



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores
de Esclerose Múltipla**

Maria Natália Ferreira Braga

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Luís Maia

Covilhã, Outubro de 2011

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Doutor Luís Maia apresentado à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, registado na DGES sob o 9463.

Dedicatória

Dedico esta dissertação de Mestrado

Aos meus pais,

Ao meu irmão,

Ao João...

*“O Universo só faz sentido quando temos alguém
com quem partilhar as nossas emoções”*

Paulo Coelho

Resumo

Vários estudos têm demonstrado a importância entre a Qualidade de Vida (QV) e as diferentes dimensões de Saúde Mental em portadores de Esclerose Múltipla (EM). A QV está relacionada com o impacto da doença na vida a nível emocional, social e ocupacional (Pedro & Ribeiro, 2010). A progressão da doença, torna-se a consequente degradação do estado físico e mental dos indivíduos, conduzindo, inevitavelmente à redução da sua autonomia (Mitchell, Léon, Gonzalez & Navarro (2004, 2005). Isto, leva a alterações, muitas vezes, ao nível do desemprego, restrições de actividades sociais e alterações na participação activa no agregado familiar. Desta forma, torna-se importante que estes sujeitos continuem activos ao nível físico, social e emocional, protegendo os estados de depressão, ansiedade e euforia e, consequentemente, mantendo os valores elevados de QV e Saúde mental (Pedro & Ribeiro, 2010).

Para o efeito, foi recolhida uma amostra de 84 indivíduos, (42 - grupo clínico e 42 - grupo normativo). Em ambos os grupos 45,2% eram do sexo Masculino e 54,8% eram do sexo feminino. A faixa etária da amostra global reuniu sujeitos entre os 24 e os 76 anos, sendo que 50% dos sujeitos apresentaram idade superior ou igual a 45 anos. No que concerne às habilitações Literárias, tanto no grupo normativo (42,9%) como no clínico (40,5%) verificou-se uma maior percentagem de sujeitos com o ensino superior.

Os instrumentos utilizados foram o questionário sócio-demográfico; o questionário “*World Health Organization Quality of Life*” (WHOQOL-Bref) e o questionário de avaliação de 90 sintomas - Symptom Check-List (SCL-90-R).

Os resultados indicaram que, em média, os sujeitos do grupo clínico apresentaram valores mais elevados de psicopatologia nos diferentes indicadores de Saúde Mental e apresentaram valores médios mais baixos, nos diferentes domínios de QV, comparativamente com os sujeitos do grupo normativo. Deste modo, foi evidente que os sujeitos com EM evidenciaram uma maior severidade ao nível da saúde mental e uma pior percepção de QV. Relativamente ao género, foi possível constatar que os homens apresentaram em média valores mais elevados de psicopatologia comparativamente com as mulheres. Todavia, apresentaram uma percepção de QV nos domínios geral, psicológico e social, em média, mais elevada do que as mulheres. Por sua vez, na faixa etária, verificou-se que os valores mais elevados nos indicadores de saúde mental e os valores mais baixos de percepção de QV foram típicos dos sujeitos com idade superior a 45 anos. Relativamente às habilitações literárias, concluiu-se que os sujeitos do grupo clínico, no domínio físico, com escolarização ao nível do Ensino Básico apresentaram, em média, uma percepção pior de QV. Por fim, no que concerne à relação entre QV e saúde mental no grupo clínico, foi possível constatar que estes apresentaram uma pior percepção da QV quando os valores dos indicadores psicopatológicos de saúde mental foram mais elevados.

De uma forma geral, importa referir que, devido à natureza e incidência desta doença, investigações neste âmbito são uma mais-valia por permitirem compreender aspectos relevantes numa população tão específica como é a EM.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Saúde Mental, Esclerose Múltipla

Abstract

Several studies have demonstrated the importance of Quality of Life (QOL) and the different dimensions of mental health in patients with multiple sclerosis (MS). QOL is related to the impact of illness on life at emotional, social and occupational dimensions (Pedro & Ribeiro, 2010). The progression of the disease, becomes the consequent degradation of the physical and mental health of individuals, leading inevitably to the reduction of their autonomy (Mitchell, Leon, Navarro & Gonzalez (2004, 2005). This leads to changes, often the level of unemployment, restriction of social activities and changes in active participation in the household. Thus, it is important that these individuals remain active on the physical, social and emotional development, protecting the states of depression, anxiety and euphoria, and consequently while maintaining the high levels of QoL and mental Health (Pedro & Ribeiro, 2010).

For this purpose it was collected a sample of 84 individuals (42 - and 42 clinical group - normative group). In both groups, 45.2% were male and 54.8% were female. The age range of the bulk sample met subjects between 24 and 76 years, and 50% of subjects were older than or equal to 45 years. With regard to qualifications, both in the normative group (42.9%) and in clinical (40.5%) showed a higher percentage of subjects with higher education.

The instruments used were the socio-demographic questionnaire, the questionnaire "World Health Organization Quality of Life" (WHOQOL-Bref) and the evaluation questionnaire of 90 symptoms - Symptom Check List (SCL-90-R).

The results indicated that, on average, the subjects of the medical group had higher rates of psychopathology in different indicators of mental health and had lower mean values in different domains of QoL compared with the subjects of the normative group. Thus, it was evident that the subjects with MS showed a more severe level of mental health and a worse perception of QOL. With regard to gender, we determined that the men had an average higher levels of psychopathology compared with women. However, had a perception of QOL domains in general, psychological and social, on average, higher than women. In turn, the age, it was found that the highest values in the indicators of mental health and lower rates of perceived QOL were typical of subjects older than 45 years. With regard to qualifications, it was concluded that the subjects of the medical group in the physical domain, with the schooling level of basic education had, on average, poorer perception of QOL. Finally, regarding the relationship between QOL and mental health in the medical group, it was visible that they had a worse perception of QOL when the values of psychopathological indicators of mental health were higher.

In general, it should be noted that due to the nature and incidence of this disease, research in this area are an asset because it allows to understand relevant aspects of a specific population such as MS.

Key-words: Quality of Life, Mental Health, Multiple Sclerosis

Agradecimentos

A realização de mais uma etapa na minha vida, não teria sido possível sem a ajuda daqueles, que directa ou indirectamente, me apoiaram, auxiliaram ou incentivaram a prosseguir. Desde já, a todos, manifesto os meus reconhecidos agradecimentos, destacando:

Os meus pais, simplesmente por existirem e serem sempre um porto seguro na minha vida. É a eles que devo tudo o que sou e tudo o que consegui. Pai e mãe obrigada, por tudo o que fizestes para que eu conseguisse alcançar mais este objectivo no meu percurso, pois eu sei que não foi fácil. Porém vós estivestes sempre comigo, apoiando-me em tudo o que precisava, dando-me carinho, transmitindo-me confiança e incentivo; sois, sem dúvida, as únicas pessoas na vida que, aconteça o que acontecer, poderei sempre contar. Amo-vos aos dois incondicionalmente.

O meu único irmão - Jorge, pelo carinho e amor transmitidos, ainda que por vezes escondidos, pelos momentos de brincadeira, alegria e, mesmo pelas situações de discordância. Este menino é sem dúvida, uma das pessoas mais importantes da minha vida, é o meu maninho do coração que eu amo muito e admiro muito.

O meu namorado - João, por me ter acompanhado ao longo destes cinco anos, por tudo o que me ensinou: o valor do amor, da amizade e do companheirismo. Por ter estado sempre ao meu lado em todos os momentos, quer difíceis quer fáceis, por me ter ajudado em tudo o que precisei e por me ter incentivado a nunca desistir, lembrando-me que eu tenho mais capacidades do que aquilo que penso ter. Agradeço-lhe todos os momentos de partilha, de humildade, sinceridade... por tudo quanto deveria dizer e não consigo porque simplesmente o amo.

O meu orientador de Dissertação de Mestrado, Professor Doutor Luís Maia, pelos conhecimentos transmitidos ao longo desta minha caminhada no Ensino Superior, que têm sido fundamentais para o meu crescimento pessoal, académico e profissional, e pelo apoio, dedicação e preocupação demonstrados ao longo deste estágio.

O Doutor Jorge Silva e toda a equipa, que lutam diariamente para que os doentes com Esclerose Múltipla tenham um nível de qualidade vida satisfatório. Todavia, um especial agradecimento ao doutor Jorge Silva, por toda a disponibilidade demonstrada ao longo da realização deste trabalho, pois foi incansável.

Os participantes (doentes com Esclerose Múltipla e sujeitos normativos) que constituíram a amostra deste estudo, pois sem eles a realização deste estudo de investigação não teria sido possível.

A Verónica e a Diana, pela amizade, companheirismo, força, e coragem evidenciados e, sobretudo, pelas experiencias e vicissitudes que juntas temos enfrentado e ultrapassado ao longo destes cinco anos de mutua convivência.

A Mónica, mesmo não estando tão presente nestes dois últimos anos, não posso esquecer a sua amizade, companheirismo, a sua capacidade de me fazer rir com as suas gargalhadas características, e, ainda pela sua disponibilidade em ajudar em tudo o que podia.

Ao Zé, por todos os bons momentos de convivência ao longo do meu percurso acadêmico e pela sua boa vontade e disponibilidade para ajudar sempre que necessário.

A minha avó Ermelinda, mas principalmente à avó Amélia, que é como uma segunda mãe para mim. Obrigada pelo carinho, amor e atenção transmitidos.

A Mafalda pelos momentos de alegria proporcionados, quando por vezes a vontade era chorar, e pelos sorrisos transmitidos que alegravam qualquer pessoa numa situação difícil. Estes sorrisos demonstravam que vale a pena viver para poder experienciar momentos destes. A sua companhia apaziguava sempre qualquer dificuldade sentida ao longo desta caminhada.

A minha afilhada Lara, que me proporcionou a possibilidade de experienciar um novo papel na vida.

As minhas amigas da terrinha, Beta, Rosário, Patrícia, Mena, e, em especial à São pela ajuda, força e confiança em mim depositadas. Pelos momentos de brincadeira experienciados que ajudaram, em grande medida, a aliviar o stress muitas vezes patente ao longo da minha caminhada e, sem dúvida, pelo companheirismo e amizade evidenciados nos vários momentos e fases da minha vida.

Os meus vizinhos, Maria, marido e filhos, pelo apoio, convívio e brincadeiras presentes desde a minha existência e, por me terem proporcionado uma infância e juventude excelente na sua companhia.

O Tiago, simplesmente, pelo carinho e ternura que sinto por ele, tendo sempre presente, os sorrisos, as alegrias, as tristezas, as brincadeiras e, sem dúvida os seus primeiros passinhos neste mundo.

A todos os meus primos e tios, em especial ao meu tio *Quim* e tia *Neta*, simplesmente pelo carinho que sinto por eles.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1 - Considerações Teóricas.....	3
1.1. Esclerose Múltipla	3
1.1.1. Etiologia	5
1.1.2. Epidemiologia	6
1.1.3. Manifestações Clínicas	8
1.1.4. Diagnóstico	9
1.1.5. Evolução e Prognóstico	13
1.1.6. Diagnóstico diferencial	15
1.1.7. Farmacologia	16
1.2. Qualidade de vida e Saúde Mental	17
1.2.1. Considerações Teóricas sobre QV e Saúde Mental na EM	19
Capítulo 2 - Estudo Empírico.....	35
2.1. Objectivos do Estudo	35
2.1.1. Objectivo Geral	35
2.1.2. Objectivos Específicos	35
2.2. Metodologia	35
2.2.1. Participantes	37
2.2.2. Instrumentos	38
2.2.3. Procedimento	41
2.2.4. Operacionalização das Variáveis.....	42
2.2.5. Análise Estatística	43
Capítulo 3 - Resultados do Estudo	47
3.1 Caracterização dos Indicadores de Saúde Mental	47
3.2 Caracterização da Qualidade de Vida	56
3.3. Qualidade de Vida Saúde e Mental em indivíduos com Esclerose Múltipla	63
Capítulo 4 - Discussão dos Resultados.....	67
Capítulo 5 - Conclusões do Estudo	79
Capítulo 6 - Reflexão Pessoal	83
Referências Bibliográficas	85
Anexos	95

Lista de Figuras

Figura 1. Critérios de McDonald (Saraiva, 2009, p. 20)	12
Figura 2. Valores médios dos indicadores de Saúde Mental segundo o grupo de participantes	49
Figura 3. Distribuição dos sujeitos segundo a severidade dos indicadores de Saúde Mental	50
Figura 4. Valores Médios das Facetas e Domínios de Qualidade de Vida segundo o tipo de amostra	57

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição do grupo de participantes segundo o género	37
Tabela 2. Distribuição do grupo de participantes segundo a idade	37
Tabela 3. Distribuição do grupo de participantes segundo as habilitações literárias	38
Tabela 4. Estatística de Fiabilidade das 9 dimensões do SCL90R	47
Tabela 5. Estatísticas descritivas dos indicadores de Saúde mental	48
Tabela 6. Distribuição dos sujeitos segundo a severidade dos indicadores de Saúde Mental	49
Tabela 7. Correlação entre os indicadores de Saúde Mental.....	51
Tabela 8. Valores médios dos indicadores de Saúde Mental segundo o Género	52
Tabela 9. Valores médios dos indicadores de Saúde Mental segundo a Faixa Etária	53
Tabela 10. Valores médios dos indicadores de Saúde Mental segundo as habilitações literárias..	54
Tabela 11. Comparação múltipla de médias dos indicadores de Saúde Mental segundo a escolaridade	55
Tabela 12. Estatística de Fiabilidade das 5 dimensões do instrumento WHOQOL-Bref	57
Tabela 13. Estatísticas descritivas da Qualidade de Vida	58
Tabela 14. Distribuição dos sujeitos segundo os níveis de Percepção de Qualidade de Vida	59
Tabela 15. Correlação entre a faceta e domínios de Qualidade de Vida	60
Tabela 16. Comparação dos valores médios de Qualidade de Vida por tipo de amostra segundo o género	61
Tabela 17. Comparação dos valores médios de Qualidade de Vida por tipo de amostra segundo faixa etária.....	61
Tabela 18. Comparação dos valores médios de Qualidade de Vida por tipo de amostra segundo as habilitações	62
Tabela 19. Teste Post-Hoc para a comparação múltipla de médias da Qualidade de Vida segundo as Habilitação para o grupo com Esclerose Múltipla.....	63
Tabela 20. Correlação entre os domínios de Qualidade de vida e os indicadores de Saúde Mental no grupo Clínico	64
Tabela 21. Domínio Geral da Qualidade de Vida segundo a severidade de Saúde Mental	65

Lista de Acrónimos

ANS - Ansiedade

AVD's - Actividades de vida diária

D1 - Domínio Físico

D2 - Domínio Psicológico

D3- Domínio das Relações Sociais

D4 - Domínio Meio-Ambiente

DEP - Depressão

DG - Qualidade de Vida Geral e Percepção Geral de Saúde

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR

EM - esclerose Múltipla

EMRR- Esclerose Múltipla do tipo recorrente-remitente

FOB - Ansiedade Fóbica

GSI - Índice Global de Severidade - *Global Severity Index*

HOS - Hostilidade

INT - Sensibilidade Interpessoal

LCR - líquido céfalorraquidiano

MSIP-DP - Multiple Sclerosis Impact Profile-Disability Perception

OBS - Obsessão-compulsão

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAR- Ideação Paranóide

PSDI - Índice de Severidade dos Sintomas Positivos - *Positive symptom distress index*

PSI - Psicoticismo

PST - Total de Sintomas Positivos - *Positive Symptom Total*

QV - Qualidade de Vida

RNM - Ressonância Nuclear Magnética

SCL-90-R - Questionário de Avaliação de 90 Sintomas - Symptom Check-List

SF-36 - Questionário de Qualidade de Vida - Short Form Questionnaire

SNC - Sistema Nervoso Central

SOM - Somatização

SPEM - Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TAC - Tomografia Axial Computorizada

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality Of Life-BREF

Introdução

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença do sistema nervoso central (SNC) que afecta cerca de 2,5 milhões de pessoas no mundo (Ross, 2008 cit. in Horácio, 2010), condiciona um largo espectro da população em idade activa, tanto ao nível de realização pessoal como ao nível profissional (Brown et al., 2009 cit. in Horácio, 2010), tendo repercussões importantes, também, no plano psicológico e social e da própria estrutura familiar (Horácio, 2010).

Esta doença ao surgir maioritariamente numa idade intermédia do ciclo de vida humano, quando a generalidade das pessoas já se encontra numa fase de estabilidade afectiva e social, leva a pôr em causa todo o investimento realizado ao longo da vida, surgindo conflitos e sentimentos que, na maioria dos casos, são causadores de ansiedade e frustração e para os quais os sujeitos não possuem espontaneamente recursos emocionais bem adaptados aos novos acontecimentos. A EM revela, portanto, características na sua evolução que pelo seu grau de gravidade e incerteza, promovem uma grande instabilidade e insegurança perante o futuro, sendo comum às pessoas passarem por uma fase de denegação prolongada e apresentarem frequentemente reacções de euforia como resposta à frustração e à impotência perante a doença (Horácio, 2010).

Assim sendo, estudar a Qualidade de Vida (QV) e Saúde Mental das pessoas com Esclerose Múltipla é um aspecto importante na avaliação do impacto da doença na sua vida quotidiana (Morales, Morales, Rocha, Fenelon, Pinto & Silva, 2007).

A evolução da doença não pode ser avaliada apenas segundo critérios de incapacidade e deficiência, pois existe uma variedade de factores individuais que se expressam na qualidade de vida destes indivíduos e representam o impacto da evolução da doença e das estratégias individuais de adaptação à mesma (Pedro & Ribeiro, 2010).

Através da presente tese, intitulada “Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores de Esclerose Múltipla”, pretende-se estudar e analisar as percepções sobre os indicadores de qualidade de vida e saúde mental em sujeitos portadores de Esclerose Múltipla sócios da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) e em sujeitos saudáveis/normativos da população Portuguesa, do sexo masculino e feminino, com idades superiores a 18 anos, de diferentes níveis educacionais.

Será possível explorar informação relativamente ao perfil mental dos sujeitos participantes no estudo, relativamente a diferentes indicadores psicopatológicos; caracterizar a percepção geral de qualidade de vida dos sujeitos, e os domínios individuais de percepção Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente da qualidade de vida; verificar a relação entre os diferentes indicadores de saúde mental e os diferentes domínios de percepção com a qualidade de vida; averiguar qual o efeito das características sociodemográficas no perfil de Saúde Mental e na percepção de Qualidade de Vida apresentada pelos sujeitos com Esclerose Múltipla, comparativamente com o grupo normativo; e, avaliar a dependência da percepção da qualidade de vida nos indivíduos portadores de Esclerose Múltipla com a presença de dimensões psicopatológicas.

A presente dissertação organiza-se em quatro capítulos. No primeiro capítulo procurou-se efectuar uma revisão teórica sobre o tema, onde se abordou conceitos, manifestações clínicas, etiologia, epidemiologia, diagnóstico, evolução e prognóstico e diagnóstico diferencial associados à Esclerose Múltipla. Em seguida, procurou-se analisar as associações de dependência ou independência entre a qualidade de vida e a saúde mental dos pacientes com Esclerose Múltipla, recorrendo-se, para tal, aos estudos que têm sido efectuados neste âmbito, apesar de muito escassos. Apresenta-se, assim, uma síntese de diversos estudos efectuados em contexto nacional e internacional sobre as percepções e atitudes dos utentes face às características clínicas e aos aspectos psicológicos evidentes nesta doença crónica.

O segundo capítulo da dissertação reportou-se ao estudo empírico desenvolvido, onde são apresentados os objectivos (geral e específicos) e a metodologia (participantes, instrumento, procedimento, definição das variáveis e análise estatística).

Por sua vez, no terceiro capítulo apresentou-se os resultados obtidos, bem como a sua interpretação.

No que respeita ao quarto capítulo da dissertação, este englobou a discussão dos resultados mais significativos e, procedeu-se à confrontação dos mesmos com a literatura vigente acerca do tema em análise.

Por sua vez, o quinto capítulo referiu-se às principais conclusões deste trabalho de investigação.

Por fim, no sexto capítulo da dissertação incluiu-se algumas limitações e vantagens do estudo desenvolvido e sugestões para estudos futuros sobre a temática.

Capítulo 1 - Considerações Teóricas

*“(...) Há um longo caminho para ser trilhado,
muito ainda para ser feito,
o que dá aos portadores com Esclerose Múltipla,
a esperança de que num futuro próximo
os investigadores encontrem alternativas que
diminuam o sofrimento causado pela doença.”*

(Albuquerque, 2005, p. 10)

1.1. Esclerose Múltipla

A Esclerose Múltipla é uma doença que intrigou durante séculos médicos e os pacientes que enfrentavam a doença sem possibilidade alguma de tratamento. Deste modo, são vários os autores a enumerar datas para o primeiro relato da doença (Nogueira, 2010).

De acordo com Moreira, Tilbery, Lana-Peixoto, Mendes, Kaimen-Maciel & Callegaro (2002) possíveis casos desta enfermidade foram relatados há séculos passados. Assim sendo, há rumores que o primeiro caso de EM possa ter sido na Islândia, no século XIII, quando uma rapariga perdeu a visão subitamente e a recuperou. Por sua vez, no século XIV, foram descritos, por uma freira holandesa cujo nome era Lidwina de Schiedam (1380-1433), sintomas, como dores intermitentes, fraqueza das pernas e distúrbios oculares típicos que levaram médicos a acreditar na possibilidade de ser EM. Já no Brasil, acredita-se que Santos-Dumont também sofria desta patologia, relatando em 1910 um quadro de tonturas e visão dupla que avançou para tremores, depressão e dificuldade para caminhar (Maia, 2006).

Para Frankel (1994) a EM foi registada pela primeira vez em 1822 pelo inglês, sir Augustus D’Este, que provavelmente tinha a doença e descreveu no seu diário pessoal os 25 anos despendidos na procura do tratamento para a doença. Todavia, em 1838 Robert Carswell, médico britânico e ilustrador, desenhou tecidos reparados, endurecidos e descoloridos que havia visto em autópsias do tronco cerebral e medula espinhal. Alguns anos depois, em 1842 Jean Cruveilhier, médico francês, mostrou áreas cicatriciais parecidas chamadas por ele de “*ilhas*” de esclerose, que foram verificadas numa autópsia de uma mulher parálitica (Maia, 2006).

Ainda de acordo com Frankel (1994) foi apenas em 1868 que Jean Martin Charcot identificou e descreveu a EM, chamando-a de “*esclerose em placas*”, referindo-se a áreas endurecidas semelhantes a cicatrizes encontradas em autópsias de pessoas que eram portadoras da doença (Nogueira, 2010).

Segundo Reis (1999) o relato clínico de Charcot sobre os aspectos clínicos e patológicos da doença, foi elaborado com detalhes bastante claros e específicos, comentando a formação de “*placas duras*” em diversos níveis do sistema nervoso central. Assim sendo, de acordo com este mesmo autor, devemos a Jean Marti Charcot a primeira descrição da EM como doença bem definida, sendo que a nomenclatura continua a mesma desde aquela época, pois na literatura

francesa utiliza-se “Esclerose em Placas” sinónimo de “Esclerose Múltipla” denominada pelos autores ingleses e adoptada por nós (Albuquerque, 2005).

Importa referir que durante 100 anos os neurologistas limitaram-se a repetir o que foi descrito por Charcot, e que muito pouco foi acrescentado ao conhecimento científico da doença, nomeadamente no combate terapêutico eficaz à agressividade da doença com plena força para produzir todos os tipos de sequelas (Reis, 1999 cit. in Albuquerque, 2005).

Deste modo, segundo Reis (1999) os pacientes portadores de EM vivenciavam um sofrimento profundo sem a menor expectativa de melhora, ocasionando desespero e tristeza (Albuquerque, 2005).

Minguetti (2001) em 1932, Pete e Chaltemberg, através de um modelo animal, observaram que as placas de desmielinização estavam associadas a um processo de natureza imunológica. Por seu turno, em 1942 Cabot descreveu o aumento de imunoglobulina (IgG) no líquido raquidiano dos pacientes com EM. Desta forma, observou-se pela primeira vez que a doença apresentava uma correlação com uma alteração laboratorial. Este aumento da imunoglobulina líquórica fez com que os pesquisadores reconhecessem no ano de 1960 que a EM estava associada a uma gamopatia oligoclonal do líquido e que o aumento da imunoglobulina no líquido era devido à sua alta produção no sistema nervoso central (Albuquerque, 2005).

De acordo com Kantarci & Weinshenker (2005) actualmente, a Esclerose Múltipla é uma doença inflamatória crónica e progressiva exclusiva do Sistema Nervoso Central. Como tantas doenças crónicas, não tem cura, acompanhando o doente portador ao longo de toda a sua vida (Sharma, Rao, Venkatasubramanian, Behere, Varambally & Gangadhar, 2010). Segundo Rodrigues (2008) esta doença pode ser extremamente séria e incomodativa, diminuindo a qualidade de vida do doente e alterando as actividades do seu dia-a-dia.

Apesar da evolução dos estudos nas últimas décadas, desconhece-se ainda em detalhe as causas desta doença. O sistema imunitário que tem um indiscutível papel na génese da EM, compreende o conjunto de elementos que ajuda a preservar a integridade dos organismos vivos, defendendo-os contra agressões. Este compreende os gânglios linfáticos, o baço, a medula óssea e o timo, bem como algumas células do sangue periférico - linfócitos T e B, macrófagos e leucócitos. O sistema imunitário é regulado por genes específicos que controlam a resposta imunitária (Correia & Cordeiro, 2008).

Os linfócitos T estão particularmente envolvidos na defesa contra agressões virais e na destruição de células do organismo que sofrem transformações (por exemplo células malignas). São ainda estes linfócitos T capazes de identificar como estranhos órgãos transplantados, atacando-os. As diferentes células do sistema imunitário interagem mediante a libertação de substâncias químicas designadas citocinas (Correia & Cordeiro, 2008).

As semelhanças com um exército sofisticado são flagrantes. Também aqui existem diferentes corpos e armas altamente hierarquizadas, que colaboram e cooperam em missões de ataque e de defesa. Por vezes, tal como os exércitos no fragor das batalhas, as células do sistema imunitário cometem erros, atacando componentes do organismo. Estas reacções e fenómenos auto-imunes estão na base de variadíssimas doenças. A EM é precisamente

considerada uma doença neurológica auto-imune. No sangue dos doentes com EM há populações de linfócitos T activados capazes de reconhecer como estranhos e atacarem componentes da mielina do SNC. A razão pela qual existem estes linfócitos circulantes está mal elucidada. É provável que estas células sejam células de memória geradas por infecções virais ocorridas. Em muitos indivíduos perfeitamente saudáveis existem linfócitos T auto-reactivos que, contudo, nunca exercem um efeito deletério no organismo e tal, ocorre porque há células reguladoras que suprimem esta activação. É altamente provável que, no doente com EM, exista um defeito nestas populações de células reguladoras (Correia & Cordeiro, 2008).

Seja qual for a razão pela qual existam estas células auto-reactivas, o que é certo é que estes linfócitos T activados atravessam facilmente a parede dos vasos, penetrando no SNC e iniciando um processo de ataque da bainha de mielina dos neurónios (Correia & Cordeiro, 2008). A mielina é uma matéria gordurosa que envolve as fibras nervosas do cérebro, facilitando assim, a comunicação entre as células e o bom funcionamento do corpo (Rodrigues, 2008). Todavia a destruição da mielina gera um processo de inflamação local, recrutando mais células e libertando substâncias químicas tóxicas para o SNC. Estes múltiplos focos de inflamação, embora tenham algumas localizações preferenciais, ocorrem de forma errática, dispersos na substancia branca do SNC. Novas zonas de inflamação activa vão surgindo ao longo dos anos. À medida que estes focos de inflamação e desmielinização vão ocorrendo, o SNC fica embebido em substâncias químicas nocivas para os neurónios, que vão progressivamente entrando num processo de degeneração e morte celular, sendo substituídos por zonas cicatriciais (Correia & Cordeiro, 2008).

De acordo com vários autores, a gravidade de cada caso depende da zona do corpo atingida. Se o fenómeno ocorrer, por exemplo na medula, o paciente habitualmente apresenta fraqueza, formigueiros ou paralisia dos membros superiores e inferiores. Como já foi referido anteriormente, é necessário ter em atenção que a EM é uma doença que envolve vários processos tais como inflamação, desmielinização e perda neuronal. Quanto maior for o número de lesões existentes no SNC do doente tanto maior será a sua perda neuronal e mais grave será a sua situação clínica. Assim sendo, mais difícil será a possibilidade de recuperação.

1.1.1. Etiologia

A etiologia da EM parece estar mal definida, todavia as informações existentes sugerem que esta é uma doença multifactorial, que envolve factores genéticos, imunológicos e ambientais (Sawcer, 2008). As conjecturas etiopatogénicas são inúmeras. Contudo, existem estudos que sugerem a existência de factores exógenos, provavelmente virais, e factores endógenos, como alterações genéticas, que servem como elementos necessários para a ocorrência da doença (Callegaro, 2003, cit. in Albuquerque, 2005).

Segundo Grigoriadis, Grigoriadis, Polyzoidou, Milonas & Karussis (2006) várias teorias foram propostas como desencadeantes do processo auto-imune que leva a alterações patológicas características da doença, como sugeriu Alemany-Rodríguez, Aladro, Amela-Peris, Pérez-Viéitez, Yañez & Déniz-Naranjoem (2005), em associação com outras doenças definidas como auto-

imunes. Deste modo, o mais provável refere-se à existência de uma infecção viral, em que existem autoantígenos que geram mimetismo molecular com proteínas da mielina, causando uma perda de tolerância contra estes que deriva da destruição da mielina regulada por linfócitos T (Mejía-Buriticá, Agudelo-Restrepo, Gómez-Hoyos & Cabrera-Hemer, 2009). Todavia, para que isto ocorra, é necessária uma susceptibilidade genética no indivíduo, que é sugerida por várias observações, tais como a diferente prevalência entre grupos étnicos que habitam numa mesma região e a maior prevalência da doença em gémeos monozigóticos que em dizigóticos (Mejía-Buriticá *et al.*, 2009).

Na década de 60, MacKay & Myrianthopoulos (1966) constataram que o risco de desenvolver EM é 20 vezes maior em pessoas que tenham familiares de primeiro grau com EM, comparativamente com a população normal (Dyment, Ebers & Sadovnick 2004). Mais recentemente, estes achados foram corroborados por Sadovnick, Baird & Ward (1988) que desenvolveram um estudo sistemático ajustado por idade, encontrando maior risco da doença em Familiares de primeiro, segundo e terceiro grau de consanguinidade (Mejía-Buriticá *et al.*, 2009). Porém, para Willer, Dyment & Sadovnick (2003), num estudo populacional com 370 casos de portadores de EM no Canadá, constataram 25,3% de concordância em gémeos monozigóticos, 5,4% em gémeos dizigóticos e 2,9% em irmãos não gémeos (Porrás-Betancourt, Núñez-Orozco, Plascencia-Álvarez, Quiñones-Aguilar & Sauri-Suárez 2007). Além disso, o risco de um sujeito vir a ser portador de esclerose múltipla varia entre os vários membros da família, sendo que existe maior risco para as irmãs (5%) e os irmãos (4%) do que para primos (1%) e sobrinhos (2%), considerando que existe um risco de 20% de que um paciente com EM tenha um familiar com a mesma doença (Dyment, Willer, Scott, Armstrong, Ligers, Hillert, Sadovnick, Risch, & Ebers, 2001).

No que concerne aos estudos de adopções, estes têm sido realizados para se comparar o risco de ocorrência de EM em indivíduos adoptados (sem relação consanguínea com a família que convivem) com indivíduos descendentes naturais com a mesma carga genética da família que convivem. Desta forma, os estudos não têm demonstrado que os sujeitos adoptados tenham maior risco de desenvolver EM que a população em geral, o que suporta a ideia de que são precisamente os factores genéticos que determinam a agregação familiar da EM acima dos factores do meio-ambiente (Dyment, *et al.*, 2004)

Vários estudos têm sido desenvolvidos para calcular o risco de EM quando ambos os pais são portadores da doença (Ebers, Yee, Sadovnick & Duquette 2000). Deste modo têm demonstrado que os filhos destes casais têm um risco semelhante ou superior do que os gémeos monozigóticos (30%) em comparação com 2,4% quando apenas um dos pais é afectado (Islam, Gauderman, Cozen & Mack, 2007).

1.1.2. Epidemiologia

A EM é duas a três vezes mais frequente no sexo feminino, o que aliás é frequente nas doenças auto-imunes (Correia & Cordeiro, 2008). De acordo com Zajicek (2007) existem hipóteses de que a incidência e prevalência da EM está a aumentar, possivelmente devido a um

aumento da incidência entre as mulheres. Esta doença é tipicamente uma enfermidade do adulto jovem, ocorrendo as primeiras manifestações entre a segunda e a terceira década de vida. Raramente este diagnóstico é colocado antes dos quinze anos ou depois dos sessenta anos. Todavia, alguns autores como Victor & Ropper (2001) e Callegaro (2005) referem que a EM é uma doença que pode afectar sujeitos entre os 20-40 anos de idade. Por outro lado, outro autor como Beaumont, Kenealy & Rogers (1999) refere que a manifestações clínicas e o curso da doença variam consideravelmente de doente para doente, sendo a EM considerada a maior causa de perturbação neurológica nos adultos com menos de 50 anos (Horácio, 2010).

De acordo com Bauer & Nanefeld (s/d), verificaram em 660 pacientes estudados, que 70% apresentaram sintomas entre os 21 e os 40 anos de idade, 12,4% dos 16 aos 20 anos e 12,8% dos 41 aos 50 anos. É de ressaltar ainda que, que o paciente mais jovem apresentou sintomas aos três anos de idade e o mais velho aos 67 anos (Sadiq & Miller, 1997 cit. in Soares 2006).

A distribuição da EM no mundo é diferente e representa a chave para o estabelecimento das causas desta doença. As mudanças na frequência numa determinada área também podem contribuir para o mesmo objectivo (Klupka-Saric & Marijana Galic, 2010)

De acordo com Soares, (2006) a distribuição geográfica é irregular, considerando-se zonas de alta prevalência quando existe um número de casos igual ou superior a 30/100.000 habitantes; zonas de média prevalência ocorrem quando existem casos entre 5000 a 30/100.000 habitantes e, por fim, zonas de baixa prevalência existem quando se verificam casos de EM inferiores a 5 casos por 100.000 habitantes.

No início da década de oitenta, o epidemiologista americano John Kurtzke verificou que a frequência da doença aumentava, nos dois hemisférios, à medida que nos afastamos do equador. Desta forma, a EM é uma doença é muito rara nos países tropicais, tendo uma prevalência muito alta nos países do Norte da Europa, norte dos Estados Unidos da América, sul do Canadá, Austrália e Nova Zelândia (Alshubaili, Alramzy, Ayyad & Gerish, 2005). As zonas de média prevalência são o sul da Europa, a Ásia Menor, o Oriente Médio, a Índia e partes do norte de África e África do Sul. Por último, são consideradas zonas de baixa prevalência o Japão, a China, a América Latina e do Sul (Soares, 2006).

De acordo com Rodrigues (2008) existem cerca de 2.500.000 pessoas que padecem de EM. Segundo Maciel (2001) a EM afecta cerca de 1:500 dos adultos jovens de origem Europeia. Em Portugal existe um único estudo de base populacional realizado no concelho de Santarém (Correia & Cordeiro, 2008). A prevalência estimada - 47/100 000 - revela-se similar à encontrada no sul da Espanha em locais com a mesma latitude (Hernández, 2002).

Sendo Portugal um pequeno País, apesar da grande diversidade genética da população, podemos estimar que haverá no país cerca de 5.000 doentes portadores da doença, sendo este considerado de alta prevalência (De Sá, Paulos, Mendes, Becho, Marques & Roxo 2006).

Várias hipóteses têm sido apontadas para explicar esta distribuição. Uma das explicações mais plausíveis refere-se, por exemplo, a um indivíduo cujo sistema imunitário seja desde cedo agredido por diferentes agentes - vírus, radiações, várias infecções - se torna menos susceptível para desenvolver a doença. Efectivamente, em qualquer local geográfico a doença é mais frequente em sujeitos pertencentes a classes sociais médias e médias altas, nos quais os sistemas

imunitários estão mais protegidos de agressões. Deste modo, são consideradas zonas de alta prevalência (Correia & Cordeiro, 2008).

Para além deste aspecto, a doença é mais frequente em certas raças (Kurtzke, 2008). Por exemplo, é mais frequente na raça branca, mais rara na raça negra e excepcional em asiáticos. Porém, existe determinadas etnias que parecem particularmente resistentes, como os índios americanos, esquimós e ciganos (Correia & Cordeiro, 2008).

Relativamente às migrações populacionais, quando um sujeito migra de uma zona alta para uma zona de baixa prevalência da doença (ou vice-versa), o seu risco de desenvolver a enfermidade depende da idade em que se dá esta migração. Assim se alguém se desloca, por exemplo de um país do Norte da Europa para um País da África Equatorial para aí se fixar, o risco de desenvolver EM depende, essencialmente, da idade em que se dá esta migração (Sawcer, 2009). Se tal se processar na infância (na primeira década da vida), o seu risco será aquele do local para onde migrou; se esta migração ocorrer na idade adulta, então o risco será aquele do local de onde migrou. Deste modo, acontece o mesmo se a migração se processar de um local de baixa prevalência para um sítio de alta prevalência (Correia & Cordeiro, 2008).

1.1.3. Manifestações Clínicas

A EM caracteriza-se pela disseminação de lesões temporo-espaciais, ocorrendo com frequência exacerbações e remissões (Soares, 2006).

Os sinais e sintomas geralmente indicam a presença de mais do que uma lesão, podendo as manifestações clínicas ser transitórias e até algumas podem parecer bizarras. O doente pode apresentar sensações difíceis de descrever e impossíveis de objectivar (Frankel, 1994 cit. in Soares, 2006).

Os Sinais e sintomas são variados e podem incluir todos aqueles que decorrem da lesão de qualquer parte do neuroeixo, da medula ao córtex cerebral, apresentando como principais características a multiplicidade e tendência a variar ao longo do tempo, tanto na sua natureza como gravidade (Sadiq & Miller, 1997 cit. in Soares, 2006).

A remissão dos primeiros sintomas dá-se geralmente de forma completa, mas com o aparecimento de sinais e sintomas subsequentes, esta remissão não se verifica ou é incompleta (Soares, 2006).

As manifestações clínicas vão depender das áreas do SNC que está a ser atingido, não se verificando nesta doença um quadro clínico clássico. Mas, por razões desconhecidas existem áreas de predileção na instalação de lesões de desmielinização, que vão produzir sinais e sintomas mais frequentes em relação a outros. Por este facto, embora desconhecido, são encontrados com mais frequência alguns sinais e sintomas, nos diferentes sistemas funcionais (Soares, 2006).

Neste sentido, segundo; Pedro & Ribeiro (2010); Correia & Cordeiro (2008); Rodrigues (2008); Winkelmann, Engle, Apel & Zetl (2007) Soares, (2006) os sinais e sintomas podem ser divididos em:

- **Distúrbios motores:** manifestam-se através da fraqueza muscular - espasticidade (monoparesia, hemiparesia, tetraparesia ou paraparesia).
- **Distúrbios sensoriais:** reflectem alterações da sensibilidade, traduzindo-se por formigueiros ou dormência de diferentes partes do corpo, parestesias e dor (musculo-esquelética).
- **Distúrbios cerebelosos:** manifestam-se por Disartria, ataxia da marcha, tremor, fala escandida, nistagmo e descoordenação do tronco e membros
- **Alterações dos nervos cranianos /tronco cerebral:** traduzem-se visão dupla (diplopia), diminuição ou perda da acuidade visual, visão turba, fraqueza muscular facial, espasmo hemifacial (raro mas característico) e perda de visão monocular (nevrite óptica), que se manifesta e, geral por visão enevoada num dos olhos, com dor ou desconforto à mobilização do globo ocular, se presente num adulto jovem, é tão típica da doença, que leva necessariamente a uma investigação dirigida a excluir uma EM.
- **Distúrbios do Sistema Nervoso Autónomo** manifesta-se por disfunção vesical (urgência miccional e incontinência), disfunção intestinal (obstipação ou incontinência fecal) e a disfunção sexual, em que no homem existe perda da libido e impotência eréctil, e na mulher existe ausência de lubrificação e incapacidade de atingir o orgasmo.
- **Distúrbios Cognitivos:** traduzem-se por alterações da capacidade de concentração e de evocação, tornando mais lentos muitos processos intelectuais, disartria e diminuição da percepção visuo-espacial.
- **Distúrbios Mentais:** reflectem-se pela euforia, ansiedade, Labilidade emocional, Psicose e Depressão.

1.1.4. Diagnóstico

O diagnóstico de Esclerose Múltipla assume cada vez mais uma importância acrescida, devido ao avanço de novas terapêuticas imunomodulares, que possibilitam uma intervenção imediata após a confirmação exacta da doença, podendo, assim influenciar a evolução natural de Esclerose Múltipla (Limmroth & Sindern, 2006).

A esclerose múltipla pode ser diagnosticada através da história clínica, combinada com os resultados de exames auxiliares. Quando um paciente manifesta sintomas durante vários anos, é mais fácil diagnosticar a doença. Deste modo, torna-se mais difícil o diagnóstico se até ao momento teve poucos problemas ou se se encontra nos estádios iniciais da doença. Neste último caso, a EM não pode, por vezes, ser diagnosticada com segurança (SPEM, 2010).

Em 1965 Schumacher e colaboradores divulgaram os primeiros critérios de diagnóstico que, actualmente, ainda continuam a ser uma referência para os neurologistas. Dos critérios salienta-se a existência clínica de lesões, traduzindo disfunção primária da substância branca (mielina) difundidas no tempo (dois ou mais episódios com duração superior a 24 horas, separadas por um mês) e no espaço (afectando distintas regiões do SNC), num paciente entre os

10 e os 50 anos e evidência de transformações objectivas no exame neurológico verificadas por médico competente (Sá, 2002).

Já na década de 70, os avanços tecnológicos em Medicina dispararam, pois surge a tomografia computadorizada como expoente máximo na imagiologia. Desta forma, são realizadas técnicas mais apuradas para detectar alterações imunológicas no líquido céfalorraquidiano (LCR) (Sá, 2002). Aqui importa ressaltar que por vezes necessário recorrer-se à realização de uma punção lombar para analisar o líquido. Recorrendo a técnicas muito específicas é possível encontrar, nos doentes com EM, certas alterações neste líquido orgânico (Correia & Cordeiro, 2008). Assim sendo, este exame fornece informações que suportam o diagnóstico, sendo elas as alterações das gamaglobulinas que são características desta doença. O líquido apresenta uma proteína com parâmetros normais ou ligeiramente aumentados; uma glicose normal; linfócitos normais em cerca de 66% dos doentes. As alterações das gamaglobulinas são características nesta doença e a imunoglobulina está aumentada em cerca de 70% dos doentes (Soares, 2006). Estas alterações não são, contudo, específicas e encontram-se presentes noutras doenças neurológicas. Todos os exames devem ser interpretados nos contextos rigorosos do doente e da sua história clínica (Correia & Cordeiro, 2008).

Por sua vez, a neurofisiologia é enriquecida com os potenciais evocados. Esta técnica consiste na colocação de eléctrodos em certas localizações, à superfície do corpo, permitindo captar ondas eléctricas (potenciais) relacionadas com estímulos-padrão do SNC. Esta técnica pode ser utilizada para estimulação visual, auditiva e sensitiva (Soares, 2006). As respostas obtidas permitem fornecer informações relativas às dificuldades na condução de estímulos em locais do SNC, pelas suas dimensões menos acessíveis a estudos de imagem. Assim sendo, pode-se inferir que existem lesões no nervo óptico, nas vias da audição ou na medula e, inclusivamente, pela análise das curvas (potenciais) obtidas, afirmar que se trata de lesões causadas por perda de mielina (Correia & Cordeiro, 2008). De acordo com Hauser & Goodkin (1998), verificou-se que, nos testes auditivos do tronco cerebral, em cerca de 67% dos doentes são encontradas respostas anormais em pacientes com EM definida e em 40% dos doentes com diagnóstico provável (Soares, 2006). No que concerne aos testes somatossensoriais têm especial interesse na detecção de anormalidades sensoriais em doentes com EM que apresentam exame clínico normal, é positivo para cerca de 77% dos doentes com diagnóstico definido, e 67% para os que se encontram numa fase de diagnóstico provável (Soares, 2006).

Isto explica, que após 18 anos do estabelecimento dos primeiros critérios, em 1983, Poser e colaboradores tivessem integrado as alterações nesses exames, designadas por evidência “*paraclínica*”, nos novos critérios - o TAC, idealmente com dose dupla de contraste, mostrava (raramente, é certo, devido à sua pouca definição) lesões hipodensas na substância branca, caracteristicamente periventriculares, o LCR evidenciava bandas oligoclonais de imunoglobulina G, e os potenciais evocados ajudavam, tal como o LCR, a demonstrar a natureza desmielinizante do processo mediante o aumento nos tempos de latência dos traçados (Sá, 2002).

Todavia, a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) cedo substituiu a tomografia axial *computorizada* (TAC), ao revelar de forma detalhada a existência de lesões desmielinizantes em cerca de 90% dos doentes, ainda numa fase precoce da doença, não só à volta do sistema

ventricular mas também no tronco cerebral, no cerebelo e na medula espinal e ao demonstrar a “actividade” das lesões com padrões característicos de captação de contraste (Sá, 2002). A RNM de neuroimagem baseia-se na obtenção de imagens do organismo, submetendo-o a um campo magnético de alta intensidade. Todavia, uma RNM não refere, que um doente tem EM. Muitas outras situações médicas podem traduzir-se na RNM por lesões muito semelhantes (Correia & Cordeiro, 2008). A RNM, dissociada da clínica, não permite fazer afirmações categóricas sobre a etiologia das lesões que são visualizadas. Para além de ser um diagnóstico, a RNM contribuiu decisivamente para um melhor conhecimento da história natural da doença. Desta forma, até ao aparecimento da RNM, acreditava-se que a doença tinha ciclos de actividade e quiescência, correspondendo os surtos a reactivações da enfermidade. A RNM permitiu demonstrar que a EM é uma doença crónica com uma actividade subclínica persistente ao longo do tempo. Mesmo no doente aparentemente livre de surtos, RNMs seriadas revelam um lento e silencioso acumular de lesões (Correia & Cordeiro, 2008). Este conhecimento facilitou extraordinariamente a realização de ensaios clínicos nas últimas duas décadas. Importa lembrar que um doente com EM tem, em média, um surto por ano ou um surto a cada dois anos, e que a incapacidade é rara nos primeiros cinco anos após o diagnóstico. Estes dois aspectos colocavam desafios à investigação de tratamentos. Na realidade eram necessários ensaios com números elevadíssimos de doentes seguidos durante períodos muito longos, o que não era praticável. Recorrendo a RNMs seriadas, foi possível realizar ensaios com menos doentes e durante períodos mais curtos, demonstrando a eficácia de diversos medicamentos que, actualmente, estão disponíveis para o tratamento dos doentes. A RNM veio não apenas revolucionar o diagnóstico da EM, mas contribuiu decisivamente para um melhor conhecimento da doença e tornou-se ainda num instrumento de grande utilidade nos ensaios clínicos, contribuindo para o desenvolvimento de fármacos disponíveis para o tratamento de doença (Correia & Cordeiro, 2008).

Em 2000, Thompson e colaboradores publicaram critérios para o diagnóstico das formas primárias progressivas, visto que é necessário testar fármacos mais eficazes nestas situações. Assim sendo, categorizou-as como definitiva, provável, possível. Tudo isto levou a que investigadores de todo o mundo tivessem unido esforços para definir novos critérios de diagnóstico, cuja publicação por McDonald e colaboradores ocorreu em 2001, curiosamente decorrido outro período de 18 anos após o trabalho de Poser. Nos novos critérios continuam a valorizar-se as características clínicas da doença (quase que inalteradas desde Schumacher) e define-se de forma objectiva o que significam RM, LCR e potenciais evocados “positivos”. Com base nestes critérios o doente é classificado de forma simples como tendo, ou não Esclerose Múltipla, havendo lugar à categoria “possível” caso perdurem dúvidas, o que por si só impõe a repetição dos exames com periodicidade definida (Sá, 2002).

Desta forma, os critérios de diagnóstico mais utilizados quer a nível da clínica quer a nível da investigação são os de Schumacher (1965) e Poser (1983) (Soares, 2006, p.28-29):

Critérios de Schumacher

- Idade apropriada (10-50 anos);

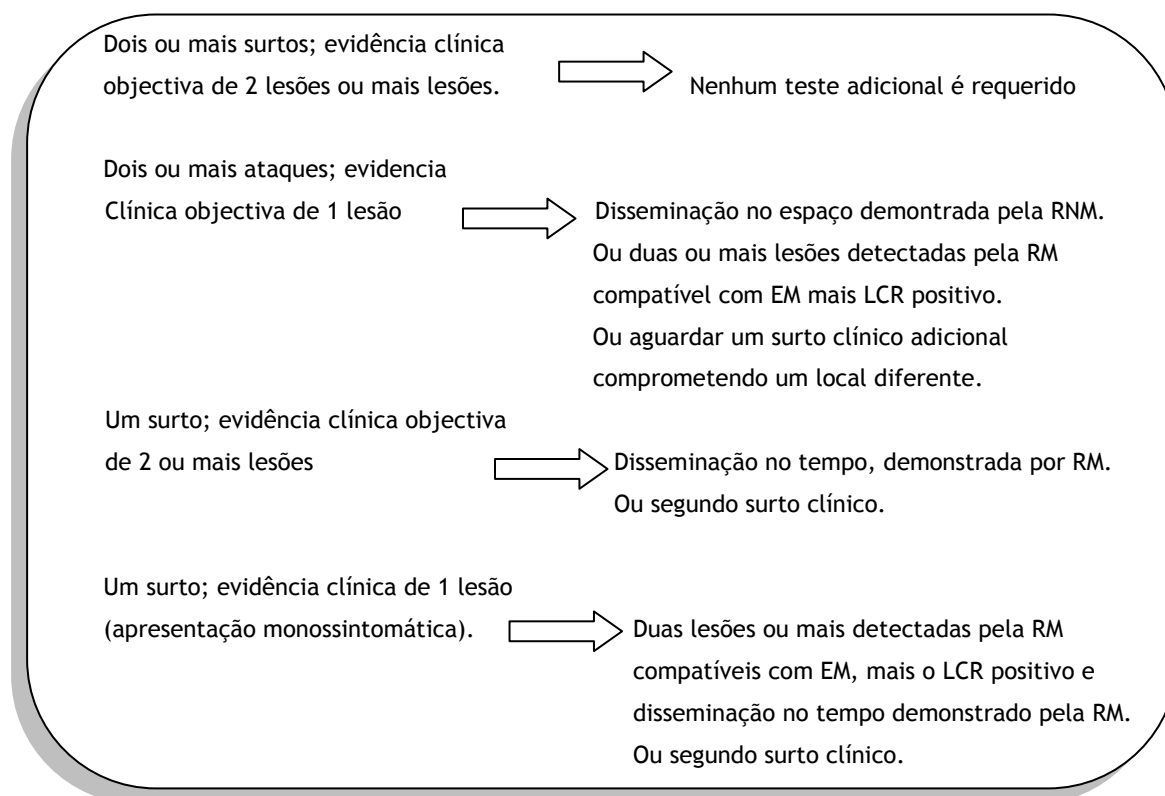
- Doença primária da substância branca;
- Lesões disseminadas no tempo e no espaço;
- Anomalias no exame objectivo;
- Quadro clínico: pelo menos 2 surtos que se prolongam por mais de 24 horas com um mês de intervalo, ou uma progressão lenta ou em degraus de 6 meses;
- Não existir explicação melhor;
- Diagnóstico efectuado por um clínico experiente (preferência neurologista)

Critérios de Poser

- Idade apropriada (10-59 anos);
- Surtos definidos por sintomas durante 24 horas, ou sintomas breves recorrentes em dias a semanas;
- Evidência clínica que envolve anomalias documentadas do exame neurológico;
- Evidencia paraclínica de anomalias imagiológicas, potenciais evocados ou testes urodinâmicos;
- Suporte laboratorial de bandas oligoclonais no LCR ou produção intratecal de IgG;
- Exclusão de outros diagnósticos por um neurologista experimentado.

Os critérios de McDonald et al., (2001) integram os anteriores dados clínicos com os da RMN e imunolectroforese do LCR, constituindo, assim, os mais recentes a serem utilizados pelos neurologistas no diagnóstico de EM (Saraiva, 2009).

Figura 1. Critérios de McDonald (Saraiva, 2009, p. 20)



1.1.5. Evolução e Prognóstico

A evolução clínica da EM é variável, situando-se num extremo, formas silenciosas da doença só descobertas à autópsia, e no outro extremo, alguns casos malignos ou de tal forma progressivos, onde decorrem poucos meses entre o início da doença e a morte da pessoa (Soares, 2006).

A EM é uma doença muito heterogénea nos seus mecanismos etiológicos e, conseqüentemente, muito variável na sua evolução clínica, pelo que é muito difícil estabelecer, caso a caso, um prognóstico a longo prazo (Correia & Cordeiro, 2008).

De acordo com Keneadly, Vance & Haines, (2003) os indicadores apontam para um prognóstico negativo, quando surgem muitas recidivas num curto espaço de tempo (Pedro & Ribeiro, 2010). Assim sendo, para a realização do prognóstico, devem ser considerados factores como a idade em que se iniciaram os sintomas, tipo de surto inicial, quantidade de surtos nos primeiros anos, intervalos entre os surtos, quantidade de alterações residuais após surtos, avaliação da capacidade motora e a actividade lesional presente na ressonância magnética. Entretanto, os dados levantados por Tilbery (2005) demonstram que os resultados nos estudos realizados variam de autor para autor, evidenciando que não há consenso sobre a forma da doença e seu prognóstico, apenas há a possibilidade da estimativa de impacto da doença na qualidade de vida e bases para um tratamento farmacológico (Nogueira, 2010).

Segundo Correia & Cordeiro, (2008) o que permite verificar a presença de EM é a presença de episódios que duram várias semanas com sintomatologia neurológica sugestiva da presença de múltiplas lesões no SNC (SPEM, 2010). Estes episódios sucedem-se com periodicidade variável, em regra por um ano ou um a cada dois anos. Desta forma, estes episódios são designados de surtos. Um surto dura necessariamente mais do que vinte e quatro horas e persiste durante quatro semanas. É a expressão clínica dos múltiplos focos de inflamação activos presentes no SNC e consiste quer na instalação de novos sintomas e sinais quer no agravamento de queixas preexistentes (Correia & Cordeiro, 2008). Assim sendo, diz-se que pelo menos durante os anos iniciais, a EM é uma doença neurológica que evolui por surtos. Os defeitos resultantes destes episódios podem desaparecer ou, então, deixar sequelas e incapacidade definitivas. Há medida que os anos passam, os surtos tornam-se em geral menos frequentes, no entanto, à possibilidade de a doença adquirir um padrão de evolução progressiva. Ou seja, em vez de o doente experimentar novos episódios de agravamento, assistir-se-á a um agravamento mais ou menos lento de defeitos preexistentes. A fase inicial da doença é designada de EM com evolução por surtos de exacerbação-remissão e a fase seguinte é denominada de EM secundária-progressiva. Mais raramente a doença pode ter uma evolução progressiva desde o início - formas primárias progressivas. Estas últimas contudo são muito raras, cerca de 10% de todos os casos (Correia & Cordeiro, 2008).

De acordo com Bone, Cameron, Hanlon, Lees, Mattison, O'Leary, *et al.* (2006) os subtipos da Esclerose Múltipla são (Maia, 2006):

Esclerose Múltipla Remitente-Recidivante

- Surtos de alterações neurológicas agudas, que tendem a ser seguidas por uma recuperação parcial ou completa (variando esta recuperação entre 3-6 meses).
- Afecta cerca de 80% dos pacientes.
- A frequência e a severidade destes ataques variam intra e inter indivíduos.
- A média de frequência de ataques dentro dos primeiros cinco anos é de uma por ano, ainda que diminuindo a um cada dois anos depois deste.
- Com o tempo, devido à recuperação incompleta dos repetidos ataques, existe um incremento de invalidez.

Esclerose Múltipla Secundária Progressiva

- Aproximadamente 50% de pacientes que apresentam recaídas-remissões progridem para esta fase da enfermidade dentro de 10-14 anos de surtos repetidos.
- Este subtipo caracteriza-se pela invalidez progressiva, com ou sem recaídas sobrepostas.
- Em conjunto, esta é a forma mais prevalente de Esclerose Múltipla.

Esclerose Múltipla Primária-Progressiva

- Alguns pacientes (10-15%) apresentam uma progressão incisiva de invalidez acentuada progressivamente por ataques sem remissão.
- No geral esta categoria caracteriza-se pela espasticidade progressiva, com a debilidade as pernas, e transtorno do intestino.
- Tende a abaixar a cabeça, pescoço, e parte superior do corpo.
- A proporção da progressão varia.

Esclerose Múltipla Progressiva-Recidivante

- Este subtipo descreveu-se recentemente, é menos comum, e caracteriza-se pela progressão do ataque com recaídas consecutivas.

De acordo com Mota (2009) existem outras formas raras de Esclerose Múltipla:

Esclerose Múltipla Benigna:

- Exacerbações leves e infrequentes com completa ou quase completa recuperação e com mínima ou nenhuma incapacidade

Esclerose Múltipla Maligna ou variante de Marburg

- Início agudo com progressão rápida e sem remissões, evoluindo para o óbito em poucas semanas.

1.1.6. Diagnóstico diferencial

Várias situações podem confundir-se com EM, doenças inflamatórias, quadros infecciosos, situações de inflamação após contacto com certos vírus, podem dar manifestações difíceis de distinguir de uma EM. Sobretudo quando estamos em presença de um surto inaugural, é necessário sermos muito criteriosos, não lançando desnecessariamente sobre um indivíduo o anátema de uma doença crónica, com as inevitáveis implicações psicológicas a elas ligadas (Correia & Cordeiro, 2008). Deste modo, o diagnóstico diferencial deve ser a conduta clínica mais importante e que precede a confirmação da EM (Callegaro, Goldbaum, Morais, Tilbery, Moreira, Gabbai et al., 2001), pois várias doenças têm a mesma apresentação temporal e espacial dos seus sinais e sintomas (Albuquerque, 2005).

As principais doenças consideradas como diagnóstico diferencial da EM são: lúpus eritematoso sistêmico (doença auto-imune com processo inflamatório); arterite cerebral (inflamação das artérias cerebrais); acidentes vasculares encefálicos transitórios (falta de circulação sanguínea transitória para o cérebro); paraplegia espástica hereditária (paralisia dos membros inferiores); ataxias espinocerebelares (má coordenação dos movimentos); neurite óptica aguda (inflamação do nervo óptico) como sintoma inicial da esclerose múltipla tem como característica fundamental a presença de dor ocular, principalmente à movimentação do olho, devendo ser diferenciada de outras perdas oculares agudas que embora não apresentem dores, entram no diagnóstico diferencial tais como: neuropatia óptica anterior isquémica, neuropatia óptica hereditária de Leber, coreoretinopatia serosa central, retinopatia associada à neoplasia (com anticorpos anti-recoverina) (Callegaro, 2001); vertigem labiríntica aguda (impressão de deslocamento acompanhada por desequilíbrio); mielite transversa aguda (inflamação na medula); encefalite multifocal aguda disseminada (inflamação do encéfalo de origem bacteriana, viral ou parasitária) e múltiplos sangramentos secundários a malformações vasculares cerebrais, (Callegaro, 2003 cit. in Albuquerque, 2005).

De acordo com (Callegaro et al., 2001) deve ser em atenção doenças como, mielínose pontina e extrapontina, leucodistrofias (adrenoleucodistrofia), mielopatia pós-irradiação são exemplos de doenças crónicas que apesar de não terem carácter inflamatório, lesam a mielina e podem apresentar evolução monofásica ou progressiva; vasculites sistêmicas, doença de Sjögren, doença de Behçet e sarcoidose podem ter comportamento semelhante a EM, tanto no padrão temporal como espacial dos sinais e sintomas neurológicos; síndromes infecciosas como sífilis meningovascular, doença de Lyme, Sida, mielopatia pelo HTLV-I; síndromes paraneoplásicas, quando os sintomas neurológicos precedem o aparecimento da neoplasia, apresentando anticorpos antineuronal (anticélula de Purkinje); processos expansivos encefálicos ou medulares, principalmente os de natureza benigna e doenças carenciais como mielose funicular, que pode envolver tratos mielinizados da medula, apresentando características progressivas simulando a esclerose múltipla progressiva (Callegaro et al., 2001).

1.1.7. Farmacologia

- **Tratar os sintomas individuais - fornecer benefícios a curto prazo**

A EM é uma doença muito variável, pois os sintomas são imprevisíveis - variam ao longo do tempo e alteram a sua gravidade e duração (Urbano, n.d.).

Desta forma, torna-se fundamental tratar os sintomas individuais, caso estes ocorram. A lista dos sintomas possíveis pode parecer assustadora, no entanto, ninguém apresenta todos os sintomas, muitos deles podem ser atenuados utilizando medicamentos, fisioterapia, psicoterapia, uma alimentação adequada ou mudanças simples no estilo de vida (Urbano, n.d.).

Alguns dos medicamentos utilizados podem ser, o baclofeno, para alívio da espasticidade; a oxibutinina e vários outros medicamentos para a redução da frequência e urgência urinária; a carbamazepina e a fenitoína para alívio da dor e, a amantadina para a diminuição da fadiga (Urbano, n.d.).

A administração de corticosteróides é uma forma geral de diminuir a gravidade e a duração dos surtos, pois diminuem a inflamação. Neste tipo de medicação, os mais utilizados são a metilprednisolona que é administrada em perfusão intravenosa (na veia) durante 3 a 5 dias e a prednisolona que é administrada em comprimidos (Urbano, n.d.).

Salienta-se que o uso destes medicamentos pode causar um sabor metálico e rubor na face, insónias, gastrite e retenção de líquidos com aumento de peso e da tensão arterial. Estes efeitos secundários nem sempre estão presentes e se ocorrem são geralmente bem tolerados. Durante a administração destes medicamentos deve-se fazer restrições a nível da alimentação - doces e sal. Muitos neurologistas apenas prescrevem estes medicamentos nos surtos mais graves, adoptando outras medidas de suporte, tais como a restrição da actividade física (Olascoaga, 2010).

- **Combater a doença subjacente - fornecer benefícios a longo prazo**

Como já foi referido anteriormente, a EM é uma doença crónica, que pelas suas características não tem cura. Todavia, os especialistas têm conhecimento de que os sintomas são o resultado de lesões nas células nervosas. Estas manifestam-se sob a forma de placas nas imagens de RMN do cérebro. Através da investigação médica foram identificados medicamentos que conseguem proteger as células nervosas das lesões, tais como os interferões, o copolímero e imunoglobulinas (Urbano, 2011).

Os interferões são uma família de proteínas que se produzem naturalmente no organismo e que participam nas actividades do sistema imunitário. A sua produção envolve muitas células e proteínas especializadas na defesa do organismo contra infecções e doenças como a EM. Assim sendo, existem três tipos de interferões: o alfa, o beta e o gama. O interferão beta foi, até agora, o único que deu provas inequívocas de ter um efeito no controlo da actividade da EM. Ainda neste seguimento, salienta-se que existem dois tipos de interferão beta que estão disponíveis para a EM por surtos - o interferão beta-1b e o interferão beta-1a (Varo-Sánchez, Cuenca-Lopez, Fernández-Fernández & Jordan (2011)).

A administração dos interferões são através de injeção. Mais especificamente, o interferão beta-1b é administrado em dias alternados (dia sim dia não) por via subcutânea, ou seja, deve ser injectado na camada de gordura situada por baixo da pele. Por sua vez, o interferão beta-1a pode ser administrado de duas formas: injeção intramuscular (dentro do músculo) uma vez por semana ou injeção subcutânea 3 vezes por semana (Urbano, 2011).

No que concerne ao copolímero 1 ou acetato de glatirâmero, este simula a proteína básica da mielina, reduz as exacerbações em pessoas com EM por surtos, embora a progressão da doença não seja alterada significativamente. O copolímero 1 é administrado diariamente através de injeção subcutânea (Urbano, 2011).

Por fim, as imunoglobulinas são normalmente administradas nas formas de EM com exacerbações que apresentam recidivas frequentes ou exacerbações mais incapacitantes. É um tratamento mensal. O medicamento é administrado em perfusão na corrente sanguínea (veia). Utilizam-se coadjuvadas com outras terapêuticas nomeadamente com o interferão beta (Urbano, 2011).

1.2. Qualidade de vida e Saúde Mental

Não é possível falar-se de saúde sem referir a saúde mental. Uma pessoa saudável deve poder pensar de modo claro, ser capaz de lidar com os problemas do dia-a-dia, poder apreciar a qualidade das boas relações com os amigos, com colegas e familiares. Deste modo, deve, igualmente sentir-se bem do ponto de vista espiritual e contribuir, de alguma forma, para o bem-estar dos seus concidadãos (Quartilho, 2010).

Quando se fala em saúde mental, menciona-se uma parte integrante do conceito geral de saúde, isto é, um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (Quartilho, 2010). Assim, como é algo mais do que a ausência de doença mental, é como um elemento positivo, um recurso com valor, intrínseco, um bem importante para saúde física e para a qualidade de vida, um fundamento universal de bem-estar individual e uma condição essencial ao funcionamento adequado das pessoas da comunidade, independentemente de factores geográficos ou culturais (Quartilho, 2010).

Geralmente, verifica-se uma tendência para percepcionar a saúde mental como um atributo individual, de acordo com uma orientação que confere prioridade a factores psicológicos proximais e ignora, ou desvaloriza, a importância de outros aspectos, sociais ou estruturais. Todavia, as condições de trabalho, o rendimento salarial, o estatuto educacional e, a qualidade das relações interpessoais, são factores que também são essenciais a uma saúde mental positiva (Quartilho, 2010).

Uma saúde mental positiva aparece, deste modo, associada ao conceito de qualidade de vida, implicando não apenas a satisfação de necessidade básicas e sociais, mas também autonomia para que se possa apreciar a vida, florescer e participar como cidadãos numa sociedade onde haja integração cívica, coesão social, confiança interpessoal e outras normas integradas, incluindo justiça e equidade, num ambiente global física e socialmente sustentável.

O conceito de Qualidade de Vida alcançou uma crescente importância no mundo contemporâneo e em diversas vertentes, tendo despertado o interesse da comunidade científica e da comunidade em geral (Pereira, 2007 cit. in Pereira, 2009). Segundo Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007), não existe consenso na literatura relativamente ao conceito de QV. Na opinião de Fallowfield (1990), este conceito assume diferentes significados em diferentes épocas e contextos (Pedro, 2007 cit. in Pereira, 2009).

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de qualidade de vida corresponde à *“percepção do indivíduo sobre a sua posição no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, relativamente aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações pessoais”* (WHOQOL Group, 1994, cit. in Panzini et al., 2007, p. 107). Consiste num conceito alargado que é influenciado pela saúde física, nível de independência, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e características do meio (WHOQOL Group, 1995 cit. in Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho et al., 2006).

Quartilho (2010) convida a olhar para a saúde mental em termos que, vão para além da presença ou ausência de sinais ou sintomas clínicos, ao considerar aspectos positivos como a capacidade de lidar com problemas, a satisfação com a vida, a autonomia individual, entre outros. Não se trata apenas de prevenir ou tratar as doenças mentais. Está em causa a promoção de uma saúde mental positiva, à causa dos seus determinantes individuais e sociais.

Na apreciação de Soares (2006, p. 49), a QV *“é entendida como um juízo subjectivo do grau de satisfação e bem-estar pessoal, associado a indicadores objectivos biológicos, psicológicos e comportamentais, mas que traduzam a percepção dos próprios doentes”*. Isto é, resume-se a um estado de saúde percebido pelas próprias pessoas relativo às dimensões biológica, psicológica e social (Soares, 2006). Por sua vez, Opara, Jaracz & Broła (2010) definiram Qualidade de Vida como um construto multi-dimensional que abrange pelo menos três amplos domínios: físico, psicológico e social.

Desta forma, torna-se importante mencionar que nas últimas duas décadas tem-se verificado um aumentado dramático da percepção sobre a relação entre doenças crónicas e doenças mentais. Actualmente, sabe-se que pessoas com doenças crónicas têm uma incidência muito mais elevada de depressão e ansiedade comparativamente com a população em geral. A Depressão em pessoas com condições médicas crónicas aumenta a prevalência de problemas físicos e sintomas somáticos, provocando, por sua vez, um aumento da incapacidade funcional e o aumento dos custos médicos. Isto, afecta bastante o seu desempenho, causando perdas de emprego e redução das horas laborais (World Federation for Mental Health, 2010).

Um dos muitos factores de risco associados às doenças crónicas refere-se ao impacto emocional sobre o paciente e as suas famílias. Desta forma, a EM não é uma excepção, podem ter um efeito profundo sobre o nível mental e emocional. Assim, não conhecidos os problemas mentais, estes podem afectar a capacidade de a pessoa lidar com a doença e participar no processo de tratamento e recuperação (World Federation for Mental Health, 2010).

1.2.1. Considerações Teóricas sobre QV e Saúde Mental na EM

Estudar a qualidade de vida e saúde mental das pessoas com esclerose múltipla é um aspecto importante na avaliação do impacto da doença na sua vida quotidiana (Schwartzmann, 2003). Isto porque o diagnóstico da doença pode ser inicialmente mutilante do ponto de vista emocional: doença incurável, crónica e progressiva. De um momento para o outro o portador, que, geralmente, é jovem e está na fase mais produtiva da vida, depara-se com as inúmeras limitações impostas pela doença. A comunicação do diagnóstico, muitas vezes, chega ao paciente como uma sentença de morte, provocando mudanças de comportamento e sentimentos como: desespero, ideação suicida, sentimentos negativos, angústia, ansiedade, medo da morte e tristeza (Albuquerque, 2005). A auto-imagem é atingida com mudanças de crenças, valores, capacidades pessoais, papéis sociais e imagem corporal, contribuindo para a perda da auto-estima (Benbow, 2005 cit. in Amoroso, 2009).

De acordo com Kantor (2004) existem diversas situações que podem fazer com que o portador de EM se sinta frustrado, triste e desmotivado e que, conseqüentemente, interferem na sua qualidade de vida.

Assim sendo, algumas dessas situações podem ser, a notícia recente do diagnóstico que gera incertezas diante do futuro (medo de um agravamento e o fantasma da cadeira de rodas); um novo surto, seguido de internamento, após um longo período de estabilidade; efeitos colaterais da medicação; insegurança em relação ao desempenho profissional e à dúvida em manter segredo ou não sobre a sua problemática no local de trabalho; sequela motora, aparente, que pode provocar incapacidade física e prejudicar a auto-estima; sensação de fadiga, mesmo sem a realização de muitos esforços, que pode interferir na execução de tarefas de vida diária; desconfiança e incompreensão por parte das pessoas diante dos sintomas que não são aparentes; falhas de memória; desconfortos físicos (dores e fraquezas musculares, sensação de pés gelados, incontinência urinária, visão turva, entre outros); e, sentimentos de exclusão social, por se sentir diferente dos outros (Kantor, 2004).

Ainda de acordo com Kantor (2004, p. 4) *“Toda manifestação física está em paralelo com o universo psíquico, e a esclerose múltipla não é uma exceção a esta regra”*. Ou seja, se o portador de EM tem um desconforto físico, seguidamente é acometido por um desconforto psíquico. Este tipo de situação faz com que o paciente tenha dificuldade na distinção entre a realidade do sintoma e o medo em relação a ele.

Assim sendo, pode-se referir que a EM pode originar nos seus portadores mudanças ao nível físico (aparência física e funcionamento corporal), psicológico (reações emocionais relativas à incerteza quanto ao futuro) e social (mudança nos papéis sociais e nas relações com familiares e amigos). Por sua vez estas, provocam alterações permanentes no modo de vida da pessoa e na saúde mental das mesmas (Pereira, 2009).

Na mesma linha, Hernández (2000), considera, que dentro dos factores físicos engloba-se a fadiga, alterações motoras (resultantes da mobilidade por paresia ou coordenação), alterações sensitivas e dor; perturbações visuais, alterações sexuais e urinárias; nos factores psicológicos, destaca-se a alteração ou perda das funções cognitivas, a atitude psicológica face à EM, a

depressão e a ansiedade; e, acrescenta um outro factor, ou seja, os benefícios da prática regular de exercícios físicos para pessoas saudáveis e na prevenção e processo de tratamento de várias doenças. Este aspecto tem sido comprovado por inúmeras pesquisas. Actualmente, observa-se a utilização de forma cada vez mais criteriosa, do exercício aeróbico, de fortalecimento muscular ou de flexibilidade na procura de melhor qualidade de vida para todas as pessoas portadoras de Esclerose Múltipla (Pereira, 2009). A diminuição da força muscular provoca impacto na locomoção e na execução das actividades de vida diária (AVD's) interferindo na manutenção de um estilo de vida independente (Pereira, 2009).

Relativamente aos factores físicos, a fadiga é um sintoma frequentemente experimentado por pessoas com EM e, é considerado um dos sintomas mais incapacitantes, afectando cerca de 53% a 90% dos utentes (Gay, Vrignaud, Garitte, Meunier, 2010). A fadiga é entendida como o estado de redução na capacidade de trabalho após um período de actividade mental ou física e merece ter o seu conceito ampliado, pois existem constantemente, relatos de fadiga, independente de esforços ou mesmo após o repouso (Schwid, Covington & Benjamin, 2002).

A partir de uma abordagem fenomenológica, o significado da fadiga para mulheres com EM foi descrito como se vivessem com um corpo como uma barreira; como um sentimento de estar ausente; e, como se experimentassem o mundo ao redor como inalcançável (Olsson, 2010). Ainda, relativamente a esta abordagem, a fadiga é sentida e expressada em termos de perda de energia, aflições emocionais, dependência e restrições na vida em geral (Flensner, Annna-Christina & Soderhamn, 2003).

De facto, a fadiga tem um efeito medonho nas actividades de vida diária de pessoas com EM, interferindo no trabalho, vida familiar e nas actividades sociais. Assim, associa-se significativamente a baixos valores de qualidade de vida, independente do curso clínico ou grau de incapacidade da doença (Furtado & Tavares, 2005). Para 50% dos pacientes ela é considerada o sintoma mais importante e a principal razão da incapacidade no trabalho e no isolamento social (Furtado & Tavares, 2005). O que vai ao encontro do estudo levado a cabo por Freal, Kraft & Coryell, 1984; Monks, (1989) que demonstraram que a fadiga associada à EM perturba em grande dimensão o funcionamento social e laboral dos seus portadores, chegando, mesmo, a ser a principal causa de desemprego neste tipo de população (Olascoaga, 2010). Num outro estudo, verificou-se que a fadiga se repercute significativamente ao nível mental e físico (Merkelbach, Sittinger & Koenig, 2002 cit. in Olascoaga, 2010).

Por sua vez, a dor como já foi referida anteriormente, é um sintoma típico na EM, que, segundo Bermejo, Oreja-Guevara & Díez-tejedor, 2010 afecta cerca de 29% a 86 % dos portadores e apresenta impacto negativo nas actividades de vida diária e na qualidade de vida dos mesmos (Bermejo, Oreja-Guevara & Díez-tejedor, 2010; Khan & Pallant, 2007). Ainda neste seguimento, a dor pode acarretar implicações na vitalidade, deterioração da função física e saúde mental. Todavia, o efeito mais relevante, parece relacionado com a saúde mental (Grasso, Clemenzi, tonini, Pace, Castillo, Cuccaro, et al., 2008 cit. in Olascoaga, 2010).

Outros factores relacionados com a deterioração da QV relacionada com a saúde, em sujeitos com EM, referem-se à presença de problemas sexuais e urinários (Fundação de Esclerose Múltipla, 2010).

Os pacientes com problemas sexuais apresentam uma redução significativa da qualidade de vida independente do estado de incapacidade, pois como noutras doenças crónicas, psicologicamente, pode aparecer uma diminuição do desejo sexual. Além disso, as modificações físicas podem interferir gravemente na auto-estima (Fundação de Esclerose Múltipla, 2011).

Como consequência, o facto de se sentir menos atraente, num corpo que não reflecte a própria imagem, pode criar doenças que influenciam a actividade sexual, que se manifesta como uma situação geradora de ansiedade, na qual o corpo não aceite é o protagonista (Fundação de Esclerose Múltipla, 2011).

Em particular, no sexo masculino, a disfunção sexual está presente em quase 90% dos pacientes. Devido à super valorização social da sexualidade masculina, a disfunção sexual no homem leva a que o mesmo percepcione a sua masculinidade como comprometida, o que, por sua vez, pode provocar sentimentos de agressividade nos mesmos (Amoroso, 2009).

A disfunção sexual, tanto no género feminino como no masculino, está relacionada com uma menor vitalidade, presença de dor corporal, relações sociais deficitárias e deterioração na actividade mental. No que se refere aos problemas urinários, existe a evidência de estudos que confirmam o impacto que estes têm na qualidade de vida e saúde mental dos portadores de Esclerose Múltipla (Nortvedt, Riise, Frugaård, Mohn, Bakke, Skår et al., 2007).

Os problemas psicológicos, que não são apenas uma resposta aos sintomas físicos, podem assumir a forma de distúrbios afectivos, ansiedade, psicose, e alterações da personalidade (Benedict, Carone, & Bakshi, 2004; Dalos, Rabins, Brooks, & O'Donnell, 1982; Fishman, Benedict, Bakshi, Shaikh, Miletich, Priore, & Weinstock-Guttman, 2004; Peterson, 1989 cit. in Bruce & Arnett, 2008). Devido a estas dificuldades, a qualidade de vida de um paciente com EM é inevitavelmente afectada negativamente (Benedict, Wahlig, Bakshi, Fishman, Munschauer, Zivadinov, et al. 2005).

Segundo Hernández (2000), na saúde mental existem factores que estão correlacionados com a qualidade de vida dos portadores com EM, nomeadamente, a depressão, ansiedade, perda das funções cognitivas e a atitude perante a doença (estratégias de *coping*). Neste sentido, importa mencionar o tipo de impacto que podem provocar nesta população.

Dos problemas psicológicos experimentados por pacientes com esclerose múltipla, a depressão tem sido estudada mais extensivamente, na maioria das vezes através do uso de medidas de auto-relato (Bruce & Arnett, 2008).

A explicação histórica da observação da depressão em pessoas com Esclerose Múltipla é de uma reacção a uma doença stressante com potenciais consequências em diversas áreas do dia-a-dia (relação familiar, relação social, actividade laboral, independência nos cuidados) (Sadovnick et al., 1996 cit. in Sousa & Pereira, 2008). Ao longo da progressão da doença, a depressão pode ser evidente sob a forma de negação, mas esta perturbação patente parece aumentar e começa a ser mais aparente quando a capacidade funcional diminui. A deterioração

dos sintomas e a impossibilidade de cura faz da EM uma doença bastante angustiante, e as dificuldades de ajustamento são muito prevalentes (Cerqueira, 2010).

A sintomatologia depressiva, desde os trabalhos de Young, Saunders & Pansford (1976), Whitlock & Siskind (1980) e Baretz & Stephenson (1981), vem sendo considerada um factor relevante nas manifestações clínicas e sub-clínicas do desconforto psicoemocional em pacientes com EM. Sánchez-López, Olivares-Pérez, Nieto-Baroco, Hernández-Pérez & Barroso-Ribal (2004) fazem referência aos estudos de Nymhuis, Rao, Zajecka, Luchetta, Bernardin & Garron (1995) onde se postula que a depressão é a perturbação mental mais frequente na EM, assim como o stress (Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005); e a ansiedade e qualidade de vida (Sánchez-López, 2004; Janssens, van Doorn, de Boer, van der Meche, Passchier & Hintzem, 2004; Janssens, Doorn, Boer, Meché, Passchier, Hintzem, et al., 2004).

Assim sendo, alguns estudos confirmam que portadores de EM têm maior probabilidade de virem a padecer de depressão, comparados a não portadores. A depressão pode ocorrer devido às privações significativas como a perda de capacidades físicas e/ou cognitivas e a expectativa de vida para o futuro (Cerqueira, 2010).

Autores como Patten & Metz (1997); Sadovnick et al., (1996) postularam que na EM existe um risco de depressão de 50%, já na população em geral o risco de poder vir a padecer desta perturbação psiquiátrica é menor (10% - 15%) (American Psychiatric Association, 1994 cit. in Arnett, Barwick & Beeney, 2008). Desta forma, é importante considerar a qualidade de vida dos pacientes e o seu bem-estar (Kenealy et al., 2000 cit. in Arnett, Barwick & Beeney, 2008), pois de acordo com a literatura existe associação entre depressão e comportamentos suicidários neste tipo de pacientes, estimando que o risco é de 5-10 vezes mais na população com EM, comparativamente com a população em geral (Gay et al., 2010) Segundo Sadovnik & Elsen (1991), o suicídio está relacionado com o grau de incapacidade física. O isolamento social e familiar, a incerteza sobre o futuro, a psicopatologia prévia e a história de suicídio na família influenciam esta variável (Sá, 2002).

Noutros estudos sobre a depressão, nomeadamente nas investigações de Janardhan & Bakshi (2002), chegou-se a considerar como uma variável independente associada ao deterioro da QV em relação à percepção da saúde e limitações derivadas da incapacidade física. De acordo com outro autor, é possível a sua implicação, por um lado como factor intermédio na incapacidade da saúde mental geral e, por outro como factor moderador da repercussão da incapacidade do funcionamento físico (Janssens, van Doorn, Boer, Kalkers, van der Meché, Passchier, 2003).

Por sua vez, Benedict et al., 2005; Gulick, 1997; Jonsson, 1996; Wang, Reimer, Metz, & Patten (2000), referem que pacientes deprimidos com EM apresentam resultados inferiores em medidas padronizadas de qualidade de vida (Bruce & Arnett, 2008). Outra conclusão pertinente refere-se ao facto dos pacientes deprimidos romperem com o apoio social (King & Arnett, 2005; McIvor, Riklan, & Reznikoff, 1984; O'Brien, 1993 cit, in Bruce & Arnett, 2008).

No que toca à ansiedade, esta, também está associada à EM, no entanto existem poucos estudos que avaliam esta relação (Joffe, Lippert, Gray, Sawa, & Horvath, 1987; Schiffer et al., 1983; Zorzon et al., 2001 cit. in Sousa & Pereira, 2008).

A ansiedade é algo que os pacientes com EM experienciam muitas vezes tanto no seu curso normal da doença como devido a problemas específicos relacionadas ou não com a mesma. O medo da dor ou da incapacidade, são frequentemente partilhadas por estes doentes e a própria imprevisibilidade da doença podem causar ansiedade. Esta perturbação é considerada um factor que tem repercutido na deterioração da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes com EM (Olascoaga, 2010).

Estudos têm postulado que a ansiedade poderia ser considerada como um factor intermédio no efeito da incapacidade na saúde mental geral (Janssens et al., 2003). Como sintoma comum na EM, permeia grande parte das fases pelas quais o portador passa, desde o diagnóstico preciso, até à forma de lidar com os aspectos desconhecidos da doença. O que pode acontecer a curto, médio e longo prazo, é imprevisível (Balsimelli, 2005 cit. in Cerqueira, 2010). A autora refere que a diminuição da ansiedade pode ser resolvida através da informação que pode ser obtida com profissionais. O paciente bem informado e seguro tende a recuperar o domínio do seu corpo e agir com maior independência (Cerqueira, 2010). Na realidade, existem trabalhos que sugerem que a prevalência da ansiedade nestes doentes varia entre 19% a 34% (Minden & Schiffer, 1990; Pepper, Krupp, Friedberg, Docher, & Coyle, 1993; Stenager, Knudsen, & Jensen, 1994; Smith & Young, 2000 cit. in Sousa & Pereira, 2008).

Outros investigadores referem que afecta cerca de 16% a 48% dos doentes. Estudos recentes demonstraram que as mulheres com EM desenvolvem níveis mais elevados de ansiedade que os homens (Feinstein, O'Connor, & Feinstein, 1999 cit. in Janssens, Buljevac, van Doorn, Van der Meché, Polman, Passchier et al., 2006), e que nos primeiros dois anos, após o diagnóstico de EM, os doentes e parceiros apresentam altos níveis de ansiedade e stress (Janssens et al., 2006). Segundo os mesmos autores, os estudos realizados apontam para altos níveis de incapacidade estarem associados a altos níveis de ansiedade e depressão e, em consequência disso, poderem afectar igualmente a qualidade de vida dos pacientes com EM.

Relativamente aos distúrbios cognitivos, estes afectam entre 40% a 60% dos utentes portadores de EM. As alterações cognitivas reflectem-se, consideravelmente, nas actividades de vida diária, implicando uma maior dependência na higiene pessoal, na execução das tarefas rotineiras e redução na participação social (Olascoaga, 2010).

Na verdade, os primeiros estudos que demonstraram esta repercussão já referiam que o deterioro cognitivo poderia ser um factor relevante na determinação da qualidade de vida dos sujeitos com EM. Todavia, num estudo levado a cabo em 29 pacientes, não evidenciou a presença de associação entre deterioração cognitiva e qualidade de vida (Connor Lee, Narayana & Wolinsky 2001 cit in Olascoaga, 2010).

Por sua vez, outro estudo com 209 pacientes confirmou a correlação com a avaliação geral de qualidade de vida, mobilidade, sintomatologia e bem-estar emocional/sócio-familiar. Assim sendo, deve-se avaliar as funções cognitivas e emocionais para uma interpretação mais precisa sobre a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde nos sujeitos com EM. (Benito-León, Morales, Rivera-Navarro, & Mitchell, 2003 cit. in Olascoaga, 2010).

As estratégias de coping são uma outra dimensão existente na EM (Gay et al., 2010). Esta dimensão refere-se aos esforços realizados para dominar, reduzir, ou tolerar as possíveis

ameaças ou superar as limitações (Goretti, Portaccio, Zipoli, Hakiki, Siracusa, Sorbi, Amato, 2009).

Contudo, estas estratégias podem ser classificadas como positivas ou negativas, conforme as consequências que trazem para quem as utiliza (Pargament; Peraz, 1998 cit. in Amoroso, 2009).

De acordo com os autores Goretti et al., (2009) existe influência das estratégias de coping na saúde mental e na avaliação global dos sujeitos com EM. Estudos recentes têm proporcionado informação adicional sobre as estratégias de coping utilizadas por estes doentes, desta forma, verifica-se uma menor utilização de estratégias de coping dirigidas ao problema ou de atitude positiva, comparativamente com o evitamento (Goretti et al., 2009).

Ainda neste seguimento, num outro estudo realizado com portadores de esclerose múltipla, verificou-se diferenças entre dois tipos de esclerose múltipla: secundária progressiva e primária progressiva. Ou seja, constatou-se que na primeira, os pacientes apresentaram piores condições relacionadas com a saúde mental (depressão e ansiedade) e qualidade de vida e tenderam a usar mais estratégias relacionadas com a sua situação emocional, comparativamente com estratégias dirigidas à resolução da causa do problema.

Por sua vez, na segunda, apresentaram melhores condições (tanto na saúde mental como na qualidade de vida) e usaram como estratégias de eleição as do tipo instrumental, ou seja, apoio material para aprenderem a suportar aspectos relacionados com sua doença. Ainda neste estudo, e de uma forma geral, demonstrou-se claramente que os aspectos psicológicos e o bem-estar social foram substancialmente afectados pela evolução da doença (Goretti et al., 2009).

Outros estudos desenvolvidos sobre estratégias de coping na EM, geralmente sublinham a relação entre estratégias de coping centradas na emoção e depressão (Gay et al., 2010). A ligação entre depressão e o uso de estratégias de coping centradas no evitamento devem ser clarificadas (Mohr, Goodkin, Gatto, Van Der Wende, 1997; Aikens, Fischer, Namey & Rudick, 1997 cit. in Gay et al., 2010).

De acordo com (McCabe, 2005) a auto-estima que corresponde à avaliação de uma pessoa sobre diferentes aspectos da sua personalidade e qualidade de vida estão mais baixos nas pessoas com EM, comparativamente com a população geral. Bamer, Cetin, Gibbons & Ehde (2008) confirmaram a relação entre suporte social (percepção da avaliação do suporte social e o nível de satisfação do mesmo) e depressão, mostrando que um suporte social mais elevado está relacionado com níveis de depressão mais baixos. Todavia, Pakenham, Stewaert & Rogers (1999) reportou a independência entre suporte social e depressão na EM (Gay et al., 2010).

A euforia também é uma das manifestações que ocorre na EM. Sullivan (1993) definiu euforia como um sentimento exagerado de bem-estar, que ocorre como resposta involuntária à instabilidade emocional (Albuquerque, 2005). Este autor, refere, ainda que a instabilidade emocional pode ser decorrente de lesões desmielinizantes.

A euforia que, se acreditava ser o principal transtorno afectivo na EM, manifesta-se, actualmente, em menos de 10% a 15% dos indivíduos e é acompanhada, tipicamente, de afectação cerebral e, portanto, de deficiências cognitivas.

Segundo Balsimelli (2005) a euforia na EM é o distúrbio menos estudado e o de mais difícil de caracterizar que, deve ser diferenciado da hipomania e da mania. Os pacientes com EM que apresentam euforia não exibem hiperatividade, discurso compulsivo ou aceleração do pensamento, apresentam um estado mental de satisfação e alegria, observando-se ausência de preocupação, ansiedade, tensão ou inquietação. Deste modo, parecem serenos e contentes, até como descrevem as suas incapacidades físicas, apresentando uma incongruência com seu estado real.

De acordo com Balsimelli (2005, p.153) a euforia na EM, não é um processo psicológico, mas neurológico e secundário a lesões desmielinizantes dos lobos frontais, gânglios da base e sistema límbico (Albuquerque, 2005). Não é um quadro reversível nem um estado emocional flutuante, mas uma alteração permanente e irreversível de personalidade (Albuquerque, 2005).

As relações sociais também são afectadas em grande medida devido à problemática da EM. O nível de comprometimento físico que, devido às implicações sobre a autonomia do indivíduo comporta mudanças radicais no âmbito da vida da pessoa, influi de modo determinante na qualidade de vida dos doentes com EM. Nesta situação, podem ser afectados a vida afectiva, as amizades, a vida social, o trabalho, os hobbies, a residência, a economia, entre outros. A invalidez pode provocar uma diminuição da autonomia e da liberdade pessoal. A possibilidade de enfrentar este risco depende em grande parte do indivíduo e uma ajuda válida. Neste sentido, pode depender da atitude positiva adoptada pela família, do ambiente de trabalho, dos amigos e de outras pessoas que se relacionam com o indivíduo (Fundação de Esclerose Múltipla, n.d.).

Estes pacientes, habitualmente exteriorizam a estigmatização que a patologia produz nas suas redes sociais e a perda de relações ou amizades (Goretti, Portaccio, Zipoli, Razzolini & Lamato, 2010).

O impacto da EM nas relações sociais ocorre principalmente como resultado dos sintomas clínicos apresentados, o agravamento da doença ou quadro clínico instável, fadiga e limitação da mobilidade, que, por sua vez, influencia, notoriamente, a qualidade de vida global dos pacientes com EM (Aronson, 1997 cit. in Olascoaga, 2010).

As relações familiares podem ser afectadas como resultado de argumentos frequentes e conflitos com os cuidadores dos pacientes (Rivera-Navarro, Morales-González, Benito-León & Mitchell, 2008). Todavia, neste âmbito não se encontram muitos estudos, mas as informações disponíveis confirmam o impacto negativo da qualidade de vida nos pacientes com EM e nos seus cuidadores (Aymerich, Guillamón & Jovell, 2009).

Mitchell, León, Gonzalez, & Navarro (2004, 2005), referiram que a progressão da doença e a conseqüente degradação do estado físico e mental dos indivíduos com esclerose múltipla, conduzem inevitavelmente à redução da autonomia dos indivíduos. Estas alterações conduzem, muitas vezes, a situações de desemprego ou trabalho precário, bem como a restrições de actividades sociais e alterações na participação activa no agregado familiar. Ainda segundo estes autores, a qualidade de vida tem uma forte correlação com a estigmatização social, profissional e a percepção de desenraizamento social.

Neste seguimento, os autores consideram que é importante estes doentes preservarem o seu trabalho e que seja facilitado o seu desenvolvimento profissional e pessoal, para que

continuem activos do ponto de vista cognitivo, prevenindo as incapacidades cognitivas, protegendo dos estados de depressão e, conseqüentemente, mantendo os valores elevados de Qualidade de Vida.

Torna-se importante mencionar que o desemprego incrementa a dificuldade de adaptação e aumenta a percepção da auto-estima (Rivera-Navarro et al., 2008) e que os pacientes que continuam com a sua actividade laboral ou académica apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida (Patti et al., 2007). Rotstein, Barak, Noy, & Achiron (2000), desenvolveram estudos da relação entre esclerose múltipla e a qualidade de vida concluindo que existe uma forte relação entre a progressão da doença e a qualidade de vida.

Por fim, no que toca ao tratamento, a avaliação da sua eficácia baseia-se na evolução da função física e nos achados na ressonância magnética e não reflecte a situação global e multidimensional da QV do paciente. Além da função física, existem outros factores (sintomas sensoriais, factores sociais, psicológicos ou emocionais) que influenciam notoriamente tanto na evolução da EM como na eficácia do tratamento (Foley & Brandes, 2009).

Apesar de não existir um tratamento que cure a EM, tem-se desenvolvido diversos fármacos e directrizes de administração para reduzir o número de focos e a sua gravidade e retratar a progressão clínica da doença. Dentro deste quadro, a adesão ao tratamento é um dos factores que influenciam a QV (Olascoaga, 2010).

Um estudo recente com 252 pacientes mostrou que, em geral, os pacientes com boa adesão tinham melhor QV, sendo significativamente maior nas dimensões física e de sintomatologia (Olascoaga, 2010).

Desta forma, são muitos os estudos que referem que a administração dos medicamentos imunomoduladores (interferão beta 1a e beta 1b e acetato glatiramer) contribui em grande medida para a qualidade de vida dos sujeitos portadores de esclerose múltipla (Olascoaga, 2010). Todavia, tem-se constatado diferenças na repercussão dos distintos fármacos imunomoduladores noutros aspectos relacionados com a QV dos pacientes com EM, como a depressão. Alguns pacientes em tratamento com o interferão *beta* poderiam ser mais vulneráveis à depressão. Deste modo, tem-se descrito o impacto negativo do tratamento com interferão *beta* no domínio mental da QV e a depressão tem mostrado ser um dos principais factores preditivos de uma pobre qualidade de vida. Contudo o acetato glatiramer não exerce nenhum efeito negativo relativamente ao desenvolvimento da depressão, pois este tipo de fármaco é usado em pacientes com história clínica de depressão (Tsai, 2007).

Importa referir que, o tratamento para contribuir para uma melhor qualidade de vida e saúde mental deve ser apropriado a cada paciente (Olascoaga, 2010).

- **Estudos sobre saúde mental em portadores de Esclerose Múltipla**

De acordo com a revisão literária, os indivíduos com EM são afectados numa variedade de formas, que vão desde salientes incapacidades físicas a problemas cognitivos e psicológicos. Todavia, a depressão é a dimensão que tem sido mais estudada devido à sua prevalência entre

pacientes com esclerose múltipla, descorando-se, assim, o estudo de outras formas de psicopatologia na Esclerose Múltipla (Bruce & Arnett, 2008).

Kern, Schrempf, Schneider, Schultheib, Reichmann & Ziemssen (2009) realizaram um estudo onde incluíram 31 pacientes com três anos de diagnóstico definido de EM do tipo recorrente-remitente (EMRR) e 24 sujeitos normativos, seleccionados de acordo com a idade e o sexo. Neste estudo o objectivo era avaliar o impacto do sofrimento psicológico sobre a qualidade de vida destes utentes. Neste sentido, usando, o instrumento de avaliação SCL-90-R, concluíram que os pacientes com EMRR relataram significativamente, mais sofrimentos psicológico quando comparados com o grupo de sujeitos normativo. Além da depressão, os pacientes com EMRR relataram uma carga sintomática significativamente maior para a somatização, transtorno obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. A carga de sintomas foi significativamente mais pronunciada quando comparada com os sujeitos do grupo saudável (Kern et al., 2009)

Nesta amostra de pacientes com EMRR, o sofrimento psicológico foi significativamente associado com problemas neurológicos, (sensibilidade interpessoal e psicoticismo). A sua descoberta está de acordo com precedentes relatórios que mostram uma ligação entre a incapacidade neurológica e sintomas afectivos e co-morbilidade psiquiátrica. Dado que este estudo incidiu sobre um grupo de pacientes na fase inicial de EM, os níveis elevados de sofrimento psicológico, na ausência de incapacidade neurológica, poderiam ser explicados pelo aumento das exigências emocionais que são frequentemente associados ao diagnóstico de EM. Muitos pacientes relatam sentimentos de incerteza e imprevisibilidade perante uma doença crónica e ainda incurável. Em comparação com a população em geral, a qualidade de vida muitas vezes é prejudicada pela angústia sentida no início do diagnóstico de EM. Crescente evidência apoia a noção de que, além de problemas neurológicos, sofrimento psíquico e sintomas psiquiátricos têm um grande impacto na QV em pacientes com EM (Kern et al., 2009).

Por sua vez, Bruce & Arnett (2008) elaborou um estudo longitudinal num periodo de três anos em 79 pacientes com diagnóstico de Esclerose Múltipla definida. Contudo, após os três anos da primeira avaliação, apenas 53 utentes apareceram para a segunda avaliação. Neste estudo, foi examinado o curso longitudinal de diferentes formas de psicopatologia em pacientes com EM e, em seguida, avaliou-se em que medida as pontuações dos pacientes foram clinicamente elevadas. Por fim, houve um esforço para avaliar as características que podem diferenciar os indivíduos com níveis mais elevados *versus* menos elevados de psicopatologia na EM. Os participantes foram recrutados por neurologistas e grupos de apoio a portadores de EM no noroeste dos Estados Unidos. Importa referir que cada participante foi diagnosticado como tendo EM definida ou provável com base nos critérios de Poser et al. (1983) e de um neurologista credenciado que também determinou o curso da doença através de critérios normalizados. Neste seguimento, tendo em conta a alta prevalência de depressão e ansiedade que estudos anteriores têm relatado, propôs-se a hipótese de que os níveis de psicopatologia, especialmente a

depressão e a ansiedade, seriam elevados em relação à população normativa (Bruce & Arnett, 2008).

Desta forma, com base nos escassos estudos longitudinais sobre depressão que têm sido realizados em pacientes com esclerose múltipla, elaborou-se, provisoriamente, a hipótese de que os níveis de psicopatologia relatados seriam relativamente estáveis ao longo do tempo. Neste estudo foram utilizados como instrumentos de avaliação, o symptom checklist 90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1983); Shipley Institute of Living Scale (Zachary, 1986); Beck Depression Inventory-2nd edition (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996); e, Chicago Multiscale Depression Inventory (CMDI; Nyenhuis et al., 1995 cit. in Bruce & Arnett, 2008).

Na investigação deste estudo comparou-se as pontuações dos pacientes com EM com uma amostra normativa de pacientes sem qualquer perturbação psiquiátrica, de idade semelhante, com o intuito de avaliar a extensão, em que os seus relatos de psicopatologia percebida eram clinicamente significativos em ambos momentos de avaliação (Bruce & Arnett, 2008).

Como foi mencionado anteriormente, realizaram-se poucas pesquisas sobre psicopatologia que não a Depressão. Porém, baseando-se nos estudos sobre Depressão, especulou-se que os níveis de psicopatologia deveriam ser consideráveis. Verificou-se que um número considerável de participantes mostrou elevações clínicas superiores a 52% em comparação com a amostra normativa de participantes de acordo com os critérios para níveis clinicamente elevados de psicopatologia. Estes resultados foram clinicamente significativos porque os mesmos sugerem que níveis elevados de angústia não retornam, espontaneamente, ao longo do tempo. Também é sabido que existem inúmeros sintomas físicos associados à EM (Bruce & Arnett, 2008).

Devido a isto, não é de estranhar que a escala clínica com a maior elevação em ambas as ocasiões foi o índice de Somatização. Assim sendo, as escalas clínicas com as maiores elevações foram a somatização e a perturbação Obsessivo-Compulsiva (Bruce & Arnett, 2008).

Nestas escalas mais de 45% dos pacientes apresentaram elevações clínicas em ambos os momentos de avaliação. Verificou-se, também, elevações clínicas sobre a Depressão e ansiedade em ambas as ocasiões. Isto é consistente com estudos anteriores que examinaram a depressão e a ansiedade em utentes com EM (Diaz-Olavarrieta et al, 1999;. Joffe, et al, 1987;. Peterson, 1989 cit. in Bruce & Arnett, 2008).

Curiosamente, os resultados mostraram que uma alta percentagem de pacientes com esclerose múltipla, também relatou elevações clínicas na escala Psicoticismo em ambos os momentos. Poucos estudos examinaram a incidência de sintomas psicóticos entre os pacientes com EM e, naqueles que encontraram incidência, esta é relativamente baixa. Este estudo, será, portanto, benéfico em futuras pesquisas para explorar a relação deste construto na EM (Bruce & Arnett, 2008).

Para as restantes escalas clínicas, não mais que 25% dos pacientes demonstraram elevação no tempo 2, com excepção da depressão, que apresentou elevação no tempo 1 (42%), sendo que as escalas restantes giravam em torno de uma percentagem de 20-30% igualmente no tempo 1 (Bruce & Arnett, 2008).

Finalmente, para as escalas gerais, ou seja, tanto para o Índice de severidade de sintomas positivos como para índice global de severidade, mais de 30% dos pacientes evidenciaram elevação nos dois momentos (Bruce & Arnett, 2008).

Apesar de neste estudo os investigadores não terem um grupo de controlo para estabelecer uma comparação directa, o facto de verificarem que entre 20% a 52% dos participantes com esclerose múltipla apresentaram uma elevação em todas as escalas, menos em duas (ideação paranóide e ansiedade fóbica), estes valores são muito mais elevados do que 9% (equivalente a um *t-score* de 63 numa distribuição normal) o que seria esperado numa amostra de controlo saudável (Bruce & Arnett, 2008).

Estes dados sugerem que altos níveis de uma ampla gama de psicopatologia em pacientes com esclerose múltipla, podem ser replicadas e, isto, será importante para criar intervenções eficazes para resolver estes problemas, mais especificamente. Em particular, diferentes tipos de intervenções, além da medicação psicotrópica que, quase metade estavam a tomar, pode ser mais apropriada, dependendo do tipo de psicopatologia (eg. depressão, ansiedade, sintomas obsessivo-compulsivos) relatada pelos pacientes (Bruce & Arnett, 2008).

Por fim, verificou-se que uma duração maior dos sintomas está associada a um nível menor de depressão. Este achado é oposto ao que estudos anteriores referem sobre depressão (Bruce & Arnett, 2008).

- **Estudos sobre Qualidade de vida em portadores de Esclerose Múltipla**

Analisando diversas investigações que estudam a QV de pessoas com EM, verificou-se que a maioria dos indivíduos que participaram nestes tipos de estudos apresentaram uma percepção negativa da sua QV (Campbell, Sharp, & Somerset, 2002). Martín (2001) referiu que poderá haver uma melhoria da QV nos portadores de EM caso estejam reunidas as condições como, acesso a consultas especializadas, potencialização dos recursos funcionais existentes, adaptação à doença, apoio psicoafectivo e neutralização das perturbações emocionais.

De acordo com Arnold, Ranchor, Sanderman, Kempen, & Ormel, (2004); Katschnig et al., (1997); e Schipper et al., (1996) as variáveis sócio-demográficas e clínicas têm uma contribuição relevante para a forma como a pessoa percebe a sua saúde ou confronta a doença. Assim, a pertinência destas variáveis é indiscutível na explicação dos índices de QV global (Pereira, 2009).

Apesar de serem notórios os progressos na investigação sobre QV e saúde mental no âmbito da saúde, são essenciais mais estudos que investiguem as relações entre QV e variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade), pois é difícil encontrar-se na literatura informação referente a algumas destas variáveis (Pereira, 2009).

Neste seguimento, relativamente à variável idade, diferentes autores comprovaram que quanto mais avançada a idade menor a QV, ou seja, este decréscimo acompanha o envelhecimento do indivíduo (Ferreira & Santana, 2003; Meneses, 2005; Min et al., 2002; Pais-Ribeiro, 2005; Pedro, 2007 cit. in Pereira, 2009). Nas investigações, levadas a cabo por Pedro (2007), e Pais-Ribeiro (2005), verificou-se a existência de correlações entre a idade e as

dimensões da QV estudadas. Deste modo, concluiu-se que quanto mais avançada for a idade do sujeito, menor é a sua QV, sendo as pessoas mais jovens as que patenteiam uma melhor QV (Pereira, 2009).

Numa investigação levada a cabo por Soares (2006), verificou-se apenas uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a dimensão física da QV, verificando que a QV nesta dimensão era mais elevada nas pessoas mais novas. Este resultado foi compreensível, segundo a autora, porque, com o envelhecimento, estes doentes começam a mostrar limitações na execução de actividades físicas.

Na óptica de Léon, Morales & Navarro (2002), a QV diminui com a progressão da doença, que aumenta com a idade. Isto, por sua vez, prejudica os aspectos físicos e psíquicos e amplia as dificuldades nas relações sociais. No estudo de Soares (2006) verificou-se que, com o aumento do tempo de doença, o apoio social percebido pelos portadores de EM diminui. Esta situação poderá dever-se ao desgaste que a doença produz nos familiares e pessoas próximas do utente, as quais eventualmente são fonte de suporte emocional (Moos & Shaffer, 1984, cit. in Soares, 2006).

Por sua vez, relativamente à variável sexo, são alguns os autores que constataram que o sexo feminino evidencia níveis mais baixos de QV comparativamente ao sexo masculino (Pasculli et al., 2004; Pedro, 2007; Prause et al., 2005; Silva, 2003; Soares, 2006; (Vásquez, Valderrábano, Fort, Jofre, López-Gómez, Moreno, et al., 2005). Contudo, alguns autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre esta variável na QV (Lo Coco, Lo Coco, Cícero, Oliveri, Lo Verso, Piccoli, et al., 2005; Perkins, Stump, Monahan, & McHorney, 2006).

Adicionalmente, Pedro (2007), elaborou um estudo com 280 indivíduos portadores de esclerose Múltipla, na qual constatou diferenças estatisticamente significativas nas diferentes dimensões da QV em função da variável sexo. Neste sentido, apuraram que os homens apresentavam uma percepção de QV mais elevada relativamente ao género feminino (Pereira, 2009). Estes resultados foram também comprovados na investigação levado a cabo por Soares (2006), com 54 portadores de EM. Contudo, no estudo de Miller & Dishon (2006), com doentes com EM, não se constatou que o sexo feminino apresentava valores inferiores de QV comparativamente ao sexo masculino.

Nesta linha, na perspectiva de Pasculli, Resta, Guastamacchia, Di Gennaro, Suppressa & Sabbà (2004) a razão pelas quais as mulheres apresentam menores valores de QV pode estar relacionado com o facto destas, manifestarem maior probabilidade de problemas psiquiátricos. Outra razão para este resultado, de acordo com McDonnel, Gielen, Wu, O'Campo, & Faden (2000) e Riedinger et al., (2001) refere-se ao impacto negativo da doença sobre a capacidade da mulher desempenhar as actividades tradicionais de vida diária, podendo, assim, prejudicar a sua auto-estima e, conseqüentemente, a sua QV (Mrus, Williams, Tsevat, Cohn & Wu, 2005).

Na variável referente às habilitações literárias, de acordo com a revisão literária, um nível mais elevado de escolaridade está associado a uma melhor QV (Arnold et al., 2004; Ferreira & Santana, 2003; Janz et al., 2005; Pedro, 2007; Perez et al., 2005; Silva, 2003 cit. in Pereira, 2009). No entanto, em alguns estudos não se verificou a existência de associação entre a variável escolaridade e a QV (Lo Coco et al., 2005; Meneses, 2005; Prause, Saletu, Tribl, Rieder,

Rosenberger, Bolitschek, et al., 2005). Em acréscimo, Pedro (2007) verificou a existência de correlações, ainda que baixas, entre a escolaridade e as Dimensões da QV investigadas, isto é, quanto maior o nível de escolaridade mais elevados são os níveis de QV. Estes resultados poderão dever-se ao facto da escolaridade contribuir para uma maior capacidade de mobilizar recursos. Mais, especificamente, proporcionar o acesso à informação necessária para melhorar as condições quotidianas, promovendo, assim, uma boa percepção de QV (Pedro, 2007 cit. in Pereira, 2009). Como salienta Djikers (1999), sujeitos com um nível académico mais elevado, apresentam níveis de satisfação com a vida, também mais elevados e conseguem com maior facilidade um emprego e uma maior remuneração (Pereira, 2009).

Neste seguimento, Pereira (2009), desenvolveu um estudo, que compreendeu uma amostra total de 60 sujeitos com diagnóstico de EM, pertencentes aos distritos do Porto e Aveiro sócios da Associação Nacional de Esclerose Múltipla, com idade superior a 18 anos.

Esta investigação teve como principal objectivo analisar a percepção da QV e a Espiritualidade numa amostra de sujeitos com EM (Pereira, 2009).

Como instrumentos de avaliação, foram utilizados o Questionário Sociodemográfico e Clínico, o WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006 cit. in Pereira, 2009) e Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007 cit. in Pereira, 2009).

Relativamente aos resultados tanto na QV Geral como no D1 (físico), as pessoas com EM deste estudo apresentavam valores de QV abaixo da média da população geral Portuguesa. Conclui-se que mais de metade dos participantes apresentavam uma má percepção no indicador QV Geral e no D1 (Físico), sendo, nesse sentido, este o domínio onde se constata maior necessidade de intervenção (Pereira, 2009).

Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da QV (nos seus diferentes indicadores) em função do sexo dos inquiridos. No entanto, pode-se constatar que as mulheres evidenciavam valores mais baixos de QV do que os homens (em todos os indicadores da QV) (Pereira, 2009).

Pode-se observar que existe apenas uma associação estatisticamente significativa, negativa, entre o D3 (Relações Sociais) e a idade. A correlação obtida indica que quanto maior (menor) a idade, menor (maior) a QV no D3 (Relações Sociais) (Pereira, 2009).

Não existem correlações estatisticamente significativas entre a QV e a escolaridade (Pereira, 2009).

A amostra apresentava uma percepção de QV inferior à da população geral Portuguesa. Contudo, os dados obtidos ao nível da Espiritualidade não se coadunam com os dados de Mohr et al., (1999),), uma vez que estes autores consideram que as pessoas com EM deveriam evidenciar bons níveis de Espiritualidade com o aparecimento desta doença e a presente amostra evidenciou índices moderados (Makros & McCabe, 2003 cit. in Pereira, 2009).

No que concerne à variável QV, verificou-se que os indivíduos que relataram melhor QV eram as pessoas mais novas, com menos anos de diagnóstico, que praticavam exercício físico e que apresentavam maiores índices de Espiritualidade. É ainda de sublinhar que a variável Esperança/Otimismo revelou-se predictor da QV Geral. No que toca à Espiritualidade, apenas

os doentes praticantes de algum tipo de religião evidenciaram valores mais elevados de Espiritualidade, destacando-se a prática religiosa como variável predictor da Espiritualidade e da dimensão Crenças (Pereira, 2009).

Wynia, Middel, Ruiten, Van Dijk, Lok, et al., (2009) propuseram um estudo com duas amostras, sendo que os questionários foram entregues pelo correio. Numa das amostras, foram enviados 172 questionários para a associação do paciente com EM no norte da Holanda. Aqui apenas obtiveram resposta de 153 utentes. Por sua vez, na segunda amostra foram enviados os questionários para 562 indivíduos do centro da cidade de Groningen, todavia, nem todos responderam, ou seja, apenas 377 o fizeram. Estes participantes (da segunda amostra) faziam parte do Departamento de Neurologia do Hospital Universitário. Na amostra de teste-reteste, dos 279 pacientes que concordaram em preencher os itens duas vezes, em dois intervalos de um mês, apenas 251 devolveram o questionário (Wynia et al., 2009).

Este estudo teve como objectivo desenvolver uma medida que reflectisse a dimensão subjectiva do funcionamento e da saúde, a percepção das perturbações específicas da EM; examinar a única contribuição desta dimensão subjectiva nas problemáticas relacionadas com a EM na Qualidade de Vida, tal como foi hipotetizado pelos autores, para além das dificuldades, a percepção das dificuldades explica uma parte estatisticamente significativa da Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla. Os investigadores responsáveis por este estudo controlaram a severidade (como uma estimativa para as dificuldades/ perturbações/ problemáticas) na análise do impacto da percepção da doença na Qualidade de Vida (Wynia et al., 2009).

Como instrumentos foram utilizados o Multiple Sclerosis Impact Profile-Disability Perception (MSIP-DP); o World Health Organisation Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF) e o short form questionnaire (SF-36) (Wynia et al., 2009).

Relativamente ao funcionamento social, saúde mental e dor corporal, estas foram estatisticamente significativos, com excepção da variável física (SF-36). Verificou-se ainda que a percepção de incapacidade na função da saúde mental foi o preditor mais significativo para as cinco variáveis do questionário SF-36, o que significa que os pacientes que percebem as suas incapacidades ao nível mental (cognitiva, emocional e funções do sono) como menos problemáticas, relataram melhores níveis de qualidade de vida. A percepção no que toca às restrições nas situações de vida diária (mobilidade, cuidados pessoais, relações sociais informais, emprego e actividades recreativas) foi um relevante preditor da qualidade do funcionamento social. Relativamente ao MSIP-DP, a percepção da dor foi um preditor estatisticamente significativo no domínio da dor corporal. A Fadiga foi um preditor estatisticamente significativo de vitalidade (Wynia et al., 2009).

Por conseguinte, a respeito do WHOQOL-bref, verificou-se que a percepção das alterações nas funções mentais foi significativa para todas as variáveis de QV, com excepção na escala das relações sociais e, foi ainda mais significativo na saúde física e saúde psicológica, o que significa que os pacientes que percebem as suas limitações nas funções mentais como menos problemáticas revelam melhor QV. A percepção das restrições nas situações de vida diária, foi o preditor mais forte na variável ambiente, pois pacientes que percebiam menos

restrições, por exemplo, na mobilidade, actividades recreativas ou emprego relataram melhor qualidade de vida. A percepção de falta de apoio ao nível ambiental (família, segurança, serviços sociais e de saúde) também contribui significativamente para a explicação do domínio ambiente na QV. Por fim a percepção da dor foi um preditor estatisticamente significativo no domínio das relações sociais e do meio ambiente na QV. A percepção de limitações nas funções reprodutiva e de excreção foi um factor explicativo significativo em dois aspectos da QV - relações sociais e saúde psicológica, o que sublinha um impacto psicossocial potencialmente significativo no que diz respeito às dificuldades de defecação, micção e sexual. Estes resultados reforçam a relação entre os aspectos ambientais, operacionalizados no questionário WHOQOL-bref, - recursos financeiros, ambiente doméstico, transporte, acessos de saúde e assistência social - e, a percepção da participação nas situações de vida (Wynia et al., 2009).

Assim sendo, a percepção das limitações explicou numa proporção considerável uma variação na qualidade de vida em doentes com EM, mesmo quando os efeitos da severidade da doença foram tidos em conta (Wynia et al., 2009).

Capítulo 2 - Estudo Empírico

2.1. Objectivos do Estudo

2.1.1. Objectivo Geral

Estudar e analisar indicadores de qualidade de vida e saúde mental em sujeitos portadores de Esclerose Múltipla sócios da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) e em sujeitos saudáveis/normativos da população Portuguesa, do sexo masculino e feminino, com idades superiores a 18 anos, de diferentes níveis educacionais.

2.1.2. Objectivos Específicos

- Conhecer as características sociodemográficas dos sujeitos portadores de Esclerose Múltipla e dos sujeitos normativos participantes no estudo;
- Caracterizar o perfil mental dos sujeitos participantes no estudo, relativamente a diferentes indicadores psicopatológicos;
- Caracterizar a percepção geral de qualidade de vida dos sujeitos participantes no estudo, e os domínios individuais de percepção Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente da qualidade de vida;
- Analisar a relação entre os diferentes indicadores de saúde mental na amostra de sujeitos participantes no estudo;
- Analisar a relação entre os diferentes domínios de percepção com a qualidade de vida na amostra de sujeitos participantes no estudo;
- Analisar o efeito das características sociodemográficas no perfil de Saúde Mental apresentado pelos sujeitos com Esclerose Múltipla, comparativamente com o grupo normativo;
- Analisar o efeito das características sociodemográficas na percepção com a Qualidade de Vida apresentada pelos sujeitos com Esclerose Múltipla, comparativamente com o grupo normativo;
- Avaliar dependência da percepção da qualidade de vida nos indivíduos portadores de Esclerose Múltipla com a presença de dimensões psicopatológicas.

2.2. Metodologia

Atendendo às características do fenómeno que se pretende estudar ser uma área insuficientemente conhecida, optou-se por um estudo de natureza exploratória e comparativa. Desta forma, optou-se pela não formulação de hipóteses. Trata-se de um estudo do tipo

quantitativo, pois utiliza a análise matemática como linguagem para descrever os fenómenos, isto é, permite explicar os mesmos com base na quantificação e categorização, utilizando instrumentos precisos que garantem a objectividade e a aplicação de procedimentos correlacionais, normalmente questionários e entrevistas (Almeida & Freire, 2007); descritivo porque pretende descrever fenómenos de interesse, identificar as variáveis em estudo e inventariar factos; e, correlacional porque através do método descritivo é possível ir além da mera descrição dos fenómenos, ou seja, o investigador consegue estabelecer relações entre as variáveis, quantificando tais relações (Almeida & Freire, 2008).

Por sua vez, no que se refere ao tipo de amostra, esta consiste numa amostragem não probabilística, nomeadamente, amostragem acidental, casual ou por conveniência, porque os elementos que a constituem foram seleccionados pela sua conveniência, ou seja, o objectivo foi reunir um grupo de sujeitos com características específicas, mais precisamente, indivíduos da população Portuguesa com diagnóstico de Esclerose Múltipla sócios da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla, comparados com indivíduos da população Portuguesa saudáveis/normativos.

Por fim, no que toca aos critérios de inclusão da amostra, estes são:

Critérios de inclusão para os sujeitos da amostra com EM:

- Doentes com o diagnóstico de EM;
- Doentes de ambos os sexos;
- Idade superior a 18 anos;
- Capacidade de proporcionar Consentimento Informado;
- Inexistência de história de psicopatologia grave (segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR), para além de depressão ou alterações de personalidade consequentes ao diagnóstico de EM: Depressão Major; esquizofrenia, distúrbio bipolar, alcoolismo ou abuso de outras substâncias e Demência.

Critérios de inclusão para o Grupo Controlo:

- Inexistência de diagnóstico de EM;
- Participantes de ambos os sexos;
- Idade superior a 18 anos;
- Participantes saudáveis, equivalente quanto às seguintes variáveis: idade (mais ou menos 3 anos), escolaridade (mais ou menos 3 anos) e género;
- Inexistência de história de psicopatologia grave (segundo o DSM-IV-TR), para além de depressão ou alterações de personalidade consequentes ao diagnóstico de EM: Depressão Major; esquizofrenia, distúrbio bipolar, alcoolismo ou abuso de outras substâncias e Demência.

2.2.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 84 sujeitos da População Portuguesa, sendo que 42 sujeitos apresentavam diagnóstico de Esclerose Múltipla e eram sócios da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla e 42 eram sujeitos saudáveis/normativos. No grupo constituído pelos sujeitos com Esclerose Múltipla, 45,2% eram do sexo Masculino e 54,8% eram do sexo feminino. O que se verificou igualmente no grupo normativo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do grupo de participantes segundo o género

Género	Condição do sujeito			
	Normativo		Clínico	
	N	%	N	%
Masculino	19	45,2	19	45,2
Feminino	23	54,8	23	54,8
Total	42	100,0	42	100,0

A faixa etária da amostra global reuniu sujeitos entre os 24 e os 76 anos. Mais precisamente, no que respeita ao grupo normativo as idades variaram entre os 24 e os 76 anos, a média das idades situou-se nos 43,6 com um desvio padrão associado de 11,7 anos. Por sua vez, no grupo clínico as idades dos sujeitos encontraram-se entre os 25 e os 75 anos, a média das idades foi de 43,7 e o desvio padrão é de 11,5. Considerando, ainda a distribuição dos participantes no que respeita à idade, observou-se que 50% dos sujeitos, quer no grupo de normativo quer no grupo de clínico apresentaram idade superior ou igual a 45 anos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do grupo de participantes segundo a idade

		Condição do Sujeito	
Idade		Normativo	Clínico
N	Válidos	42	42
	Omissos	0	0
Média		43,6	43,7
Moda		29	48
Desvio padrão		11,7	11,5
Mínimo		24	26
Máximo		76	75
Percentis	25	32,7	33,0
	50	45,0	45,5
	75	51,2	52,0

No que concerne às habilitações Literárias, no grupo normativo verificou-se que houve mais participantes a terem frequentado o ensino superior (n=18, 42,9%) e que 35,7% dos sujeitos frequentou o ensino Básico (1º, 2º e 3º ciclo). Por sua vez, no grupo clínico 40,5% dos sujeitos frequentou o ensino superior e 33,3 % frequentou o ensino básico (1º, 2º e 3º ciclo) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do grupo de participantes segundo as habilitações literárias

Habilitações	Condição do sujeito			
	Normativo		Clínico	
	N	%	N	%
Frequentar Ens. Bas.	15	35,7	14	33,3
1ª ciclo	4	9,5	2	4,8
2º ciclo	3	7,1	5	11,9
3º ciclo	8	19,0	7	16,7
Frequentar Ens. Sec.	9	21,4	11	26,2
Frequentar Ens. Sup	18	42,9	17	40,5

2.2.2. Instrumentos

Para a realização deste trabalho optou-se pela aplicação de três instrumentos: o *Questionário Sociodemográfico*, o *Questionário de Avaliação de 90 sintomas (Symptom Checklist: SCL-90-R)* e o *Questionário de Qualidade de Vida (World Health Organization Quality Of Life: WHOQOL-Bref)*.

- **Questionário Sociodemográfico**

No que toca ao questionário sócio-demográfico, este foi elaborado em duas versões distintas, ou seja, uma para sujeitos portadores de Esclerose Múltipla, e outra para sujeitos saudáveis/normativos que constituíram o grupo controlo desta investigação. Desta forma, o questionário sócio-demográfico para os sujeitos com Esclerose Múltipla pretendeu recolher informação sobre o género, idade, habilitações literárias, estatuto sócio-económico, estado civil, local de residência, constituição do agregado familiar, presença de outras doenças crónicas, o ano em que sentiu o primeiro sintoma e o ano do diagnóstico de EM, tipologia de EM, número de surtos e o número de internamentos, os sintomas físicos e psicológicos, o tipo de medicação administrada diariamente e na fase dos surtos, a recorrência a apoio psicológico (duração, motivo, tipo de instituição, entre outros), as alterações evidentes por ser portador de EM, entre outros. Por sua vez, o questionário sócio-demográfico para os sujeitos do grupo controlo, este pretendeu adquirir, apenas, dados relativos à caracterização dos sujeitos (género, idade, habilitações literárias, estatuto sócio-económico, estado civil, local de residência e constituição do agregado familiar) e informação relativa ao seu estado de saúde (presença de doenças crónicas e a recorrência a apoio psicológico - duração, motivo, tipo de instituição, entre outros).

- **Questionário de avaliação de 90 sintomas - Symptom Check-List (SCL-90-R)**

Por sua vez, o questionário *SCL-90-R*, constitui um instrumento de avaliação desenvolvido para identificar problemas psicológicos e sintomas de psicopatologia representados pela lista de 90 sintomas (Anastasi & Urbina, 1998).

As instruções deste teste indicam que o sujeito submetido a avaliação psicológica deve, através de uma escala de 5 pontos (0 = Nunca; 1= Pouco; 2= Moderadamente; 3= Bastante; 4 = Muito), indicar o grau em que sentiu cada um dos 90 sintomas referidos pelo teste nos últimos sete dias (Anastasi & Urbina, 1998). Avalia, portanto, estados ao invés de traços (Anciães, 2008). Para se obterem as pontuações para as dimensões psicopatológicas devem-se somar os valores (0-4) obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. A soma obtida deverá, seguidamente, ser dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu, para essa dimensão. Deve-se alertar o indivíduo de que a opção feita para cada questão, deve ser assinalada considerando o modo como aquele item o afectou nos últimos sete dias (Canavarro *cit. in* Anciães, 2008)

Os sintomas descritos no SCL-90-R estão organizados em 9 dimensões de psicopatologia: 1. Somatização (SOM); 2. Obsessão - Compulsão (OBS); 3. Sensibilidade Interpessoal (INT); 4. Depressão (DEP); 5. Ansiedade (ANS); 6. Hostilidade (HOS); 7. Ansiedade Fóbica (FOB); 8. Ideação Paranóide (PAR); 9. Psicoticismo (PSI) (Anastasi & Urbina, 1998). Em acréscimo, no teste consta, também, Escala Adicional (ADI) que abarca dimensões sintomáticas (Anciães, 2008).

De acordo com Derogatis (1982), as nove dimensões primárias podem ser descritas do seguinte modo:

- Somatização - Reflecte o mal-estar que deriva da percepção do funcionamento somático (engloba os itens 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58).
- Obsessões-Compulsões - esta dimensão abrange as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados pelo indivíduo como persistentes e aos quais não consegue resistir, apesar de serem egodistónicos (compreende os itens 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65).
- Depressão - esta dimensão representa os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79).
- Hostilidade - esta dimensão centra-se nos pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera (inclui os itens 11, 24, 63, 67, 74, 81).
- Ansiedade Fóbica - traduz-se por uma resposta de medo persistente que sendo irracional e desproporcionado relativamente ao estímulo, acarreta comportamentos de evitamento (engloba os itens 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82).
- Ideação Paranóide - esta perturbação manifesta-se através de pensamentos projectivos, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios (compreende os itens 8, 18, 43, 68, 76, 83).

- Psicoticismo - esta escala abrange itens indicadores de isolamento, de estilo de vida esquizóide, sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamentos. Esta dimensão fornece ainda um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro até à evidência dramática de psicose (inclui os itens 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90).

Ainda neste seguimento, e de modo a averiguar diferentes aspectos do sofrimento psicopatológico geral procede-se ao cálculo de três índices globais: o índice global de severidade (GSI, *Global Severity Index*) que avalia a intensidade do sofrimento psíquico (somatório de todos os itens correspondentes a todas as dimensões a dividir pelo número total de itens); o total de sintomas positivos (PST, *Positive Symptom Total*) que avalia o número de sintomas presentes (número de itens com valor diferente de zero - isto é, maior de zero; e, também o denominado total de respostas positivas e/ou índice de severidade dos sintomas positivos (PSDI, *Positive symptom distress index*) que relaciona o sofrimento global com o número total de sintomas, ou seja, avalia a intensidade sintomática média (GSI a multiplicar por 90 e depois o resultado a dividir pelo PST) (Anciães, 2008).

Comparativamente com outros questionários construídos com o mesmo objectivo, o SCL-90-R contém a vantagem de avaliar um maior número de dimensões psicopatológicas (Canavarro, *cit. in* Simões, Gonçalves & Almeida, 1999).

De acordo com Payne (1985), a análise factorial das escalas indicaram que estas se correlacionam e, conseqüentemente não são de muita utilidade para o diagnóstico diferencial. Não obstante, os índices globais, que derivam da lista de verificação, demonstraram ser indicadores confiáveis da presença e gravidade de psicopatologia (Anastasi & Urbina, 1998).

- **Questionário de Qualidade de Vida - *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref)**

Por último, para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos da amostra, foi utilizada a versão breve do questionário “*World Health Organization Quality of Life*” em versão portuguesa de Portugal - WHOQOL-Bref (Organização Mundial de Saúde, adaptação para língua portuguesa de Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro & Quartilho et al., 2006).

Este instrumento constitui uma medida genérica multidimensional e multicultural, que possibilita a avaliação subjectiva da QVD, podendo ser utilizado num alargado conjunto de doenças físicas, perturbações psicológicas, assim como, em indivíduos da população geral (Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

O WHOQOL-Bref é, assim, um questionário constituído por 26 questões, em que duas são mais gerais, ou seja, referem-se à percepção geral de QV e à percepção geral de saúde. No que concerne às restantes 24 questões, estas apresentam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Assim sendo, está organizado em 4 domínios distintos (Físico - domínio 1, Psicológico - domínio 2, Relações Sociais - domínio 3, Meio Ambiente - domínio 4) e, uma Faceta Geral de QV. No que diz respeito ao domínio Físico, este engloba a dor e o desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade, actividades de vida quotidiana;

dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho (Maia & Pessoa, 2009). Por conseguinte, o domínio Psicológico coaduna-se com sentimentos positivos; pensamentos, aprendizagem, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos, espiritualidade / religião e crenças pessoais. O domínio das Relações Sociais, por seu turno, relaciona-se com as relações pessoais; suporte (apoio) social e actividade sexual (Maia & Pessoa, 2009). Em última instância, o domínio do Meio Ambiente reporta-se à segurança física e protecção; ambiente no lar; recursos económicos/financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades ou competências; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição / ruído / transito / clima e transporte (Maia & Pessoa, 2009).

As questões patentes no WHOQOL-Bref foram formuladas para quatro escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. A escala de resposta de intensidade reporta para o grau ou medida em que a pessoa experiencia um estado ou situação; a escala de resposta de capacidade refere-se à disponibilidade pessoal para um sentimento, estado ou comportamento; a escala de frequência diz respeito ao número de vezes em que ocorre um estado ou comportamento e a escala de resposta de avaliação refere-se à percepção de um estado, capacidade ou comportamento (Vaz Serra et al., 2006). Neste instrumento o respondente deve ter como referência as suas duas últimas semanas para responder a cada conjunto de itens (Maia & Pessoa, 2009).

Por fim, importa mencionar que a versão portuguesa deste instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, pois recorrendo ao coeficiente de alfa de Cronbach constatou-se que a avaliação da consistência interna é aceitável, quer se considerem o conjunto dos Domínios (.79) ou os Domínios individualmente: Físico (.87), Psicológico (.84), Relações Sociais (.64) e Meio ambiente (.78). Tendo em consideração as 26 questões que compõem o instrumento, o valor do alfa de Cronbach é de .92 (Vaz Serra et al., 2006 cit. in Moreira et al., 2008).

2.2.3. Procedimento

Num momento inicial e, após a escolha do tema, efectuou-se a realização de uma pesquisa e revisão bibliográfica referente à problemática em estudo. Posto isto, elaborou-se um projecto de trabalho sobre a investigação a realizar, contendo informações como:

- Informações sobre a candidatura (título; informações sobre o candidato e orientação científica).
- Programa de trabalhos (Estado da Arte).
- Objectivos (geral e específicos).
- Descrição do Estudo (Tipologia, Amostra - critérios de inclusão, Material/instrumentos e Procedimento).

Posteriormente, procedeu-se, via telefone, ao pedido de autorização para a realização do estudo junto ao director administrativo da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla com sede em Lisboa. Seguidamente, foi necessário enviar, via e-mail, ao Conselho de Administração da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla e respectiva Comissão de Ética o projecto de trabalho sobre o estudo (ver anexo A); uma carta a formalizar o pedido de autorização para a realização da investigação, emitida pelo orientador de Dissertação de Mestrado (ver anexo B); um exemplar de um consentimento informado destinado aos utentes (ver anexo C) e os respectivos questionários a utilizar na investigação, nomeadamente o questionário sociodemográfico (ver anexo D), o questionário de qualidade de vida *WHOQOL-Bref* gentilmente cedido pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra (ver anexo E) e o questionário Sintomático *SCL-90-R* também gentilmente cedido pelo Professor Doutor Américo Baptista (ver anexo F).

Após estes procedimentos aguardou-se pela confirmação do Presidente do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da mesma instituição. Face à resposta positiva destes órgãos administrativos e consultivos, foi agendada uma reunião com o director administrativo da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla com sede em Lisboa para delinear aspectos relacionados com a recolha da amostra.

Desta forma, ficou delineado que todo o material necessário à investigação seria enviado pelo correio para os utentes a partir da SPEM e que as respostas dos mesmos seriam enviadas pela mesma via para a SPEM. Assim sendo, a investigadora teria de se deslocar à associação para recolher os consentimentos informados e os questionários dos vários sujeitos. Este procedimento foi importante para salvaguardar a privacidade dos sujeitos, nomeadamente o local das suas residências. Importa referir, ainda, que todos os custos foram suportados pela investigadora. Os questionários foram enviados pelo correio a 84 sujeitos com EM dos distritos de castelo Branco, Guarda, Porto, e Viseu. Todavia, foram aplicados questionários a 8 sujeitos, pessoalmente, num encontro sobre nutrição na associação de Esclerose Multipla em Lisboa.

No que concerne aos sujeitos do grupo de controlo, estes foram seleccionados de forma não aleatória, mais especificamente por conveniência, tendo sido a entrega, do consentimento informado (ver anexo G), do questionário sociodemográfico (Ver anexo H), do questionário de qualidade de vida *WHOQOL-Bref* e do questionário Sintomático *SCL-90-R*, pessoalmente.

Todos os sujeitos inquiridos na amostra global foram informados sobre os objectivos do estudo através do respectivo consentimento informado, salvaguardando-se o carácter voluntário e anónimo da sua participação.

O tratamento e análise dos dados recolhidos foram realizados recorrendo-se ao programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 19.0.

2.2.4. Operacionalização das Variáveis

O termo *variável* reporta-se a características ou atributos que podem tomar diferentes valores ou categorias. De um ponto de vista tradicional, são tomadas várias escalas de medida

para as variáveis em Psicologia e Educação. Deste modo, as variáveis em Psicologia podem dividir-se em Qualitativas e Quantitativas (Almeida & Freire, 2008).

Desta forma, nas variáveis Qualitativas a escala de medida indica somente a sua presença em categorias de classificação discreta exaustivas e mutuamente exclusivas (Maroco, 2010). Estas variáveis podem subdividir-se em dicotómicas (apenas duas categorias) ou politómicas (três ou mais categorias) (Almeida & Freire, 2008). No entanto, alguns autores diferenciam as variáveis dicotómicas em descontínuas (eg. masculino e feminino) e dicotomizadas ou planificadas dicotomicamente (aprovados e reprovados de acordo com uma escala de 0 a 20). Por fim, importa referir que as variáveis qualitativas no que toca ao tipo de escala de medida, distribui-se numa escala nominal e ordinal. No que diz respeito à primeira, as variáveis são meramente classificativas, permitindo descrever as variáveis ou designar os sujeitos, mas sem recurso à quantificação. Os números frequentemente utilizados justificam-se pela maior facilidade da sua compreensão - familiaridade, simplicidade e não ambiguidade -, contudo, não traduzem grandezas ou quantidades. Ou seja, permitem apenas identificar os grupos e os sujeitos com base nas suas características de pertença (eg. corresponder o número 1 ao sexo feminino e o número 2 ao sexo masculino) (Almeida & Freire, 2008). Normalmente, estas escalas de medida permitem a distribuição e classificação dos sujeitos dentro de uma amostra. No que diz respeito à segunda (escala ordinal) os sujeitos ou as observações distribuem-se segundo uma determinada ordem, que pode ser crescente ou decrescente e, nesse sentido permitem já estabelecer diferenciações. De uma forma mais simplificada, a par da classificação dos sujeitos, pode-se estabelecer uma comparação tomando a respectiva ordem. Em Psicologia e Educação, muitos dos dados obtidos situam-se neste tipo de escala, sendo suficiente esta informação para grande número das situações de prática profissional. Vários questionários usados na avaliação das dimensões pessoais utilizam este tipo de escala no formato dos itens (formato tipo *likert*, com 5 ou mais níveis de ponderação nas respostas de *totalmente de acordo* a *totalmente de desacordo*). Assim sendo, neste estudo as escalas nominais referem-se ao sexo (masculino ou feminino) e às categorias de nota T do questionário SCL-90R e às categorias de nota T do questionário WHOQOL-bref (acima e abaixo da mediana). No que se refere às variáveis ordinais, estas referem-se ao nível de escolaridade e aos itens originais dos questionários SCL90-R e WHOQOL-bref.

Por sua vez, no que concerne às variáveis quantitativas, estas são variáveis em que a escala de medida permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas (Maroco, 2010). Assim, estas variáveis podem ser medidas numa escala intervalar/escalar e que neste trabalho de investigação se referem aos índices e notas T do questionário Sintomático (SCL-90 R), à idade bruta dos sujeitos, e aos domínios do questionário Qualidade de Vida (WHOQOL-bref).

2.2.5. Análise Estatística

Dependendo do tipo de escala utilizada na codificação dos dados, diferentes serão as técnicas estatísticas aplicadas nas análises univariadas e bivariadas a efectuar.

No caso das variáveis medidas numa escala nominal as análises estatísticas adequadas são principalmente técnicas não-paramétricas. Já no caso das variáveis quantitativas é possível aplicar quer métodos paramétricos quer métodos não-paramétricos, sendo privilegiada a aplicação de métodos paramétricos sempre que os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade das variâncias se verificarem (Hill & Hill, 2000, p. 107) ou quando a dimensão da amostra (superior a 30) permite a aplicação do teorema de limite central, isto é, permite assumir que a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal (Maroco, 2007, p. 59).

Iniciou-se o procedimento de análise de resultados através da avaliação das propriedades psicométricas das questões que compõem os questionários de Saúde Mental e Qualidade de Vida. A fiabilidade destes instrumentos foi verificada através da análise do coeficiente alpha de Cronbach (coeficiente usualmente utilizado para medir a consistência interna de questões medidas em escalas de Likert). Os valores deste coeficiente variam entre 0 e 1 considerando-se os níveis de consistência interna: muito bons - valores superiores a 0.9; bons - valores de alpha entre 0.7 e 0.8; razoáveis - para valores de alpha entre 0.6 e 0.7; e fracos ou inadmissíveis para valores inferiores a 0.5 (Pestana & Gageiro, 2005, p.526).

De seguida, procedeu-se à análise univariada e bivariada das variáveis. Na análise univariada cada variável foi tratada isoladamente, enquanto na análise bivariada estabeleceram-se relações entre duas variáveis.

Neste sentido, o estudo de cada variável por si foi feito por recurso a estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão) e à sua representação gráfica.

Na análise bivariada utilizou-se o teste de independência de Qui-quadrado para estudar a relação entre duas variáveis nominais. Quando algum dos pressupostos do teste de Qui-quadrado não se verificou recorreu-se ao teste de Qui-quadrado por Simulação de Monte Carlo. Note-se que, o teste de Qui-quadrado só pode ser aplicado quando nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades (Pestana e Gageiro, 2005, p.129).

Para estudar a intensidade e a direcção da relação entre duas variáveis quantitativas foi determinado o coeficiente de correlação de Pearson.

O teste t-Student, ou a alternativa não paramétrica teste de Mann-Whitney, foi utilizado para comparar médias de uma variável quantitativa numa variável dicotómica nominal. A comparação de médias de mais de duas amostras independentes fez-se recorrendo à ANOVA seguida do teste Post-Hoc de Tukey como descrito em Maroco (2007).

Para a ilustração gráfica dos resultados recorreu-se a gráficos de barras, no caso da análise univariada de variáveis nominais. Na análise bivariada recorreu-se aos gráficos de linhas para ilustrar a variação média dos indicadores de saúde mental e seus índices globais por tipo de amostra e os valores médios de qualidade de vida nos diferentes domínios segundo os grupos em análise.

Consideraram-se estatisticamente significativos os efeitos cujo *p-valor* foi inferior ou igual a 0,05.

O software estatístico utilizado (SPSS) calcula o p-valor (sig.), isto é, a probabilidade de significância. Considera-se a regra de rejeitar H_0 se $p\text{-value} \leq \alpha$.

Capítulo 3 - Resultados do Estudo

3.1 Caracterização dos Indicadores de Saúde Mental

O questionário SCL90-R utilizado como indicador de saúde Mental dos grupos de participantes na presente investigação demonstrou uma boa consistência interna para todas as dimensões que o compõem, variando os valores do coeficiente *alpha* de Cronbach entre 0,816 e 0,895 (Tabela 4).

Tabela 4. Estatística de Fiabilidade das 9 dimensões do SCL90R

Dimensões do SCL90 R	N Itens	α -Cronbach
SOM	12	0,895
OBS	10	0,864
INT	9	0,891
DEP	13	0,895
ANS	10	0,876
HOS	6	0,856
FOB	7	0,816
PAR	6	0,884
PSI	10	0,881

Com o intuito de conhecer os indicadores de Saúde Mental presentes nas duas amostras em estudo, grupo normativo e grupo de clínico, analisou-se descritivamente cada um dos nove indicadores de psicopatologia geral e os três índices gerais de sofrimento psicopatológico, quanto aos valores médios (*M*), desvio-padrão (*DP*), máximo (*Max*), mínimo (*Min*) e Percentis (Tabela 5).

Tabela 5. Estatísticas descritivas dos indicadores de Saúde mental

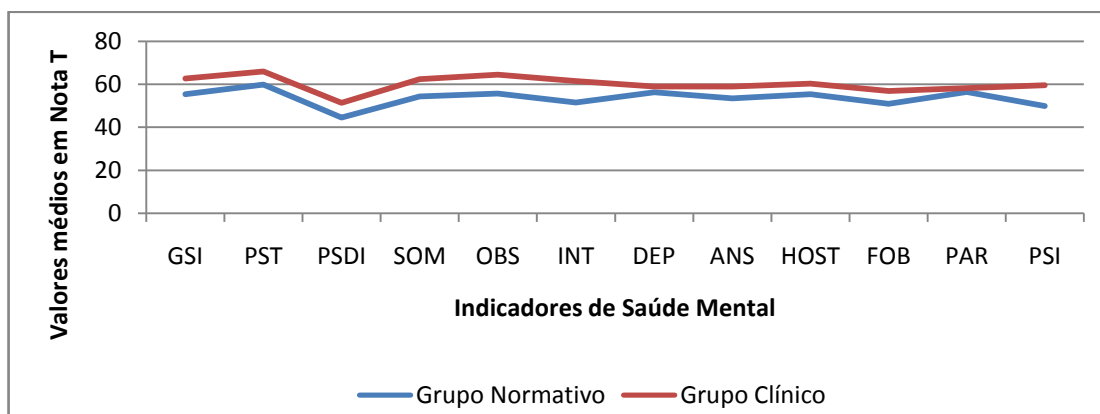
SCL90R	Condição dos Sujeitos													
	Normativo							Clínico						
	M	DP	Min	Max	Percentis			M	DP	Min	Max	Percentis		
					25	50	75					25	50	75
GSI	55,4	11,4	34	75	46,5	54,5	63	62,6	14,7	0	75	54	65	75
PST	59,9	13	34	75	49,8	60	71,3	66	10,7	43	75	57,8	68,5	75
PSDI	44,5	6,8	34	58	40	43	50	51,4	10,5	34	75	44,3	54	58
SOM	54,5	9,8	34	75	49	53	60,8	62,4	11,6	43	75	49,8	67	75
OBS	55,8	10,9	34	75	47	54,5	67	64,6	10,4	40	75	57	67	75
DEP	51,6	11,5	34	75	42,3	51,5	58	61,6	11,2	34	75	52,5	61,5	71,3
INT	56,3	10,9	34	75	49	55	67	59	13,8	34	75	49	59	75
ANS	53,4	11,2	34	75	45	51	60,8	59	12,4	34	75	49	57,5	71,3
HOS	55,5	10,4	34	75	46	54,5	60,8	60,3	11,3	34	75	54	60	67
FOB	50,9	13,5	34	75	34	50	60,8	56,9	15,7	34	75	45,3	55	75
PAR	56,5	12,1	34	75	46,5	58	64	58,2	12,5	34	75	50,8	58	70
PSI	49,9	13,3	34	75	34	51	58,5	59,6	13,4	34	75	49	59	75

Os resultados obtidos permitiram verificar que, no grupo de normativo, os valores médios em nota T registados nos diferentes indicadores de Saúde mental variaram entre 49,9 da escala de Psicoticismo e 56,3 da escala de Sensibilidade Interpessoal. Já relativamente aos índices gerais verificou-se uma variação de valores médios de 44,5 para o índice de severidade de sintomas positivos (PSDI) e 55,4 para o índice global de severidade (GSI). Neste grupo de sujeitos, os valores de nota T, para todas as escalas, variaram entre os 34 pontos de valor mínimo e os 75 pontos de valor máximo. De registar ainda que, 50% dos sujeitos deste grupo registaram valores de nota T superiores ou iguais a 60 para a escala de Total de Sintomas Positivos (PST).

No que se refere ao grupo de participantes com Esclerose Múltipla (grupo clínico), os valores médios apresentados para os nove indicadores de Saúde Mental variaram entre 56,9 para a escala de Ansiedade Fóbica (FOB.) e 64,6 para a escala de Obsessão Compulsão (OBS). Já no que diz respeito aos índices gerais, os valores médios variaram entre 51,4 para o índice PSDI e 66,0 para o índice PST. De salientar também que 50% dos sujeitos pertencentes ao grupo Clínico apresentaram valores de nota T superiores ou iguais a 60 nos indicadores GSI, PST, Somatização (SOM), OBS, Depressão (DEP) e Hostilidade (HOS).

A análise conjunta da tabela 5 e da figura 2 permitiram constatar que, em média, os sujeitos do grupo clínico apresentaram valores de nota T mais elevados nos diferentes indicadores de Saúde Mental comparativamente com os do grupo normativo.

Figura 2. Valores médios dos indicadores de Saúde Mental segundo o grupo de participantes



No sentido de avaliar a severidade destes indicadores de Saúde Mental por grupo de participantes aplicou-se o teste não-paramétrico de independência de Qui-quadrado. A severidade dos indicadores de Saúde Mental foi avaliada categorizando os valores de nota T, em acima e abaixo de nota T 60, considerando que os casos que apresentaram valores superiores ou iguais a nota T 60 indicam patologia (Tabela 6).

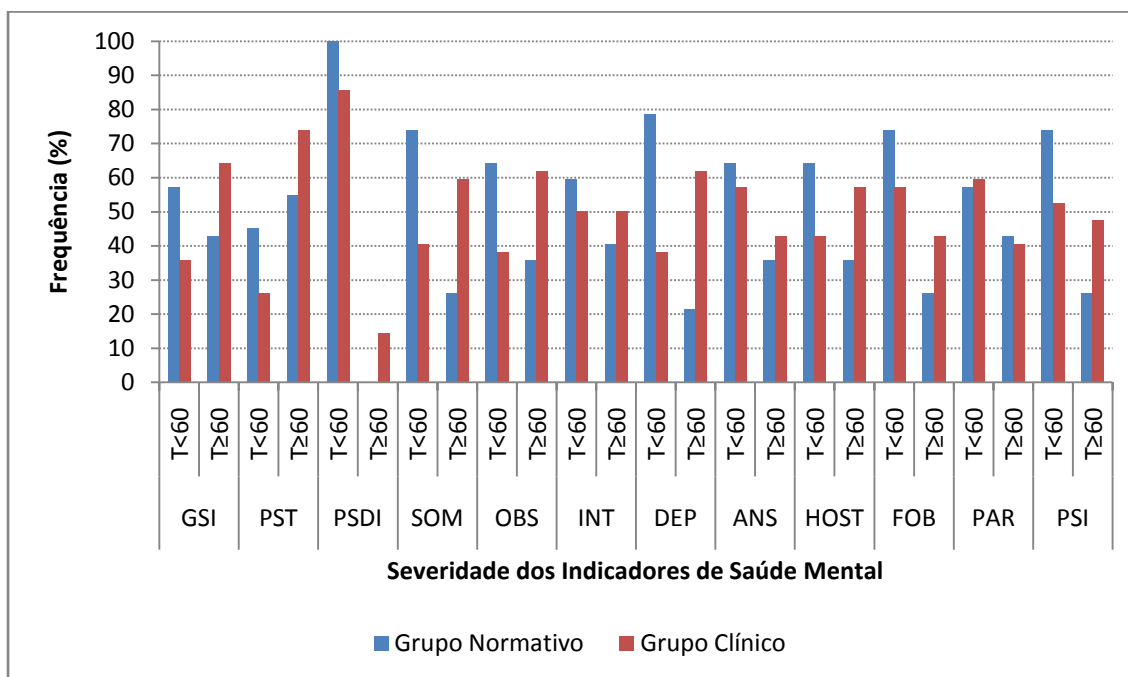
Tabela 6. Distribuição dos sujeitos segundo a severidade dos indicadores de Saúde Mental

Categorização do estado de Saúde Mental		Normativo		Clínico		p-valor
		N	%	N	%	
GSI	T<60	24	57,1	15	35,7	0,080
	T≥60	18	42,9	27	64,3	
PST	T<60	19	45,2	11	26,2	0,111
	T≥60	23	54,8	31	73,8	
PSDI	T<60	42	100,0	36	85,7	0,034*
	T≥60	0	,0	6	14,3	
SOM	T<60	31	73,8	17	40,5	0,004*
	T≥60	11	26,2	25	59,5	
OBS	T<60	27	64,3	16	38,1	0,029*
	T≥60	15	35,7	26	61,9	
INT	T<60	25	59,5	21	50,0	0,511
	T≥60	17	40,5	21	50,0	
DEP	T<60	33	78,6	16	38,1	0,000*
	T≥60	9	21,4	26	61,9	
ANS	T<60	27	64,3	24	57,1	0,655
	T≥60	15	35,7	18	42,9	
HOS	T<60	27	64,3	18	42,9	0,080
	T≥60	15	35,7	24	57,1	
FOB	T<60	31	73,8	24	57,1	0,169
	T≥60	11	26,2	18	42,9	
PAR	T<60	24	57,1	25	59,5	1,000
	T≥60	18	42,9	17	40,5	
PSI	T<60	31	73,8	22	52,4	0,042*
	T≥60	11	26,2	20	47,6	

*p<0,05

De acordo com a probabilidade de significância associada à estatística de teste de qui-quadrado, foi possível concluir, para o nível de significância de 5%, que existiu dependência da severidade da Saúde Mental segundo o grupo de participantes para os índices PSDI, SOM, OBS, DEP e PSI. Os valores de frequência apresentados para estes índices permitiram constatar uma maior incidência de casos com patologia no grupo clínico comparativamente com os sujeitos do grupo normativo (facto corroborado pela figura 3). De notar que, para o índice PSDI, no grupo normativo, nenhum indivíduo pontuou acima de nota T 60, enquanto no grupo clínico, 14,6% sujeitos apresentaram valores patológicos deste índice. Mais severa foi a diferença encontrada para os restantes índices onde, respectivamente, as percentagens de incidência de casos patológicos, no grupo normativo e no grupo clínico, foi de: 26,2% - 59,5% para a Somatização; 35,7% - 61,9% para a Obsessão-Compulsão; 21,4% - 61,9% para a Depressão; e 26,2% - 47,6% para o Psicoticismo.

Figura 3. Distribuição dos sujeitos segundo a severidade dos indicadores de Saúde Mental



Com o intuito de analisar o grau da associação entre os diferentes indicadores de Saúde Mental segundo o grupo de participantes, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearsom (Tabela 7). Os valores encontrados mostram que, para o grupo normativo, todos os índices de Saúde Mental se encontram significativamente correlacionados com os restantes, sendo todos os valores de correlação moderados a fortes (variaram entre 0,455 e 0,919). No grupo de clínico, apenas se verificou ausência de correlação estatisticamente significativa entre o índice Ansiedade Fóbica e Hostilidade. Os restantes índices mantiveram correlações moderadas ou fortes, todas estatisticamente significativas. Relativamente ao sentido da associação entre os diferentes índices verifica-se que são todos em sentido positivo. Isto significa que, se os sujeitos

pontuarem em nota T elevado num índice espera-se que também pontuem elevado nos outros índices e vice-versa.

Tabela 7. Correlação entre os indicadores de Saúde Mental

	GSI	PST	PSDI	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI
GSI	1	,868**	,466**	,758**	,823**	,788**	,764**	,721**	,523**	,700**	,583**	,768**
PST	,919**	1	,413**	,697**	,856**	,837**	,793**	,807**	,599**	,757**	,635**	,842**
PSDI	,708**	,587**	1	,587**	,470**	,501**	,719**	,610**	,466**	,489**	,558**	,389*
SOM	,785**	,755**	,607**	1	,690**	,657**	,758**	,715**	,599**	,647**	,452**	,653**
OBS	,802**	,837**	,588**	,673**	1	,654**	,752**	,792**	,438**	,745**	,499**	,730**
INT	,813**	,785**	,653**	,556**	,652**	1	,757**	,753**	,613**	,710**	,721**	,769**
DEP	,826**	,809**	,681**	,644**	,749**	,706**	1	,811**	,631**	,726**	,645**	,698**
ANS	,900**	,849**	,699**	,770**	,730**	,723**	,817**	1	,641**	,702**	,506**	,770**
HOS	,823**	,784**	,599**	,740**	,658**	,650**	,644**	,745**	1	0,256	,406**	,558**
FOB	,776**	,741**	,673**	,639**	,598**	,651**	,620**	,715**	,686**	1	,585**	,672**
PAR	,690**	,770**	,455**	,563**	,599**	,644**	,520**	,587**	,598**	,523**	1	,557**
PSI	,782**	,754**	,553**	,540**	,709**	,624**	,731**	,681**	,709**	,599**	,657**	1

Clínico
 Normativo

No sentido de analisar o efeito das variáveis socio-demográficas (género, faixa etária, habilitações académicas) na avaliação da psicopatologia e sofrimento psicopatológico geral segundo o grupo de participantes aplicaram-se testes para a comparação de médias entre grupos independentes de análise. Para comparar os valores médios obtidos pelos grupos normativo e clínico nos diferentes índices de Saúde Mental segundo o género e a faixa etária foi aplicado o teste paramétrico t-Student para amostras independentes (Tabelas 8 e 9). Para avaliar o efeito do nível de escolarização dos sujeitos nos valores médios obtidos para o total dos 12 índices de Saúde Mental recorreu-se à ANOVA, seguida do teste *Post-Hoc* de Tukey para comparação múltipla de médias.

Com probabilidade de erro de 5%, os resultados presentes na tabela 8 permitiram concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios registados no grupo de sujeitos com Esclerose Múltipla (grupo clínico) segundo o género para os índices GSI ($p=0,010$), PSD ($p=0,007$), Somatização ($p=0,001$), Depressão ($p=0,001$), Ansiedade Fóbica ($p=0,002$) e Psicoticismo ($p=0,008$). De facto, como os p-valores associados a estes índices são inferiores a 0,05 conclui-se pela rejeição da hipótese nula de igualdade de médias entre os grupos. Mais, a análise dos valores médios segundo o género para os diferentes índices permitiram concluir que os homens apresentaram em média valores mais elevados comparativamente com as mulheres.

Para o grupo normativo, não se registaram diferenças estatisticamente significativas atribuíveis ao género dos sujeitos.

Tabela 8. Valores médios dos indicadores de Saúde Mental segundo o Género

		Condição do Sujeito					
		Normativo			Clínico		
Indicadores de Saúde Mental	Género	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor
GSI	Masculino	57,5	12,6	0,277	69,0	8,0	0,010*
	Feminino	53,7	10,2		57,4	16,9	
PSD	Masculino	62,0	12,2	0,363	70,6	8,0	0,007*
	Feminino	58,2	13,7		62,2	11,3	
PSDI	Masculino	45,6	7,2	0,38	52,7	8,6	0,433
	Feminino	43,7	6,6		50,2	12,0	
SOM	Masculino	57,3	10,7	0,092	68,5	7,5	0,001*
	Feminino	52,1	8,5		57,4	12,0	
OBS	Masculino	57,9	11,0	0,253	68,3	9,8	0,333
	Feminino	54,0	10,7		61,5	10,1	
INT	Masculino	58,0	10,9	0,39	63,5	11,6	0,058
	Feminino	55,0	11,0		55,4	14,7	
DEP	Masculino	53,8	13,4	0,265	67,2	7,8	0,001*
	Feminino	49,8	9,5		56,9	11,6	
ANS	Masculino	56,3	12,9	0,137	62,7	13,1	0,079
	Feminino	51,1	9,2		55,9	11,2	
HOS	Masculino	56,5	12,7	0,567	63,6	10,3	0,086
	Feminino	54,7	8,3		57,6	11,6	
FOB	Masculino	51,9	13,4	0,672	64,7	12,6	0,002*
	Feminino	50,1	13,8		50,5	15,4	
PAR	Masculino	58,1	11,5	0,457	59,7	10,7	0,481
	Feminino	55,2	12,7		56,9	13,9	
PSI	Masculino	51,2	15,8	0,571	65,6	11,3	0,008*
	Feminino	48,8	11,1		54,7	13,3	

No que diz respeito à influência da faixa etária nos níveis médios de indicadores de saúde mental, para o nível de significância de 5%, os resultados presentes na tabela 9 mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios registados no grupo clínico segundo a idade apenas para os índices PSDI ($p=0,018$) e no grupo normativo para os índices Sensibilidade Interpessoal (0,015) e Ansiedade Fóbica (0,048), pois os p-valores encontrados foram inferiores a 0,05. A análise dos valores médios segundo a faixa etária permitiram constatar que os sujeitos do grupo clínico com idade superior a 45 anos apresentaram em média valores mais elevados no índice de severidade de sintomas presentes. Na amostra normativa, verificou-

se também uma exacerbação dos índices de sensibilidade Interpessoal e Ansiedade Fóbica nos sujeitos mais velhos (idade superior ou igual a 45 anos) comparativamente com os mais novos.

Tabela 9. Valores médios dos indicadores de Saúde Mental segundo a Faixa Etária

	Faixa_etaria	Normativo		Teste t	Clínico		Teste t
		M	DP	p-valor	M	DP	p-valor
GSI	<45 anos	52,1	11,1	0,054	59,9	17,8	0,231
	>45 anos	58,8	10,9		65,38	10,5	
PST	<45 anos	56,1	14,4	0,058	65,05	10,8	0,571
	>45 anos	63,7	10,6		66,95	10,8	
PSDI	<45 anos	42,2	5,8	0,26	47,57	10,4	0,018*
	>45 anos	46,9	7,1		55,14	9,5	
SOM	<45 anos	52,0	9,7	0,106	59,19	12,7	0,074
	>45 anos	56,9	9,5		65,57	9,6	
OBS	<45 anos	53,4	11,0	0,167	62,19	11,3	0,141
	>45 anos	58,1	10,4		66,95	9,1	
INT	<45 anos	52,3	11,1	0,015*	57,62	14,3	0,509
	>45 anos	60,3	9,3		60,48	13,5	
DEP	<45 anos	48,3	10,0	0,064	60,67	10,9	0,607
	>45 anos	54,9	12,1		62,48	11,7	
ANS	<45 anos	51,1	10,1	0,171	58,1	11,7	0,652
	>45 anos	55,8	11,9		59,86	13,4	
HOS	<45 anos	54,0	9,9	0,34	61,24	11,2	0,591
	>45 anos	57,1	10,8		59,33	11,6	
FOB	<45 anos	46,8	14,0	0,048*	54,24	16,9	0,273
	>45 anos	55,0	11,9		59,62	14,4	
PAR	<45 anos	53,9	13,0	0,168	56,95	14,0	0,535
	>45 anos	59,1	10,8		59,38	11,0	
PSI	<45 anos	47,0	11,5	0,161	58,19	12,4	0,49
	>45 anos	52,8	14,7		61,1	14,5	

O efeito do nível de escolarização nos valores médios de indicadores de Saúde Mental segundo o tipo de amostra foi analisado com base na ANOVA. A probabilidade de significância associada a este teste ($p\text{-valor} > 0,05$) indicou que não existe um efeito significativo da escolarização nos índices de saúde mental para o grupo normativo. Para o grupo clínico, apenas para os índices PSDI ($p=0,224$), Hostilidade ($p=0,149$) e Ideação Paranóide ($p=0,156$) não se verificou um efeito significativo da escolarização (Tabela 10).

Tabela 10. Valores médios dos indicadores de Saúde Mental segundo as habilitações literárias

	Normativo						
	Ensino Básico		Ensino Secundário		Ensino Superior		Anova
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	p-valor
GSI	57,3	11,9	57,3	9,9	52,8	11,7	,457
PST	60,7	14,6	63,0	10,9	57,7	13,0	,589
PSDI	45,3	7,2	45,1	7,4	43,7	6,5	,776
SOM	55,3	10,5	56,3	5,2	52,8	11,1	,641
OBS	55,4	12,4	56,4	7,9	55,7	11,3	,975
INT	56,9	9,7	56,8	12,7	55,6	11,5	,936
DEP	52,7	11,8	49,6	10,1	51,7	12,3	,813
ANS	53,1	12,0	54,7	10,5	53,1	11,4	,935
HOS	55,5	10,8	58,7	9,7	53,9	10,6	,541
FOB	51,1	11,8	59,3	13,7	46,6	13,4	,065
PAR	57,1	11,6	61,2	9,1	53,7	13,6	,311
PSI	52,1	14,7	52,2	9,8	46,9	13,8	,471
	Clínico						
	Ensino Básico		Ensino Secundário		Ensino Superior		Anova
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	p-valor
GSI	71,5	4,9	61,9	12,0	55,8	18,0	,009*
PST	73,4	3,5	63,8	10,7	61,3	11,7	,003*
PSDI	55,3	6,7	50,2	10,1	48,9	12,7	,224
SOM	68,6	9,0	63,1	10,6	56,8	11,7	,013*
OBS	73,2	3,8	61,2	10,2	59,6	10,2	,000*
INT	67,4	9,0	58,2	15,8	52,8	12,8	,010*
DEP	68,2	6,9	59,7	11,7	57,3	11,7	,017*
ANS	66,9	8,1	56,2	12,1	54,2	12,9	,009*
HOS	62,0	6,7	64,3	11,4	56,3	13,4	,149
FOB	69,9	7,9	48,3	13,1	51,9	15,9	,000*
PAR	63,4	9,7	55,5	15,6	55,5	11,6	,156
PSI	68,4	10,7	55,3	11,3	55,2	13,7	,008*

No sentido de averiguar entre que pares de níveis de escolarização existe um efeito significativo sobre os valores médios dos indicadores de Saúde Mental, aplicou-se o teste Post-Hoc de Tukey. Os resultados presentes na tabela 11 mostraram que para os índices TSP, OBS, INT, FOB, PSI os sujeitos do grupo clínico, com o Ensino básico apresentaram valores médios mais elevados destas escalas de Saúde Mental do que os sujeitos com Ensino Secundário ou Superior. Para os índices GSI, SOM, DEP, ANS as diferenças de valores médios foram significativas apenas entre os grupos de escolarização Básico e Superior.

Tabela 11. Comparação múltipla de médias dos indicadores de Saúde Mental segundo a escolaridade

Tukey HSD					
Variável Dependente	(I) hab_literarias	(J) hab_literarias	Dif Médias	EP	P- valor
GSI	Ensino Básico	Ensino Secundário	9,591	5,4	0,188
		Ensino Superior	15,676*	4,8	0,006
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-9,591	5,4	0,188
		Ensino Superior	6,086	5,2	0,472
	Ensino Superior	Ensino Básico	-15,676*	4,8	0,006
		Ensino Secundário	-6,086	5,2	0,472
PST	Ensino Básico	Ensino Secundário	9,610*	3,8	0,041
		Ensino Superior	12,134*	3,4	0,003
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-9,610*	3,8	0,041
		Ensino Superior	2,524	3,7	0,771
	Ensino Superior	Ensino Básico	-12,134*	3,4	0,003
		Ensino Secundário	-2,524	3,7	0,771
SOM	Ensino Básico	Ensino Secundário	5,552	4,3	0,404
		Ensino Superior	11,878*	3,8	0,01
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-5,552	4,3	0,404
		Ensino Superior	6,326	4,1	0,283
	Ensino Superior	Ensino Básico	-11,878*	3,8	0,01
		Ensino Secundário	-6,326	4,1	0,283
OBS	Ensino Básico	Ensino Secundário	12,032*	3,5	0,004
		Ensino Superior	13,567*	3,1	0
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-12,032*	3,5	0,004
		Ensino Superior	1,535	3,3	0,89
	Ensino Superior	Ensino Básico	-13,567*	3,1	0
		Ensino Secundário	-1,535	3,3	0,89
INT	Ensino Básico	Ensino Secundário	9,175	5,1	0,18
		Ensino Superior	14,592*	4,5	0,007
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-9,175	5,1	0,18
		Ensino Superior	5,417	4,9	0,512
	Ensino Superior	Ensino Básico	-14,592*	4,5	0,007
		Ensino Secundário	-5,417	4,9	0,512
DEP	Ensino Básico	Ensino Secundário	8,487	4,2	0,117
		Ensino Superior	10,920*	3,7	0,015
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-8,487	4,2	0,117

		Ensino Superior	2,433	4	0,817
	Ensino Superior	Ensino Básico	-10,920*	3,7	0,015
		Ensino Secundário	-2,433	4	0,817
ANS	Ensino Básico	Ensino Secundário	10,747	4,6	0,059
		Ensino Superior	12,693*	4,1	0,01
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-10,747	4,6	0,059
		Ensino Superior	1,947	4,4	0,897
	Ensino Superior	Ensino Básico	-12,693*	4,1	0,01
		Ensino Secundário	-1,947	4,4	0,897
FOB	Ensino Básico	Ensino Secundário	21,584*	5,2	0,001
		Ensino Superior	17,975*	4,7	0,001
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-21,584*	5,2	0,001
		Ensino Superior	-3,61	5	0,754
	Ensino Superior	Ensino Básico	-17,975*	4,7	0,001
		Ensino Secundário	3,61	5	0,754
PSI	Ensino Básico	Ensino Secundário	13,156*	4,9	0,028
		Ensino Superior	13,193*	4,4	0,013
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-13,156*	4,9	0,028
		Ensino Superior	0,037	4,7	1
	Ensino Superior	Ensino Básico	-13,193*	4,4	0,013
		Ensino Secundário	-0,037	4,7	1
* $p < 0,05$					

3.2 Caracterização da Qualidade de Vida

A Percepção da Qualidade de Vida dos sujeitos participantes no estudo foi avaliada através do questionário WHOQOL-Bref. As 26 questões que constituem este questionário agruparam-se para avaliar quatro domínios de qualidade de vida e uma faceta global. No sentido de avaliar se o agrupamento das questões em factores latentes (domínios 1, 2, 3, 4 e geral) contribui adequadamente para a formação da característica que se pretende medir calculou-se a medida de fiabilidade alpha de Cronbach.

Com base nos valores de fiabilidade obtidos (Tabela 12), constatou-se que a avaliação da consistência interna é aceitável para os domínios considerados individualmente: Físico (0,87), Psicológico (0,81), Relações Sociais (0,68) e Meio ambiente (0,81). O domínio geral apresentou valores de consistência interna abaixo do limiar do aceitável (0,56), devido ao reduzido número de questões que integram esta dimensão. Tendo em consideração as 26 questões que compõem o

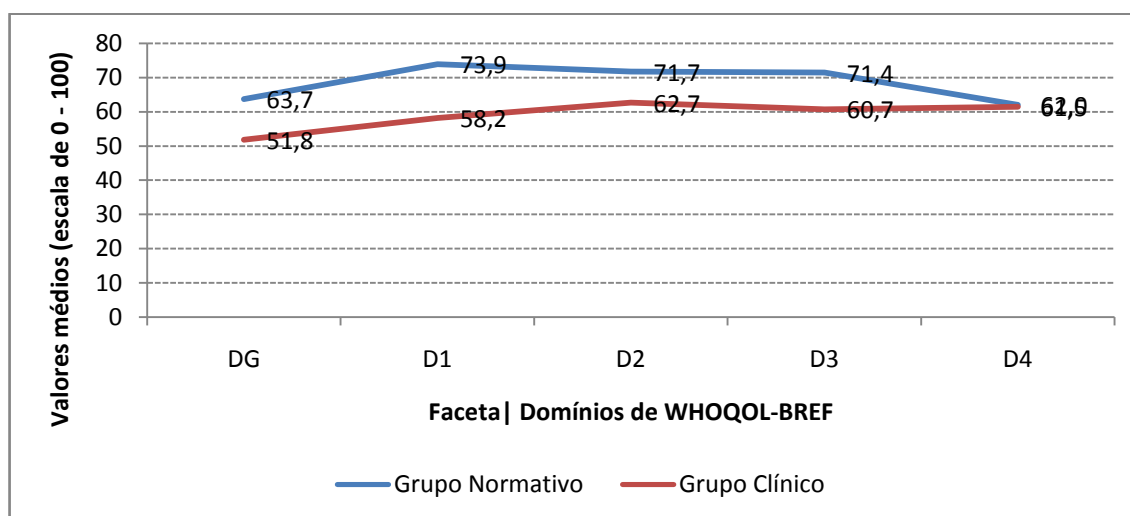
instrumento, o valor do *alpha* de Cronbach é de 0,93, o que indicou uma consistência interna muito boa.

Tabela 12. Estatística de Fiabilidade das 5 dimensões do instrumento WHOQOL-Bref

Domínios WHOQOL	N Itens	α -Cronbach
Físico (D1)	7	0,87
Psicológico (D2)	6	0,81
Relações Sociais (D3)	3	0,68
Meio Ambiente (D4)	8	0,81
Faceta	N Itens	α -Cronbach
Qualidade de Vida Geral e Percepção Geral de Saúde (DG)	2	0,56
Total	26	0,93

Depois de analisada a fiabilidade deste instrumento, foi importante descrever a qualidade de vida percebida pelos dois grupos de participantes nos diferentes domínios. De um modo geral, verificou-se que os sujeitos do grupo clínico, apresentaram valores médios mais baixos, nos diferentes domínios de qualidade de vida, comparativamente com os sujeitos do grupo normativo (figura 4). De facto, uma análise conjunta da figura 4 e da tabela 13, permitem verificar que no grupo clínico, o valor médio mais baixo registou-se para o domínio geral (51,8) e o mais elevado para o domínio D2 (62,7). No grupo normativo, o valor médio mais baixo registou-se para o domínio D4 (62) e o mais alto para o domínio D1 (73,9).

Figura 4. Valores Médios das Facetas e Domínios de Qualidade de Vida segundo o tipo de amostra



Uma análise mais pormenorizada dos resultados apresentados na tabela 13, permitiram concluir a existência de uma maior variabilidade de percepção da qualidade de vida no grupo clínico comparativamente com o grupo normativo, para todos os domínios, com excepção do domínio D2. De facto, quer a análise dos valores de desvio padrão obtidos, quer a amplitude de variação, indicaram a presença de uma percepção de qualidade de vida mais dispersa entre os sujeitos do grupo com Esclerose Múltipla (grupo clínico).

Tabela 13. Estatísticas descritivas da Qualidade de Vida

Condição do Sujeito									
	Normativo								
	Média	DP	Min	Max	AV	Percentis			AIQ
						25	50	75	
DG	63,7	12,9	37,5	87,5	50	50	62,5	75	75
D1	73,9	13,7	35,7	100	64,3	60,7	75	85,7	85,7
D2	71,7	12,1	41,7	100	58,3	66,7	70,8	79,2	79,2
D3	71,4	12,8	41,7	100	58,3	66,7	75	77,1	77,1
D4	62	12	28,1	84,4	56,3	53,1	62,5	71,9	71,9
Clínico									
	Clínico								
	Média	DP	Min	Max	AV	Percentis			AIQ
						25	50	75	
DG	51,8	18,4	25	100	75	37,5	50	62,5	62,5
D1	58,2	18,6	21,4	96,4	75	45,5	55,4	75	75
D2	62,7	15,6	29,2	91,7	62,5	50	66,7	75	75
D3	60,7	18,5	25	91,7	66,7	50	58,3	75	75
D4	61,5	14,4	34,4	84,4	50	50	62,5	75	75

No sentido de avaliar a severidade da percepção de Qualidade de Vida por grupo de participantes, os sujeitos foram categorizados segundo os valores de mediana apresentados, em com pior ou melhor percepção da qualidade de vida.

Deste modo, aplicou-se o teste não-paramétrico de independência de Qui-quadrado para testar a dependência destas duas variáveis nos diferentes domínios de percepção em estudo.

Com probabilidade de erro de 5%, foi possível constatar que existiu dependência da severidade da Qualidade de Vida segundo o grupo de participantes para o domínio Geral ($p=0,032$) e para os domínios individuais Físico ($p=0,012$) e Psicológico ($0,048$). Os valores de frequência apresentados para estes domínios permitiram constatar uma maior incidência de casos com pior percepção de Qualidade de Vida nos sujeitos do grupo clínico comparativamente com os sujeitos do grupo normativo. De notar que, para os domínios supramencionados, no grupo normativo, entre 20% e 30% dos sujeitos registaram baixas percepções referentes à sua qualidade de vida (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição dos sujeitos segundo os níveis de Percepção de Qualidade de Vida

			Condição do sujeito		<i>p</i> -valor
			Normativo	Clínico	
DG	Pior QV	N	25	34	0,032*
		% do Total	30%	40%	
	Melhor QV	N	17	8	
		% do Total	20%	10%	
D1	Pior QV	N	22	33	0,012*
		% do Total	26%	39%	
	Melhor QV	N	20	9	
		% do Total	24%	11%	
D2	Pior QV	N	17	26	0,049*
		% do Total	20%	31%	
	Melhor QV	N	25	16	
		% do Total	30%	19%	
D3	Pior QV	N	32	35	0,415
		% do Total	38%	42%	
	Melhor QV	N	10	7	
		% do Total	12%	8%	
D4	Pior QV	N	24	24	1,000
		% do Total	29%	29%	
	Melhor QV	N	18	18	
		% do Total	21%	21%	

* $p < 0,05$

No sentido de analisar o grau de associação entre os diferentes domínios de percepção de qualidade de vida calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Todos os valores de correlação encontrados mostraram-se estatisticamente significativos. No grupo normativo os valores mais altos de correlação foram registados entre os domínios D3 e D4 ($r=0,579$) e D2 e D4 ($r=0,576$), denotando correlações moderadas positivas entre esses domínios. Já no grupo clínico os valores de correlação mais elevados registaram-se entre os domínios D2 e D3 ($r=0,783$) e D2 e D4 ($r=0,725$). Estes valores indicaram que se um sujeito com Esclerose Múltipla apresentou uma baixa percepção de qualidade de vida no domínio Psicológico (D2) também apresentou uma baixa percepção no domínio das relações sociais (D3) e vice-versa.

Tabela 15. Correlação entre a faceta e domínios de Qualidade de Vida

Grupo Normativo	Grupo Clínico				
	DG	D1	D2	D3	D4
DG	1	,498**	,495**	,389*	,444**
D1	,508**	1	,583**	,548**	,635**
D2	,464**	,661**	1	,783**	,725**
D3	,335*	,488**	,541**	1	,705**
D4	,526**	,372*	,576**	,579**	1

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

Com o objectivo de analisar a influência das variáveis socio-demográficas (género, faixa etária, habilitações académicas) na avaliação da percepção da qualidade de vida, considerando o domínio geral e os domínios individualmente, segundo o grupo de participantes, aplicaram-se testes para a comparação de médias entre grupos independentes de análise. Para comparar os valores médios obtidos, pelos grupos normativo e clínico, nos diferentes domínios de Qualidade de Vida segundo o género e a faixa etária foi aplicado o teste paramétrico t-Student para amostras independentes (Tabelas 16 e 17, respectivamente). Para avaliar o efeito do nível de escolarização dos sujeitos nos valores médios obtidos nos domínios de Qualidade de Vida recorreu-se à ANOVA, seguida do teste *Post-Hoc* de Tukey para comparação múltipla de médias.

Os resultados presentes na tabela 16 permitiram constatar que, para o nível de significância de 5%, existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios registados no grupo clínico segundo o género para a faceta geral DG ($p=0,012$) e para os domínios Psicológico ($p=0,037$) e Relações Sociais ($p=0,043$). De facto, como os p-valores associados a estes índices são inferiores a 0,05, concluiu-se pela rejeição da hipótese nula de igualdade de médias entre os grupos. Mais, a análise dos valores médios obtidos por domínio segundo o género permitiram concluir que os homens apresentaram uma percepção da qualidade de vida, nos domínios DG, D2 e D3, em média, mais elevada do que as mulheres.

Para o grupo normativo, não se registaram diferenças estatisticamente significativas atribuíveis ao género dos sujeitos, pois todos os p-valores foram superiores a 0,05, o que indica a não rejeição da hipótese nula de igualdade de médias entre os grupos.

Tabela 16. Comparação dos valores médios de Qualidade de Vida por tipo de amostra segundo o gênero

	Gênero	Normativo				Clínico			
		N	Média	DP	p-valor	N	Média	DP	p-valor
DG	Masculino	19	66,4	11,1	0,212	19	44,1	14,7	0,012*
	Feminino	23	61,4	14,1		23	58,2	19,1	
D1	Masculino	19	75,0	15,7	0,640	19	54,1	14,9	0,191
	Feminino	23	73,0	12,0		23	61,5	20,9	
D2	Masculino	19	73,7	14,4	0,348	19	57,2	13,5	0,037*
	Feminino	23	70,1	9,9		23	67,2	16,0	
D3	Masculino	19	71,9	12,5	0,820	19	54,4	16,8	0,043*
	Feminino	23	71,0	13,3		23	65,9	18,6	
D4	Masculino	19	63,2	11,8	0,570	19	57,6	13,9	0,113
	Feminino	23	61,0	12,4		23	64,7	14,3	

*p<0,05

Relativamente à influência da faixa etária nos níveis médios de percepção de Qualidade de Vida (Tabela 17), verificou-se, para o nível de significância de 5%, que existiram diferenças estatisticamente significativas nos valores médios registados no grupo clínico segundo a idade apenas para o domínio Físico (p=0,026) e no grupo normativo para a faceta geral DG (p=0,006) e domínio Físico (p=0,021), pois os p-valores encontrados foram inferiores a 0,05. A análise dos valores médios segundo a faixa etária permitiram constatar que os sujeitos com idade superior a 45 anos apresentaram em média valores mais baixos de percepção de qualidade de vida nos dois domínios acima mencionados comparativamente com os sujeitos mais novos.

Tabela 17. Comparação dos valores médios de Qualidade de Vida por tipo de amostra segundo faixa etária

	Faixa etária	Normativo				Clínico			
		N	Média	DP	p-valor	N	Média	DP	p-valor
DG	<45 anos	21	69,0	10,9	0,006*	21	52,4	17,9	0,837
	>45 anos	21	58,3	12,7		21	51,2	19,3	
D1	<45 anos	21	78,7	9,5	0,021*	21	64,5	17,9	0,026*
	>45 anos	21	69,0	15,6		21	51,9	17,3	
D2	<45 anos	21	73,0	10,4	0,497	21	63,1	16,8	0,871
	>45 anos	21	70,4	13,8		21	62,3	14,6	
D3	<45 anos	21	73,0	11,2	0,427	21	62,7	18,7	0,494
	>45 anos	21	69,8	14,3		21	58,7	18,5	
D4	<45 anos	21	65,5	10,7	0,059	21	62,9	14,7	0,511
	>45 anos	21	58,5	12,5		21	60,0	14,4	

No que se refere ao efeito do nível de escolarização nos valores médios de percepção da Qualidade de Vida segundo o tipo de amostra (Tabela 18), a probabilidade de significância associada à estatística de teste F (p-valor<0,05) indica a existência de um efeito significativo da

escolarização nos domínios Geral (0,047) , Físico ($p=0,000$) e Meio Ambiente (0,017) para o grupo Clínico. Para os sujeitos normativos, não se registou um efeito significativo da escolarização nos valores médios de percepção de Qualidade de Vida (pois todos os p -valores foram superiores a 0,05).

Tabela 18. Comparação dos valores médios de Qualidade de Vida por tipo de amostra segundo as habilitações

	Habilitações	Normativo			p-valor	Clínico			p-valor
		N	Média	DP		N	Média	DP	
DG	Ensino Básico	15	59,2	12,9	0,240	14	42,0	12,6	0,047*
	Ensino Secundário	9	66,7	14,0		11	56,8	14,1	
	Ensino Superior	18	66,0	12,0		17	56,6	22,1	
D1	Ensino Básico	15	69,8	12,7	0,244	14	42,3	14,1	0,000*
	Ensino Secundário	9	79,4	13,7		11	63,0	12,1	
	Ensino Superior	18	74,6	14,1		17	68,1	17,1	
D2	Ensino Básico	15	67,5	9,2	0,237	14	54,8	13,9	0,058
	Ensino Secundário	9	75,0	12,7		11	65,5	11,9	
	Ensino Superior	18	73,6	13,6		17	67,4	17,1	
D3	Ensino Básico	15	70,6	14,0	0,946	14	51,8	18,5	0,085
	Ensino Secundário	9	72,2	15,6		11	65,2	11,1	
	Ensino Superior	18	71,8	10,7		17	65,2	20,5	
D4	Ensino Básico	15	58,5	11,9	0,073	14	52,9	11,8	0,017*
	Ensino Secundário	9	58,0	7,3		11	63,6	12,9	
	Ensino Superior	18	66,8	12,8		17	67,1	14,7	

Com o intuito de analisar entre que pares de níveis de escolarização existe um efeito significativo sobre os valores médios dos domínios de Qualidade de Vida, aplicou-se a ANOVA seguida do teste *Post-Hoc* de *Tukey*. Os resultados presentes na tabela 19 mostraram que, os sujeitos do grupo clínico, para o domínio geral de percepção de Qualidade de Vida, registaram diferenças estatisticamente significativas apenas para o nível de 10%, entre os sujeitos com escolarização básica e superior ($p=0,064$). Já para o domínio Físico, com probabilidade de erro de 5%, concluiu-se que os sujeitos do grupo clínico com escolarização ao nível do Ensino Básico apresentaram, em média, uma percepção pior da sua qualidade de vida comparativamente com os sujeitos que apresentaram habilitações ao nível Secundário ($p=0,004$) ou Superior ($p=0,000$). No mesmo sentido, no que se refere ao domínio D4 - Meio Ambiente, só se registaram diferenças entre o grupo clínico com escolarização básica e superior ($p=0,014$).

Tabela 19. Teste Post-Hoc para a comparação múltipla de médias da Qualidade de Vida segundo as Habilitação para o grupo com Esclerose Múltipla

Variável Dependente	(I) hab_literarias	(J) hab_literarias	Diferença de Médias (I-J)	ER	p-valor
Teste de Tukey					
DG	Ensino Básico	Ensino Secundário	-14,9	7,0388	0,101
		Ensino Superior	-14,7	6,3049	0,064
	Ensino Secundário	Ensino Básico	14,9	7,0388	0,101
		Ensino Superior	0,2	6,76	1
	Ensino Superior	Ensino Básico	14,7	6,3049	0,064
		Ensino Secundário	-0,2	6,76	1
D1	Ensino Básico	Ensino Secundário	-20,6*	6,0139	0,004
		Ensino Superior	-25,7*	5,3869	0,000
	Ensino Secundário	Ensino Básico	20,6*	6,0139	0,004
		Ensino Superior	-5,1	5,7757	0,656
	Ensino Superior	Ensino Básico	25,7*	5,3869	0,000
		Ensino Secundário	5,1	5,7757	0,656
D4	Ensino Básico	Ensino Secundário	-10,7	5,3712	0,126
		Ensino Superior	-14,2*	4,8112	0,014
	Ensino Secundário	Ensino Básico	10,7	5,3712	0,126
		Ensino Superior	-3,5	5,1584	0,782
	Ensino Superior	Ensino Básico	14,2*	4,8112	0,014
		Ensino Secundário	3,5	5,1584	0,782

* $p < 0,05$ ** $p < 0,10$

3.3. Qualidade de Vida Saúde e Mental em indivíduos com Esclerose Múltipla

É importante ainda descrever a intensidade e direcção da associação entre os indicadores Saúde Mental e os domínios de percepção de qualidade de vida dos sujeitos com Esclerose Múltipla.

Os coeficientes de correlação de Pearson obtidos (tabela 20), indicam a presença de correlações estatisticamente significativas entre todos os domínios de percepção de qualidade de vida e os indicadores de Saúde Mental, para o grupo clínico. Estes valores de correlação são negativos, o que significa que os sujeitos apresentaram uma pior percepção da Qualidade de Vida quando os valores em nota T dos indicadores de saúde mental foram mais elevados. De salientar que as correlações mais fortes neste grupo de investigação se registaram entre o domínio

Psicológico e o indicador de Psicoticismo ($r=-0,730$) e entre o domínio Meio Ambiente e Sensibilidade Interpessoal ($r=-0,705$).

No grupo normativo, maioritariamente, verificou-se a ausência de correlação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Apenas para o domínio Físico se registaram correlações estatisticamente significativas, apesar de fracas entre os domínios de qualidade de vida e os indicadores de saúde mental.

Tabela 20. Correlação entre os domínios de Qualidade de vida e os indicadores de Saúde Mental no grupo Clínico

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	D1	D2	Grupo Clínico		
												D3	D4	
SOM	1	,690**	,657**	,758**	,715**	,599**	,647**	,452**	,653**	,689**	,622**	,566**	,539**	
OBS	,673**	1	,654**	,752**	,792**	,438**	,745**	,499**	,730**	,593**	,605**	,548**	,512**	
INT	,556**	,652**	1	,757**	,753**	,613**	,710**	,721**	,769**	,625**	,679**	,675**	,705**	
DEP	,644**	,749**	,706**	1	,811**	,631**	,726**	,645**	,698**	,641**	,695**	,680**	,603**	
ANS	,770**	,730**	,723**	,817**	1	,641**	,702**	,506**	,770**	,620**	,651**	,591**	,528**	
HOS	,740**	,658**	,650**	,644**	,745**	1	0,256	,406**	,558**	-,385*	,424**	-,383*	-,371*	
FOB	,639**	,598**	,651**	,620**	,715**	,686**	1	,585**	,672**	,672**	,627**	,647**	,529**	
PAR	,563**	,599**	,644**	,520**	,587**	,598**	,523**	1	,557**	,531**	,635**	,663**	,682**	
PSI	,540**	,709**	,624**	,731**	,681**	,709**	,599**	,657**	1	,585**	,730**	,563**	,650**	
Grupo Normativo	D1	,437**	-,357*	,425**	,445**	,437**	,451**	-,324*	0,176	-,337*	1	,583**	,548**	,635**
	D2	0,171	0,048	-,324*	0,171	0,186	-,311*	0,135	0,016	0,198	,661**	1	,783**	,725**
	D3	-0,13	0,019	0,031	0,118	0,109	0,242	0,152	0,08	0,092	,488**	,541**	1	,705**
	D4	0,074	0,071	0,184	0,037	-0,14	0,174	-,356*	0,113	0,221	,372*	,576**	,579**	1

Por último, com o intuito de avaliar se a incidência de valores patológicos nos indicadores de Saúde Mental, depende de uma melhor ou pior percepção com a qualidade de vida geral dos sujeitos do grupo clínico recorreu-se, mais uma vez, ao teste de Qui-quadrado.

Os resultados presentes na Tabela 21, permitiram afirmar que a incidência de casos patológicos de saúde mental, em sujeitos com Esclerose Múltipla (grupo clínico), dependem da percepção geral com a qualidade de vida, para os indicadores GSI ($p=0,030$), Depressão ($p=0,047$), Ideação Paranóide ($p=0,028$) e Psicoticismo ($p=0,047$), pois os p-valores são inferiores a 0,05. Assim, como seria de esperar, observou-se um maior número de casos com valores patológicos nos indicadores de saúde mental GSI ($n=25$; 60%), Depressão ($n=24$; 57%), Ideação Paranóide ($n=17$; 40%) e Psicoticismo ($n=19$; 45%) com pior percepção geral de qualidade de vida comparativamente com os sujeitos que apresentaram melhor qualidade de vida.

Tabela 21. Domínio Geral da Qualidade de Vida segundo a severidade de Saúde Mental

		Domínio Geral QV				p-valor
		Pior QV		Melhor QV		
		N	%	N	%	
GSI	T<60	9	21%	6	14%	0,030*
	T≥60	25	60%	2	5%	
PST	T<60	7	17%	4	10%	0,209
	T≥60	27	64%	4	10%	
PSDI	T<60	29	69%	7	17%	1,000
	T≥60	5	12%	1	2%	
SOM	T<60	12	29%	5	12%	0,312
	T≥60	22	52%	3	7%	
OBS	T<60	12	29%	4	10%	0,714
	T≥60	22	52%	4	10%	
INT	T<60	16	38%	5	12%	0,694
	T≥60	18	43%	3	7%	
DEP	T<60	10	24%	6	14%	0,047*
	T≥60	24	57%	2	5%	
ANS	T<60	18	43%	6	14%	0,461
	T≥60	16	38%	2	5%	
HOST	T<60	13	31%	5	12%	0,395
	T≥60	21	50%	3	7%	
FOB	T<60	17	40%	7	17%	0,126
	T≥60	17	40%	1	2%	
PAR	T<60	17	40%	8	19%	0,028*
	T≥60	17	40%	0	0%	
PSI	T<60	15	36%	7	17%	0,047*
	T≥60	19	45%	1	2%	

*p<0,05

Capítulo 4 - Discussão dos Resultados

No Presente trabalho de investigação, tendo por base os indicadores de saúde mental e a percepção de qualidade de vida dos sujeitos portadores de esclerose múltipla, pretendeu-se analisar o perfil mental dos sujeitos participantes no estudo, relativamente a diferentes indicadores psicopatológicos; caracterizar a percepção geral de qualidade de vida dos sujeitos, bem como os domínios individuais de percepção Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente da qualidade de vida; verificar a relação entre os diferentes indicadores de saúde mental e os diferentes domínios de percepção com a qualidade de vida; averiguar qual o efeito das características sócio-demográficas no perfil de Saúde Mental e na percepção de Qualidade de Vida apresentada pelos sujeitos com Esclerose Múltipla, comparativamente com o grupo normativo; e, avaliar a dependência da percepção da qualidade de vida nos indivíduos portadores de Esclerose Múltipla com a presença de dimensões psicopatológicas.

O questionário de 90 Sintomas - *SCL90-R* foi utilizado como instrumento de avaliação dos indicadores de saúde Mental. Este instrumento, demonstrou boa consistência interna para todas as dimensões que o compõem, variando os valores do coeficiente *alpha* de Cronbach entre 0,816 e 0,895. Deste modo, foram avaliados todos os itens globais e todas as dimensões psicopatológicas (Somatização, Obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade-fóbica, ideação paranóide e psicoticismo).

Por sua vez, para avaliar a percepção dos sujeitos relativamente à sua qualidade de vida, foi utilizado o questionário de Qualidade de vida - *WHOQOL-bref*. No sentido de avaliar se o agrupamento das questões em factores latentes (domínios físico, psicológico, relações Sociais, Meio-Ambiente e Geral) contribui adequadamente para a formação da característica que se pretende medir, calculou-se a medida de fiabilidade *alpha de Cronbach*. Assim sendo, com base nos valores de fiabilidade obtidos, constatou-se que a avaliação da consistência interna é aceitável para os domínios considerados individualmente: Físico (0,87), Psicológico (0,81), Relações Sociais (0,68) e Meio ambiente (0,81). O domínio geral apresentou valores de consistência interna abaixo do limiar do aceitável (0,56), devido ao reduzido número de questões que integram esta dimensão. Tendo em consideração as 26 questões que compõem o instrumento, o valor do *alpha* de Cronbach é de 0,93, o que indica uma consistência interna muito boa.

Importa iniciar a discussão com a análise dos resultados referentes à caracterização da amostra, pois estes poderão ter um peso significativo nos restantes argumentos desta discussão. Neste seguimento, este estudo foi composto por uma amostra total de 84 sujeitos, sendo que 42 constituem a amostra clínica e os restantes 42 a amostra normativa. No grupo constituído pelos sujeitos com Esclerose Múltipla, 45,2% eram do sexo Masculino e 54,8% eram do sexo feminino. O que se verificou igualmente no grupo normativo.

Em seguida e no que toca à faixa etária da amostra global, esta reuniu sujeitos entre os 24 e os 76 anos, tendo-se situado a média de idades dos sujeitos nos 45 anos. No que toca ao grupo de sujeitos saudáveis as idades variaram entre os 24 e os 76 anos, a média das idades

situou-se nos 43,6. Por sua vez, no grupo de Esclerose Múltipla as idades dos sujeitos encontram-se entre os 25 e os 75 anos e a média das idades é de 43,7. Considerando, ainda a distribuição dos participantes no que respeita à idade, observou-se que 50% dos sujeitos, quer no grupo normativo quer no grupo de investigação apresentaram idade superior ou igual a 45 anos.

Para terminar a caracterização da amostra, no que diz respeito às habilitações Literárias, no grupo normativo verificou-se que houve mais participantes a terem frequentado o ensino superior (42,9%) e 35,7% dos sujeitos frequentou o ensino Básico (1º, 2º e 3º ciclo). Por sua vez, no grupo clínico 40,5% dos sujeitos frequentou o ensino superior e 33,3 % frequentou o ensino básico (1º, 2º e 3º ciclo).

Alguns estudos vão ao encontro dos resultados relativamente à caracterização da amostra. Correia & Cordeiro (2008) constataram que a EM é duas a três vezes mais frequente no sexo feminino. De acordo com Zajicek (2007) existem hipóteses de que a incidência e prevalência da EM está a aumentar, possivelmente devido a um aumento da incidência entre as mulheres. No que toca à idade o mesmo autor, verificou que esta doença é tipicamente uma enfermidade do adulto jovem, ocorrendo as primeiras manifestações entre a segunda e a terceira década de vida. Raramente este diagnóstico é colocado antes dos quinze anos ou depois dos sessenta anos. Todavia, outros autores como Victor & Ropper, (2001); Callegaro, (2005) referem que a EM é uma doença que pode afectar sujeitos entre os 20-40 anos de idade. Por outro lado, Beaumont, Kenealy & Rogers (1999) referem que a manifestações clínicas e o curso da doença variam consideravelmente de doente para doente, sendo a EM considerada a maior causa de perturbação neurológica nos adultos com menos de 50 anos de idade.

No que toca à saúde mental, este constructo é uma parte integrante do conceito geral de saúde, ou seja, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (Quartilho, 2010). Assim, é mais do que a ausência de doença mental, é como um elemento positivo, um recurso com valor, intrínseco, um bem importante para saúde física e para a qualidade de vida, um fundamento universal de bem-estar individual e uma condição essencial ao funcionamento adequado das pessoas da comunidade, independentemente de factores geográficos ou culturais.

Na presente investigação, de acordo com os indicadores de saúde mental presentes no questionário SCL-90-R, verificou-se que metade dos sujeitos com Esclerose Múltipla, apresentaram valores de nota T superiores ou iguais a 60 nos indicadores: Índice Global de Severidade, Total de Sintomas Positivos, Somatização, Obsessão Compulsão, Depressão e Hostilidade. Pôde-se concluir que em média, os sujeitos do grupo clínico apresentaram valores de nota T mais elevados nos diferentes indicadores de Saúde Mental, comparativamente com os do grupo normativo.

Deste modo, num estudo longitudinal realizado por Bruce & Arnett (2008) com 53 utentes, denotou-se que um número considerável de participantes mostrou elevações clínicas superiores a 52% em comparação com a amostra normativa de participantes de acordo com os critérios para níveis clinicamente elevados de psicopatologia. Desta forma, a presente investigação veio corroborar com o estudo levado a cabo pelos autores acima mencionados.

Outra conclusão importante mencionar, neste estudo, foi facto dos valores de frequência apresentados para o Índice de severidade de sintomas positivos; Somatização; Obsessão-Compulsão; Depressão; e Psicoticismo reflectirem uma maior incidência de casos com patologia no grupo clínico comparativamente com os sujeitos do grupo normativo. Em acréscimo, mais severa foi a diferença encontrada para os índices onde, se verifica uma discrepância considerável na incidência de casos patológicos, entre os grupos da amostra total, para a Somatização; Obsessão-Compulsão; Depressão; e Psicoticismo.

Um estudo levado a cabo por Kern et al., (2009) com 31 pacientes com EM do tipo recorrente-remitente (EMRR) e 24 sujeitos normativos, concluíram que os pacientes com EMRR relataram significativamente, mais severidade clínica quando comparados com o grupo de sujeitos normativo. Desta forma, o presente estudo veio corroborar com o estudo realizados por estes autores, apesar de ter sido um estudo efectuado apenas com um dos vários subtipos de EM. Mais especificamente, no que se refere às escalas clínicas, num estudo elaborado por Bruce & Arnett (2008) as escalas clínicas com as maiores elevações foram, apenas, a somatização e a perturbação Obsessivo-Compulsiva. Estes mesmos autores, mencionaram, ainda, que como existem inúmeros sintomas físicos associados à EM, não é de estranhar que uma das escalas clínicas com a maior elevação fosse o índice de Somatização. Todavia, os autores verificaram, também, elevações clínicas sobre a Depressão e Ansiedade em ambas as ocasiões. Isto, é consistente com estudos anteriores que examinaram a depressão e a ansiedade em utentes com EM (Diaz-Olavarrieta et al, 1999;. Joffe et al, 1987;. Peterson, 1989 cit. in Bruce & Arnett, 2008). Contudo, na presente investigação a escala da ansiedade não foi das mais elevadas em termos clínicos.

Outro aspecto curioso referir, no presente estudo, foi o facto da escala do psicoticismo apresentar elevação clínica significativa, pois de acordo com Bruce & Arnett, (2008) são muito reduzidos os estudos a verificarem incidência elevada neste índice, para além, serem muito poucos os estudos a debruçarem-se sobre este indicador relacionado com a EM. Portanto, será benéfica para futuras pesquisas explorar a relação deste constructo com a EM (Bruce & Arnett, 2008).

Ainda, neste seguimento, na presente investigação, apenas na ideação paranóide o grupo normativo teve acima de nota t 60. De acordo com Bruce & Arnett, (2008), apesar de nos estudo dos mesmos, não terem tido um grupo de controlo para estabelecer uma comparação directa, o facto de verificarem que entre 20% a 52% dos participantes com esclerose múltipla apresentaram uma elevação em todas as escalas, menos em duas (ideação paranóide e ansiedade fóbica), estes valores são muito mais elevados do que 9% (equivalente a um *t-score* de 63 numa distribuição normal) o que seria esperado numa amostra de controlo saudável.

De acordo com a revisão literária, os Indivíduos com EM são afectados numa variedade de formas, que vão desde salientes incapacidades físicas a problemas cognitivos e psicológicos. Embora a depressão tenha sido extensivamente estudada devido à sua prevalência entre pacientes com esclerose múltipla, outras formas de psicopatologia têm sido largamente ignoradas. Desta forma, não se encontraram na literatura estudos sobre a influência mútua entre

os diversos índices de psicopatologia nem sobre a influência das variáveis sociodemográficas nos indicadores de psicopatologia na EM (Bruce & Arnett, 2008).

Contudo, na presente investigação, a maioria dos índices mantiveram correlações moderadas a fortes, sendo todas estatisticamente significativas, à excepção entre o índice Ansiedade Fóbica e Hostilidade no grupo clínico. Relativamente ao sentido da associação entre os diferentes índices verificou-se que foram todos em sentido positivo. Isto significou que, se os sujeitos pontuaram elevado em nota T num índice, espera-se que também pontuem elevado nos outros índices e vice-versa. Não foi possível verificar estudos na literatura sobre a associação entre os indicadores de saúde mental nos portadores de EM.

No presente estudo, no que concerne ao género dos sujeitos, pôde-se concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios registados no grupo de sujeitos com Esclerose Múltipla para os indicadores: índice global de severidade, total de sintomas positivos, somatização, depressão, ansiedade fóbica e psicoticismo. Concluiu-se, assim, que os homens apresentaram em média valores mais elevados de psicopatologia comparativamente com as mulheres.

Torna-se importante mencionar que nas últimas duas décadas tem aumentado dramaticamente a percepção sobre a relação entre doenças crónicas e doenças mentais. Um dos muitos factores de risco associados às doenças crónicas é o impacto emocional sobre o paciente e suas famílias. Desta forma, a EM não é uma excepção, podem ter um efeito profundo sobre o nível mental e emocional (World Federation for Mental Health, 2010). Neste seguimento, o presente estudo veio corroborar com uma investigação levado a cabo por Landeiro (2001) com pacientes portadores de doenças crónicas, pois verificou-se diferenças entre o género apenas para alguns níveis de severidade psicopatológica. As mulheres apresentaram valores médios mais elevados de sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, Índice global de sintomas positivos e total de sintomas positivos.

Por sua vez, Khouzam, Monteiro & Gerken (1998), salientaram que factores como a ansiedade e sensibilidade interpessoal contribuem para o estabelecimento de vulnerabilidade psicopatológica (Landeiro, 2001). Outro estudo levado a cabo por Pregnotatto (2005) não verificou diferenças estatisticamente significativas na variável género relativamente aos indicadores de saúde mental.

Relativamente à análise dos valores médios segundo a faixa etária na presente investigação, permitiram constatar que os sujeitos do grupo clínico com idade superior a 45 anos apresentaram em média valores mais elevados no índice de severidade de sintomas positivos.

Landeiro (2001), constatou uma relação positiva entre a idade e o aumento do índice global de Sintomas positivos, contudo apenas no sexo masculino, ou seja, à medida que a idade dos homens aumenta o índice global de sintomas positivos também aumenta. Isto poderá dever-se ao facto de tal como sugeriram Cooper & Faragher (1992), com o aumento da idade as estratégias de *coping* diminuem, tal como a capacidade de lidar com a doença.

Por sua vez, Turpin, Carroll, Cassidy & Hade (2007), num estudo com portadores de EM, encontraram uma interacção entre sexo e idade na QV, com pior saúde mental em homens mais velhos, e uma melhor saúde mental em mulheres mais velhas. Holland & Rowland (2000)

referiram que a idade influenciar o ajustamento emocional à doença. Por outro lado, DiLorenzo, Halper & Picone, (2009), relataram que quanto mais velhos são os sujeitos com EM (65 anos e acima) melhores se encontram os indicadores de saúde mental. Outro estudo levado a cabo por Pregnotatto (2005) não verificou diferenças estatisticamente significativas na variável idade relativamente aos indicadores de saúde mental.

Todavia, na amostra normativa, verificou-se também uma exacerbação dos índices de sensibilidade Interpessoal e Ansiedade Fóbica nos sujeitos mais velhos (idade superior ou igual a 45 anos) comparativamente com os mais novos.

No que toca à escolaridade, para o grupo clínico, apenas para os indicadores: índice de severidade de sintomas positivos, Hostilidade e Ideação Paranóide não se verificou um efeito significativo da escolarização. Assim sendo, os resultados presentes mostraram que para os índices total de sintoma positivos, Obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, psicoticismo os sujeitos do grupo clínico, com o Ensino básico apresentaram valores médios mais elevados destas escalas de Saúde Mental do que os sujeitos com Ensino Secundário ou Superior. Para os indicadores índice global de severidade, somatização, depressão, ansiedade as diferenças de valores médios foram significativas apenas entre os grupos de escolarização Básico e Superior. Desta forma verificou-se que foram os sujeitos com um nível de escolaridade mais baixo que apresentam indicadores de saúde mental mais elevados. Porém, este estudo não corrobora com em estudo levado a cabo por Pregnotatto (2005), pois este não verificou diferenças estatisticamente significativas entre a variável escolaridade e indicadores de saúde mental.

Relativamente à percepção de qualidade de vida, constatou-se que os sujeitos do grupo clínico apresentaram valores médios mais baixos, nos diferentes domínios de qualidade de vida, comparativamente com os sujeitos do grupo normativo, tendo-se verificado o valor médio mais baixo no domínio da percepção geral de qualidade de vida e, por sua vez, no domínio físico. No que toca ao mais elevado, este registou-se no domínio psicológico. Deste modo, estes resultados permitem concluir a existência de uma maior variabilidade de percepção da qualidade de vida no grupo clínico comparativamente com o grupo normativo.

Estes resultados encontram suporte no estudo de Pereira (2007) no qual o indicador mais afectado foi, igualmente, a QV Geral (que traduz a percepção da QV e da saúde dos participantes) e, seguidamente, o Domínio físico. O presente estudo veio corroborar, também, os resultados de um outro estudo levado a cabo por Pedro (2007), pois tanto na QV Geral como no Domínio físico, as pessoas com EM deste estudo apresentaram valores médios de QV mais baixos. O autor concluiu que mais de metade dos participantes apresentavam uma má percepção no indicador QV Geral e no Domínio físico, sendo, nesse sentido, este o domínio onde se constatou maior necessidade de intervenção. Ainda de acordo com este autor, e corroborando com os resultados do presente estudo, nenhum sujeito atingiu o valor máximo possível de QV, todos os domínios necessitam de ser trabalhados para os doentes alcançarem uma melhor QV. Assim sendo, este estudo veio reforçar os resultados obtidos em investigações anteriores, ou seja, os doentes com EM apresentam resultados ao nível da QV inferiores aos das populações saudáveis (Pedro, 2007).

Nesta investigação actual, como mencionado, anteriormente, verificou-se que o domínio mais elevado foi o psicológico. De acordo com Soares (2006), os sujeitos da sua amostra pontuaram mais elevado na componente mental, mais precisamente no desempenho emocional. De acordo com o mesmo autor, estes dados podem parecer curiosos, mas, uma das interpretações possíveis é que a avaliação subjectiva dos inquiridos com EM, ao assumirem o papel de doentes, podem ser mais indulgentes na sua auto-avaliação, considerando que apesar de terem uma doença, são capazes de lidar com as situações inerentes ao seu dia-a-dia de forma satisfatória.

Relativamente à severidade da percepção de Qualidade de Vida dos sujeitos incluídos no estudo, foi possível constatar que existiu dependência da severidade da Qualidade de Vida segundo o grupo de participantes para o domínio de percepção de qualidade de vida Geral e para os domínios individuais: Físico e Psicológico. Assim sendo, verifica-se uma maior incidência de casos com pior percepção de Qualidade de Vida nos sujeitos do grupo clínico comparativamente com os sujeitos do grupo normativo.

Estes resultados corroboraram, em certa medida, os resultados de um estudo levado a cabo por Campbell, Sharp, & Somerset (2002) e McCabe & McKern (2002) ao estudarem a QV de pessoas com EM, pois verificaram que, de uma forma geral, a maioria dos indivíduos que participaram neste tipo de estudos apresentavam, uma percepção negativa ou pior da sua QV. Todavia, verifica-se uma melhoria na qualidade de vida dos portadores de EM caso estejam reunidas as condições como, acesso a consultas especializadas, potencialização dos recursos funcionais existentes, adaptação à doença, apoio psicoafectivo e neutralização das perturbações emocionais (Martín, 2001). Os problemas psicológicos, que não são simplesmente uma reacção aos sintomas físicos, podem assumir a forma de distúrbios afectivos, ansiedade, psicose, e alterações de personalidade (Benedict, Carone, & Bakshi, 2004; Dalos, Rabins, Brooks, & O'Donnell, 1982; Fishman, Benedict, Bakshi, Shaikh, Miletich, Priore, & Weinstock-Guttman, 2004; Peterson, 1989 cit. in Bruce, 2008). Devido a estas dificuldades, a qualidade de vida de um paciente com EM é inevitavelmente afectada negativamente (Benedict, Wahlig, Bakshi, Fishman, Munschauer, Zivadinov, et al. 2005).

Ainda nesta linha, para os domínios supramencionados (Físico e psicológico), no grupo normativo, verificou-se que entre 20% e 30% dos sujeitos registaram baixas percepções referentes à sua qualidade de vida. Este resultado vem corroborar o resultado um estudo levado a cabo por McCabe & McKern (2002) com sujeitos normativos e sujeitos com esclerose múltipla, onde se verificou que para todos os domínios de QV os sujeitos normativos apresentavam índices de qualidade de vida elevados.

Por sua vez, no que toca ao grau de associação entre os diferentes domínios de percepção de qualidade de vida, todas as correlações obtidas mostraram-se estatisticamente significativas. Os coeficientes de correlação obtidos demonstraram que os pacientes com esclerose múltipla apresentaram correlação mais elevada entre os domínios, psicológico e das relações sociais; e nos domínios Psicológico e meio-ambiente. Estes valores indicaram que se um sujeito com Esclerose Múltipla apresentou uma baixa percepção de qualidade de vida no domínio

Psicológico também apresentou uma baixa percepção no domínio das relações sociais e vice-versa.

De acordo com a teoria verificou-se que estas variáveis têm influência entre si. Os pacientes com diagnóstico de EM sentem-se desencorajados pela notícia de uma doença crónica com curso imprevisível e pela perda da capacidade funcional, o que leva a uma sensação de inadequação que pode motivar a cessação do estabelecimento de relações sociais, nomeadamente a cessarem com o trabalho ou a formação académica. Contudo, torna-se importante mencionar que o desemprego incrementa a dificuldade de adaptação e aumenta a capacidade de percepção da auto-estima (Rivera-Navarro et al., 2008).

Ressalva-se que os pacientes que continuam com a sua actividade laboral ou académica apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida (Patti et al., 2007). Outro aspecto importante de referir é relativamente ao nível de comprometimento físico que, devido às implicações sobre a autonomia do indivíduo, comporta mudanças radicais no âmbito da vida do mesmo, influi de modo determinante na qualidade de vida dos doentes com EM. Nesta situação, podem ser afectados a vida afectiva, as amizades, a vida social, o trabalho, os hobbies, a residência, a economia, entre outros.

A invalidez pode provocar uma diminuição da autonomia e da liberdade pessoal. A possibilidade de enfrentar este risco depende em grande parte do indivíduo e uma ajuda válida. Neste sentido, pode depender da atitude positiva adoptada pela família, das estratégias de coping utilizadas pelo doente, do ambiente de trabalho, dos amigos e de outras pessoas que se relacionam com o indivíduo (Fundação de Esclerose Múltipla, 2011).

Salienta-se, ainda, que estes pacientes, habitualmente exteriorizam a estigmatização que a patologia produz nas suas redes sociais e a perda de relações ou amizades (Goretti, Portaccio, Zipoli, Razzolini & Lamato, 2010). O impacto da EM nas relações sociais ocorre sobretudo como resultado dos sintomas clínicos apresentados, o agravamento da doença ou quadro clínico instável, fadiga e limitação da mobilidade, que, por sua vez, influencia, notoriamente, a qualidade de vida global e a saúde mental dos pacientes com EM (Aronson, 1997 cit. in Olascoaga, 2010).

Ao analisar a influência das variáveis socio-demográficas (género, faixa etária, habilitações académicas) na avaliação da percepção da qualidade de vida, constatou-se diferenças estatisticamente significativas nos valores médios registados no grupo clínico segundo o género para percepção geral de QV e percepção geral de saúde e, para os domínios Psicológico e Relações Sociais no grupo clínico. O que se pôde concluir que os homens apresentaram uma percepção da qualidade de vida, nos domínios Geral, psicológico e relações sociais, em média, mais elevada do que as mulheres.

Neste seguimento, de facto, são alguns os autores que constataram que o sexo feminino evidencia níveis mais baixos de QV comparativamente ao sexo masculino (Pasculli et al., 2004; Pedro, 2007; Prause et al., 2005; Silva, 2003; Soares, 2006; (Vásquez, Valderrábano, Fort, Jofre, López-Gómez, Moreno, et al., 2005). Porém, alguns autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre esta variável na QV (Lo Coco, Lo Coco, Cícero, Oliveri, Lo Verso, Piccoli, et al., 2005); Perkins, Stump, Monahan, & McHorney, 2006).

Neste mesma linha, num estudo realizado por Pereira (2009), constatou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas ao nível da QV (nos seus diferentes indicadores) em função do sexo dos inquiridos. No entanto, pôde-se constatar que as mulheres evidenciavam valores mais baixos de QV do que os homens (em todos os indicadores da QV).

Por outro lado, Pedro (2007), elaborou um estudo com 280 indivíduos portadores de esclerose Múltipla, na qual constatou diferenças estatisticamente significativas nas diferentes dimensões da QV em função da variável sexo. Neste sentido, apuraram que os homens apresentavam uma percepção de QV mais elevada relativamente ao género feminino. Por sua vez, estes resultados foram também comprovados na investigação levado a cabo por Soares (2006), com 54 portadores de EM. Contudo, no estudo de Miller & Dishon (2006), com doentes com EM, não se constatou que o sexo feminino apresentava valores inferiores de QV comparativamente ao sexo masculino.

Importa referir que, na perspectiva de Pasculli, Resta, Guastamacchia, Di Gennaro, Suppressa & Sabbà (2004), a razão pelas quais as mulheres apresentam menores valores de QV pode estar relacionado com o facto destas, manifestarem maior probabilidade de problemas psiquiátricos. Um outro motivo para este resultado, de acordo com McDonnel, Gielen, Wu, O'Campo, & Faden (2000) e Riedinger et al., (2001) refere-se ao impacto negativo da doença sobre a capacidade da mulher desempenhar as actividades tradicionais de vida diária, podendo, assim, prejudicar a auto-estima e, conseqüentemente, a sua QV (Mrus, Williams, Tsevat, Cohn & Wu, 2005). Por sua vez, McCabe & McKern (2002), referiram que as mulheres com EM podem experienciar níveis mais negativos de qualidade de vida relacionados com o domínio psicológico e, particularmente, no domínio das relações sociais, devido às restrições das suas incapacidades. Todavia, de acordo com os autores, esta diferença entre géneros deveria ser mais explorada para se perceberem as razões destes resultados.

Por sua vez, na faixa etária denotou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas na percepção de qualidade de vida no domínio Físico para o grupo clínico. Por conseguinte, no grupo normativo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na percepção geral de QV e no domínio Físico. A análise dos valores médios segundo a faixa etária permitiram constatar que os sujeitos com idade superior a 45 anos apresentaram em média valores mais baixos de percepção de qualidade de vida nos dois domínios acima mencionados, comparativamente com os sujeitos mais novos.

Neste seguimento, a investigação levada a cabo por Soares (2006), vai ao encontro, dos resultados acima mencionados, ou seja, esta autora encontrou, também, apenas uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a dimensão física da QV nos sujeitos com EM, verificando que a QV nesta dimensão era superior nas pessoas mais novas. Resultado compreensível, segundo a autora, dado que com o envelhecimento estes doentes começam a apresentar limitações na execução de actividades físicas.

Diferentes autores comprovam que quanto mais avançada a idade menor a QV, ou seja, este decréscimo acompanha o envelhecimento do indivíduo e a progressão da doença, acontecendo o mesmo para os sujeitos normativos (Ferreira & Santana, 2003; Meneses, 2005; Min et al., 2002; Pais-Ribeiro, 2005; Pedro, 2007 cit. in Pereira, 2009).

Numa investigação, levada a cabo por Pedro (2007), e numa outra levada a cabo por Pais-Ribeiro (2005), com portadores de EM, verificaram que existem correlações entre a idade e as dimensões da QV estudadas, concluindo-se que quanto mais avançada for a idade da pessoa, menor é a percepção de qualidade de vida geral, sendo as pessoas mais jovens as que revelam uma melhor QV (Pereira, 2009). Por sua vez, na óptica de León, Morales & Navarro (2002), a QV diminui com a progressão da doença, que aumenta com a idade. Isto, por sua vez, prejudica os aspectos físicos e psíquicos e amplia as dificuldades das relações sociais. Soares (2006) também verificou que, com o aumento do tempo de doença, diminui o apoio social percebido pelos portadores de EM. Esta situação poderá dever-se ao desgaste que a doença também fomenta nos familiares e pessoas próximas do utente, as quais eventualmente são fonte de suporte emocional (Moos & Shaffer, 1984, cit. in Soares, 2006).

Por fim, no que se refere à variável escolarização constatou-se um efeito significativo da escolarização no domínio de percepção geral de QV e de saúde, no domínio Físico e no domínio Meio-Ambiente para o grupo clínico. Já, no grupo normativo, não se registou um efeito significativo da escolarização nos valores médios de percepção de Qualidade de Vida. Desta forma, concluiu-se que os sujeitos do grupo clínico com escolarização ao nível do Ensino Básico apresentaram, em média, uma percepção pior da sua qualidade de vida, comparativamente com os sujeitos que apresentaram habilitações ao nível Secundário ou Superior.

De uma forma geral, estes resultados vão ao encontro de alguns estudos. Ou seja, um nível mais elevado de escolaridade está associado a uma melhor QV (Arnod et al., 2004; Ferreira & Santana, 2003; Janz et al., 2005; Pedro, 2007; Perez et al., 2005; Silva, 2003 cit. in Pereira, 2009). Pedro (2007) verificou a existência de correlações, ainda que baixas, entre a escolaridade e as Dimensões da QV investigadas, isto é, quanto maior o nível de escolaridade mais elevados são os níveis de QV, logo, melhor é a QV.

Estes resultados poderão dever-se ao facto da escolaridade contribuir para uma maior capacidade de mobilizar recursos mais, especificamente, proporcionar o acesso à informação necessária para melhorar as condições quotidianas, promovendo assim uma boa percepção de QV (Pedro, 2007 cit. in Pereira, 2009). Como salienta Djikers (1999), sujeitos com um nível académico mais elevado, apresentam níveis de satisfação com a vida, também mais elevados e, conseguem com maior facilidade um emprego e uma maior remuneração (Pereira, 2009). Todavia, em alguns estudos não se verificou qualquer existência de associação entre a variável escolaridade e a QV (Lo Coco et al., 2005; Meneses, 2005; Prause, Saletu, Tribl, Rieder, Rosenberger, Bolitschek, et al., 2005; Pereira, 2009).

Em seguida, no que toca à intensidade e direcção da associação entre os indicadores Saúde Mental e os domínios de percepção de qualidade de vida dos sujeitos com Esclerose Múltipla verificou-se a presença de correlações estatisticamente significativas entre todos os domínios de percepção de qualidade de vida e os indicadores de Saúde Mental, para o grupo de sujeitos com Esclerose Múltipla. Isto significa que, os sujeitos com EM apresentaram uma pior percepção da Qualidade de Vida quando os valores em nota T dos indicadores de saúde mental são mais elevados.

Neste seguimento, ao avaliar se a incidência de valores psicopatológicos nos indicadores de Saúde Mental, depende de uma melhor ou pior percepção com a qualidade de vida geral dos sujeitos do grupo clínico, denotou-se que, a incidência de indicadores psicopatológicos em sujeitos com Esclerose Múltipla depende da percepção geral de qualidade de vida, para os indicadores índice global de severidade, Depressão, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Assim, como seria de esperar, observou-se um maior número de casos com valores patológicos nos indicadores de saúde mental com pior percepção geral de qualidade de vida, comparativamente com os sujeitos que apresentaram melhor qualidade de vida.

Desta forma, observou-se que os sujeitos que pontuaram mais nos indicadores psicopatológicos de saúde mental demonstraram uma percepção geral de qualidade de vida pior, comparativamente com os sujeitos que apresentam melhor qualidade de vida.

Segundo Hernández (2000), na saúde mental existem factores que estão correlacionados com a qualidade de vida dos portadores com EM, todavia, a depressão, ansiedade, são as mais estudadas. Num estudo levado a cabo por Spitzer, Kroenke, Linzer, Hahn, Williams, Frank deGruy et al., (1995) constatou-se que indicadores de saúde mental elevados estão associados, habitualmente, a um maior comprometimento da QV. De acordo com Kantor (2004) existem diversas situações que podem fazer com que o portador de EM se sinta frustrado, triste e desmotivado e que, conseqüentemente, interferem na sua qualidade de vida. Ainda neste seguimento, de acordo com a revisão da literatura, uma pior qualidade de vida pode ser devida a uma saúde mental prejudicada, ou seja, estes dois constructos influenciam-se entre si.

De um modo geral, a incerteza da doença; os sintomas físicos como a fadiga, as dores, a forma como os pacientes percebem o risco de complicações na doença, pode determinar as suas decisões sobre o tratamento e planeamento futuro, e afectar também a sua saúde mental, sendo que pacientes que geralmente revelam expectativas positivas de vida manifestam menos sintomas de natureza depressiva (Jassens, et al., 2004 cit. in Maia, Viegas & Amaral, 2008). Tendo em conta o supracitado, é proeminente de um vasto leque de estratégias e mecanismos que lhe possibilitem dar resposta a problemas com que se possam deparar ao longo do curso da doença, promovendo desta forma, o seu bem-estar psicológico, bem como a qualidade de vida dos sujeitos (McCabe et al., 2004 cit. in Maia et al., 2008).

- **Qualidade de vida em comorbilidade com indicadores de Psicopatologia na EM**

De uma forma geral, e descorando agora, os instrumentos específicos que foram utilizados na presente investigação, têm sido estudadas algumas dimensões psicopatológicas que influenciam a qualidade de vida dos sujeitos com EM.

As manifestações psiquiátricas como a depressão, a labilidade emocional, euforia, mudanças de personalidade e determinado deterioro cognitivo são frequentes durante a evolução dos pacientes com esclerose múltipla, sobretudo em fases avançadas e que podem influenciar a sua QV. Relativamente a quadros do tipo psicótico, existem poucas referências na literatura sobre a sua influência nesta doença (Rodríguez-Gómez, Vázquez, & Carral-Pérez, 2005). Contudo, de acordo com a pesquisa bibliográfica existem vários factores que podem

influenciar a QV e saúde mental de sujeitos com EM. Desta forma, foi possível verificar que a fadiga se repercute significativamente ao nível mental e físico na vida destes sujeitos (Merkelbach, Sittinger & Koenig, 2002 cit. in Olascoaga, 2010). Esta tem um efeito estrondoso nas actividades de vida diária de pessoas com EM, interferindo no trabalho, vida familiar e nas actividades sociais. Assim, associa-se significativamente a baixos valores de qualidade de vida, independente do curso clínico ou grau de incapacidade da doença (Furtado & Tavares, 2005). Importa referir, aqui, que a fadiga é entendida como o estado de redução na capacidade de trabalho após um período de actividade mental ou física e merece ter o seu conceito ampliado, pois existem constantemente, relatos de fadiga, independente de esforços ou mesmo após o repouso (Schwid, Covington & Benjamin, 2002). Por sua vez, a depressão é a perturbação mental mais frequente em portadores de esclerose múltipla, afectando negativamente a qualidade de vida destes pacientes. A relação entre estas duas dimensões (fadiga e depressão) tem sido objecto de numerosos estudos. Enquanto alguns autores pensam que a fadiga é uma manifestação de depressão, outros têm um ponto de vista contrário. A depressão pode afectar consideravelmente o curso da terapia de doenças e reabilitação, assim, visivelmente prejudicando a qualidade de vida (QV) (Miletic, Toncev, Jevdjic, Jovanovic, & Canovic, 2011).

A Fadiga e a depressão, frequentemente, coexistem num mesmo paciente com EM. A associação entre estas duas variáveis pode ser explicada pelo facto de serem duas dimensões com mútua origem em portadores de esclerose múltipla (Miletic et al., 2011).

A ansiedade é algo que os pacientes com EM experienciam muitas vezes tanto no seu curso normal da doença como em situações externas à doença. A imprevisibilidade da doença, e o medo da incapacidade, são frequentemente partilhadas por estes doentes e podem causar ansiedade. Importa mencionar que, a ansiedade tem repercutido na deterioração da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes com EM (Olascoaga, 2010). Outro aspecto importante refere-se ao facto de níveis elevados de incapacidade estarem associados a altos níveis de ansiedade e depressão e, em consequência disso, podem afectar igualmente a qualidade de vida destes pacientes (Janssens et al., 2006). Todavia, a possibilidade de correlação entre ansiedade e depressão na EM é conhecida há vários anos, mas a literatura é escassa e não-conclusiva. Estima-se que estes sintomas sejam experienciados entre 27 a 54% dos pacientes com EM durante o progresso da doença (Rosinha, Greve, Nascimento, Lopes, Calonego & Boschi 2008).

Outros factores relacionados com a deterioração da QV e saúde mental, em sujeitos com EM, referem-se à presença de problemas sexuais e urinários (Fundação de Esclerose Múltipla, 2010). Estes pacientes apresentam uma redução significativa da qualidade de vida independente do estado de incapacidade, pois como noutras doenças crónicas, psicologicamente, pode aparecer uma diminuição do desejo sexual. Além disso, as modificações físicas podem interferir gravemente na auto-estima (Fundação de Esclerose Múltipla, 2011). Por sua vez como consequência, o facto de se sentir menos atraente, num corpo que não reflecte a própria imagem, pode criar doenças que influenciam a actividade sexual, que se manifesta como uma situação geradora de ansiedade, na qual o corpo não aceite é o protagonista (Fundação de Esclerose Múltipla, 2011).

Neste seguimento, de acordo com McCabe (2005) a auto-estima que corresponde à avaliação de uma pessoa sobre diferentes aspectos da sua personalidade e qualidade de vida estão mais baixos nas pessoas com EM, comparativamente com a população geral.

Por sua vez, a dor apresenta impacto negativo nas actividades de vida diária e na qualidade de vida dos portadores de Esclerose Multipla (Bermejo, Oreja-Guevara & Díez-tejedor, 2010; Khan & Pallant, 2007), podendo acarretar implicações na vitalidade, deterioração da função física e saúde mental. Todavia, o efeito mais relevante, parece relacionado com a saúde mental (Grasso, Clemenzi, tonini, Pace, Castillo, Cuccaro, et al., 2008 cit. in Olascoaga, 2010).

Por último, na EM as relações sociais também são afectadas em grande medida. O nível de comprometimento físico que, devido às implicações sobre a autonomia do indivíduo comporta mudanças radicais no âmbito da vida da pessoa, influi de modo determinante na qualidade de vida destes doentes. Outro aspecto a mencionar é que o impacto da EM nas relações sociais ocorre particularmente como resultado dos sintomas clínicos apresentados, o agravamento da doença ou quadro clínico instável, fadiga e limitação da mobilidade, que, por sua vez, influencia, negativamente, a qualidade de vida global dos pacientes com EM e a sua saúde mental (Aronson, 1997 cit. in Olascoaga, 2010).

Capítulo 5 - Conclusões do Estudo

Os pressupostos teóricos apresentados nesta dissertação de Mestrado, permitem uma compreensão alargada sobre a problemática que envolve os doentes com EM e da necessidade de compreender o seu estado de QV e Saúde Mental.

A doença crónica surge como um obstáculo gerador de crise e que necessita de ser encarado como tal, para que se encontrem estratégias adaptativas a esta nova situação. A EM enquadrando-se nas doenças crónicas, assume características próprias pelo facto de a podermos definir como sendo uma doença que conduz à incapacidade, mas que tanto pela sua etiologia como o seu curso se encontram em mistério, onde as incertezas são a única certeza deste doentes (Soares, 2006).

Ao reflectir sobre estes aspectos, é provável sentir-se a necessidade de conhecer melhor a problemática que envolve estes doentes. Desta forma, a QV e a Saúde Mental destes doentes centrou-se como a principal preocupação neste estudo, tendo-se debruçado o mesmo em aspectos que parecem ser conducentes de uma compreensão desta problemática.

Neste seguimento, procurou-se conhecer aspectos relacionados com os indicadores de saúde mental e a percepção de QV nestes utentes.

Face aos objectivos formulados neste estudo, e a partir dos resultados obtidos, retiraram-se algumas conclusões que passam a ser apresentadas.

Conclusão 1: Em média, os sujeitos portadores de EM apresentaram valores mais elevados de psicopatologia nos diferentes indicadores de Saúde Mental em comparação com os sujeitos normativos.

Conclusão 2: Os sujeitos com EM apresentaram uma maior incidência de psicopatologia comparativamente com os sujeitos do grupo normativo.

Conclusão 3: Nos sujeitos com EM, os homens apresentaram em média valores mais elevados nos indicadores de psicopatologia, comparativamente com as mulheres.

Conclusão 4: Os sujeitos do grupo clínico com idade superior a 45 anos apresentaram em média valores mais elevados no índice de severidade de sintomas presentes. Na amostra normativa, verificou-se também uma exacerbação dos índices de sensibilidade Interpessoal e Ansiedade Fóbica nos sujeitos mais velhos (idade superior ou igual a 45 anos) comparativamente com os mais novos.

Conclusão 5: Para os índices Total de Sintomas Positivos, Obsessão compulsão, Sensibilidade interpessoal, Ansiedade fóbica, Índice de Severidade de Sintomas Positivos, os sujeitos do grupo clínico, com o Ensino básico

apresentaram valores médios mais elevados destas escalas de Saúde Mental do que os sujeitos com Ensino Secundário ou Superior. Para os índices Índice Global de Severidade, Somatização, Depressão, Ansiedade, as diferenças de valores médios foram significativas apenas entre os grupos de escolarização Básico e Superior. Desta forma verificou-se que foram os sujeitos com um nível de escolaridade mais baixo que apresentam indicadores de saúde mental mais elevados.

Conclusão 6: No grupo clínico verificou-se a existência de uma maior variabilidade de percepção da qualidade de vida comparativamente com o grupo normativo, para todos os domínios, com excepção do domínio psicológico. Desta forma, constatou-se uma percepção de qualidade de vida mais dispersa entre os sujeitos do grupo com Esclerose Múltipla (grupo clínico).

Conclusão 7: No grupo clínico verificou-se uma maior incidência de casos com pior percepção de Qualidade de Vida comparativamente com os sujeitos do grupo normativo.

Conclusão 8: No grupo normativo os valores mais altos de correlação foram registados no domínio das relações Sociais com o domínio do meio ambiente e, o domínio psicológico com o domínio do meio-ambiente, denotando correlações moderadas positivas entre esses domínios. Já no grupo clínico os valores de correlação mais elevados registaram-se no domínio psicológico com o domínio das relações sociais e, o domínio psicológico com o domínio do meio-ambiente. Estes valores indicaram que se um sujeito com Esclerose Múltipla apresentou uma baixa percepção de qualidade de vida no domínio Psicológico, também, apresentou uma baixa percepção no domínio das relações sociais e vice-versa.

Conclusão 9: Segundo o género, no grupo clínico, os homens apresentaram uma percepção da qualidade de vida, nos domínios geral, psicológico e relações sociais, em média, mais elevada do que as mulheres.

Conclusão 10: Segundo a faixa etária, em ambos os grupos da amostra total, os sujeitos com idade superior a 45 anos apresentaram, em média, valores mais baixos de percepção de qualidade de vida nos dois domínios acima mencionados comparativamente com os sujeitos mais novos.

Conclusão 11: Os sujeitos do grupo clínico, no domínio físico, com escolarização ao nível do Ensino Básico apresentaram, em média, uma percepção pior da sua qualidade de vida comparativamente com os sujeitos que apresentaram habilitações ao nível Secundário ou Superior.

Conclusão 12: No grupo clínico, os sujeitos apresentaram uma pior percepção da Qualidade de Vida quando os valores dos indicadores psicopatológicos de saúde mental foram mais elevados.

Conclusão 13: Observou-se, no grupo clínico, um maior número de casos com valores patológicos nos indicadores de saúde mental - Índice Global de Severidade, Depressão, Ideação Paranoíde e Psicoticismo - com pior percepção geral de qualidade de vida comparativamente com os sujeitos que apresentaram melhor qualidade de vida, ou seja, os sujeitos com índices de severidade mais elevados apresentam pior percepção de qualidade de vida.

Capítulo 6 - Reflexão Pessoal

O termo QV tem recebido atenção crescente nos estudos com doentes de EM. Todavia, como referiram alguns autores, a EM é uma patologia pouco estudada, no âmbito da QV em Portugal. Segundo Léon et al. (2003), é recente o interesse pelo estudo da QV na EM, sendo que o 1º estudo foi publicado em 1990 (Pedro, 2007 cit. in Pereira, 2009). Este estudo foi realizado com 68 doentes de EM e os resultados obtidos comprovaram a importância da QV na adaptação à doença crónica (Pereira, 2009).

Outro aspecto importante mencionar, refere-se ao facto de investigadores terem vindo a dar mais relevância aos indicadores de psicopatologia depressão e ansiedade, e terem descurado em grande medida, outros também importantes na EM.

Desta forma, uma das limitações do presente estudo refere-se à falta de estudos que falem de sobre os diversos indicadores de saúde mental e qualidade de vida nesta patologia, inclusive, à falta de estudos que relacionem estes dois constructos entre si e com as variáveis sociodemográficas dos sujeitos portadores de EM. Salienta-se que a EM é uma doença crónica e, como tal, provoca alterações diversas na vida de uma pessoa, desde limitações ao nível das actividades de vida diária, locomoção, fadiga, dor, sentimentos de tristeza, ansiedade, depressão, isolamento social e familiar, problemas ao nível sexual e relacional, entre outros.

Uma outra limitação refere-se ao facto de terem sido enviados pelo correio os questionários e o respectivo consentimento informado a 84 sujeitos portadores de EM e só terem respondido 34 utentes. Caso contrário, conseguia-se uma amostra mais numerosa. Importa, referir que foram aplicados, pessoalmente, instrumentos de avaliação a 8 sujeitos, num encontro sobre nutrição nas instalações da SPEM em Lisboa, o que fez o total de 42 participantes do grupo clínico.

Constituiu uma limitação, o facto da impossibilidade de enviar os instrumentos de avaliação pelo e-mail da SPEM. Desta forma, foram enviados pelo correio, o que ficou bastante dispendioso e, impossibilitou o envio a um número mais alargado de sujeitos, de várias regiões do país. Por sua vez, impossibilitou a representatividade da amostra à população Portuguesa.

Nestes tipos de estudos, em que a participação dos sujeitos é através de questionários de auto-resposta, importa salientar que, pode estar patente a desajustabilidade social, ou seja, as pessoas respondem de acordo com o que pensam que é esperado, de uma forma geral, pelos outros. Isto pode influenciar os resultados de um estudo, pois estes podem não corresponder à verdadeira percepção e forma de sentir dos sujeitos relativamente à sua qualidade de vida.

Por outro lado, a actual investigação é uma mais-valia na medida em que aborda questões importantes sobre a qualidade de vida e a saúde mental em portadores de EM. De facto, apesar de constituírem uma população já estudada em vários níveis, as questões relativas à influência dos vários indicadores de saúde mental e de qualidade de vida, a relação entre características sociodemográficas e esses dois constructos e, ainda, a forma com os vários indicadores de saúde mental têm influência sobre a percepção de qualidade de vida na EM, ainda são bastante descurados na literatura.

De facto, novas investigações que aprofundem estas temáticas revelam-se necessárias, de modo a dar resposta a questões que estão ainda pendentes, não tendo sido devidamente esclarecidas nesta investigação pelo facto de ainda serem escassas, o que pode ser encarado como ponto de partida para investigações futuras.

Desta forma, poderá desenvolver-se nova investigação a fim de dar resposta a estas questões e a outras que se revelem de interesse. De facto, devido à natureza desta doença, bem como à sua incidência, investigações neste âmbito são uma mais-valia por permitirem compreender aspectos relevantes numa população tão específica como é o caso dos portadores de Esclerose Múltipla.

Referências Bibliográficas

- Alemayehu-Rodríguez, M. J., Aladro, Y., Amela-Peris, R., Pérez-Viéitez, M. C., Reyes-Yáñez, M. P., Déniz-Naranjo, M. C. et al., (2005). Autoimmune diseases and multiple sclerosis. *Rev Neurol*, 40(10), 594-597.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). Testes psicológicos (7ª ed.). México: Prentice Hall (trad. María Elena Ortiz Salinas).
- Anciães, A. N. (2008). Relatório final do estágio de ingresso na carreira técnica superior. Delegação Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., Serviço de Clínica Forense: Lisboa.
- Albuquerque, M. A. (2005). Esclerose múltipla: Aspectos Psicológicos da doença. Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (5ªed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Alter M, Kahana E, Zilber N, Millar A. (2006). Multiple sclerosis frequency in Israel's diverse populations. *Neurology*, 66(7), 1061-6.
- Alshubaili, A. F, Alramzy, K. Ayyad, Y. M & Gerish, Y. (2005). Epidemiology of multiple sclerosis in Kuwait: new trends in incidence and prevalence. *Eur Neurol*, 53(3), 125-31.
- Amoroso, G. C. (2009). *Esclerose Múltipla e Imagens de Deus: a influência da crença na qualidade de vida de portadores/as da doença*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Arnett, P. A., Barwick, F. H. & Beeney, J. E. (2008). Depression in multiple sclerosis: Review and theoretical proposal. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 691-724.
- Aymerich, M., Guillamón, I. & Jovell, A. J (2009). Health-related quality of life assessment in people with multiple sclerosis and their family caregivers. A multicenter study in catalonia (southern europe). *Patient Preference and Adherenc*, 3, 311-321.

- Bamer, A. M., Cetin, K. J., Gibbons, L. E. & Ehde, D. M. (2008). Validation study of prevalence and correlates of depressive symptomatology in multiple sclerosis. *Gen Hosp Psychiatry, 30*, 311-7.
- Bermejo, P. E., Oreja-Guevara, C., Díez-Tejedor, E. (2010). El dolor en la esclerosis múltiple: prevalencia, mecanismos, tipos y tratamiento. *Rev Neurol, 50(2)*, 101-108.
- Benedict, R. H. B., Wahlgig, E., Bakshi, R., Fishman, I., Munschauer, F., Zivadinov, R., et al. (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of Neurological Sciences, 231(1-2)*, 29-34.
- Callegaro, D. (2005). Aspectos epidemiológicos. In Tilbery, C. P. (ed). *Esclerose múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos*. São Paulo: Atheneu, 13-15.
- Callegaro, D., Goldbaum, M., Morais, L., Tilbery, C. P., Moreira, M. A., Gabbai, A. A. et al., (2001). The prevalence of multiple sclerosis in the city of São Paulo, Brazil, 1997, *Acta Neurológica Scandinávica, 104*, 208-213.
- Cerqueira, D. R. (2010). *Avaliação neuropsicológica breve na esclerose múltipla*. Dissertação de Mestrado em Neurologia. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Correia, J. & Cordeiro, C. (2008). *Esclerose múltipla*. Porto: Ambar.
- Derogatis, L. R. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Brenznitz (Orgs.), *Handbook of stress*, 270-294.
- De Sá, J., Paulos, A., Mendes, H., Becho, J., Marques, J. & Roxo, J. (2006). The prevalence of multiple sclerosis in the District of Santarém, Portugal. *Journal of Neurology, 253*, 914-918.
- Dilorenzo, T. A., Halper, J. & Picone, M. A. (2009). Qualidade de vida em MS: o envelhecimento melhorar percepções da saúde mental? *Defi Rehabil, 31(17)*, 1424-1431.
- Dymenta, D. A., Ebersa, G. C., & Sadovnick, A. D. (2004). Genetics of multiple sclerosis *Neurology, 3*, 104-110.
- Dyment, D. A., Willer, C. J., Scott, B., Armstrong, H., Ligers, A., Hillert, J., Sadovnick, A. D., Risch, N. & Ebers, G. C. (2001) Genetic susceptibility to MS: a second stage analysis in Canadian MS families. *Neurogenetics, 3*, 145-51.

- Ebers G. C, Yee I. M. L, Sadovnick A. D, Duquette P. and the Canadian Collaborative Study. (2000). Group. Conjugal multiple sclerosis: population-based prevalence and recurrence risks in offspring. *Ann Neurol*, 48, 927-31.
- Fernando, Stevens, Walsh, Jager, Goyette, Plenge, Vyse & Rioux. (2008). Defining the role of the MHC in autoimmunity: A review and pooled analysis. *PLOS genetics*, 4(4), 1-9.
- Flensner G, Annna-Christina E. k., Soderhamn O. (2003). Lived experience of MS-related fatigue--a phenomenological interview study. *Int J Nurs Stud*, 40(7), 707-717.
- Foley, J. F. & Brandes, D. W. (2009). Redefining functionality and treatment efficacy in multiple sclerosis. *Neurology* 72(23), 1-11.
- Fundação de Esclerose Múltipla. (2011). *Viver com a esclerose múltipla: aspectos psicológicos*. Retirado no dia 9 de Setembro de 2010 em <http://www.ms-gateway.com.pt/html/images/upload/downloads/psicologia.pdf>.
- Furtado, O. L., & Tavares, M. C. (2005). Esclerose múltipla e exercício físico. *Acta Fisiatria*, 12(3), 100-106.
- Gay, M-C., Vrignaud, P., Garitte, C., Meunier, C. (2010). Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Neurologica da Scandinavica*, 121, 161-170.
- Goretti B, Portaccio E, Zipoli V, Hakiki B, Siracusa G, Sorbi S, Amato MP. (2009). Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurol Sci*, 30(1), 15-20.
- Goretti, B., Portaccio, E, Zipoli, V. Razzolini, L. Amato, M. P. (2010). Coping strategies, cognitive impairment, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis, *Neurol Sci*, 31(2), 227-230.
- Grigoriadis N, Grigoriadis S, Polyzoidou E, Milonas I, Karussis D. (2006). Neuroinflammation in multiple sclerosis: Evidence for autoimmune dysregulation, not simple autoimmune reaction. *Clin Neurol Neurosurg*, 108, 241-4.
- Horácio, J. L. G. (2010). *Afecção Neuropsicológica em mulheres com esclerose múltipla surtos-remissão*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Compostela, Santiago de Compostela.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Hernández, M. A. (2000). Tratamiento de la esclerosis múltiple y calidad de vida. *Revisa de Neurología*, 30(12), 1242-1245.
- Hernández, M. A. (2002). Epidemiology of multiple sclerosis in the Canary Islands (Spain): a study on the island of La Palma. *J Neurol*, 249(10), 1378-1381.
- Janssens, A. C. J. W., Buljevac, D., van Doorn, P. A., Van der Meché, F. G. A., Polman, C. H., Passchier, J., & Hintzen, R. Q. (2006). Prediction of anxiety and distress following diagnosis of multiple sclerosis: a two years longitudinal study. *Multiple sclerosis*, 12, 794-801.
- Janssens, A. C. J. W, van Doorn P. A., Boer, J. B., Kalkers, N. F., van der Meché, F. G. A., Passchier, J. et al., (2003). Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 9, 397-403.
- Janardhan, V. & Bakshi, R. (2002). Quality of life in patients with multiple sclerosis: The impact of fatigue and depression. *Journal of the Neurological Sciences*, 205, 51 - 58.
- Kantarci, O. H. & Weinshenker, B. G. (2005). Natural history of multiple sclerosis. *Neurologic clinics*, 23(1), 17-38.
- Kantor, L. (2004). *Esclerose múltipla e motivação - conversas com o portador*. São Paulo: Serono.
- Khan, F. & Pallant, J. (2007). Chronic pain in multiple sclerosis: prevalence, characteristics, and impact on quality of life in an australian community cohort. *Journal of Pain*, 8(8), 614-623.
- Klupka-Sarić, I. & Galić, M. (2010). Epidemiology of multiple sclerosis in western Herzegovina and Herzegovina--Neretva Canton, Bosnia and Herzegovina. *Coll Antropol*, 34(1), 189-93.
- Islam, Gauderman, Cozen, Mack. (2007). Childhood sun exposure influences risk of multiple sclerosis in monozygotic twins. *Neurology*, 69(4), 381-8.
- Landeiro, E. A. N. (2001). Abordagem da doença oncológica: estudo de variáveis psicológicas. *Psicologia - o portal dos psicólogos*, 1-16.
- Limmroth, V., & Sindern, E. (2006). *Esclerose múltipla: atlas de bolso especial* (M. J. Sá, Trad.). Algés: Euromédice - Edições Médicas.

- Lo Coco, G., Lo Coco, D., Cícero, V., Oliveri, A., Lo Verso, G., Piccoli, F., et al. (2005). Individual and health-related quality of life assessment in amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers. *Journal of the Neurological Sciences*, 238(2), 11-17.
- Maia, L. A. C. R. (2006). *Esclerose múltipla: avaliação cognitiva*. Viseu: Psicossoma.
- Maia, L. A. C. R., & Pessoa, P. (2009). Estudo exploratório acerca da satisfação sexual em pessoas de meia-idade da cidade da Covilhã - Portugal. *Psicologia - O Portal dos Psicólogos*, 1-22.
- Maia, L. A. C. R., Viegas, J. & Amaral, M. (2008). Esclerose múltipla: conhecer para desmistificar. *Psicologia - O Portal dos Psicólogos*.
- Martín, P. (2001). Esclerosis múltiple y calidad de vida. *Revista de Neurologia*, 32(8), 732-733.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do spss*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McCabe, M. P. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res*, 59, 161-6.
- McCabe, M. P. & McKern, S. (2002). Quality of life and multiple sclerosis: comparison between people with multiple sclerosis and people from the general population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), 287-295.
- Mejía-Buriticá, L., Agudelo-Restrepo, C., Gómez-Hoyos, C., Cabrera-Hemer, D. N. (2009). Genética de la esclerosis múltiple: una perspectiva epidemiológica y molecular. *Archivos de Medicina*, 5(1), 1-8.
- Miletic, S., Toncev, G., Jevdjic, J., Jovanovic, B. & Canovic, D. (2011). Fatigue and depression in multiple sclerosis correlation with quality of life. *Arch. Biol. Sci.*, 63(3), 617-622.
- Miller, A., & Dishon, S. (2006). Health-related quality of life in multiple sclerosis: psychometric analysis of inventories. *Multiple Sclerosis*, 11(4), 446-455.
- Mitchell, A., León, J., Gonzalez, J. & Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing, *Lancet Neurology*, 4, 556-566.

- Mitchell, A., Léon, J., Gonzalez, J. & Navarro, J. (2004). A systematic approach to analyse health-related quality of life in multiple sclerosis: the GEDMA study. *Multiple Sclerosis*, 10, 47-54.
- Morales, R. d. R., Morales, N. d. M. O., Rocha, F. C. G. d., Fenelon, S. B., Pinto, R. d. M. C., & Silva, C. H. M. d. (2007). Qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla. *Arquivo Neuropsiquiatrico*, 65(2-B), 454-460.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Moreira M. A., Tilbery, C. P., Lana-Peixoto, M. A., Mendes M.F. Kaimen-Maciel, D.R., Callegaro, D. (2002). Aspectos históricos de la esclerosis multiple - História y Humanidades. *Revista de Neurologia*, 34(4), 378-383.
- Mota, R. S. G., (2009). *A interação de factores ambientais na génese da esclerose múltipla*. Dissertação de mestrado em Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Mrus, J. M., Williams, P. L., Tsevat, J., Cohn, S. E., & Wu, A. W. (2005). Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, 14(2), 479-491.
- Nogueira, G. G. (2010). *Um estudo sobre a esclerose múltipla à luz da teoria winnicottiana*. Dissertação de mestrado em Neurologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Nogueira, L. A. C. (2006). *A influência das alterações motoras e da fadiga na qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Nortvedt, M. W., Riise, T., Frugaård, T., Mohn, J. Bakke, A., Skår, A. B. et al, (2007). Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Multiple Sclerosis*, 13(1), 106-112.
- Opara, J. A., Jaracz, K., & Broła, W. (2010). Quality of life in multiple sclerosis. *Journal of medicine and life*, 3(4), 352-358.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade (A. A. Corrêa). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.

- Pasculli, G., Resta, F., Guastamacchia, E., Di Gennaro, L., Suppressa, P., & Sabbà, C. (2004). Health-related quality of life in a rare disease: Hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT) or Rendu-Osler-Weber disease. *Quality of Life Research*, 13(10), 1715-1723.
- Patti, F., Pozzilli, C., Montanari, E., Pappalardo, A., Piazza, L., Levi, A. et al., (2007). Effects of education level and employment status on HRQoL in early relapsing-remitting multiple sclerosis. *Mult Scler July*, 13(6), 783-791.
- 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 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp.121-126). Lisboa: ISPA Callegaro, D. (2001). Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*, 1-10.
- Pereira, M. A. C. (2009). *Qualidade de Vida e Espiritualidade na Esclerose Múltipla*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária, Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Perkins, A. J., Stump, T. E., Monahan, P. O., & McHorney, C. A. (2006). Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. *Quality of Life Research*, 15(3), 331-348.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Prause, W., Saletu, B., Tribl, G. G., Rieder, A., Rosenberger, A., Bolitschek, J., et al. (2005). Effects of socio-demographic variables on health-related quality of life determined by the quality of life index - German version. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 20(5), 359-365.
- Porras-Betancourt, M., Núñez-Orozco, L., Plascencia-Álvarez, N. I., Quiñones-Aguilar, S. & Sauri-Suárez, S. (2007). Esclerose múltipla, *Rev Mex Neuroci*, 8(1), 57-66.
- Pregolato, A. P. F. (2005). *Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes submetidos a hemodiálise*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Quartilho, M. J. (2010). *Saúde mental*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Rivera-Navarro, J., Morales-González, J. M., Benito-León, J. & Mitchell, A. J. (2008). Dimensión social y familiar: experiencias de cuidadores y personas con esclerosis múltiple. El estudio GEDMA. *Revista de Neurologia*, 47(6), 281-285.
- Rodriguez-Gómez, D., Vázquez, E. & Carral-Pérez, O.(2005). Psicosis aguda como inicio de esclerosis múltiple. *Rev Neurol*, 41(4), 255-256.
- Rosinha, L. C., Greve, P., Nascimento, N. H. Lopes, P. G., Calonego, C. A., Boschi, S. R. M. S. (2008). Resistance training, anxiety and depression in multiple sclerosis patients, *Fisioter. Mov*, 21(3), 83-91.
- Rotstein, Z., Barak, Y., Noy, S. & Achiron, A. (2000). Quality of life in multiple sclerosis: development and validation of the RAYS Scale and Comparison with the SF36. *International Journal of Quality in Health Care*, 12(6), 511-517.
- Saraiva, S. B. (2009). *Alterações cognitivas na esclerose múltipla e sua associação com o gene APOE4: estudo caso-controle em pacientes de um centro de referencia do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Neurologia, Universidade da Federal do Estado do Rio de Janeiro.
- Sá, J. (2002). Tratamento precoce da Esclerose Múltipla. Retirado em 3 de Maio de 2010 em <http://www.anem.org.pt/em-actcient/ac-n11-art4.htm>.
- Sawcer S. (2008). The complex genetics of multiple sclerosis: pitfalland prospects. *Brain*, 131, 3118-313.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada com la salud: Aspectos conceptuales, *Ciencia y Enfermeria*, 9(2), 9-21.
- Schwid S. R, Covington M., Benjamin M. (2002). Fatigue in multiple sclerosis: current understanding and future directions. *J Rehabil Res Dev*, 39(2), 211-24.
- Sharma, E., Rao, N. P., Venkatasubramanian, G., Behere, R. V., Varambally, S. & Gangadhar, B. N.(2010). Sucessfull treatment of co-morbid schizophrenia and multiple sclerosis. *Asian Journal Psychiatry*, 3, 235-236.
- Soares, M. L. S. (2006). *Qualidade de vida e esclerose múltipla*. Coimbra: Formasau.
- Sousa, C. & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da Hospitalanxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2); 283-288.

- Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla. (2010). Diagnóstico. Retirado em 3 de Maio de 2010 em <http://www.spem.org/esclerose-multipla/diagnostico>.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B. W., Frank deGruy, F. V. et al., (1995). Health-Related Quality of Life in Primary Care Patients With Mental Disorders. *JAMA*. 274(19), 1511-1517.
- Tsai, S. (2007). Glatiramer acetate could be a potential antidepressant through its neuroprotective and anti-inflammatory effects. *Medical Hypotheses*, 69(1), 145-148.
- Turpin, K. V. L., Carroll, L. J., Cassidy, J. D. & Hader, W. J. (2007). Deterioration in the health-related quality of life of persons with multiple sclerosis: the possible warning signs. *Mult Scler September*, 13, 1038-1045.
- Urbano, G. (2011). *Conhecer melhor a Esclerose múltipla*. Retirado dia 21 de Setembro de 2011 em http://www.ms-gateway.com.pt/html/images/upload/downloads/Conhecer_EM.pdf
- Varo-Sánchez, G. M., Cuenca-Lopez, M. D. Fernández-Fernández, O. & Jordan, J. (2011). Días farmacológicas en la sclerosis multiple. *Rev Neurol*, 53(1), 27-34.
- Vásquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofre, R., López-Gómez, J. M., Moreno, F., et al. (2005). Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 14(1), 179-190.
- Vaz Serra, A., Canavarró, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Victor, M. & Ropper, A. H. M. (2001). Multiple sclerosis and allied demyelinating diseases. In Victor, M. (ed). *Adams and Victor's Principles of Neurology*, 7th Edition-International edition, New York: McGraw-Hill, 955.
- Wynia, K., Middel, B., Ruiters, H., Van Dijk, J. P. V., Lok, W. S., Keyser, J. H. A. & Reijneveld, S. A. (2009). Adding a subjective dimension to an ICF-based disability measure for people with multiple sclerosis: development and use of a measure for perception of disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 31(12), 1008-1017.
- Willer, C. J., Dymont D. A, Sadovnick A. D, et al. (2003). Twin concordance and sibling recurrence rates in multiple sclerosis. *Proc Natl Acad Sci (USA)*, 100, 12877-12882.

Zajicek, J. (2007). The epidemiology of multiple sclerosis. *J Neurol.* 254, 1742.

Anexos

Anexo A

(Projecto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde)



Departamento de Psicologia e Educação

Universidade da Beira Interior

PROJECTO DE Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

INFORMAÇÕES SOBRE A CANDIDATURA

TÍTULO

A QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM PORTADORES DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO(A) (nome; grau anterior/instituição; actividade profissional)

Maria Natália Ferreira Braga,

Licenciatura em Psicologia, UBI

ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA (nome e instituição de pertença do(s) orientador(es))

Professor Doutor Luís Maia

Universidade da Beira Interior

PROGRAMA DE TRABALHOS

ESTADO DA ARTE

A qualidade de vida é cada vez mais valorizada pela sociedade contemporânea. No entanto, esta torna-se um constructo difícil de alcançar em pessoas que padecem de doenças crónicas, como sendo, os pacientes que padecem de Esclerose Múltipla. Esta está muitas vezes associada a factores como estado de saúde, satisfação com a vida e bem-estar subjectivo (Morales, 2005).

A EM é uma doença de carácter geralmente progressivo, na qual a inflamação e desmielinização da substância branca do sistema nervoso central resulta em vários sinais e sintomas neurológicos (Callegaro, 2001).

O aparecimento desta doença dá-se geralmente através de um surto com recidiva, que poderá ser visualizado através de variadíssimos sintomas neurológicos, sendo o mais frequente a nevrite óptica, que pode incluir turvação visual ou a perda de visão unilateral. A sua evolução está relacionada com o número de recidivas – remissões nos primeiros dois anos da doença (Callegaro, 2001).

No que concerne ao prognóstico, os indicadores apontam para um prognóstico negativo, quando surgem muitas recidivas num curto espaço de tempo (Keneadly, Vance & Haines; 2003 cit. in Pedro & Ribeiro,

2010), Sintomatologicamente podem existir grandes variações consoante a zona cerebral que é mais afectada pela desmielinização. No entanto, alguns sintomas ocorrem mais frequentemente que outros. Os primeiros sintomas podem ser astenia e fadiga sem sinais objectivos. Surge, com maior frequência, a inflamação do nervo óptico e a perda de força muscular, e poderão surgir outros sintomas como: espasticidade, distonia, acinesia, paroxística, tremor parkinsonico, dismetria, ataxia, desartria e comprometendo a autonomia individual (Henze, 2005; Kesselring, 2003; Paty & Ebers, 1997 cit. in Pedro & Ribeiro, 2010).

Ao nível das disfunções cognitivas, estas afectam 40 a 70% dos doentes com Esclerose Múltipla, provocando alterações graves no processamento cognitivo da informação, na capacidade de memória e na execução de tarefas, o que muitas vezes conduz a uma baixa produção no trabalho, ao aumento dos problemas laborais e diminuição da socialização. Estes factores favorecem a diminuição da actividade, e aumentam a dependência e a incapacidade (Yozbairan, Basturt, Basturt, Ozakbas & Idiman, 2006 cit. in Engle *et al.*, 2007; Rao *et al.*, 1991; Thronton & DeFreitas, 2009).

Deste modo, estudar a Qualidade de Vida e Saúde Mental das pessoas com Esclerose Múltipla é um aspecto importante na avaliação do impacto da doença na sua vida quotidiana (Morales, Morales, Rocha & Fenelon, Pinto & Silva, 2007).

De acordo com Pedro e Ribeiro (2010) a evolução da doença não pode ser avaliada apenas segundo critérios de incapacidade e deficiência, pois existe uma variedade de factores individuais que se expressam na qualidade de vida destes indivíduos e representam o impacto da evolução da doença e das estratégias individuais de adaptação à mesma.

Num estudo realizado por León, Morales e Navarro (2002) verificou-se que a qualidade de vida está relacionada com o impacto da doença na vida a nível emocional, social e ocupacional (Pedro & Ribeiro, 2010).

Por sua vez, nos estudos desenvolvidos por Mitchell, León, Gonzalez, e Navarro (2004, 2005), a progressão da doença e a consequente degradação do estado físico e mental dos indivíduos com esclerose múltipla, conduzem inevitavelmente à redução da autonomia dos mesmos. Estas alterações conduzem, muitas vezes, a situações de desemprego ou trabalho precário, bem como a restrições de actividades sociais e alterações na participação activa no agregado familiar. Estes autores consideram que é importante os doentes preservarem o seu trabalho e que seja facilitado o seu desenvolvimento profissional e pessoal, para que continuem activos do ponto de vista cognitivo, prevenindo as incapacidades cognitivas, protegendo os estados de depressão e, conseqüentemente, mantendo os valores elevados de Qualidade de Vida (Pedro & Ribeiro, 2010)

OBJECTIVOS

Objectivo geral

Estudar e analisar indicadores de qualidade de vida e saúde mental em sujeitos portadores de Esclerose Múltipla sócios da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) e em sujeitos saudáveis/normativos da população Portuguesa, do sexo masculino e feminino, com idades superiores a 18 anos, de diferentes níveis educacionais.

Objectivos específicos

- Conhecer as características sócio-demográficas dos sujeitos portadores de Esclerose Múltipla e dos sujeitos normativos participantes no estudo;
- Caracterizar o perfil mental dos sujeitos participantes no estudo, relativamente a diferentes indicadores psicopatológicos;
- Caracterizar a percepção geral de qualidade de vida dos sujeitos participantes no estudo, e os domínios individuais de percepção Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente da qualidade de vida;

- Analisar a relação entre os diferentes indicadores de saúde mental na amostra de sujeitos participantes no estudo;
- Analisar a relação entre os diferentes domínios de percepção com a qualidade de vida na amostra de sujeitos participantes no estudo;
- Analisar o efeito das características sócio-demográficas no perfil de Saúde Mental apresentado pelos sujeitos com Esclerose Múltipla, comparativamente com o grupo normativo;
- Analisar o efeito das características sócio-demográficas na percepção com a Qualidade de Vida apresentada pelos sujeitos com Esclerose Múltipla, comparativamente com o grupo normativo;
- Avaliar dependência da percepção da qualidade de vida nos indivíduos portadores de Esclerose Múltipla com a presença de dimensões psicopatológicas.

DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Tipologia

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, descritivo e correlacional.

Amostra

Consiste numa amostragem não probabilística, nomeadamente, amostragem acidental, casual ou por conveniência.

- **Critérios de inclusão para os sujeitos da amostra com EM:**

1. Doentes com o diagnóstico de EM.
2. Doentes de ambos os sexos.
3. Idade superior a 18 anos
4. Capacidade de proporcionar Consentimento Informado.
5. Inexistência de história de psicopatologia grave (critérios da DSM-IV-TR), para além de depressão ou alterações de personalidade consequentes ao diagnóstico de EM: Depressão Major; esquizofrenia, distúrbio bipolar, alcoolismo ou abuso de outras substâncias e Demência.

- **Critérios de inclusão para o Grupo Controlo:**

1. Inexistência de diagnóstico de EM.
2. Participantes de ambos os sexos.
3. Idade superior a 18 anos.
4. Participantes saudáveis, equivalente quanto às seguintes variáveis: idade (mais ou menos 3 anos), escolaridade (mais ou menos 3 anos) e género.
5. Inexistência de história de psicopatologia grave (critérios da DSM-IV-TR), para além de depressão ou alterações de personalidade consequentes ao diagnóstico de EM: Depressão Major; esquizofrenia, distúrbio bipolar, alcoolismo ou abuso de outras substâncias e Demência.

Material

Para a concretização deste estudo serão aplicados os questionários: Symptom Checklist-90 Revised (SCL - 90 - R); World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF); Questionário Sociodemográfico.

Procedimento

1. Pesquisa bibliográfica.

2. Pedido de autorização para a realização do Projecto de Tese e Plano de Trabalhos ao Conselho de Administração da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla e respectiva Comissão de Ética.
3. A parte da recolha da amostra Clínica do estudo será realizada na SPEM
4. Selecção da amostra clínica, da SPEM de acordo com critérios de inclusão definidos.
5. Obtenção de Consentimento Informado escrito, assegurando o controlo da confidencialidade dos dados.
6. Questionário Sociodemográfico (p. ex., género, escolaridade, habilitações académicas).
7. Administração/envio, via CTT, dos instrumentos de avaliação.
8. Selecção de sujeitos para **grupo controlo**, aos quais serão realizados os mesmos procedimentos da amostra clínica
9. As respostas dos sujeitos serão codificadas numericamente.
10. O tratamento estatístico, agregado e não individualizado, tem em vista assegurar a confidencialidade, será efectuado de acordo com os objectivos do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engle, C., Greim, B., & Zettl, U. (2007). Diagnostics of cognitive dysfunctions in Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology*, 254 (2), II/30-II/34.
2. Maia, L. (2006). *Esclerose Múltipla: Avaliação cognitiva*. Viseu: Psicossoma.
3. Morales, R. R. (2005). *Avaliação transversal da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla por meio de um instrumento genérico (SF-36)*. Pós-Graduação em Ciências da Saúde Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
4. Morales, R. R., Morales, N. M. O., Rocha, F. C. G., Fenelon, S. B., Pinto, R. M. C., & Silva, C. H. M. (2007). Qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla *Arq. Neuropsiquiatr.*, 65(2-B), 454-460.
5. 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 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.121-126). Lisboa: ISPA Callegaro, D. (2001). Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*, 1-10.

DATA:

O CANDIDATO:

O ORIENTADOR:

Anexo B

(Carta de formalização para autorização da realização da investigação na SPEM)



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

De: Professor Doutor Luís Maia

Para: Direcção da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla

Assunto: Solicitação de Autorização para realização de uma investigação no âmbito da dissertação de Mestrado da Universidade da Beira Interior.

Exm^{os} Srs:

No âmbito da dissertação de mestrado como requisito para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, área Clínica e da Saúde, na Universidade da Beira Interior, venho humildemente solicitar que seja autorizada a realização da investigação intitulada “A Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores de Esclerose Múltipla”, por parte da aluna Maria Natália Ferreira Braga, com o número mecanográfico M3214.

Trata-se de um trabalho cujo objectivo se reveste de enorme pertinência científica e social que envolve o contacto com os utentes que frequentam a SPEM (seria necessário apenas uma sessão de avaliação – tempo previsto de 40 minutos), tendo em vista o preenchimento de três questionários - Questionário Sociodemográfico, Symptom Checklist-90 Revised (SCL - 90 - R) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF).

Neste estudo todos os dados recolhidos junto dos portadores de esclerose múltipla que frequentem a SPEM serão tratados de forma confidencial e anónima, e a participação não é de carácter obrigatório, sendo que os utentes que demonstrarem interesse em participar, poderão deixar de o fazer a qualquer momento.

Esperando poder merecer a atenção possível por parte de vossas excelências, subscrevo-me atentamente, deixando os meus contactos telefónicos pessoais para a eventualidade de qualquer contacto. Luís Maia, 914868182, 275088893.

Nota: apenas como curiosidade, sou associado da SPEM há já vários anos.

Com os melhores cumprimentos.

(Assinatura do orientador de dissertação de mestrado)

Anexo C

(Consentimento Informado aos utentes com Esclerose Múltipla)



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Pedido de Autorização para a Participação numa Investigação acerca da “Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores de Esclerose Múltipla ”

Exm.º Sr(a):

No âmbito da dissertação de mestrado como requisito para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, área Clínica e da Saúde, na Universidade da Beira Interior, venho solicitar a sua autorização para a realização da investigação intitulada “A Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores de Esclerose Múltipla”, por parte da Mestranda Maria Natália Ferreira Braga.

O objectivo do presente trabalho prende-se com o conhecimento e a compreensão da qualidade de vida e saúde mental dos portadores de esclerose múltipla da SPEM, mais especificamente, conhecer o funcionamento dos utentes ao nível educacional, profissional/ocupacional, social, emocional/afectivo, físico e psicológico, bem como averiguar a presença de sintomatologia psicopatológica.

Trata-se de um trabalho que se reveste de enorme pertinência científica e social e que envolve o contacto com os utentes que frequentam a SPEM numa única vez, tendo em vista o preenchimento de três questionários - Questionário Sociodemográfico, Symptom Checklist-90 Revised (SCL - 90 – R) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF).

Neste estudo todos os dados recolhidos junto dos portadores de esclerose múltipla que frequentem a SPEM serão tratados de forma confidencial e anónima, e a participação não é de carácter obrigatório.

Atentamente,

(Assinatura da Investigadora)

Estou ciente da minha contribuição nesta investigação e tenho conhecimento de que os dados recolhidos serão utilizados somente para a pesquisa e analisados seguindo os princípios de anonimato e confidencialidade.

(Assinatura do Participante)

NOTA: a qualquer momento, sem que tenha que apresentar qualquer explicação, tenho o direito de abandonar o estudo.

Anexo D

(questionário sociodemográfico destinado aos utentes com Esclerose Múltipla)



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Portadores de Esclerose Múltipla

No âmbito do mestrado em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, pretende-se levar a cabo uma investigação cujo objectivo é avaliar a Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores de Esclerose Múltipla que frequentam a Associação Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) em Lisboa. Assim, a sua colaboração é muito importante e, para tal solicita-se o preenchimento do seguinte questionário. Por favor, responda com toda a sinceridade, pois este questionário é **confidencial e anónimo**.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração.

Responda às questões a seguir formuladas e coloque uma cruz (x) no quadrado que melhor descreve o seu caso:

1. Idade: ____
2. Género: Masculino / Feminino
3. Estatuto Socioeconómico: Alto / Médio – Alto / Médio / Médio-Baixo / Baixo
4. Nível de Ensino: Não sabe ler nem escrever / Sabe ler/escrever / 1º Ciclo/ 2º Ciclo / 3º Ciclo / Secundário / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento
5. O Seu Estado Civil: Solteiro(a) / Casado(a) / Viúvo(a) / União de Facto / Divorciado(a) / Namora / Outro _____
6. Tem filhos? Sim / Não / Se Sim, indique quantos _____
7. Local de Residência: _____
8. Indique como é constituído o seu agregado familiar _____
9. Para além da Esclerose Múltipla é portador de mais alguma doença crónica?
 Não Sim

Se respondeu sim, indique qual(ais):

Hipertensão arterial / Diabetes / Depressão / Asma / Perturbação Obsessivo-compulsiva / Perturbação Bipolar / Esquizofrenia / Perturbações da Personalidade / Parkinson / Alzheimer / HIV / alcoolismo / Consumo de Substâncias

10. Em que ano sentiu o primeiro sintoma de Esclerose Múltipla? (Ano) _____

11. Em que ano lhe foi diagnosticada Esclerose Múltipla _____

12. Qual é o tipo de Esclerose Múltipla de que é portador?

- Esclerose Múltipla Remitente-Recidivante
- Esclerose Múltipla Primária Progressiva
- Esclerose Múltipla Progressiva-Recidivante
- Esclerose Múltipla Secundária Progressiva

13. Quantos surtos teve desde o diagnóstico de Esclerose Múltipla? _____

14. Quantas vezes foi internado(a) desde o diagnóstico de Esclerose Múltipla? ____

15. Que sintomas físicos tem tido devido à Esclerose Múltipla? dor / crises espasmódicas / Fadiga / intolerância ao calor / outro(s): _____

16. Que medicamentos toma devido à Esclerose Múltipla? _____

17. Verificou alterações psicológicas devido ao facto de ser portador de Esclerose Múltipla? Não Sim

Se respondeu sim, indique qual(ais):

ansiedade / stress / falta de motivação / perda da auto-estima / sentimentos de desesperança / tristeza / Outro(s): _____

Já alguma vez recorreu a algum tipo de ajuda psicológica?

Sim / Não

Se respondeu sim:

18.1. A que tipo de instituição (centro de saúde, hospital, consultório privado, instituição de solidariedade social) _____

18.2. Motivo do pedido Tipo de pedido (terapia familiar, terapia individual, terapia de casal...) _____

18.3. Neste momento ainda tem apoio? Sim / Não

18.4. Duração do apoio psicológico _____

19. No decurso desta doença por quem se sente mais apoiado?

- Família chegada
- Família alargada
- Comunidade (vizinhos, amigos...)
- Instituições (apoio social, médico...)

Na grelha seguinte, assinale o número que melhor descreve o que sente, sendo que o número 1 corresponde a “*Muito Insatisfeito*” e o número 5 corresponde a “*Muito Satisfeito*”:

20. Indique o seu grau de satisfação com a qualidade desse apoio?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Na sua opinião, que alterações a doença provocou na sua vida (implicações ao nível social, profissional, familiar, pessoal, etc.)?

- Isolamento social
- Desemprego
- Redução do horário laboral
- Alterações na dieta alimentar
- Outros _____

Anexo E

(Questionário de qualidade de vida *WHOQOL-Bref*, gentilmente cedido pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra)

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
	1 ^o -4 ^o anos	<input type="text"/>
	5 ^o -6 ^o anos	<input type="text"/>
	7 ^o -9 ^o anos	<input type="text"/>
	10 ^o -12 ^o anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>	
Formação pós-graduada	<input type="text"/>	

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
	Casado(a)	<input type="text"/>
	União de facto	<input type="text"/>
	Separado(a)	<input type="text"/>
	Divorciado(a)	<input type="text"/>
	Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo F

(Questionário Sintomático *SCL-90-R*, gentilmente cedido pelo Professor Doutor Américo Baptista)

SCL - 90 - R

Questionário de avaliação de 90 sintomas

Idade: _____

INSTRUÇÕES

A seguir encontra uma lista de problemas e queixas que algumas pessoas costumam ter.

Por favor leia as questões cuidadosamente e assinale a sua escolha colocando um círculo no número que melhor descreve **QUANTO ESTE PROBLEMA O INCOMODOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS INCLUINDO HOJE.**

Faça somente um círculo e responda a todas as questões. Leia o exemplo que se segue antes de começar.

EXEMPLO:

EM QUE MEDIDA TEM SOFRIDO DAS SEGUINTE QUEIXAS	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
1 - Dores no corpo	0	1	2	3	4

EM QUE MEDIDA TEM SOFRIDO DAS SEGUINTE QUEIXAS	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
1 - Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2 - Nervosismos ou “stress” interior	0	1	2	3	4
3 - Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz	0	1	2	3	4
4 - Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
5 - Diminuição do interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
6 - Sentir-se criticado pelos outros	0	1	2	3	4
7 - Impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
8 - Ideias de que as outras pessoas sejam	0	1	2	3	4

culpadas pela maioria dos seus problemas					
9 - Dificuldade em se lembrar das coisas passadas e recentes	0	1	2	3	4
10 - O desleixo e a falta de limpeza dão-lhe cuidados	0	1	2	3	4
11 - Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
12 - Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
13 - Sentir medo na rua ou praças públicas	0	1	2	3	4
14 - Falta de forças ou lentidão	0	1	2	3	4
15 - Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
16 - Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem	0	1	2	3	4
17 - Tremer	0	1	2	3	4
18 - Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
19 - Perdeu o apetite	0	1	2	3	4
20 - Virem as lágrimas facilmente aos olhos	0	1	2	3	4
21 - Sentir-se tímido ou com falta de vontade com pessoas do outro sexo	0	1	2	3	4
22 - Impressão de se sentir “preso” ou apanhado em falta	0	1	2	3	4
23 - Ter medo, subitamente, sem ter motivos para isso	0	1	2	3	4
24 - “Explosões” emocionais ou impulsos que não pode controlar	0	1	2	3	4
25 - Medo de sair de casa sozinho	0	1	2	3	4
26 - Acusar-se a si mesmo a propósito de certas coisas	0	1	2	3	4
27 - Dores no fundo das costas (cruzes)	0	1	2	3	4

28 - Dificuldades em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4
29 - Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
30 - Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31 - Ser muito pensativo, cismático, acerca de certas coisas	0	1	2	3	4
32 - Sem interesse por nada	0	1	2	3	4
33 - Sentir-se atormentado	0	1	2	3	4
34 - Sentir-se ofendido facilmente nos seus sentimentos	0	1	2	3	4
35 . Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos	0	1	2	3	4
36 - Sentir que as outras pessoas não o compreendem ou não vivem os seus problemas	0	1	2	3	4
37 - Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	0	1	2	3	4
38 - Fazer tudo devagar para ter a certeza que fica bem	0	1	2	3	4
39 - Palpitações ou batimentos rápidos do coração	0	1	2	3	4
40 - Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	0	1	2	3	4
41 - Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
42 - Dores musculares	0	1	2	3	4
43 - A impressão de que os outros o costumam observar ou falam de si	0	1	2	3	4
44 - Dificuldades em adormecer	0	1	2	3	4
45 - Sentir a necessidade de verificar	0	1	2	3	4

várias vezes a mesma coisa que faz					
46 - Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
47 - Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro	0	1	2	3	4
48 - Dificuldade em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar)	0	1	2	3	4
49 - Calafrios ou afrontamentos	0	1	2	3	4
50 - Ter que evitar certas coisas lugares, ou actividades que lhe causam medo	0	1	2	3	4
51 - Sensação de vazio na cabeça	0	1	2	3	4
52 - Sensação de anestesia ou formigueiro em partes do corpo	0	1	2	3	4
53 - A impressão que tem uma bola na garganta	0	1	2	3	4
54 - Sentir-se sem esperança no futuro	0	1	2	3	4
55 - Dificuldades em concentrar-se	0	1	2	3	4
56 - Falta de forças em partes do corpo	0	1	2	3	4
57 - Sentir-se em estado de “stress” ou aflição	0	1	2	3	4
58 - Sentir um “peso” nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
59 - Pensamentos sobre a morte ou o falecimento	0	1	2	3	4
60 - Vontade de comer demais	0	1	2	3	4
61 - Não se sentir à vontade quando as pessoas observam ou falam de si	0	1	2	3	4
62 - Ter pensamentos que não lhe pertencem	0	1	2	3	4
63 - Impulsos de bater, ferir ou magoar alguém	0	1	2	3	4

64 - Acordar muito cedo de manhã	0	1	2	3	4
65 - Vontade de repetir certas acções, como por exemplo tocar em objectos, lavar-se ou contar	0	1	2	3	4
66 - Sono não repousante ou agitado	0	1	2	3	4
67 - Vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
68 - Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm	0	1	2	3	4
69 - Sentir-se muito embaraçado perante outras pessoas	0	1	2	3	4
70 - Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo assembleias, lojas, cinemas, mercados	0	1	2	3	4
71 - Sentir que tudo o que faz é com esforço	0	1	2	3	4
72 - Ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73 - Não se sente à vontade quando come ou bebe em local público	0	1	2	3	4
74 - Entrar facilmente em discussões	0	1	2	3	4
75 - Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	0	1	2	3	4
76 - Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou capacidades	0	1	2	3	4
77 - Sentir-se sozinho mesmo quando está com outras pessoas	0	1	2	3	4
78 - Sentir-se tão inquieto que não pode estar sentado ou parado	0	1	2	3	4
79 - Sentimentos de que não tem valor	0	1	2	3	4
80 - Pressentimentos de que alguma coisa má lhe vai acontecer	0	1	2	3	4

81 - Gritar com as outras pessoas ou atirar com coisas	0	1	2	3	4
82 - Medo de desmaiar em frente a outras pessoas	0	1	2	3	4
83 - A impressão de as outras pessoas se aproveitarem de si se as deixasse	0	1	2	3	4
84 - Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o perturbam muito	0	1	2	3	4
85 - Sentimento que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4
86 - Pensamentos ou imagens de natureza assustadora	0	1	2	3	4
87 - A impressão que alguma coisa de grave se passa no seu corpo	0	1	2	3	4
88 - Grande dificuldade em sentir-se "próximo" a outra pessoa	0	1	2	3	4
89 - Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
90 - A impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo G

(Consentimento Informado aos sujeitos do grupo normativo)



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Pedido de Autorização para a Participação numa Investigação
“A Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores de Esclerose Múltipla ”

Exm.º Sr(a):

No âmbito da dissertação de mestrado como requisito para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, área Clínica e da Saúde, na Universidade da Beira Interior, venho solicitar a sua autorização para a realização da investigação intitulada “A Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores de Esclerose Múltipla”, por parte da aluna Maria Natália Ferreira Braga, com o número mecanográfico M3214.

O objectivo do presente trabalho prende-se com o conhecimento e a compreensão da qualidade de vida e saúde mental em portadores de esclerose múltipla que frequentam a SPEM e em sujeitos sem esta patologia (grupo controlo). Mais especificamente, pretende-se conhecer o funcionamento dos sujeitos ao nível educacional, profissional/ocupacional, social, emocional/afectivo, físico e psicológico, bem como averiguar a presença de sintomatologia psicopatológica.

Trata-se de um trabalho que se reveste de enorme pertinência científica e social e que envolve o contacto com todos os sujeitos (portadores de esclerose múltipla e não portadores da mesma) uma única vez, tendo em vista o preenchimento de três questionários - Questionário Sociodemográfico, Symptom Checklist-90 Revised (SCL - 90 – R) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF).

Neste estudo todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima, e a participação não é de carácter obrigatório.

Atentamente,

(Assinatura da Investigadora)

Aceito participar no referido estudo, estou ciente da minha contribuição nesta investigação e tenho conhecimento de que os dados recolhidos serão utilizados somente para a pesquisa e analisados seguindo os princípios de anonimato e confidencialidade.

(Assinatura do Participante)

Anexo H

(Questionário sociodemográfico destinado aos sujeitos do grupo normativo)



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

No âmbito do mestrado em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, pretende-se levar a cabo uma investigação cujo objectivo é avaliar em sujeitos da população normal a sua Qualidade de Vida e Saúde Mental. Assim, a sua colaboração é muito importante e, para tal solicita-se o preenchimento do seguinte questionário. Por favor, responda com toda a sinceridade, pois este questionário é **confidencial** e **anónimo**.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração.

Responda às questões a seguir formuladas e coloque uma cruz (X), no quadrado que melhor descreve o seu caso:

1. Idade: ____
2. Género: Masculino / Feminino
3. Estatuto Socioeconómico: Alto / Médio – Alto / Médio / Médio-Baixo / Baixo
4. Nível de Ensino: Não sabe ler nem escrever / Sabe ler/escrever / 4º ano / 6º ano / 9º ano / 12º ano / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento / Outros (indique qual): _____
5. O Seu Estado Civil: Solteiro(a) / Casado(a) / Viúvo(a) / União de Facto / Divorciado(a) / Namora / Outro _____
6. Tem filhos? Sim / Não / **Se Sim**, indique quantos _____
7. Local de Residência: _____
8. Indique como é constituído o seu agregado familiar _____
9. É portador de alguma doença crónica? Não Sim

Se respondeu sim, indique qual(ais):

- Hipertensão arterial / Diabetes / Depressão / Asma / Perturbação Obsessivo-compulsiva / Perturbação Bipolar / Esquizofrenia / Perturbações da Personalidade / Parkinson / Alzheimer / HIV / alcoolismo / Consumo de Substâncias / Outra(s): _____

10. Já alguma vez recorreu a algum tipo de ajuda psicológica? Sim / Não

Se respondeu sim:

- 10.1. A que tipo de instituição (centro de saúde, hospital, consultório privado, instituição de solidariedade social) _____
- 10.2. Motivo do pedido _____
- 10.3. Tipo de pedido (terapia familiar, terapia individual, terapia de casal...) _____
- 10.4. Neste momento ainda tem apoio? Sim / Não
- 10.5. Duração do apoio psicológico _____