2000; 2002), na apneia obstrutiva do sono (Meneses, Silva, & Pais-Ribeiro, 2001), na asma (Correia, Pais-Ribeiro, Neuparth, & Mata, 2001), na doença mental (Barbosa, & Pais-Ribeiro, 2000; Pais-Ribeiro, & Guterres, 2001;2002; Marques, & Pais Ribeiro, 2006 a; b), na diabetes (Ferreira, Amaral, & Pais-Ribeiro, 2002; Pais-Ribeiro, & Clara Garcia, 2003; Silva, Pais Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2002 a; b; Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso 2004 a; b), na obesidade mórbida (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2006; 2007 a; b), na epilepsia (Meneses, & Pais Ribeiro, 2000; Meneses, Pais-Ribeiro, & Giovagnoli, 2002; Meneses, Pais-Ribeiro, & Martins da Silva, 2003, Pais-Ribeiro, Mendonça, Gomes, Gonçalves, & Martins da Silva, 1994 a; b; Pais Ribeiro, Mendonça, & Martins da Silva, 1995;1998), em profissionais (Pimenta, & Pais Ribeiro, 2006), em idosos (Pais-Ribeiro, & Pombeiro, 2003; 2004), no estudo de instrumentos (Meneses, Pais-Ribeiro, & Martins da Silva, 2002; 2003; Martins, Pais-Ribeiro, & Garret, 2003; Nave-Leal, & Pais-Ribeiro, 2008; Pais Ribeiro, 2005; Pais Ribeiro, Mendonça, & Martins da Silva, 1996; 1997; Pedro, & Pais-Ribeiro, 2006; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2004), no funcionamento sexual (Pais-Ribeiro, & Santos, 2005), na degenerescência macular (Silva, & Pais-Ribeiro, 2006), em crianças (Gaspar, Gaspar de Matos, Pais Ribeiro, Leal, 2006).

A importância da QDV em populações saudáveis ou portadoras de doença é inegável. Como a QDV se baseia em percepções, expectativas, crenças, reacções emocionais, de entre outras, (que são, tanto componentes da QDV como aspectos que a influenciam) compreende-se a importância de apoio psicológico que desenvolva nas pessoas competências no domínio das variáveis psicológicas associadas à QDV de modo a promovê-la. Ora, na vida diária, em contexto de saúde e principalmente de doenças, aquelas variáveis psicológicas são muito marcadas, quer por sintomas de doenças, quer por efeitos de medicação ou outros tratamentos, quer, ainda, pelos próprios contextos onde o indivíduo portador de doença tem que se deslocar. É então compreensível o papel da psicologia na ajuda à gestão destas variáveis psicológicas.

A nossa investigação, tal como a investigação em geral, tem mostrado forte associação entre variáveis psicológicas, sejam mais do tipo traço, sejam do tipo estado, quer sejam mais defectológicas (como ansiedade, e depressão), quer sejam mais positivas (como auto-eficácia, suporte social, e esperança). Programas breves que promovam o desenvolvimento destas

variáveis, são úteis para a promoção da QDV, e interesse por este tipo de variáveis tem aumentado.

Em termos de avaliação da QDV e com base na nossa experiência recomendamos o uso de medidas funcionais genéricas tais como o SF-36, (Pais-Ribeiro,2005; Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993), acompanhado de medidas específicas da doença em estudo, normalmente indicadores de sintomas (em caso de existência de doença). Paralelamente recomendamos o uso de medidas mais genéricas de satisfação com a vida tal como o Personal Wellbeing Index, cujo estudo da versão Portuguesa já existe (Pais Ribeiro & Cummins, 2008). Estas medidas, usadas de modo complementar permitirão fazer uma avaliação global que cobre provavelmente todos os campos da taxonomia proposta por Veenhoven (2000). Consoante os objectivos da avaliação, assim poderão ser utilizadas todas estas medidas ou cada uma por si.

Referências

- Andrews, F. & Withey, S. (1976). *Social indicators of well-being: Americans perceptions of life quality*. New York: Plenum Press
- Antunes, S., & Pais-Ribeiro, J. (2000) Qualidade de Vida e Tuberculose pulmonar. in: J. Pais-Ribeiro, I.Leal, M. Dias (Edts.) *Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 643-660).Lisboa.ISPA
- Baltar, M., Pais-Ribeiro, J., & Torres, A.F. (2004) Qualidade de vida, respostas emocionais e de *coping* em mulheres com cancro da mama e ginecológico. In: J.Pais-Ribeiro & I.Leal, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.381-388). Lisboa: ISPA;
- Barbosa, A., & Pais-Ribeiro,J. (2000) Qualidade De Vida E Depressão. in:J.Pais-Ribeiro, I.Leal, M. Dias (Edts.) *Psicologia da Saúde nas doenças crónicas*(pp 149-156).Lisboa.ISPA
- Bech, P. (1993). Quality of life measurements in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 1-10.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care*, 127 (3), Supplement, S148-S156.
- Bertoquini, V.,& Pais Ribeiro, J. (2006 a). Are Portuguese college students happy? *Psychology and Health*,21(Supplement 1),18
- Bertoquini, V.,& Pais Ribeiro, J. (2006 b). Optimism, coping and subjective well-being: Test of a mediator model. *Psychology and Health*,21(Supplement 1),18
- Bowling A .& Windsor, J. (2001). Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55-81
- Bradburn, N. M. (1969).*The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Brock, D. (1993) Quality of Life Measures in Health care and Medical Ethics. In: M. Nussbaum & A Sem (Eds). *The quality of life* (pp. 95-132). Oxford: Oxford University Press.
- Bucher, H., Guyatt, G., Cook, D., Holbrook, A., McLister, F. (1999). Users' Guides to the Medical Literature: XIX. Applying Clinical Trial Results: A. How to use an article measuring the effect of an intervention on surrogate end points. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 271-78.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cândida Pinto, C., & Pais Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1),37-56
- Chatterji, S., Ustun, B., Sadana, R., Mathers, C. & Murria, C. (2002). *The conceptual basis for measuring and reporting on health*. Gpe discussion paper No 45. Geneva: WHO.

Coelho, M., & Pais-Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 1(1)79-87;

Correia, E., Pais-Ribeiro, J., Neuparth, N., & Mata, P. (2001). Coping and quality of life in adults with asthma. *Quality of Life Research*, 10(7), 202

Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing* 22,502-508

Fernandes, A., & Pais-Ribeiro, J. (2002). Qualidade de Vida e Suporte Social na Esclerose Múltipla. In: I Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro (Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.291-296). Lisboa: ISPA

Ferreira, P.A., Amaral, J., & Pais-Ribeiro, J. (2002). Controlo Metabólico da Diabetes e sua Associação com a Qualidade de Vida. In: I Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro (Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.263-269). Lisboa: ISPA

Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

Fries, J., & Spitz, P. (1990). The hierarchy of patient outcomes. In: B. Spilker (Edt.) *Quality of life assessments in clinical trials*. (pp. 25-35). New York: Raven Press.

Gaspar, T., Gaspar de Matos, M., Pais Ribeiro, J., Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (2), 47-60

Gill, T.M., & Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *The Journal of the American Medical Association*, 272, 619-626

Gomes, M.C., & Pais-Ribeiro, J.L. (2001) Relação entre auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 2(2), 35-45;

Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L. (1993) Measuring health related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-29.

Hayry, M. (1999). Measuring the quality of life: why, how and what? In: Joyce CR, O'Boyle C, McGee H, (Eds). *Individual Quality of Life: Approaches Conceptualisation and Assessment*. (pp.9-27) The Netherlands. Hardwood Academic Press.

Herman, B. (1995). The evolution of health-related quality of life assessment in epilepsy. *Quality of Life Research* 4,87-95

Hermann, B. (1993). Developing a model of quality of life in epilepsy: the contribution of neuropsychology. *Epilepsia*, 34 (Suppl.4), S14-S21.

Hunt, S. (1997). Defining quality of life: The practical Importance of conceptual Clarity – Technical, Ethical, and Interpretative Issues. *Monitor MOT*, 2 (2), 9-12

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic books

Kaplan, R.M., & Anderson, J.P. (1990). The general health policy model: an integrated approach. In: B. Spilker (Edt.) *Quality of life assessments in clinical trials*. (pp. 131-149). New York: Raven Press.

Leventhal, H., & Colman, S. (1997). Quality of life: a process review. *Psychology and Health*, 12, 753- 767

Levi, R., & Drotar, D. (1998). Critical issues and needs in health-related quality of life assessment of children and adolescents with chronic health conditions. In: D. Drotar (Edt.). *Measuring health-related quality of life in children and adolescents* (pp.3-24). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Liu, B. (1975). Quality of life: concept, measure and results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34 (1), 4-13.

Lopes, H. & Pais-Ribeiro, J.L. (1997) Qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou ovariectomia para tratamento de cancro do útero ou ovários. In J.L. Pais-

Ribeiro & SPPS (Edts). *Actas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde* (pp.291-306). Lisboa: ISPA

Marques,S., & Pais Ribeiro,J. (2006 a). Estudo comparativo da qualidade de vida e esperança em mães de adolescentes com multideficiência e mães de adolescentes sem multideficiência. In: I.Leal, J. Pais-Ribeiro & S.Neves, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.147-154). Lisboa: ISPA;

Marques,S., & Pais Ribeiro,J. (2006 b). Esperança e qualidade de vida em mães com filhos multideficientes. In: I.Leal, J. Pais-Ribeiro & S.Neves, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.162-169). Lisboa: ISPA;

Martins da Silva, A., Pais-Ribeiro, J., & Meneses, R.(1997). *Evaluation of outcome measures in pharmano or surgery therapy. Are they different or do they need to be different?* .communication at the Workshop “Comprehensive care and quality of life”, at Bethel Cleveland Clinic, germany.

Martins, T., Pais-Ribeiro, J, & Garret, C. (2003). Estudo sobre a validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2003, 4(1), 131-148;

Martins, T., Pais-Ribeiro, J., & Garret, C. (2002). Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Doentes Afectados por Acidente Vascular Cerebral. In: I Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro(Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.231-238). Lisboa: ISPA

Martins, T., Pais-Ribeiro, J., & Garrett, c. (2004) Qualidade de vida após acidente vascular cerebral. In: J.Pais-Ribeiro & I.Leal. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.389-396). Lisboa: ISPA;

Martins, T., Pais-Ribeiro, J.,& Garrett., C. (2006). Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluacion nueve meses despues del alta hospitalaria. *Revista de Neurología*, 42 (11), 655-659.

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.

Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health’s challenge to academic, scientific and professional psychology.*American Psychologist*, 37 (1), 1-14.

McGuire, A.M. (1991). Quality of life in women with epilepsy. In: M.R.Trimble (Edt.). *Women and epilepsy*. Chichester: John Wiley & Sons.

Meeberg GA. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.

Meneses, R., & Pais Ribeiro, J (2000) Grupo de Desenvolvimento para Jovens com Epilepsia. in: J.Ribeiro, I.Leal, M. Dias (Edts.) *Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 661-678),Lisboa.ISPA

Meneses, R., Pais- Ribeiro,J., & Martins da Silva, A. (2002). Chronic Diseases: Clinical Variables, Quality Of Life (Qol) And Negative Affect. In: I Leal, T. Botelho & J. Pais-Ribeiro(Edts). *Proceedings of The 16th Conference of The European Health Psychology Society* (pp.349-352). Lisboa: ISPA

Meneses, R., Pais-Ribeiro, J. & Giovagnoli, A (2002). On the role of memory on quality of life assessment. *Journal of The International Neuropsychological Society*, 8 (4), 485

Meneses, R., Pais-Ribeiro, JL & Martins da Silva A. (2003). Avaliação neuropsicológica e da qualidade de vida na epilepsia em Portugal. *Psychologica*, 33, 145-155;

Meneses, R., Pais-Ribeiro, JL, & Martins da Silva A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. I: Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1),61-88;

Meneses, R.F., Silva,I., & Pais-Ribeiro, J., (2001) Promoção da qualidade de vida em indivíduos com síndrome de apneia obstrutiva do sono. *Vigilia –Sueno*, 13(1), 84

- Mestre, S. & Pais-Ribeiro, J. (2002). Qualidade de Vida e Suporte Social do Doente com Acidente Vascular Cerebral. In: I Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro(Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.277-282). Lisboa: ISPA
- Nave-Leal, E., Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo de validação da versão portuguesa do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. In: I. Leal, J.Pais Ribeiro, I.Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º Congresso nacional de Psicologia da Saúde* (pp.191-193).Lisboa: ISPA
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1995) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Pais Ribeiro, J. & Cummins, R. (2008). O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: I. Leal, J.Pais Ribeiro, I.Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º Congresso nacional de Psicologia da Saúde* (pp.505-508).Lisboa: ISPA
- Pais-Ribeiro, J., Martins da Silva, A., Meneses,R., & Falco, C. (2007), Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 11, 33–38
- Pais Ribeiro, J., Mendonça, D., Gomes, I., Gonçalves,L. A Martins da Silva (1994b). Domains of quality of life and Epilepsy. *Epilepsia*, 35 (Supplement 7), 51;
- Pais Ribeiro, J., Mendonça, D., & Martins da Silva, A., (1995). Measuring health-related quality of life in epileptic people having seizures. *Epilepsia*, 36 (Suppl. 3), S184
- Pais Ribeiro, J., Mendonça, D., & Martins-da-Silva, A. (1998) Impact of epilepsy on QOL in a portuguese population: exploratory study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 97, 287-294;
- Pais Ribeiro, J., Mendonça, D.. & Martins da Silva, A. (1996). Could the Liverpool Seizure Severity Scale be a quality of life tool? *Epilepsia*, 37 (Suppl. 4), S19
- Pais Ribeiro, J.L., Mendonça, D., & Martins-da-Silva, A. (1997) Construção de uma escala de avaliação da qualidade de vida para doentes epilépticos. *Boletim da Epilepsia*, 2 (2), 32-42;
- Pais Ribeiro, J.L., & Gru.Po QDV. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In J,L, Pais Ribeiro & SPPS (Edts). *Actas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde*. (pp253-282). Lisboa: ISPA
- Pais-Ribeiro,J., & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: J.Pais-Ribeiro & I.Leal, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.757-769). Lisboa: ISPA;
- Pais-Ribeiro, J. & Guterres, M. (2002). A Qualidade de Vida das Pessoas com Perturbações Mentais Crónicas Apoiados por Serviços Comunitários. In: I Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro(Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.283-289). Lisboa: ISPA
- Pais-Ribeiro, J. & Pinto, C. (1999 a). Quality Of Life In Young Portuguese Adults After Renal Transplant Before Turning 18”; communication to The 13th Conference of the European Health Psychology Society, Florence, Italy
- Pais-Ribeiro, J. & Pinto, C. (1999b). Comparison between two measures of quality of life in young Portuguese adults after renal transplant before turning 18. *Quality of Life Research*, 8(7), 53
- Pais-Ribeiro, J. & Santos, A. (2005). Estudo exploratório da relação entre função eréctil, disfunção eréctil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis *Análise Psicológica*, XXIII (3), 341-349
- Pais-Ribeiro, J. (2001). *Quality of life – Are we talking about the same thing?* Educational Supplement of the 23rd ESPEN Congress (pp.61-63). Munich: ESPEN Commitee Publications;
- Pais-Ribeiro, J. (2002). A Qualidade de Vida Tornou-se um Resultado Importante no Sistema de Cuidados de Saúde. *Revista de Gastrenterologia & Cirurgia*, XIX (103),159-173
- Pais-Ribeiro, J. (2004).Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121–130.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da percepção do estado de saúde*. Lisboa: Fundação Merck

Pais-Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In: I.Leal (Coord.). *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp.231-244). Coimbra: Quarteto editora

Pais-Ribeiro, J., & Ramos, D. (2002). Relação Entre Coping e Qualidade de Vida em Doentes com Cancro Colo-Rectal. In: I Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro(Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.297-303). Lisboa: ISPA

Pais-Ribeiro, J., & Sá, E. (2001). Impact of coping, functionality, and symptoms on the quality of life of haematological cancer patients. *Quality of Life Research*, 10(7), 227

Pais-Ribeiro, J., & Santos, T. (2000). Impact of radical mastectomy versus tumorectomy on the quality of life of early breast cancer patients. *International Journal of Psychology*, 35(3/4), 445

Pais-Ribeiro, J., & Ruivo, A., & Adelaide, M. (2000). *Comparison between Quality of Life of people submitted to renal transplant and dialysis patients*. Communication at the 7th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research, Vancouver, Canada

Pais-Ribeiro, J., Lopes, H., & Leal, I.(1998), *Psychosocial problems and quality of life in portuguese women submitted to hysterectomy*. Presented The 12th Conference of the European Health Psychology Society, Wien, Ostreich

Pais-Ribeiro, J., Martins da Silva, A., Meneses, R., Falco, C. (2008). As expectativas positivas são variáveis moderadoras entre características da epilepsia e resultados de saúde positivos. In: I. Leal, J.Pais Ribeiro, I.Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º Congresso nacional de Psicologia da Saúde* (pp.499-503).Lisboa: ISPA

Pais-Ribeiro, J., Mendonça, D., & Martins-da-Silva, A (1996a). Could the Liverpool seizure severity scale be a quality of life tool?”. Communication at The Second European Congress on Epileptology, Hage, The Netherlans

Pais-Ribeiro, J., Mendonça,D., & Martins-da-Silva, A. (1996b). Questions about cross-cultural and cross-disease quality of life studies. Communication at The 10th European Health Psychology Society Conference, Dublin, Ireland.

Pais-Ribeiro, J., Mendonça, D., Gomes, I., Gonçalves,L., & A Martins da Silva (1994a). Impact of Epilepsy on health related quality of life. *Epilepsia*,35 (Supplement 7), 47

Pais-Ribeiro, J., Ruivo,A., Pinto, C. (2000 b). Comparison of quality of life between young adults submitted to renal transplant during infancy to young adults submitted to the same procedure during adulthood. *Quality of Life Research*, 9 (3), 346

Pais-Ribeiro, J.L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3, (XII), 179-191.

Pais-Ribeiro, J.L. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In: M R Dias e E Durá (coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*.(pp75-98) Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, JL (1995). Questões acerca da avaliação da qualidade de vida em crianças. In: L.Almeida, M. Araújo, M. Vila-Chã & M. Oliveira (Orgs.). *Áreas de intervenção e compromissos sociais dos psicólogos*. (pp.30-36). Lisboa: Actas da Convenção Anual da APPORT/95

Pais-Ribeiro, JL., & Garcia, C. (2003). Outcomes and well-being in type 2 diabetic patients. *Quality of Life Research*, 12(7), 806

Pais-Ribeiro, JL., & Gru.Po QDV. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In JL Pais-Ribeiro & SPPS (Edts). *Actas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde*. (pp.253-282). Lisboa: ISPA

Pais-Ribeiro, JL., & Pombeiro, T.. (2003). Spirituality, morale, and quality of life in the aged. *Quality of Life Research*, 12(7), 851

Pais-Ribeiro, J. & Antunes, S. (2000). Comparison between SF-36 and scaled general health questionnaire in two Portuguese samples: one of people with tuberculosis and another of people without disease. *Quality of Life Research*, 9 (3), 317

Pais-Ribeiro, J., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs. *Quality of Life Research*, 10(7), 275

Pais-Ribeiro, J., Ruivo, A., & Pinto, C. (2000). *Comparison between Quality of Life of young adults submitted to renal transplant during infancy or during adulthood. Omunication*. Apresentação na 7th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research, em Vancouver, Canadá,

Pais-Ribeiro, J., Ruivo, A., Pinto, C. (2000 a). Study of functional equivalence of the quality of life index (transplant version). *Quality of Life Research*, 9 (3), 346

Pedro, L., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Revisão de instrumentos de qualidade de vida na esclerose múltipla. In: I.Leal, J. Pais-Ribeiro & S.Neves, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.121-126). Lisboa: ISPA;

Pimenta, G.M., & Pais Ribeiro, J. (2006). Stress, qualidade de vida e realização profissional das professoras de enfermagem. In: I.Leal, J. Pais-Ribeiro & S.Neves, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.155-162). Lisboa: ISPA;

Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2000). A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (1), 11-19;

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. (2002). A qualidade de vida após o transplante renal na infância. *Nascer e Crescer*, 11(4), 249-253;

Robine, J., Romieu, I. & Cambois, E. (1999). Health expectancy indicators. *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (2), 181-185

Santos, C. & Pais-Ribeiro, J. (2001). Qualidade de vida do doente oncológico- Revisão da bibliografia. *Referência*, 7, 5-16;

Santos, C., Pais-Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003) Estudo de Adaptação da Escala de Qualidade de Vida do familiar/cuidador do doente oncológico (CQOLC); *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), 105-118;

Santos, C.S., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2002), Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico. In: I Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro(Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.253-261). Lisboa: ISPA;

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Silva, I., Pais Ribeiro, J., Cardoso, H. (2007a). Obesity: Is there a relation between quality of life and negative affect?. *Quality of Life Research*, 15 (sup.), 174

Silva, I., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Psychosocial impact and quality of life of age-related macular degeneration. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 179-193.

Silva, I., Pais Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002 a). Effects of treatment adherence on metabolic control and quality of life in diabetic patients *Psychosomatic Medicine*, 64 (1), 125

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso H. (2004 a). Qualidade de vida e variáveis psicológicas em indivíduos com diabetes. In: J.Pais-Ribeiro & I.Leal, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.354-360). Lisboa: ISPA;

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso H. (2004 b). Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. In: J.Pais-Ribeiro & I.Leal, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.375-380). Lisboa: ISPA;

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos H. (2004) Questionário qualidade de vida e diabetes: contributo para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida em indivíduos com diabetes. *Psychologica*, 36, 177-194;

- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002 b). Effects Of Glicemic Control And Treatment Adherence On Quality Of Life Of Diabetic Patients. In: I Leal, T. Botelho & J. Pais-Ribeiro (Edts). *Proceedings of The 16th Conference of The European Health Psychology Society* (pp.315-320). Lisboa: ISPA;
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Quality of life in obese patients with and without binge eating disorder. *Psychology and Health*, 21(Supplement 1), 138
- Silva, I., Pais Ribeiro, J., Cardoso, H. (2007b). Quality of life and eating behaviour in obese patients. *Quality of Life Research*, 15 (sup.), 172
- Sirgy, M.J. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer Academic Press.
- Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35 (1), 34-59
- Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assessment of quality-of-life Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 635-840
- Vam Dam, F., Sommers, R., & Van Beck-Couzijn, A. (1981). Quality of life: some theoretical issues. *Journal of Clinical Phamacology*, 21 (suppl. 8-9), 166.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life- ordering concepts and measures of the good life. *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1-39
- Ware, J. (1991). Conceptualizing and measuring generic health outcomes. *Cancer*, 67 (3, Supl), 775-779.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: New England Medical Center
- WHO (1980). *International Classification of Impairments Disability and Handicaps*. Geneva. WHO.
- WHO (2001). *International Classification of functioning, Disability and Health*. Geneva. WHO.
- WHO. (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, no.2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1), 3-12.