

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Evaluation of anxiety, depression and quality of life in patients with multiple sclerosis

Ingrid Correia Nogueira¹, Ana Clara Pinheiro Porto², Erica Germano e Silva², Paolo Oliveira Melo², Luciana Dias Belchior³, Leina Maria Costa Vêras Loiola⁴, Clarissa Bentes de Araujo Magalhães⁵, Eluciene Maria Santos Carvalho⁶, Maria Ayrtes Ximenes Ponte Colaço⁷

RESUMO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crônica e geralmente progressiva do sistema nervoso central (SNC) que desencadeia deficiências funcionais e clínicas, desenvolvidas de acordo com a localização das áreas centrais desmielinizadas. Os sinais e sintomas são variáveis, podendo apresentar alterações emocionais, como ansiedade, depressão, e déficits motores, como fraqueza muscular, perda de equilíbrio, dificuldade à deambulação e fadiga. Tais sintomas geram incapacidade e dificultam a funcionalidade, impactando diretamente na qualidade de vida. Este estudo teve como objetivo avaliar a ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado em 17 pacientes com EM. Os níveis de ansiedade e depressão foram avaliados por meio dos Inventários de Beck para ansiedade (BAI) e depressão (BDI), respectivamente. A qualidade de vida foi mensurada pela determinação funcional da qualidade de vida (DEFU). Constatou-se que a ansiedade esteve presente em 82.35% e a depressão em 35.29% destes pacientes. Ao correlacionar esses dois agravos, foi possível observar que depressão e ansiedade estavam associados na maioria dos pacientes e, em 94.11% desses apresentaram escores satisfatórios, classificando a qualidade de vida como boa. Em conclusão, os pacientes apresentaram maiores escores para ansiedade do que para depressão. Ao correlacionar estes dois agravos, foi possível observar que a maioria dos pacientes com depressão tinham ansiedade associada. Apesar destes achados, a maioria dos pacientes apresentavam boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença Autoimune. Inquéritos e Questionários. Indicadores de Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Multiple sclerosis (MS) is a chronic and usually progressive disease of the central nervous system that triggers functional and clinical deficiencies, developed according to the location of the central demyelinated areas. The signs and symptoms are variable, and may present emotional changes, such as anxiety, depression, and motor deficits, such as muscle weakness, loss of balance, difficulty in walking and fatigue. Such symptoms generate disability and impair functionality, directly impacting in quality of life. This study aimed to evaluate anxiety, depression and quality of life in patients with multiple sclerosis. It is a quantitative and cross-sectional study in 17 patients with MS. Levels of anxiety and depression were assessed using the Beck Inventories for anxiety (BAI) and depression (BDI), respectively. Quality of life was measured by the functional determination of quality of life (DEFU). It was verified that anxiety was present in 82.35% and depression in 35.40% of these patients. When correlating these two disorders, it was possible to observe that depression and anxiety were associated in the majority of the patients and, in 84.62% of these, presented satisfactory scores, classifying the quality of life as good. In conclusion, patients presented higher scores for anxiety than for depression. When correlating these two disorders, it was possible to observe that the majority of patients with depression had associated anxiety. Despite these findings, the majority of patients presented good quality of life.

Keywords: Autoimmune Disease. Surveys and Questionnaire. Indicators of Quality of Life

1 Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza/Ceará/Brasil

2 Fisioterapeuta, Graduada(o) pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Fortaleza/Ceará/Brasil

3 Fisioterapeuta, Doutora em Farmacologia pela UFC. Fortaleza/Ceará/Brasil

4 Fisioterapeuta, Pós graduada em Terapia Manual pela Faculdade Maurício de Nassau. Parnaíba/ Piauí /Brasil

5 Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Médicas pela UFC. Fortaleza/Ceará/Brasil

6 Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva pela UFC. Docente do curso de Fisioterapia da

UNIFOR. Fortaleza/Ceará/Brasil

7 Fisioterapeuta, Diretora da Faculdade Inspirar Fortaleza. Pós Graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela UNIFOR.

Autor correspondente:

Ingrid Correia Nogueira

Endereço: Rua Mário Mamede, 555, apto 503. Portal do Canadá II. Fátima. Fortaleza-CE, Brasil. CEP: 60415-000. E-mail: ingridcnfisio@gmail.com

INTRODUÇÃO

Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória, crônica, com neurodegeneração central, caracterizada pelo aparecimento de repetidos episódios de destruição à mielina. Apresenta maior incidência em adultos jovens, do gênero feminino e etnia branca por possuir particularidades mistas, tanto doença autoimune degenerativa e viral latente ou persistente^{1,2} (visto que alguns fatores foram determinados de risco, como: raios ultravioleta³, estresse, vitamina D⁴ Epstein-Barr – EBV^{5,6}, dentre outros). Manifesta-se como uma das causas mais comuns de incapacidade neurológica progressiva em adultos jovens em fase produtiva de vida⁷.

Considerada um grande problema de saúde pública mundial, devido ao impacto socioeconômico causado pela incapacidade neurológica, esta doença acomete 2,5 milhões de pessoas no mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, há 35 mil portadores e cerca de 13 mil em tratamento, de acordo com dados mais recentes, sobre EM disponível no DATASUS. No Brasil, as regiões sul e sudeste apresentam a maior prevalência do país, enquanto na região Nordeste a prevalência é de 1,36/100.000 habitantes^{8,9}.

O desenvolvimento das alterações clínicas e funcionais está diretamente relacionado as áreas desmielinizadas do sistema nervoso central (SNC). Desta forma os sinais e sintomas são variáveis, podendo apresentar alterações emocionais, como ansiedade e depressão, e, déficits motores, tipificados em fraqueza muscular, disfunção sensorial com perda de equilíbrio, coordenação, dificuldade à deambulação. Outros sinais incluem as disfunções vesicais, intestinais, sexuais e fadiga^{10,11}.

Alguns estudos mostram taxas mais elevadas de ansiedade e depressão na EM, se comparada à população em geral¹². A evolução dessa patologia gera incapacidade, interferindo negativamente na funcionalidade (atividades laborais e da vida diária, ou seja, no contexto biopsicosocial) destes indivíduos impactando diretamente na sua qualidade de vida (QV)¹³.

Segundo a OMS, a QV é conceituada como a percepção do indivíduo de sua posição na existência, no contexto cultural, no modo em que ele vive em relação a seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos¹⁴.

Desta forma a conscientização do impacto da EM sobre a QV, bem como a busca de estratégias terapêuticas, constituem ações necessárias no intuito de orientar os profissionais de saúde e sensibilizar órgãos competentes na inserção de terapias inovadoras específicas. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com EM.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa, realizado na Associação de Amigos e Portadores de Esclerose Múltipla do Estado do Ceará, durante o mês de novembro de 2012.

Foram convidados a participar da pesquisa pacientes com diagnóstico de EM cadastrados na Associação de Amigos e Portadores de Esclerose Múltipla do Estado do Ceará, de ambos os sexos, com faixa etária entre 20 anos a 60 anos que aceitaram participar da pesquisa após terem

lido, compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo respeitou os aspectos éticos e legais, da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e teve aprovação do comitê de ética sob número de parecer 153.967/2012. Após assinatura do TCLE, os pacientes responderam a questionários que investigavam os níveis de ansiedade e depressão, e a qualidade de vida.

Para análise dos índices ansiedade e depressão foram utilizados o Inventário Beck de Depressão (BDI)¹⁵ e o Inventário de Beck para ansiedade (BAI)¹⁶, respectivamente. O BDI contém itens relacionados a humor, pessimismo, insatisfação, autocrítica, irritabilidade, alterações de peso, dificuldades para o trabalho, fadiga, preocupações com a saúde, alterações de libido, entre outras. É composto por 21 itens, cada um deles com uma resposta cujo escore varia de 0 a 4 (ausente, leve, moderada e grave), permitindo quantificar a intensidade do sintoma, onde a ausência de depressão é classificada com o escore abaixo de 11 pontos, depressão leve a moderada (12 a 19), depressão moderada a grave (20 a 35), e depressão grave (36 a 63)¹⁷.

O BAI é composto por 21 itens, para cada item o sujeito deve escolher um dentre quatro níveis de ansiedade, variando de 0 a 3, que evoluem quanto ao grau de intensidade dos sintomas, sendo 0 correspondente a “ausente”; 1 correspondente a “suave, não me incomoda muito”; 2 correspondente a “moderado, é desagradável, mas consigo suportar”; e 3 correspondente a “severo, quase não consigo suportar”¹⁸. Após a obtenção dos escores, a ansiedade foi classificada como ausente (0 a 7), ansiedade leve (8 a 15), ansiedade moderada (16 a 25) ou ansiedade severa (26 a 63).

Para avaliar a qualidade de vida dos voluntários foi aplicada a Escala de Determinação Funcional da Qualidade de Vida (DEFU) nos pacientes com EM. Esta escala foi adaptada para a língua portuguesa em 2004, através da escala original Functional Assessment of Multiple Sclerosis (FAMS) desenvolvido por Cella et al,¹⁹ em 1996. Contempla seis subitens: mobilidade, sintomas, estado emocional, satisfação pessoal, pensamento e fadiga, situação social e familiar no total de 44 questões válidas para obtenção dos escores. Baseando-se nos escores, a qualidade de vida foi classificada como ruim (0 a 49), boa (50 a 99), muito boa (100 a 149) ou ótima (150 a 212)²⁰.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do software estatístico SigmaPlot - Scientific Data Analysis and Graphing Software com base na estatística descritiva e inferencial sendo apresentados sob forma de figuras possibilitando uma maior compreensão científica. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade dos dados, a análise de correlação de Pearson foi aplicada para identificar se as correlações calculadas tinham significância estatística. Foi considerado como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

O grupo analisado foi composto por 17 voluntários, sendo 15 mulheres (88,23%) e 2 homens (11,76%), com faixa etária entre 18 e 58 anos, média de idade de 34.23 + (11,04) anos, e, duração média da doença de 7 anos + (7).

Todas as escalas foram aplicadas nos 17 pacientes. De

acordo com os escores na escala de BAI, 82,35% (n=14) dos portadores apresentaram ansiedade, uma vez classificada verificou-se que 5,88% (n=1) apresentaram ausência desta, 23,52% (n=4) relataram ser leve (média dos escores de 11 + (3,16)), 35,19% (n=6) (média dos escores de 19,4 + (3,57)) mencionaram ansiedade moderada e 17,64% (n=3) indicaram-na como grave (média dos escores de 32,8 + (6,53)). Na comparação entre os três grupos, constatou-se significância estatística (p=0.016). (Figura 1).

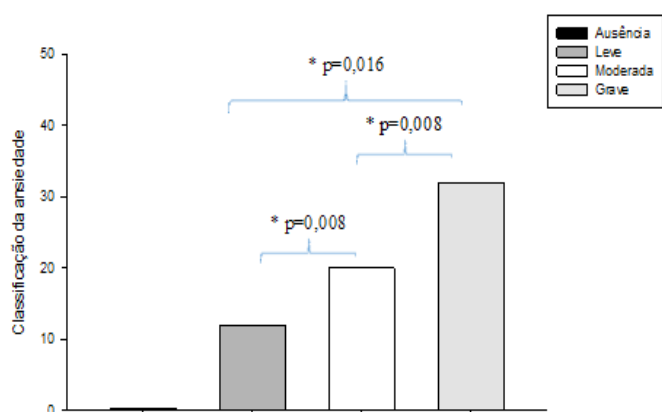


Figura 1. Resultado da pontuação do inventário de Beck de ansiedade em pacientes com esclerose múltipla

Em seguida, foram analisados os escores para depressão, onde constatou-se a ausência desta em 66,6% (n=10) dos portadores de EM, enquanto 35,40% (n=5) (média dos escores de 14,83 + (3,43)) referiram depressão leve a moderada. Ao comparar os grupos que não apresentavam depressão e os que apresentavam de leve a moderada observou-se significância estatística (p=0,001). (Figura 1).

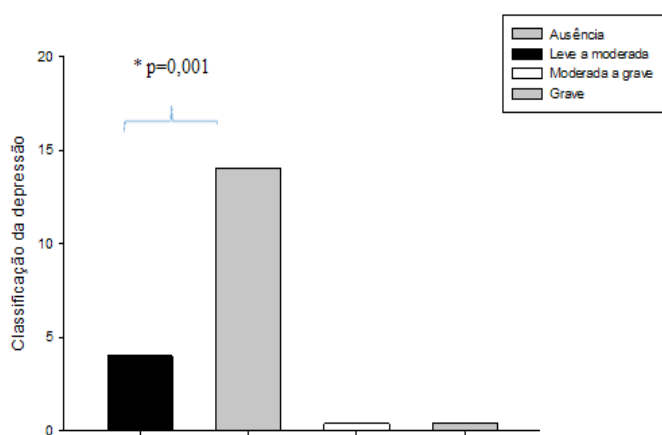


Figura 2. Resultados da pontuação do inventário de Beck de depressão em pacientes com esclerose múltipla.

Ao analisar os cruzamentos entre as variáveis de depressão e ansiedade, foi detectado que a maioria dos participantes apresentaram depressão associada com ansiedade, média dos escores de depressão de 15,4 (+ 3,50), classificado como depressão leve a moderada. Na comparação entre os grupos, houve significância estatística (p = 0,01) (Figura 3).

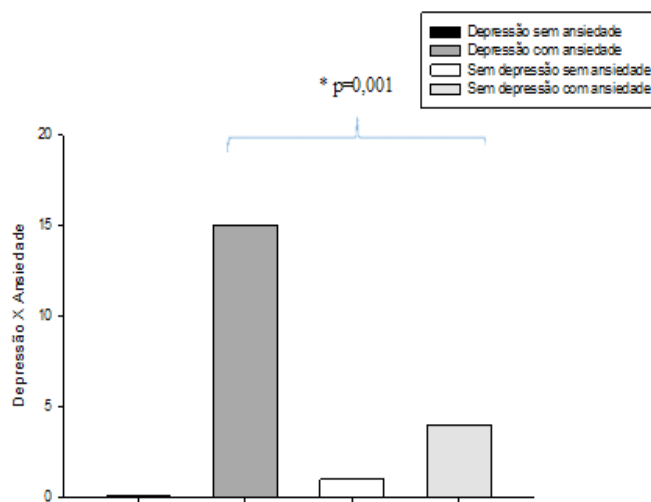


Figura 3. Resultado da pontuação dos cruzamentos entre as variáveis de ansiedade e depressão obtidos através do inventário de Beck em pacientes com esclerose múltipla.

Quando aplicada a ferramenta DEFU para determinação da qualidade de vida (QV), constatou-se que 84,62% (n=13) definiram sua QV como boa e 15,38% (n=2) como ruim. Esses dados quando confrontados com os do inventário de ansiedade de Beck não apresentaram diferença estatisticamente significativa (p < 0,05). Após a análise desta relação foi constatado que a maioria dos pacientes 74%, referiram uma boa qualidade de vida, porém associada a ansiedade (Figura 4).

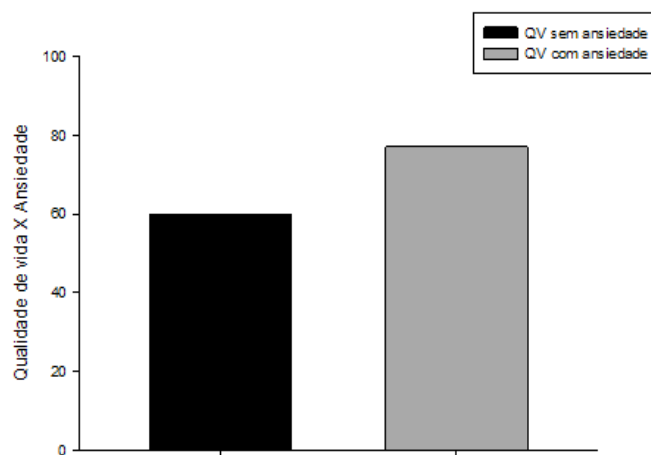


Figura 4. Resultado dos cruzamentos entre as variáveis de qualidade de vida e ansiedade obtidos através da escala de determinação funcional da qualidade de vida e do inventário de Beck de ansiedade em pacientes com esclerose múltipla.

Ao se comparar a correlação entre as variáveis da escala de determinação funcional da qualidade de vida e inventário de ansiedade de Beck também não foi evidenciado significância estatística (p > 0,05). A maioria dos pacientes apresentava qualidade de vida satisfatória, porém associada a sintomas depressivos com média da QV de 84%. (Figura 5).

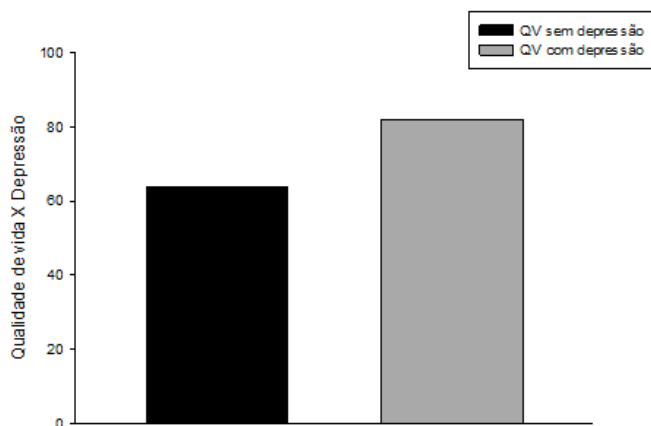


Figura 5. Resultado do cruzamento entre as variáveis de qualidade de vida e depressão obtidos através da escala de determinação funcional da qualidade de vida e do inventário de Beck de depressão em pacientes com esclerose múltipla.

DISCUSSÃO

A presença de sintomas psicológicos na EM já são relatados desde o século 19, entre estes sintomas destacam-se a ansiedade e a depressão.²¹

Entende-se como ansiedade, a emoção caracterizada por sensações de tensão, pensamentos voltados para preocupações futuras e problemas motivacionais, podendo levar a somatização destas intercorrências psicológicas em manifestações físicas.²²

A depressão por sua vez é determinada pela presença de sintomas como: oscilações do humor, perda de prazer ou interesse em atividades diárias, desordens do sono, fadiga, retardo ou agitação psicomotora, auto-percepção negativa, pensamentos suicidas, dentre outras.²³

Devido ao caráter multifacetário da EM as duas manifestações psicológicas citadas podem estar associadas. Corroborando, Rosinha e colaboradores (2008) avaliaram o nível de depressão e o grau de ansiedade de pacientes com EM em relação à prática de exercícios resistidos. Para obtenção desses dados foi analisado o impacto da ansiedade para a realização do exercício resistido e graduado o fator de insegurança em relação à prática de exercícios resistidos nas pessoas com EM. Foram analisados 30 pacientes com diagnóstico de EM, os quais responderam os questionários inventário de depressão e ansiedade de Beck.²⁴

Os resultados obtidos por meio dos inventários demonstram que 66,6% dos pacientes não demonstravam nenhum tipo de depressão, 66% um grau mediano de ansiedade.

Em trabalho mais recente, Anhoque e colaboradores (2011), ao utilizarem o inventário de Beck para depressão e ansiedade em pacientes com EM, Síndrome Clínica Isolada (CIS) e controles, verificaram que pacientes com EM apresentaram escores elevados de depressão e ansiedade, havendo associação entre estes agravos ($p=0,01$).²⁵

Mendes e colaboradores (2003), ao aplicarem a Escala de Beck para depressão e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) em 84 pacientes com diagnóstico de EM, verificaram que 82,35% dos pacientes apresentavam ansiedade, enquanto 35,29% referiram apenas depressão.¹⁷

Sabe-se ainda, que a díade depressão-ansiedade, pode impactar de forma negativa na QV dos pacientes portadores

de EM.²⁰

Ratificando, Rodrigues e colaboradores (2008) avaliaram a qualidade de vida através da escala de Determinação Funcional da Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla em 20 portadores de ambos os sexos, com idade entre 18 a 63 anos e evidenciaram que, em 60% dos pacientes, a qualidade de vida estava abaixo do nível esperado, podendo estes resultados estarem associados a grande abrangência de faixa etária.²⁶

No estudo de Baggio e colaboradores (2011) realizado com 13 pacientes em acompanhamento com equipe multidisciplinar da Faculdade da Serra Gaúcha a QV foi indicada como muito boa em 53,8%, e, em 46,2%, era boa.²⁷ No presente estudo verificou-se que a QV foi referida como boa por 16 portadores (94,1%), apenas 1 portador (5,88%) informou ser ruim sua QV.

Apesar dos achados relevantes, são necessários estudos mais abrangentes, visto que o presente estudo foi realizado em um único centro e com uma pequena amostra representativa da população.

O conjunto desses achados nos remete a nova abordagem do tratamento destes pacientes com Esclerose Múltipla. A complexidade de fatores relacionada à avaliação e tratamento dessa afecção é ilustrada pelo número de decisões que devem ser tomadas em protocolos de estudo. Na abordagem global, deve-se considerar, além da doença em questão, aspectos psicológicos, fisiológicos e comportamentais, únicos para cada indivíduo, e com interferência direta na qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Em conclusão, os pacientes com EM oriundos da Associação de Amigos e Portadores de Esclerose Múltipla do Estado do Ceará apresentaram maiores escores para ansiedade do que para depressão. Ao correlacionar estes dois agravos, foi possível observar que a maioria dos pacientes com depressão tinham ansiedade associada. Apesar destes achados, a maioria dos pacientes apresentavam boa qualidade de vida.

Diante do exposto espera-se que a divulgação dos resultados deste artigo desperte o interesse para a realização de novas pesquisas difundindo a temática para o conhecimento da comunidade em geral.

REFERÊNCIAS

1. Rojas JI, Patrucco L, Besada C, Bengolea L, Cristiano E. Brain atrophy at onset and physical disability in multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2012; 70(10): 765-8.
2. Milo R, Kahana E. Multiple sclerosis: Geoepidemiology, genetics and the environment. *Autoimmunity Reviews.* 2010; 9(5):A387-A394
3. Ebers GC. Environmental factors and multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* Mar 2008; 7(3):268-277.
4. Ascherio A, Munger KL. Not too late to take vitamin D supplements. *Ann Neurol.* Sep 2014; 76(3):321-322
5. Ascherio A, Munger KL. Epstein-barr virus infection and multiple sclerosis: a review. *J Neuroimmune Pharmacol.* Sep 2010;5(3):271-277.
6. Munger KL, Levin LI, O'Reilly EJ, Falk KI, Ascherio A. Anti-Epstein-Barr virus antibodies as serological markers of multiple sclerosis: a prospective study among United States military personnel. *Mult Scler.* Oct 2011;17(10):1185-1193.

7. Bolfazli R, Hosseini A, Gholami KH, Javadi MR, Torkamandi H, Emami S. Quality of Life Assessment in Patients with Multiple Sclerosis Receiving Interferon Beta-1a: A Comparative Longitudinal Study of Avonex and Its Biosimilar CinnoVex. *ISRN Neurol.* 2012; 1-6.
8. Machado SO, al. e. *Recomendações esclerose múltipla.* 1º ed. São Paulo: Editora Omnifarma Ltda; 2012.
9. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Pesquisa com dados do DATASUS sobre mobilidade em pacientes com esclerose múltipla é um dos destaques do 15º Encontro Anual de Esclerose Múltipla BCTRIMS, Campinas - São Paulo, Brasil, 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/506-pesquisa-com-dados-do-datasus-sobre-mobilidade-em-pacientes-com-esclerose-multipla-e-um-dosdestaques-do-15-encontro-anual-de-esclerose-multipla-bctrims-2014>> Acesso em: 07 out.2015.
10. Branas P, Jordan R, Fry-Smith A, Burls A, Hyde C. Treatments for Fatigue in Multiple Sclerosis: a rapid and systematic review. *Health Technol Assess.* 2000;4(2):1-61.2000;4:1-61.
11. Nordin L, Rorsman I. Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *J Rehabil Med.* 2012; 44(1): 87-90.
12. Jones KH, Ford DV, Jones PA, John A, Middleton RM, Lockhart-Jones H et al. A Large-Scale Study of Anxiety and Depression in People with Multiple Sclerosis: A Survey via the Web Portal of the UK MS Register. *PLoS One.* 2012; 7(7): 1 -10.
13. Yildiz M. The impact of slower walking speed on activities of daily living in patients with multiple sclerosis. *Int J Clin Pract.* 2012; 66(11): 1088-94.
14. Skevington S.M, Lotfy M, O'connell KA. The World Health Organization's WHOQOL- BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res.* 2004; 13(2): 299-310.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4: 561-71.
16. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56(6): 893-97.
17. Mendes MF, Tilbery CP, Balsimelli S, Moreira MA, Barão-Cruz AM. Depressão na esclerose múltipla forma Remitente-recorrente. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3-A): 591-95.
18. Montiel JM, Capovilla AGS, Berberian AA, Capovilla FC. Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Psic.* 2005; 6(2): 33-42.
19. Cella DF, Dineen K, Arnason B, et al. Validation of the functional assessment of multiple sclerosis quality of life instrument. *Neurology* 1996;47(1):129-139.
20. Mendes MF, Balsimelli S, Stangehaus G, Tilbery CP. Validação de escala de determinação funcional da qualidade de vida na esclerose múltipla para a língua portuguesa. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004; 62(1): 108-13.
21. Charcot JM. *Lectures on the diseases of the nervous system.* Philadelphia. 1879.
22. Magistrale P, Nocentini U. *Neuropsychiatric Symptoms of Inflammatory Demyelinating.* ed. Springer International. 2015.
23. Butler MA, Bennett TL. In search of a conceptualization of multiple sclerosis: a historical perspective. *Neuropsychol Ver.* 2003;13:93-111.
24. Rosinha LC, Greve P, Nascimento NH, Lopes PG, Calonego CA, Boschi SRMS. Exercício resistido, ansiedade e depressão em portadores de Esclerose Múltipla. *Fisioter. Mov.* 2008; 21(3): 83-91.
25. Anhoque CF, Domingues SCA, Carvalho T, Teixeira AL, Domingues RB. Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2011; 69(6): 882-86.
26. Rodrigues, IF, Nielson MBP, Marinho AR. Avaliação da fisioterapia sobre o equilíbrio e a qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. *Rev Neurocienc.* 2008; 16(4): 269-74.
27. Baggio BF, Teles RA, Renosto A, Alvarenga LFC. Perfil epidemiológico de indivíduos com Esclerose Múltipla de uma associação de referência. *Rev Neurocienc.* 2011; 19(3): 458-61.