

ANSIEDADE E DEPRESSÃO COMO FATORES DE INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

ANXIETY AND DEPRESSION AS INTERFERENCE FACTORS IN THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Daniele Batista de Sousa¹, Jislaine de Oliveira da Silva², Thais Mira Simandi³, Dyana Gervana de Oliveira Fernandes⁴, Dra Ana Maria Canzonieri⁵, Dr Carlos Bandeira de Mello Monteiro⁶

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVI • ISSUE FASCÍCULO 2
1ST JULY JULHO - 31ST DECEMBER DEZEMBRO 2020 • PP. 34-47

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.2.3>

Submitted on June 25th, 2019

Submetido a 25 de junho de 2019

RESUMO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença degenerativa e progressiva do sistema nervoso central, cujas lesões e o próprio adoecimento podem causar sintomas como depressão e ansiedade. **Objetivos:** avaliar depressão e ansiedade como fatores de interferência na qualidade de vida de pessoas com EM. **Método:** Pesquisa transversal com 40 pessoas com EM, em Instituição Social Civil, no Brasil, entre 25 a 60 anos ($M = 43.5$; $DP = 10.6$), de ambos os sexos, com todos os tipos de EM e EDSS (escala expandida de incapacidade) de 0.0 a 8.0, com aplicação dos testes psicológicos d2 (atenção), inventário de Beck, depressão (BDI), ansiedade (BAI) e escala de qualidade de vida MSQOL - 54. **Resultado:** Amostra com 67.5% feminino; 67.5 % com EDSS de 0.0 a 4.0; diagnosticados há mais de 10 anos, 42.5%; com EM remitente recorrente, 85%. Foram positivas as correlações entre ansiedade e depressão, demonstrando que pessoas com ansiedade têm maior presença de depressão; ansiedade e percepção da saúde mental, indicando a interferência da ansiedade na percepção da saúde mental; ansiedade e atenção, há interferência da ansiedade na atenção; tempo de diagnóstico e percepção da saúde mental, indicando que as pessoas com maior tempo de diagnóstico possuem uma melhor percepção do estado de saúde mental. A ANOVA indica significância entre qualidade de vida, depressão e ansiedade.

¹ Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo - Brasil sousa.btt@gmail.com

² Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo - Brasil sousa.btt@gmail.com
jioliveirasil@gmail.com

³ Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo - Brasil thais.simandi@gmail.com

⁴ Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo - Brasil sousa.btt@gmail.com
dyanagervana@icloud.com

⁵ Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo - Brasil sousa.btt@gmail.com
amcrrr@gmail.com

⁶ Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo - Brasil carlosmonteiro@usp.br

Conclusão: O estudo mostra que a ansiedade e a depressão são fatores que interferem na qualidade de vida de pessoas com EM.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, esclerose múltipla, qualidade de vida.

ABSTRACT

Multiple Sclerosis (MS) is a progressive and degenerative disease of the central nervous system, injuries, and illness itself can cause symptoms such as depression and anxiety. **Objectives:** To evaluate depression and anxiety as factors of interference in the quality of life of people with MS. **Method:** Cross-sectional survey of 40 people with MS, in a Civil Social Institution, in Brazil, between 25 and 60 years old ($M = 43.5$; $SD = 10.6$), both sexes, all types of MS and EDSS (expanded scale of disability) from 0.0 to 8.0, with the application of psychological tests d2 (attention), Beck's inventory, depression (BDI), anxiety (BAI) and quality of life scale MSQOL - 54. **Results:** Sample with 67.5% female; 67.5% with EDSS from 0.0 to 4.0; diagnosed more than 10 years are 42.5%; with recurrent remitting MS are 85%. The correlations between anxiety and depression were positive, demonstrating that people with anxiety have a greater presence of depression; anxiety and perception of mental health indicating the interference of anxiety in the perception of mental health; anxiety and attention, there is interference of anxiety in attention; time of diagnosis and perception of mental health, indicating that people with a longer time of diagnosis have a better perception of the state of mental health. ANOVA was significant between quality of life, depression, and anxiety. **Conclusion:** The study shows that anxiety and depression are factors that interfere in the quality of life of people with MS.

Keywords: anxiety, depression, multiple sclerosis, quality of life.

A Esclerose Múltipla (EM) é descrita como uma doença inflamatória, auto-imune e crônica do Sistema Nervoso Central (SNC), em que a desmielinização das fibras nervosas do cérebro e da medula ocasiona um processo degenerativo e progressivo, pela destruição da bainha de mielina (Russo, 2011; Thompson et al., 2018).

A EM é de etiologia desconhecida e ainda não se encontrou a cura, portanto, todo tratamento medicamentoso é direcionado aos sintomas, ao retardamento da degeneração e progressão da doença, além da reabilitação para melhoria da funcionalidade (Russo, 2011).

Estima-se que atualmente 2.5 milhões de pessoas no mundo possuam a doença. No Brasil, sua prevalência é estimada em 15/100.000 habitantes (Callegaro et al, 2001; Lopes et al, 2010).

O surgimento da doença ocorre mais comumente entre os 20 e os 40 anos e acomete mais mulheres do que homens na proporção de 2:1, com sinais e sintomas variáveis, que dependem dos locais lesionados no SNC. Há algumas hipóteses que apresentam modelos de interação com mecanismos genéticos e ambientais para o desenvolvimento da doença (Russo, 2011).

Nem sempre o período do diagnóstico é o mesmo do aparecimento dos sintomas, normalmente, o período de diagnóstico é o momento de exacerbação de um sintoma. Em muitos casos

os pacientes percorrem muitos médicos ou realizam vários exames até terem o diagnóstico concluído, pois muitos dos sintomas são comuns a outras doenças (Compston & Coles, 2002; O'Connor, 2002; Russo, 2011).

A EM se desenvolve por meio de diferentes tipos: A) remittente recorrente (EMRR), que atinge em torno de 85% dos pacientes, predominantemente do sexo feminino, e se manifesta por meio de um processo denominado surto-remissão, que configura o aparecimento de um novo sintoma ou a exacerbação de um sintoma existente por um período maior do que 24 horas, podendo persistir por meses, e depois ocorre a remissão do sintoma. De modo geral, este tipo evolui para o tipo secundariamente progressivo (EMSP) após 10 a 20 anos do diagnóstico, período em que não ocorrerão mais os surtos, mas a progressão da doença. B) primariamente progressiva (EMPP), que atinge em torno de 15% dos pacientes, predominantemente do sexo masculino e afrodescendentes, com o progresso contínuo da doença e sem a presença de surto. Em alguns poucos casos, após 10 a 20 anos do diagnóstico da doença, poderá aparecer o surto, passando a denominação de progressiva com surto (EMPS) (Iwanowski & Losy, 2015; Russo, 2011).

Os sintomas predominantes são os déficits motores (marcha e equilíbrio), visuais (diplopia [visão dupla], déficit visual), fadiga (física, mental e visual), alterações urinárias, alterações cognitivas, ansiedade e depressão, entre outros (Callegaro et al., 2001; Lopes et al., 2010; Russo, 2011).

Em função da desmielinização podem surgir quadros de depressão, ansiedade e déficits cognitivos, como alterações das funções executiva, de atenção, de memória e de concentração, inclusive, muitas vezes, incapacitando as pessoas para o trabalho e até mesmo para atividades da vida diária, gerando assim transtornos na qualidade de vida da pessoa com EM e de seus familiares (Akbar et al., 2011; Bruce & Lynch, 2011; Meneses et al., 2010; Pedro et al., 2011).

A Escala Expandida do Estado de Incapacidade – EDSS (Kurtzke, 1983) é um indicador comumente usado na avaliação da EM. Confere informações importantes sobre a qualidade de vida do paciente, os graus de comprometimento ocasionados pela doença, referentes aos níveis sensorial, visual, cognitivo, motor, algico e sexual. Varia de 0.0 e 10.0; a cada 0.5 e a pontuação indica a incapacidade do paciente: até 4.0 tem pouca ou nenhuma limitação para marcha e equilíbrio, 4.5 a 5.5 indica limitações moderadas, acima de 6.0 há necessidade de apoio para marcha com bengala, andador e cadeira de rodas, 9.0 significa restrição no leito e 10.0 morte (Russo, 2011).

Desde as primeiras descrições da EM, por Charcot, alguns dos sintomas referidos são alterações de humor e apatia. Estima-se que 27 a 54% dos pacientes apresentam depressão, porém, no Brasil, não existem dados concretos sobre a prevalência da depressão e da ansiedade na EM (Mendes et al., 2003).

Considera-se que uma pessoa esteja em um estado deprimido quando há presença de alterações de humor, retardo ou agitação psicomotora, perda de prazer ou interesse em atividades da vida diária, transtornos de sono, fadiga, negatividade, pensamentos suicidas, entre outros, por um período superior a duas semanas e com dias consecutivos da manifestação dos sintomas (*American Psychiatric Association [APA]*, 2014).

Se faz necessário compreender que a depressão e a ansiedade são predominantes em pacientes com doença crônica. A EM, enquanto doença crônica, pode ter vários transtornos psiquiátricos como comorbidades, conforme consenso realizado em 1992, na Conferência Internacional de EM, sendo que a depressão é o transtorno mais frequentemente relatado nessa patologia, seguido por ansiedade, que pode estar relacionada diretamente com a progressão da doença e as expectativas de futuro (Anhoque et al., 2011; Beiske et al., 2008; Fazzito et al., 2009).

A incapacidade gerada pela EM e alguns medicamentos podem desencadear os sintomas depressivos e estes impactarem na forma como se lida com as atividades cotidianas, com o trabalho, com as interações sociais e com o adoecimento, entre outros (Mendes et al., 2003; Russo, 2011).

A depressão pode ser desencadeada devido ao efeito colateral de medicamentos, promovendo sensações de infelicidade crônica, alterações fisiológicas e de humor (Cerqueira & Nardi, 2011; Morales et al., 2007).

Segundo Cerqueira e Nardi (2011), numa revisão da literatura embasada na PubMed / Medline, o risco de suicídio é alto em pacientes com EM. A pesquisa mostra que na Dinamarca o risco de suicídio é mais que o dobro quando comparado com a população em geral e, no Canadá, a proporção de mortes por suicídios é 7.5 vezes maior do que para a população em geral, sendo que a ideação suicida está presente em 28.6% dos pacientes.

Segundo Cerqueira e Nardi (2011) e Mendes et al. (2003) a taxa de suicídio não é exata devido as diferentes metodologias e populações estudadas, porém reforçam a importância de estudos e adoção de medidas preventivas em relação a depressão e ao suicídio no atendimento a pacientes com EM.

Atualmente, alguns estudos não conclusivos sobre a EM realizados com o uso de neuroimagem e neuroimunologia, demonstram que a presença de lesões no parênquima cerebral está mais relacionada aos transtornos depressivos do que as lesões presentes na medula espinhal e que a depressão parece estar relacionada às mudanças causadas pela doença (Cerqueira & Nardi, 2011).

Segundo a revisão da literatura realizada por Cerqueira e Nardi (2011), foram encontrados estudos avaliando a associação entre a gravidade dos sintomas depressivos e o desempenho cognitivo em pacientes com EM, que demonstraram uma associação positiva entre depressão e disfunção cognitiva, mas não foram encontradas pesquisas que demonstrassem que o tratamento da depressão melhora o desempenho cognitivo.

Segundo Freitas e Aguiar (2012), a atenção e a memória são funções cognitivas cuja perda representa um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes com EM, comprometendo o desempenho de tarefas rotineiras e acarretando desconfortos pela percepção que a pessoa tem da ocorrência de falhas, por isso, a recomendação é que seja feita a avaliação cognitiva desde o início da doença. Em seu estudo, foi observado que mais da metade dos pacientes tiveram perda de atenção avaliada pelo teste psicológico d2 e uma redução da atenção concentrada em pacientes com mais de 39 anos de idade.

Outro ponto importante de ser avaliado em paciente com EM é a ansiedade que se caracteriza por tensão, pensamentos e preocupações futuras, podendo levar a somatização destas intercorrências psicológicas e associá-las aos sintomas da EM (APA, 2014; Nogueira et al., 2017).

No estudo de Nogueira et al. (2017) com pacientes de EM, na Associação de Amigos e Portadores de Esclerose Múltipla do Estado do Ceará, no Brasil, foi encontrado um escore maior para ansiedade do que para depressão, com o uso do Inventário de Beck e, na correlação das duas variáveis, observou-se que a maioria dos pacientes com depressão tinham ansiedade associada.

Segundo Freitas e Aguiar (2012), o adoecimento, a sintomatologia e as dificuldades de enfrentamento da doença fazem com que os pacientes sintam dificuldades de relacionamento social, levando-os a posturas de evitamento. Esse fato é de suma importância para que o profissional da área da saúde desenvolva um olhar além da doença, que compreenda o doente como ser biopsicossocial e que os pacientes com doenças crônicas tem a qualidade de suas vidas comprometida.

O conceito de Qualidade de Vida (QV), definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), se confundia com o próprio conceito de saúde: “...um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”, como citam Mendes et al. (2004). Somente em 1993, esta definição foi aplicada para os pacientes com EM, a partir do desenvolvimento de escalas que avaliavam a QV (Mendes et al., 2004; Soares, 2015).

Em 1995, Vickrey e colaboradores desenvolveram a *Multiple Sclerosis Quality of Life* (MSQOL-54), demonstrando que os quesitos saúde física e mental da escala, favorecem comparar a percepção do paciente ano a ano sobre seu estado, contribuindo assim, com a diminuição do grau de gravidade dos sintomas da EM e dos sintomas depressivos, por uma ação mais efetiva dos profissionais da saúde, a partir da leitura da percepção do paciente com o uso da escala. Esta escala foi validada para o português do Brasil, por Soares, em 2015 (Soares, 2015; Vickrey et al., 1995).

Em 1996 foi feita a adaptação da *Determination Scale for Quality of Life in Multiple Sclerosis* (DEFU), para a língua portuguesa, pela equipe de Mendes (Mendes et al., 2004).

Atualmente, a OMS define a QV como a percepção que a pessoa tem de si mesma na vida, no seu contexto sociocultural e de expectativas vivenciadas, tornando o conceito mais amplificado para a saúde como sendo a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que retrata o grau de satisfação percebido pela pessoa em relação a associação do estado de saúde e a resposta afetiva a esta condição. A importância da leitura da QVRS é avaliar as incapacidades físicas e psicológicas, causadas pelo adoecimento e os efeitos de tratamentos, por meio da percepção do paciente (Silva & Cavalcanti, 2019; Soares, 2015).

A EM é uma das doenças desmielinizantes que mais atinge adultos jovens em fase produtiva da vida e que causa mais danos advindos da fadiga, da cognição, da dor neuropática, das alterações de motricidade, de sensibilidade e de equilíbrio, sendo incapacitante em até 75% dos pacientes. O medo e a incerteza gerados pela doença podem inclusive, levar a depressão e ansiedade. No Brasil, cerca de 66.7% a 86.7% dos pacientes possuem incapacidades, por isso, o impacto dos sintomas demonstra a importância da avaliação, diagnóstico e tratamento precoce da EM, da ansiedade e da depressão (Russo, 2011; Silva & Cavalcanti, 2019; Thompson et al., 2018).

Sabendo-se que os pacientes com EM têm, em média, 50% de chances de apresentarem depressão e 41% de chances de apresentarem ansiedade (Chalah & Ayache, 2017; Silva & Cavalcanti, 2019), e que isto pode acarretar dificuldades no comprometimento da vida pessoal, relacional, profissional e alterar a qualidade de vida presente e futura do paciente, este estudo objetiva compreender a ansiedade e a depressão como fatores de interferência na qualidade de vida.

MÉTODOS

Participantes

Este é um estudo de iniciação científica, com amostra por conveniência de 40 pessoas diagnosticadas com EM, pelo critério McDonald (Thompson et al., 2018), de ambos os sexos, com idades entre 25 e 60 anos ($M = 43.5$ $DP = 10.6$), com EDSS de 0.0 até 8.0, com todos os tipos de EM, realizada na ABEM – Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, Instituição Social Civil, em São Paulo, no Brasil, em 2018.

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de EM; ausência de surto nos últimos dois meses e por autorrelato, o paciente afirmar presença de depressão e ou ansiedade.

Os critérios de exclusão foram: alterações visuais ou déficit motor que impedissem a execução dos testes psicológicos; erros no preenchimento dos testes psicológicos.

Material

Foram utilizadas escalas e testes psicológicos validados para o Brasil: d2 (Brickenkamp, 2000), para avaliar a atenção concentrada; o Inventário de Beck (Cunha, 2001) para avaliar a depressão (BDI) e para avaliar a ansiedade (BAI), a escala de avaliação da qualidade de vida MSQOL-54 (Vickrey et al., 1995; Soares, 2015) e o questionário sociodemográfico para coletar dados sobre o paciente e seu adoecimento (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, trabalho, tempo de diagnóstico, tipo de EM, EDSS, auto percepção da qualidade de sono (bom, médio e ruim), auto percepção de ansiedade e de depressão (sim ou não)).

O d2 é um teste que avalia a atenção concentrada visual separadamente por rapidez e exatidão, a qualidade da atenção e a flutuação no desempenho, com alfa de Cronbach (α), em média de .90. A aplicação é feita por um instrutor que fornece as orientações quanto ao procedimento e preenchimento da folha de resposta e posteriormente, com um cronômetro, controla o tempo de execução da atividade, em que a pessoa assinala a letra “d” em cada linha do exercício, na folha de resposta, num total de 14 linhas. A partir da análise de resultado por score bruto verifica-se a capacidade de atenção concentrada do paciente, em médio, médio superior, médio inferior, superior e inferior. Pode ser utilizado a partir dos 9 anos de idade, para ambos os sexos, de forma individual ou coletiva (Brickenkamp, 2000).

O Inventário de Beck é um instrumento composto de itens associados aos sintomas depressivos (BDI) e a ansiedade (BAI) em separados, auto responsivo, em que cada pessoa assinala apenas um item, segundo sua percepção. Recomenda-se a utilização deste inventário em pessoas com idade a partir de 17 anos (Cunha, 2011).

O BDI é composto de 21 itens, formado por 4 afirmações descritivas crescentes do sintoma, com pontuação 0 (mínimo), 1 (leve), 2 (moderado) e 3 (grave). São avaliados: tristeza; desesperança no futuro; fracasso; culpa; punição; decepção consigo mesmo; baixa autoestima; ideação suicida; choro; irritação; falta de interesse pelos outros; indecisão; autopercepção visual; incapacidade; sono; cansaço; apetite; perda de peso; autocuidado e interesse sexual, com $\alpha = .81$ (Cunha, 2011).

O BAI é composto de 21 afirmações descritivas, numa escala crescente, sendo: 1) “Absolutamente não”; 2) “Levemente: Não me incomodou muito”; 3) “Moderadamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) “Gravemente: Dificilmente pude suportar”. Os tópicos avaliados são: dormência ou formigamento; sensação de calor; tremores nas pernas; incapacidade de relaxar; medo que aconteça o pior; atordoamento ou tontura; palpitação ou aceleração do coração; falta de equilíbrio; aterrorização; nervosismo; tremor; tremores nas mãos; medo da perda de controle; dificuldade de respiração; medo da morte; comportamento assustado; indigestão ou desconforto no abdômen; sensação de desmaio; afogamento da face; sudorese (não devido ao calor), com $\alpha = .90$, em média para todos os itens (Cunha, 2011).

A *Multiple Sclerosis Quality of Life - 54* (MQOSL-54) é uma escala que avalia a qualidade de vida de pessoas com EM. A MQOSL-54 é a modificação da escala de Qualidade de vida SF-36, na qual foram acrescentados 18 itens específicos para EM, perfazendo o total de 54 questões, retratando como o paciente se sente nas últimas 4 semanas. Os escores das subescalas em relação à saúde física e mental variam de 0 a 100, quanto mais próximo a 100, maior é a qualidade de vida percebida pelo paciente naquele item, com (α 0.75 – 0.96) (Soares, 2015; Vickrey et al., 1995).

Procedimento

Todos os 40 pacientes foram extraídos de uma pesquisa transversal com 90 pessoas, na ABEM, que ao responderem inicialmente ao questionário sociodemográfico, assinalavam afirmativamente perceberem-se com depressão, ansiedade ou ambas. Não houve ponto de corte e nem randomização. Todas as pessoas com respostas afirmativas, ao item ansiedade e depressão, foram selecionadas para esta pesquisa.

A aplicação dos instrumentos se deu após a orientação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram aplicados e corrigidos pelos pesquisadores o questionário sociodemográfico, o teste psicológico d2, o Inventário de Beck (BAI e BDI) e a escala MSQOL-54. O tipo de EM e o resultado da escala EDSS (Kurtzke, 1983) foi fornecido pela neurologista da ABEM, pois são informações que caracterizam a forma de adoecimento.

Procedimentos de Análise Estatística

Os dados foram analisados pelo sistema estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics®, v. 23.0), para plataforma Windows, para análise de dados descritivos como média, frequência e desvio padrão, das variáveis sociodemográficas. Foram utilizadas as análises ANOVA para os instrumentos que avaliam qualidade de vida, depressão e ansiedade e análises das correlações de Pearson e Spearman para os instrumentos de avaliação e os dados sociodemográficos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 67.5% das pessoas do sexo feminino, 47.5% casados, 60% com nível superior completo/incompleto de ensino e 62.5% estão trabalhando.

Na EDSS, 67.5% das pessoas encontram-se entre o nível 0.0 a 4.0, indicando que conseguem andar sem apoio para a marcha e os 32.5% fazem uso de bengala, com diagnóstico há mais de 10 anos são 42.5%, com EMRR são 85% e EMPP são 15%.

Com o nível entre leve e grave de ansiedade, no BAI, são 55% das pessoas e 37.5 % com nível entre leve e grave de depressão, no BDI.

TABELA 1

Frequência de sujeitos (%) com as medidas de ansiedade e depressão

		BAI - ansiedade (%)			
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave
BDI depressão (%)	Mínimo	37.5	22.5	2.5	0.0
	Leve	2.0	15.0	0.0	2.5
	Moderado	2.5	2.5	5.0	2.5
	Grave	0.0	0.0	2.5	0.0

Na MSQOL-54 são 57.5 % dos pacientes com percepção acima da média, na saúde física, e 30% na saúde mental, demonstrando-se assim que o paciente tem uma maior percepção da saúde física do que mental.

As correlações de Pearson foram significativas para ansiedade (BAI), depressão (BDI) saúde mental (MSQOL-54), saúde física (MSQOL – 54), exceto para d2.

TABELA 2
Correlação de Pearson entre as Medidas

	MSQOL SFísica	MSQOL SMental	D2	BAI	BDI
MSQOL_SFísica	1	.452**	.074	-.438**	-.620**
MSQOL_SMental		1	.175	-.530**	-.394*
D2			1	-.020	.061
BAI				1	.543**
BDI					1

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

A diferença entre grupos foi significativa (ANOVA). Há diferenças significativas, ao nível da depressão, entre as pessoas com diferentes níveis de saúde física e saúde mental. No caso da ansiedade, só se verificam diferenças ao nível da variável saúde mental (tabela 3).

TABELA 3
Diferenças entre os grupos (ANOVA)

		Saúde física		F	p.	Saúde mental		F	p.
		M	SD			M	SD		
BAI	Entre Grupos	5.33	1.33	2.10	Ons	11.26	5.63	12.83	<0.001
BDI	Entre Grupos	11.7	2.93	7.21	<0.001	6.41	3.20	6.09	0.005

Foi estatisticamente significativa a correlação de Pearson da variável do sociodemográfico, tempo de diagnóstico e percepção da saúde mental (MSQOL-54) ($p = .034$), indicando que as pessoas com maior tempo de diagnóstico possuem uma melhor percepção do estado de saúde mental e com menor significância, mas presente, o tempo de diagnóstico e qualidade do sono ($p = .057$) demonstrando que as pessoas com maior tempo de diagnóstico observam ter menor qualidade de sono.

Estatisticamente as correlações de Spearman foram mais fracas, mas podem contribuir com reflexões interessantes como: depressão e atenção teste d2 ($p = .067$), demonstrando que a depressão pode não estar associada a atenção concentrada, o que pode ser positivo do ponto de vista produtivo, pois é indicativo de que pessoas com depressão necessariamente não possuem perdas significativas na atenção concentrada, o que pode possibilitá-las ao exercício de atividades diárias, reabilitação, trabalho, entre outras tarefas; qualidade de sono e MSQOL-54 saúde física ($p = .064$), as pessoas com alteração na qualidade de sono tem uma pior percepção da qualidade de vida no quesito saúde física, indicando que o sono reparador pode contribuir com uma

percepção melhorada da saúde física e, portanto, ser indicativo do paciente buscar tratar-se de forma mais adequada.

Só houve correlação positiva com tempo de diagnóstico entre as variáveis do sociodemográfico, ansiedade, depressão e qualidade de vida.

TABELA 4
Diferenças Relativas às Variáveis do Questionário Sociodemográfico, sobre as Medidas em Estudo

	BAI			BDI			MSQOL-54 física			MSQOL-54 mental				
	n	%	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Genero					.217			.486			.349			.307
masculino	13	32.5	8	20.0		7	17.5		7	17.5		11	27.5	
feminino	27	67.5	14	35.0		10	25.0		10	25.0		17	42.5	
Idade agrupada					.166			.095			.362			.485
23 a 30 anos	6	15.0	2	5.0		2	5.0		1	2.5		4	10.0	
31 a 40 anos	13	32.5	11	27.5		8	20.0		7	17.5		10	25.0	
41 a 50 anos	9	22.5	5	12.5		4	10.0		5	12.5		7	17.5	
acima de 50 anos	12	30.0	4	10.0		1	2.5		4	10.0		7	17.5	
Estado civil					.434			.944			.724			.701
casado	19	47.5	11	27.5		8	20.0		10	25.0		14	35.0	
divorciado	7	17.5	4	10.0		2	5.0		3	7.5		5	12.5	
solteiro	14	35.0	7	17.5		5	12.5		4	10.0		7	17.5	
Grau de escolaridade					.041			.146			.694			.454
ensino fundamental	3	7.5	2	5.0		2	5.0		2	5.0		3	7.5	
ensino médio	13	32.5	6	15.0		4	10.0		5	12.5		10	25.0	
ensino superior	24	60.0	14	35.0		9	22.5		10	25.0		15	37.5	
Trabalho					.151			.534			.453			.778
não	15	37.5	7	17.5		7	17.5		8	20.0		11	27.5	
sim	25	62.5	15	37.5		8	20.0		9	22.5		17	42.5	
Tempo de diagnóstico					.241			.225			.172			.034*
até 1 ano	4	10.0	4	10.0		2	5.0		2	5.0		4	10.0	
acima de 1 a 3 anos	4	10.0	2	5.0		0	0.0		0	0.0		0	0.0	
acima de 3 a 5 anos	6	15.0	4	10.0		3	7.5		4	10.0		5	12.5	
acima de 5 a 10 anos	9	22.5	5	12.5		4	10.0		3	7.5		8	20.0	
acima de 10 anos	17	42.5	7	17.5		6	15.0		8	20.0		11	27.5	
Tipo de EM					.624			.895			.104			.158
EMRR	34	85.0	20			13	32.5		14	35.0		24	60.0	
EMPP	1	2.5	1	2.5		0	0.0		1	2.5		1	2.5	
EMSP	5	12.5	1	2.5		2	5.0		2	5.0		4	10.0	
Qualidade de sono					.083			.204			.064			.466
bom	25	62.5	9	22.5		6	15.0		10	25.0		17	42.5	
médio	10	25.0	9	22.5		6	15.0		5	12.5		7	17.5	

	BAI		BDI		MSQOL-54 física		MSQOL -54 mental				
					média abaixo		média abaixo				
ruim	5	12.5	4	10.0	3	7.5	2	5.0	4	10.0	
EDSS					.794		.306		.256		.125
0.0 a 4.0	27	67.5	14	35.0	8	20.0	9	22.5	19	47.5	
4.5 a 6.6	13	32.5	8	20.0	7	17.5	8	20.0	9	22.5	

*p <.05

DISCUSSÃO

Pelas análises realizadas pode-se perceber que a ansiedade e depressão são fatores de interferência na qualidade de vida de pessoas com EM, o que pode trazer consequências para o desenvolvimento das relações pessoais e profissionais, além de afetar o próprio adoecimento em si.

A amostra tem como média de idade 43.5 anos e predominância do sexo feminino, o que se assemelha aos dados encontrados na literatura em termos de domínio da idade e sexo feminino, conforme visto em Russo (2011), o que impacta na idade produtiva de pessoas e, principalmente, de mulheres em idade de maternidade ou com filhos menores de idade.

Detetar, diagnosticar e tratar a ansiedade e depressão torna-se importantíssimo pois, na amostragem um grande percentual de pacientes são casados, com nível superior completo/incompleto de ensino e que estão trabalhando. Por isso, manter estas pessoas com qualidade de vida é um ganho pessoal, familiar e social, além de diminuir um custo com a saúde pública e privada, como citado por vários autores (Akbar et al., 2011; Bruce & Lynch, 2011; Mendes et al., 2004; Meneses et al., 2010; Morales et al., 2007; Pedro et al., 2011; Russo, 2011).

Mesmo que não haja correlação positiva entre a EDSS, ansiedade, depressão, qualidade de vida e nem do tipo de EM, torna-se importante entender a ansiedade e a depressão para que não sejam um dos sintomas presentes, pois com a EDSS com valores altos torna-se ainda mais complexo. Aqui reside a importância da reabilitação constante para manutenção do estado e evitar perdas.

Torna-se importante para os pacientes com EMRR, a análise do estado de ansiedade e depressão, que pela constância dos surtos, leva os pacientes a hospitalização e ao uso de corticosteróides, o que pode vir a desencadear, como comorbidade, a depressão e ansiedade, como efeitos colaterais da medicação, como discutido por alguns autores (Cerqueira & Nardi, 2011; Mendes et al., 2004; Morales et al., 2007; Russo, 2011).

Com diagnóstico há mais de 10 anos há um número significativo de pessoas. Por isso, diagnosticar e tratar a ansiedade e depressão pode auxiliar no envelhecimento natural destas pessoas e, conseqüentemente, controlar os possíveis efeitos da ansiedade e depressão como fatores de interferência no tempo, tanto de diagnóstico, como cronológico, pois estatisticamente houve significância positiva entre o tempo de diagnóstico e a percepção da saúde mental (MSQOL-54).

Obeve-se no BAI maior índice de pessoas com ansiedade e no BDI menor índice de pessoas com depressão. Acrescido a esse panorama, tem-se a ansiedade e depressão com correlações positivas, demonstrando que há mais possibilidades de pessoas terem ansiedade e depressão

conjuntamente do que isoladamente, tornando clara a importância do diagnóstico e tratamento precoce da ansiedade e depressão, inclusive, como visto no trabalho de Nogueira et al. (2017).

A ansiedade apresenta-se como fator de interferência na percepção da saúde mental (MSQOL-54) e na atenção concentrada (d2). Os resultados demonstram que a ansiedade é um fator de interferência mais significativo do que a depressão em relação à qualidade de vida de pessoas com EM, apesar da depressão por si só, já ser um fator modificador da qualidade de vida, como também citado por Cerqueira e Nardi (2011). Porém, a ansiedade pode ser um fator com maior significância em função da EM ser uma doença crônica, degenerativa e progressiva, o que leva a pessoa a pensar no amanhã, manifestar incertezas quanto à doença e até mesmo a sentir medo do futuro. Inclusive, como citado pelos autores Russo (2011), Thompson et al. (2018) e Silva e Cavalcanti (2019). No Brasil, aproximadamente 66.7% a 86.7% dos pacientes com EM possuem incapacidades, portanto, a detecção precoce da depressão e ansiedade pode ser significativa para o tratamento.

Segundo alguns autores, (Anhoque et al., 2011; Beiske et al., 2008; Fazzito et al., 2009) a depressão aparece como o transtorno mais frequente comparando com a ansiedade, porém, neste estudo, verificou-se que a ansiedade tem uma significância maior, em termos percentuais, do que a depressão, como no estudo de Nogueira et al. (2017).

Obteve-se fraca significância entre a correlação depressão (BDI) e o d2 para atenção concentrada, demonstrando que a depressão estatisticamente não interfere na atenção concentrada, porém foi significativa a correlação entre ansiedade (BAI) e o d2, demonstrando que a ansiedade interfere no mecanismo da atenção concentrada, inclusive, estes dados são reforçados pelo trabalho de Freitas e Aguiar (2012) que aborda que distúrbios das funções cognitivas representam uma perda na qualidade de vida dos pacientes com EM.

Do ponto de vista produtivo, percebe-se que pessoas com depressão necessariamente não possuem perdas significativas na atenção concentrada, o que pode possibilitá-las ao exercício de atividades. O importante é que os profissionais da área da saúde estejam atentos a isso, para auxiliar o paciente no enfrentamento, no desenvolvimento de estratégias e na reabilitação.

Na MSQOL-54, os pacientes obtiveram maior percepção da saúde física do que da saúde mental. Possivelmente, isto se deve ao fato dos sintomas físicos como déficits motores, visuais e a fadiga serem mais visíveis e de maior prevalência, como cita Callegaro et al. (2001), Lopes et al. (2010), Russo (2011), em relação aos sintomas cognitivos, depressivos e de ansiedade.

Importante ressaltar que estatisticamente foi significativa a correlação entre o tempo de diagnóstico e percepção da saúde mental (MSQOL-54), indicando que as pessoas com maior tempo de diagnóstico possuem uma melhor percepção do estado de saúde mental, o que pode se justificar pela convivência com a doença, que de certo modo conscientiza o paciente de seus sintomas.

A deteriorização das funções cognitivas representa um grande impacto na qualidade de vida do paciente pelo comprometimento na realização das atividades da vida diária, pois as pessoas vão tendo a percepção de suas falhas, erros e/ou esquecimentos, como descrito no estudo de Freitas e Aguiar (2012), em que o resultado do teste psicológico d2 trouxe como ocorrência a redução da atenção concentrada em pacientes com mais de 39 anos de idade e, nesta pesquisa, obteve-se correlações significativas entre ansiedade (BAI) e d2 e correlações mais fracas, porém presentes, entre depressão (BDI) e d2. Daí a recomendação da avaliação cognitiva juntamente com o diagnóstico da doença, para promover o monitoramento e a reabilitação.

Apesar de estatisticamente ter menor significância, houve correlação do tempo de diagnóstico e qualidade do sono, demonstrando que as pessoas com maior tempo de diagnóstico observam ter menor qualidade de sono, o que pode ocorrer por diversos fatores, entre eles, a evolução da doença, constância de surtos, efeitos da medicação, sintomas de ansiedade e depressão.

Houve fraca significância estatística, mas indicando presença da correlação entre qualidade de sono e MSQOL-54 saúde física, demonstrando que as pessoas com déficits na qualidade de sono apresentam pior percepção da qualidade de vida no quesito saúde física. Este fato é um ponto de alerta aos profissionais da área da saúde, para que orientem o paciente a estratégias de higiene do sono.

Vale ressaltar que os resultados mostram a presença de ansiedade e de depressão, porém, isto não deve ser impeditivo para o paciente no que diz respeito ao desenvolvimento pessoal, profissional ou relacional. Apesar de serem fatores de interferência na qualidade de vida, o grau de debilidade pode ser significativo, mas não impeditivo da realização de uma tarefa de vida diária, por isso, se requerem práticas adaptativas, como jornada de trabalho reduzida, *homeoffice*, atendimento reabilitacional domiciliar, uso de recursos computacionais para ampliar a rede social, praticar jogos virtuais, desenvolver trabalhos virtuais, praticar atividade reabilitacional presencial ou virtual, práticas de terapias complementares presencial ou online, o fundamental é que o paciente possa desenvolver estratégias para se manter ativo e com qualidade de vida.

Para discussão utilizou-se as correlações significativas ou de baixa significância que de alguma forma merecessem a atenção dos profissionais da área da saúde, principalmente, no quesito qualidade de vida, já que este é um ponto fundamental para pessoas com doenças crônicas, entre elas a EM.

CONCLUSÃO

O estudo mostra que a ansiedade e a depressão são fatores que interferem na qualidade de vida de pessoas com EM, sendo muito mais significativa a ação da ansiedade do que da depressão.

Do ponto de vista da saúde física e psíquica, o diagnóstico e tratamento precoce da depressão e ansiedade devem ser feitos para que se proporcione bem-estar e qualidade de vida ao paciente. Por isso, informações sobre a ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com EM podem ser úteis aos profissionais da saúde no manejo medicamentoso e reabilitacional, pois, como não se tem a cura da doença, o tratamento está focado nos sintomas e na reabilitação.

As limitações deste estudo são quanto à amostragem e a não randomização, por ser um recorte de uma pesquisa mais ampla, cujo desenho foi trazer todas as informações, por meio de diversos instrumentos, sobre os pacientes com EM, por isso, não foi um desenho específico para se estudar ansiedade e depressão, além de ter sido realizado em uma única Instituição, porém, trouxe como aspecto positivo a inserção do teste psicológico d2 e a utilização da escala MSQOL-54, ampliando as possibilidades de testagem das funções cognitivas e qualidade de vida nos estudos, no Brasil.

Desenhar uma pesquisa para identificar as variáveis ansiedade e depressão, em pacientes com EM, em diferentes Instituições e com uma amostragem maior, no Brasil, será de extrema importância para a área da saúde.

Referências

- Akbar, N., Honarmand K. & Feinstein, N. (2011). A. Self-assessment of cognition in Multiple Sclerosis: the role of personality and anxiety. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 24(3), 115-121. <https://doi.org/10.1097/WNN.0b013e31822a20ae>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed). American Psychiatric Publishing.
- Anhoque, C. F., Domingues, S. C. A., Carvalho, T., Teixeira, A. L., & Domingues, R. B. (2011). Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 69(6), 882-886. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2011000700006>
- Beiskea, A. G., Svenssonb, E. C., Sandangerd, I., Czujko, B., Pedersen, E. D., Aarseth, J. H., & Myhr, K. M. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, 15(3), 239-245. doi: 10.1111/j.1468-1331.2007.02041.x
- Brickenkamp, R. (2000). *Teste d2: Atenção concentrada - Manual de Instruções, Avaliação e Interpretação*. CETPP.
- Bruce, J. M. & Lynch, S. G. (2011). Personality traits in multiple sclerosis: association with mood and anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 479-485. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.12.010
- Callegaro, D., Goldbaum, M., Morais, L., Tilbery, C. P., Moreira, M. A., & Gabbai, A. A. (2001). The prevalence of multiple sclerosis in the city of São Paulo, Brazil, 1997. *Acta Neurologica Scandinavica*, 104(4), 208-213. <https://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0404.2001.00372.x>
- Chalah, M. A., & Ayache, S. S. (2017). Psychiatric event in multiple sclerosis: could it be the tip of the iceberg?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39(4), 365-368. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2105>
- Cerqueira, A. C. R. & Nardi, A. E. (2011). Depressão e esclerose múltipla: Uma visão geral. *Rev Bras Neurol*, 47 (4), 11-16. <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2012/v47n4/a2944.pdf>
- Compston, A. & Coles, A. (2002). Multiple sclerosis. *Lancet*, 360(9333), 648. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08220-X
- Cunha, J. A. (2011). *Manual da versão em Português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.
- Fazzito, M. M., Jordy, S. S., & Tilbery, C. P. (2009). Psychiatric disorders in multiple sclerosis patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 67(3a), 664-667. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000400017>
- Freitas, J. O. F. & Aguiar, C. R. R. A. (2012). Avaliação das Funções Cognitivas de Atenção, Memória e Percepção em Pacientes com Esclerose Múltipla. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 457-466. doi:10.1590/S0102-79722012000300005
- Iwanowski, P., & Losy, J. (2015). Immunological differences between classical phenotypes of multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2014.12.035>
- Kurtzke, J. F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33, 1444-1452. <https://doi.org/10.1212/WNL.33.11.1444>
- Lopes, K. N., Nogueira, L. A. C., Nóbrega, F. R., Alvarenga-Filho, H., & Alvarenga, R. M. P. (2010). Limitação funcional, fadiga e qualidade de vida na forma progressiva primária da esclerose múltipla. *Revista Neurociências*, 18(1), 13-7. <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8504>
- Mendes, M. F., Tilbery, C. P., Balsimelli, S., Moreira, M. A. & Barão-Cruz, A. M. (2003). Depressão na esclerose múltipla forma Remitente-Recorrente. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(3-A), 591-595. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000400012>

- Mendes, M. F., Balsimelli, S., Stangehaus, G., & Tilbery, C. P. (2004). Validação de escala de determinação funcional da qualidade de vida na esclerose múltipla para a língua portuguesa. *Arq Neuropsiquiatr*, 62(1), 108-113. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v62n1/a19v62n1.pdf>
- Meneses, R. F., Pais-Ribeiro, J., Pedro, L., Silva, I., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Abreu, M., Henriques, M., Melo, V., Martins, A. & Martins-da-Silva, A. (2010). How important is personality in neurological patients' quality of life perception? *European Journal of Neurology*, 17(3), 222. https://www.academia.edu/3008365/How_important_is_personality_in_neurological_patients_quality_of_life_perception
- 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. <http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n2b/18>
- Nogueira, I. C., Porto, A. C. P., Germano e Silva E., Oliveira, P. M., Belchior, L. D., Loiola, L. M. C. V., Magalhães, C. B. A., Carvalho, E. M. S. & Colaço M. A. X. P. (2017). Avaliação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. *Revistainspirar*, 43 (14). <https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2017/07/revista-inspirar-ms-43-475-2015.pdf>
- O'Connor, P. (2002). Key issues in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *Neurology*, 59, 1-33. https://doi.org/10.1212/WNL.59.6_suppl_3.S1
- Pedro, L., Pais-Ribeiro, J., Meneses, R., Silva, I., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Abreu, M., Martins, A. & Martins-da-Silva, A. (2011). The perceived stigma of the disease on quality of life in people with multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 18(2), 532. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30315555/>
- Russo, L. (2011). Aspectos neurológicos da esclerose múltipla. In: Giacomo, M. C. B. (Coord.), *Esclerose múltipla: O caminho do conhecimento entre pedras e flores*. (16-33). Atha.
- Silva, M. da C. N. & Cavalcanti D. B.A. (2019). Avaliação da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla: impacto da fadiga, ansiedade e depressão. *Fisioter Pesqui*. 26(4), 339-345. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17005426042019>
- Soares, R. (2015). *Validação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla para o português do Brasil*. (Tese de Doutorado em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil).
- Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., ... Cohen, J. A. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Neurology*. 17 (2), 162-173. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30470-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30470-2)
- Vickrey, B. G., Hays, R. D., Harooni, R., Myers, L. W. & Ellison, G. W. (1995). A Health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Qual. Life Res*, 4 (3), 187-206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7613530>