

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Marcelo Rezende Young-Blood¹
Iasmin Alves Chirichela²
Carlos Rory Pucci Filho³
Carlos Henrique Ferreira Camargo⁴
Regina Célia Veiga da Fonseca⁵

RESUMO

A ansiedade e a depressão estão entre os transtornos mais comuns em pacientes com esclerose múltipla (EM). Objetivos: Analisar a prevalência de transtornos de ansiedade e de depressão em pacientes portadores de EM; verificar a correlação entre ansiedade, depressão e a subjetividade dos pacientes sobre o adoecimento; Método: Pesquisa observacional descritiva transversal de métodos mistos; aplicação do Inventário de Beck para Ansiedade (BAI); Inventário de Beck para Depressão (BDI); e entrevista fenomenológica. Participantes: 11 pacientes, de ambos os gêneros, masculino e feminino, entre 20 e 50 anos, em acompanhamento e tratamento ambulatorial. Resultados: os índices de ansiedade e depressão foram significativos, segundo os resultados dos inventários. Os resultados quantitativos foram condizentes com a subjetividade dos pacientes em seus relatos sobre o adoecimento. O discurso fenomenológico de tais pacientes sinalizou caminhos para o tratamento psicoterapêutico, para o desenvolvimento de estratégias de manejo e enfrentamento da doença, bem como o fortalecimento psíquico.

Palavras chave: Esclerose Múltipla. Ansiedade. Depressão.

¹ Mestre em Ciências da Saúde. Médico. Professor Adjunto do Curso de Medicina na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa-PR, Brasil. *E-mail*: mryblood@uepg.br

² Aluna do 4º ano do curso de Medicina na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa-PR, Brasil. *E-mail*: ias_ac@live.com

³ Aluno do 4º ano do Curso de Medicina na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa-PR, Brasil. *E-mail*: carlosrorypucci@hotmail.com

⁴ Orientador da pesquisa. Doutor em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Médico. Professor Adjunto do Curso de Medicina na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa-PR, Brasil. *E-mail*: chcamargo@uol.com.br

⁵ Orientadora da pesquisa. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pelas Faculdades Pequeno Príncipe. Psicóloga. Professora Adjunta do curso de Medicina na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa-PR, Brasil. *E-mail*: fonsecaregina@hotmail.com

ABSTRACT

Anxiety and depression are among the most common disorders in patients with multiple sclerosis (MS). Objectives: To analyze the prevalence of anxiety and depression in patients with MS; check the correlation between anxiety, depression and the subjectivity of patients about the illness. Method: Cross-sectional descriptive observational research of mixed methods; application of the Beck Anxiety Inventory for (BAI); Beck Depression Inventory (BDI); and phenomenological interview. Participants: 11 patients of both genders, male and female, between 20 and 50 years in monitoring and outpatient treatment. Results: the rates of anxiety and depression were significant, according to the results of the inventories. The quantitative results were consistent with the subjectivity of patients in their reports about illness. The phenomenological discourse of such patients signaled pathways for psychotherapeutic treatment, for the development of management strategies and coping with the disease, as well as psychic strengthening.

Keywords: Multiple Sclerosis. Anxiety. Depression.

INTRODUÇÃO

A ansiedade e a depressão estão entre os transtornos mais comuns em pacientes com esclerose múltipla (EM). Além disso, são fatores que contribuem para a queda da qualidade de vida em tais pacientes devido aos surtos que ocorrem na doença, ou de serem fruto das sequelas promovidas pelos danos irreversíveis que ocorrem na doença.

A EM é uma doença inflamatória, autoimune, crônica, desmielinizante e degenerativa do sistema nervoso central (SNC). Sua etiologia ainda não é totalmente compreendida, entretanto, sabe-se que, provavelmente, ela decorre de interações complexas entre o ambiente, fatores hereditários, SNC e o próprio sistema imunológico do organismo (GARG; SMITH, 2015).

A doença inicia-se tipicamente entre os 20 e 40 anos e os primeiros sintomas raramente ocorrem antes dos dez anos ou depois dos 60. As mulheres são afetadas duas vezes mais que os homens e o prognóstico da doença é extremamente variável (GARG; SMITH, 2015).

A ansiedade em pacientes com EM costuma apresentar pontuações mais elevadas nas escalas de avaliação de ansiedade, quando comparada a pacientes ansiosos que não têm a doença. O medo da dor, da incapacidade e a imprevisibilidade da doença podem intensificar os sintomas da ansiedade (ANHOQUE et al., 2011).

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais prevalente nos pacientes com EM, acometendo 50% dos pacientes antes dos 60 anos. Essa taxa é maior do que a encontrada na população geral e outras doenças crônicas (FAZZITO; JORDY; TILBERY, 2009).

Estudos têm apontado que tanto os sintomas ansiosos quanto os depressivos estão associados à piora da qualidade de vida do doente com EM (BURNS et al., 2013). Alguns autores acreditam que esses fatores podem piorar a própria doença por afetarem o metabolismo do paciente e, conseqüentemente, a fisiopatologia da doença (WU; ALVÁREZ, 2011). Tais desordens podem ser frutos do medo de novos surtos, da dor e da incapacidade, proporcionados pela doença.

A escolha do tema surgiu a partir de considerações sobre as taxas da incidência da doença no Brasil, dependendo da região, entre 4,41 a 19 casos a cada 100 mil habitantes (MACHADO et al., 2012; FINKELSZTEJN et al., 2014) e, conseqüentemente, do interesse da comunidade acadêmica em ampliar a área de conhecimento acerca da doença e de sua complexidade.

A questão norteadora deste estudo ficou estabelecida em desvelar “Quais os sentimentos do portador de esclerose múltipla em seu processo de adoecimento e tratamento?”.

Os objetivos desta pesquisa foram: analisar a prevalência de transtornos de ansiedade e de depressão em pacientes portadores de esclerose múltipla; verificar a correlação entre ansiedade, depressão e a subjetividade dos pacientes acerca do seu adoecimento.

1 A ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)

Os sinais e sintomas clínicos da EM são variáveis e podem resultar de envolvimento de vias sensitivas, motoras, visuais e do tronco encefálico (GARG; SMITH, 2015). Além desses, outros sintomas são identificados em pacientes com EM. Dentre as alterações neuropsiquiátricas relacionadas com o curso imprevisível da doença, a ansiedade e a depressão estão entre os mais comuns (LIMA, 2008). A fadiga é um dos mais frequentes e incapacitantes sintomas na EM, atingindo de 75 a 90% dos pacientes (MENDES; TILBERY; FELIPE, 2000). A fadiga é um sintoma subjetivo e inespecífico, sendo definida pelos pacientes como uma sensação de cansaço físico ou mental profundo, perda de energia ou mesmo exaustão, com características diferentes daquelas observadas na depressão, ou fraqueza muscular, e pode se manifestar a qualquer hora do dia, inclusive ao repouso, ou estar presente em todas as formas evolutivas da doença (PAVAN et al., 2006).

A maioria dos pacientes com EM apresenta-se inicialmente com a forma recorrente-remitente (EMRR). O primeiro evento clínico nesses pacientes, denominado **síndrome clinicamente isolada** (*clinically isolated syndrome* – CIS), pode ser uma neurite óptica, uma mielite incompleta, ou uma das várias síndromes do tronco encefálico. Alguns pacientes com EMRR vão evoluir para o tipo secundariamente progressivo (EMSP), entre 25 e 40%. A condição mais grave, primariamente progressiva (EMPP), está presente em cerca de 10% dos pacientes (GARG; SMITH, 2015).

Os critérios diagnósticos para EM incluem avaliações clínicas e exames complementares (neuroimagem e laboratório), enfatizando a necessidade da demonstração da disseminação das lesões desmielinizantes do sistema nervoso central (SNC), tanto no espaço quanto no tempo, e a exclusão de diagnósticos alternativos. Embora o diagnóstico possa ser feito somente com dados clínicos, a ressonância magnética do SNC pode dar apoio suplementar e inclusive colocar-se no lugar de alguns critérios clínicos, como enfatizado nos critérios Internacionais de McDonald, para o Diagnóstico de EM. Esses critérios contribuíram para um diagnóstico mais precoce da EM com um alto grau de especificidade e sensibilidade, permitindo um melhor direcionamento e aconselhamento dos pacientes além de um tratamento mais precoce (POLMAN et al., 2011).

Uma correta interpretação dos sinais e sintomas é fundamental para o diagnóstico de EM. Os critérios de McDonald consideram os denominados **surtos** e os definem como sintomas referidos ou sinais objetivamente observados tipicamente de um evento inflamatório desmielinizante no SNC, atual ou pela história, com duração de pelo menos 24 horas, na ausência de febre ou infecção (POLMAN et al., 2011).

O tratamento farmacológico da EM ocorre à base de drogas imunomoduladoras e imunossupressoras. Quanto aos sintomas motores e aos sintomas neuropsiquiátricos, como a ansiedade e a depressão, em geral, são tratados com medicamentos ou com técnicas de reabilitação (GARG; SMITH, 2015).

2 A ANSIEDADE E A ESCLEROSE MÚLTIPLA

A ansiedade é algo que os pacientes com EM vivenciam, muitas vezes tanto no curso normal da doença quanto na eventualidade de problemas específicos relacionados, ou não, com a doença (ANHOQUE et al., 2011). A prevalência de qualquer transtorno de ansiedade observado em pacientes com EM foi cerca de 35,7%, sendo o transtorno do pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de ansiedade generalizada

os diagnósticos mais comuns (KOROSTIL; FEINSTEIN, 2007). Pesquisas sobre o nível de ansiedade em pacientes com EM retratam que estes apresentam sintomas ansiosos em níveis elevados em comparação com uma amostra de base comunitária (SIEGERT; ABERNETHY, 2005). Os distúrbios psiquiátricos podem ocorrer juntamente com um sintoma do início da doença ou durante seu curso inflamatório crônico (HAUSSLEITER; BRÜNE; JUCKEL, 2009). Além disso, os sintomas ansiosos e depressivos tendem a piorar nas exacerbações, tanto nas confirmadas quanto nas pseudexacerbações (BURNS et al., 2013), comprometendo ainda mais a qualidade de vida do doente com EM.

Vale ressaltar que a EM é uma doença neurológica crônica, não curável, que geralmente começa em adultos jovens, sendo a principal causa de incapacidade neurológica não traumática em idade precoce. Ademais, há uma imprevisibilidade em relação às manifestações clínicas, curso e incapacidade. Por tais razões, a EM representa um grande encargo para a pacientes, famílias, sociedade e economia da saúde. Esses fatores podem provocar incapacidade e impedimentos que influenciarão a qualidade de vida desses doentes, dependendo das condições individuais e sociais de cada indivíduo (COSTA; SÁ; CALHEIROS, 2012).

3 A DEPRESSÃO E A ESCLEROSE MÚLTIPLA

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais prevalente nos pacientes com EM, acometendo 50% deles antes dos 60 anos. Essa taxa é maior do que a encontrada na população em geral e nos pacientes com outras doenças neurológicas incapacitantes, tais como a esclerose lateral amiotrófica, epilepsia do lobo temporal, distrofia muscular e os traumas da medula espinal (MINDEN; SCHIFFER, 1990; SCHIFFER; BABIGIAN, 1984). Alguns pacientes podem apresentar sintomas depressivos, mas não satisfazem critérios para depressão maior. Embora não tão prevalentes, a ansiedade, o transtorno bipolar, o riso ou o choro anormal e a euforia também podem acometer esses pacientes (FAZZITO; JORDY; TILBERY, 2009).

A heterogeneidade da clínica de depressão, que inclui sintomas de várias intensidades, associada à sobreposição com o quadro somático da EM (fadiga e insônia, por exemplo), levou a suposições de que a frequência da depressão nesses pacientes tem sido superestimada (FEINSTEIN, 1999). No entanto, alguns estudos têm mostrado que mesmo quando esses sintomas somáticos são controlados adequadamente, a depressão em pacientes com EM permanece altamente prevalente (FEINSTEIN, 1999). Acrescenta-se a isso o fato de que a depressão nesses pacientes é caracterizada principalmente por raiva, irritabilidade e preocupação, ao invés de apatia, isolamento, sentimento de culpa e inutilidade (MINDEN; SCHIFFER, 1990; FEINSTEIN, 1999). Da mesma forma, o suicídio, a tentativa de suicídio e a ideação suicida ocorrem com mais frequência em pacientes com essa doença neurodegenerativa do que na população geral (FEINSTEIN, 1999), fato que pode ser agravado pela terapêutica medicamentosa da doença. Ao longo da progressão da doença, a depressão pode ser evidente sob a forma de negação, mas a depressão parece aumentar e começa a ser mais aparente quando a capacidade funcional diminui (FEINSTEIN, 1999; ANHOQUE et al., 2011).

A patogênese da depressão na EM é multifatorial, incluindo fatores fisiológicos, sociais, neurobiológicos, imunológicos e genéticos (WU; ALVÁREZ, 2011). No entanto, alguns fatores de risco são conhecidos: sexo feminino, idade inferior a 35 anos, histórico familiar de transtorno depressivo maior, altos níveis de estresse e uso do medicamento betainterferon (LANA-PEIXOTO; TEIXEIRA JR.; HAASE, 2002).

A depressão pode estar associada à dor vivenciada por esses pacientes (ALSCHULER; JENSEN; EHDE, 2012). Alguns autores ainda associam a depressão às alterações cognitivas que podem ocorrer na doença (NIINO *et al.*, 2014). Independentemente da causa, a depressão não pode ser subestimada, pois apresenta possíveis efeitos no curso da doença (MOHR *et al.*, 1997), tais como: alterações na cognição do paciente e interferência na adesão ao tratamento (MOHR *et al.*, 1997); redução na qualidade de vida (KARGIOTIS *et al.*, 2010); aumento no risco de suicídio (CAINE; SCHWID, 2002).

Todavia, os distúrbios psiquiátricos, particularmente a depressão nos pacientes com EM, não são diagnosticados e tratados eficientemente. Estudos demonstram que 6 a 30% dos casos de depressão não são diagnosticados (MARRIE *et al.*, 2009). Além disso, 20 a 36% dos pacientes com EM recebem tratamento inadequado (MARRIE *et al.*, 2009), sendo que a abordagem terapêutica consiste no uso de medicamentos antidepressivos, principalmente da classe de inibidores da recaptação da serotonina, bem como a psicoterapia (SIEGERT; ALBERNETY, 2005).

4 A SUBJETIVIDADE DO PACIENTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

O ser humano e sua subjetividade no processo de saúde-doença são considerados na fenomenologia, área que estuda o próprio fenômeno, a consciência humana e os objetos da consciência. Coisas, imagens, fantasias, atos, relações, pensamentos, eventos, memórias, sentimentos etc. constituem experiências de consciência.

Posto isso, o posicionamento fenomenológico interroga a experiência vivida e o significado que o sujeito lhe atribui, considerando que só existe algo subjetivo porque antes passou pela subjetividade de alguém. Nesse sentido, o interesse para a fenomenologia não é o mundo que existe, mas sim o modo como o conhecimento do mundo se realiza para cada pessoa (HUSSERL, 1986).

O ser humano é o centro da discussão sobre o conhecimento que é criado e percebido no seu corpo, o qual interage e amplia a essência. O conhecimento nasce e faz-se sensível na corporeidade, expressão usada por Merleau-Ponty (1975) para indicar que a percepção se dá através do corpo, pelos sentidos, quer seja pela audição, visão ou toque.

A base do conhecimento está, portanto, na capacidade de perceber o que nos cerca, o que implica também o processo de dar significado ao que foi captado pelos sentidos, para que se possam realizar as necessárias conexões entre os objetos perceptíveis, o que torna possível vê-los como um todo (MERLEAU-PONTY, 1975).

O olhar sobre os pacientes neste estudo apoiou-se em diferentes teóricos da fenomenologia e, mais notadamente, nos pensamentos de: Merleau-Ponty (1975) de que cada sujeito é um mundo, com suas experiências e subjetividade; e de Heidegger (2009), que busca a consciência do ser, fazendo-o ver, a partir de si mesmo, aquilo que se manifesta, tal e qual a partir de si mesmo se manifesta.

5 METODOLOGIA

Foi utilizada como metodologia a pesquisa observacional descritiva transversal, que inclui: (a) a investigação criteriosa de uma realidade tal como esta se apresenta, conhecendo-a e interpretando-a por meio da observação, registro e análise dos fatos ou fenômenos; e (b) a aplicação de testes, questionários e/ou entrevista, cujos dados obtidos propiciam a familiarização com o fenômeno estudado e a descoberta de novas percepções sobre o assunto em questão. Essa modalidade de pesquisa procura responder “o que ocorre” de fato sem, no entanto, interferir na realidade pesquisada, mas estabelecendo relação entre as variáveis investigadas (FONSECA, 2007).

Ademais, a investigação empregou métodos mistos, que combinam as abordagens: (a) da pesquisa quantitativa, para investigar “quantas vezes” algo ocorre; e (b) da pesquisa qualitativa, para descobrir “por que” algo ocorre, avaliando o significado de um fenômeno, na subjetividade do sujeito investigado (FONSECA, 2007; CRESWELL; CLARK, 2013).

A opção pelo uso dos dois métodos, o quantitativo e o qualitativo, foi intencional e necessária, pressupondo um caráter colaborativo entre os dois critérios de pesquisa, que se complementam e enriquecem os resultados.

5.1 PARTICIPANTES

Participaram do estudo 11 pacientes de ambos os gêneros, masculino e feminino, entre 20 e 64 anos, em tratamento ambulatorial especializado de esclerose múltipla em um Hospital Universitário.

Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: pacientes de ambos os gêneros, maiores de 18 anos com o diagnóstico de esclerose múltipla estabelecido por critérios médicos; serem pacientes do ambulatório especializado de um Hospital Universitário.

Como critérios de exclusão, foram considerados: pacientes que não atenderam aos critérios de inclusão; qualquer alteração ou intercorrência clínica que impedisse o paciente de participar/continuar; ser portador de deficiência mental.

5.2 INSTRUMENTOS

Foram aplicados os inventários: (1) BAI (*Beck Anxiety Inventory*); (2) BDI (*Beck Depression Inventory*), que são testes para a avaliação da ansiedade e da depressão, respectivamente, validados no Brasil por Cunha (2011), e que são, provavelmente, as medidas de autoavaliação de ansiedade e de depressão mais amplamente usadas, tanto em pesquisa como em clínica; e (3) entrevista fenomenológica qualitativa com três perguntas, para investigar a subjetividade do paciente em relação ao seu adoecimento.

O inventário de ansiedade (BAI) contém 21 itens com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, os quais são avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo. A análise ocorreu conforme a classificação da intensidade estabelecida pelas normas da versão em português para a população brasileira: escores 0-10 (nível mínimo), 10-19 (nível leve), 20-30 (nível moderado), 31-63 (nível grave) (CUNHA, 2011).

O inventário de depressão (BDI) contém 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3. A classificação da intensidade da depressão obedeceu às normas determinadas pela versão em português para a população brasileira: escores 0-11 (mínimo), 12-19 (nível leve), 20-35 (nível moderado), 36-63 (nível grave) (CUNHA, 2011).

A entrevista fenomenológica integra três perguntas, sendo:

1. “O que esta doença significa na sua vida?”, para compreender o impacto da doença na vida do paciente, como um todo;
2. “Qual é a influência dessa doença na sua vida pessoal?”, para descobrir a gravidade da doença na vida pessoal, abrangendo a relação familiar e social;
3. “Qual é a influência dessa doença na sua vida profissional?”, para identificar a interferência da doença na realização das atividades profissionais.

5.3 PROCEDIMENTOS

A realização da pesquisa ocorreu em três momentos distintos:

1. Convite para a participação no estudo – em caso de aceite por parte do paciente, houve a leitura com esclarecimentos e assinatura do Termo de Compromisso Livre e esclarecido (TCLE);
2. Aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck-BAI e aplicação do Inventário de Depressão de Beck-BDI;
3. Entrevista fenomenológica sobre os aspectos subjetivos do paciente em relação ao seu processo de saúde-doença.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Pesquisa aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) sob o parecer número 1.026.963, de 17 de abril de 2015. A realização da pesquisa, desde o início até a sua conclusão, respeitou os preceitos éticos, de acordo com a Resolução n. 466/2012, que trata de pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A presença de ansiedade e depressão foi analisada por meio do coeficiente de correlação de Pearson, para testar a correlação entre os resultados dos Inventários de Ansiedade e Depressão. Foram considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%. O software MedCalc® 14.8.1 foi utilizado para os cálculos estatísticos.

Para a entrevista fenomenológica, foram utilizados quadros com núcleo de respostas subjetivas conforme a pergunta realizada.

A seguir, os resultados são exibidos separadamente, com a intenção de demonstrar que tanto o método quantitativo quanto o qualitativo apresentaram questões importantes em relação à ansiedade e à depressão, conforme indicam as respectivas discussões.

6 RESULTADOS QUANTITATIVOS E DISCUSSÃO

Do total de participantes, dez eram mulheres (91%) e apenas um era homem (9%), sendo a faixa etária compreendida entre 20 a 64 anos, com média de idade de 40 e 18 anos. A maioria dos pacientes era casada, correspondendo a 54,54%, os demais eram solteiros, divorciados ou viúvos, correspondendo a 18,18%, 18,18% e 9%, respectivamente.

A seguir, os resultados do Inventário de Beck para Ansiedade (BAI) são apresentados na TAB. 1.

TABELA 1 – Características dos pacientes com ansiedade quanto às variáveis de sexo e idade

	Ansiedade	Mínima n = 3	Leve n = 3	Moderada n = 3	Grave n = 2	Total n = 11
Sexo	Masculino	0	1	0	0	1 (9%)
	Feminino	3	2	3	2	10 (91%)
Idade (anos)	Média (desvio padrão)	32 (19.08)	41 (9.54)	48.67 (15.01)	38.5 (9.19)	40.18 (13.67)
	Mediana	22	46	48	38.5	45
	Faixa Etária	20-54	30-47	34-64	32-45	20-64

FONTE: Os autores (2016)

As mulheres apresentaram mais ansiedade do que o homem.

Embora as mulheres sejam afetadas com EM duas vezes mais que os homens (GARG; SMITH, 2015) e a amostra deste estudo tenha apresentado uma discrepância de gênero, de dez mulheres para um homem, observou-se que 50% das mulheres da amostra apontaram índices de ansiedade superiores ao do homem, ou seja, ansiedade moderada e grave, que são níveis relevantes.

Assim, a despeito desse quadro, supõe-se que tais resultados condizem com estudos recentes que demonstraram que as mulheres com EM desenvolvem mais ansiedade que os homens e que, nos primeiros dois anos após o diagnóstico de EM, os doentes e os parceiros apresentam altos sintomas de ansiedade e estresse (JANSSENS et al., 2003).

Ademais, também há relatos de que a ansiedade e os sintomas depressivos podem se agravar durante os surtos da EM (BURNS et al., 2013).

Quanto ao Inventário de Beck para Depressão (BDI), seguem os resultados (TAB. 2):

TABELA 2 – Características dos pacientes com depressão quanto às variáveis de sexo e idade

	Depressão	Leve n = 6	Moderada n = 5	Total n=11
Sexo	Masculino	0 (0%)	1 (9%)	1 (9%)
	Feminino	6 (54.54%)	4 (36.36%)	10 (91%)
Idade (anos)	Média (desvio padrão)	36.66 (14.51)	44,4 (12,77)	40.18 (13.67)
	Mediana	38	45	45
	Faixa Etária	20-54	32-64	20-64

FONTE: Os autores (2016)

Todos os pacientes possuíam sintomas depressivos, em maior ou menor grau, mas, nenhum deles foi considerado como portador de depressão severa.

Os resultados dos inventários sugerem uma correlação forte ($r = 0,6052$ IC 95% 0,008322 a 0,8841). Tanto a depressão quanto a ansiedade podem influenciar na adesão ao tratamento (MOHR et al., 1997) e na qualidade de vida dos pacientes (KARGIOTIS et al., 2010), podendo aumentar o risco de suicídio (CAINE; SCHWID, 2002).

Importante mencionar que 70% desses pacientes faziam uso de medicamentos para ansiedade e/ou depressão. Assim, entende-se que a medicação pode ter reduzido os sintomas, mas não foi capaz de eliminá-los.

7 RESULTADOS QUALITATIVOS E DISCUSSÃO

A entrevista fenomenológica gerou respostas sobre o significado do adoecimento para o paciente. Houve repetição de algumas respostas, isto é, algumas respostas foram apresentadas mais de uma vez, por mais de um paciente. Tal fato que ocorreu com as três perguntas. O QUADRO 1, a seguir, mostra o núcleo das respostas (n=11) da primeira pergunta.

QUADRO 1 – O que esta doença significa na sua vida?

<ul style="list-style-type: none"> • Acabou com a minha vida. • Não consigo trabalhar. • No começo eu não aceitava. • No começo foi muito difícil. • Mudou o meu comportamento. • Um surto. • Minha saúde. • Tenho medo e ansiedade. • Medo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quero só ficar em casa. • É uma sentença de morte. • Um bloqueio para as minhas realizações. • Mudança significativa em todos os aspectos. • Saber que vai ficar pior a cada dia. • Tenho dor e não tenho força. • Hoje dou mais valor à vida. • Aprendi a conviver com a doença.
---	--

FONTE: Os autores (2016)

A subjetividade sobre o impacto da doença na vida do paciente demonstra, entre outros, aspectos psicológicos de tristeza, pessimismo e isolamento, evidenciando a presença de sintomas de ansiedade e

depressão. Expressões impactantes como: “Acabou com a minha vida”, “Saber que vai ficar pior a cada dia”, “Quero só ficar em casa” ou “É uma sentença de morte” desvelam o grau de sofrimento psíquico do ser humano acometido pela EM.

Por outro lado, percebe-se que alguns possuem recursos psíquicos internos capazes de atuar positivamente no enfrentamento à doença. Os relatos como “Aprendi a conviver com a doença” e “Agora dou mais valor à vida”, demonstram resiliência e ressignificação da vida, dando suporte e direcionamento ao atendimento psicoterapêutico. O sofrimento pode mudar o ser humano para melhor, possibilitando uma nova visão e novos valores de vida (FRANKL, 2005).

O QUADRO 2 apresenta o núcleo das respostas (n=11) referentes à segunda pergunta:

QUADRO 2 – Qual é a influência dessa doença na sua vida pessoal?

<ul style="list-style-type: none"> • Perdi meus amigos e familiares. • Não senti diferença. • Grande influência. Afetou em vários aspectos. • Influenciou muito. • Ainda estou me adaptando. • Perdi os meus amigos. • Vivo sozinha e não recebo visitas. • Influência negativa. Tenho insegurança do amanhã. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nem banho consigo tomar normalmente. • Tenho tentado permanecer tranquila. • Nenhuma. • Senti um desconforto em relação aos meus familiares. • Tenho mais dependência das outras pessoas. • Meus pais me ajudaram e os amigos na escola também. • Com a família e amigos não houve mudanças.
---	--

FONTE: Os autores (2016)

A partir dos resultados sobre a gravidade da doença na relação familiar e social, emergem questões importantes que costumam contribuir para o surgimento dos sintomas de depressão, causando prejuízos emocionais aos pacientes. Os relatos “Perdi meus amigos e familiares” ou “Vivo sozinha e não recebo visitas” indicam a perda do suporte social e familiar, assim como o isolamento social, em um momento de vida em que o ser humano já está fragilizado com a doença e precisa, mais do que nunca, de amparo, carinho e acolhimento. Além disso, há outros relatos como “Nem banho consigo tomar normalmente” e “Tenho mais dependência das outras pessoas” que sinalizam a perda da autonomia e independência, podendo também contribuir para o surgimento dos sintomas de ansiedade e de depressão.

O isolamento social é a imposição de um fardo, que também significa solidão e desamparo, derivando uma emoção desagradável, conhecida pelo ser humano como tristeza, e que, quando muito intensa e constante, pode resultar na anedonia, que é a perda de interesse por diversões e prazeres, podendo culminar em depressão (GOLEMAN, 1995).

Entretanto, quando uma paciente relata fatores positivos, como “meus pais me ajudaram e os amigos na escola também”, ela também afirma “Não senti diferença” (em relação à influência da doença na sua vida), o discurso faz sentido, pois quando o ser humano doente recebe esse tipo de suporte, fica mais fortalecido para enfrentar a doença e seu tratamento.

Para Campos (2004), o principal efeito do suporte familiar e social se dá na proporção em que o receptor percebe esse apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado e, ainda, participando de uma rede de recursos e informações. Segundo a avaliação de Souza (2008), na medida em que o indivíduo percebe esse suporte, encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz consequências positivas para o seu bem estar psicológico.

O QUADRO 3 apresenta o núcleo das respostas (n = 11) referentes à terceira pergunta:

QUADRO 3 – Qual é a influência dessa doença na sua vida profissional?

<ul style="list-style-type: none"> • A minha vida profissional acabou, não consigo trabalhar. • Não tenho condições. • Ninguém me dá serviço. • Rompeu com a minha carreira profissional. • Não consigo trabalho. • Tenho muita dor e cansaço. • Não consigo mais trabalhar. • Nunca me atrapalhou. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito cansaço, tive que me aposentar. • É muito difícil porque o cansaço é diário. • Não conseguia trabalhar e ninguém queria me empregar. • Difícil continuar a trabalhar por causa da fadiga. • Tenho muito cansaço e sonolência. • Nenhum serviço me evitou por causa da doença. • Só influenciou quando eu tinha crises. • Nenhuma.
---	--

Fonte: Os autores (2016)

Com relação à interferência da EM na realização das atividades profissionais, as opiniões negativas foram quase unânimes, por exemplo: “Acabou com a minha vida profissional”, “Não conseguia trabalhar”, “Ninguém queria me empregar”, “É difícil continuar a trabalhar”. Além disso, há relatos que apontaram a dor e a fadiga como causas impeditivas para desempenhar alguma função profissional.

Retirar a capacidade laboral do ser humano cerceia a sua liberdade de produção e a liberdade em ser-aí-no-mundo como parte de um todo (HEIDEGGER, 2009). Quando o homem perde a liberdade de fazer o que quer, depara-se com a crise existencial de ser livre para fazer escolhas, porém, com escolhas limitadas pelas capacidades físicas do ser. Assim, sem poder fazer o que quer, deve refletir sobre aquilo que lhe é permitido fazer (SARTRE, 2010).

Por outro lado, há fatores positivos em alguns relatos que indicam recursos psíquicos internos capazes de conduzir ao bom enfrentamento à doença, como “Nenhum serviço me evitou por causa da doença” ou “[a doença] Nunca me atrapalhou”. Sentir emoções assertivas e confiantes durante um adoecimento dessa natureza pode ajudar a enxergar opções para solucionar problemas e descobrir novas estratégias para viver bem. Para Snyder e Lopez (2009), as emoções positivas também concedem às pessoas a potencialização de recursos, aumentando a solução criativa de problemas e o reconhecimento de recursos pessoais. Além disso, tal postura diante da doença deve ser estimulada no decorrer do atendimento psicoterapêutico, para contribuir no fortalecimento emocional e imunológico do paciente.

CONCLUSÃO

O estudo cumpriu com os objetivos aos quais se propôs inicialmente, visto que identificou a prevalência de transtornos de ansiedade e de depressão em pacientes em tratamento ambulatorial de esclerose múltipla, por meio dos métodos quantitativo e qualitativo. Além disso, a investigação analisou a correlação entre os dois transtornos com a subjetividade dos pacientes sobre o adoecimento, fazendo a discussão dos resultados.

A pesquisa viabilizou uma observação abrangente e maior conhecimento do tema em estudo. Houve uma eloquente correlação da subjetividade dos pacientes sobre o seu adoecimento com a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão demonstrados com os Inventários de Beck, enriquecendo sobremaneira os resultados, as discussões e as interpretações finais.

O estudo possibilitou compreender que os índices quantitativos de ansiedade e de depressão, embora sejam apenas números, carregam em si um importante fardo de sofrimento humano ao paciente, no que tange ao ser, a suas relações familiares, sociais e atividades profissionais. Tal sofrimento, revelado explicitamente no discurso fenomenológico, independentemente da idade e do gênero que o proferiu, traz uma demanda e sinaliza um caminho a ser percorrido durante o tratamento psicoterapêutico, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de manejo e enfrentamento da doença, bem como o fortalecimento psíquico que favoreça a redução do sofrimento e o bem-estar emocional.

Levando-se em conta o que foi apresentado até aqui, entende-se que, além da importância fundamental do tratamento médico dispensado ao paciente com EM, há a relevância do tratamento psicoterapêutico fenomenológico, que possibilita a escuta da subjetividade do ser humano que sofre em seu adoecimento e desvela as suas demandas. Tal procedimento permite melhor assisti-lo emocionalmente, favorecendo a seu restabelecimento global.

Por fim, tendo em vista a já citada prevalência da doença no Brasil, o tamanho e a heterogeneidade da amostra do estudo, considera-se que os dados encontrados, ainda que em número limitado, trazem informações relevantes para ampliar o conhecimento acerca da doença, da sua complexidade, do tratamento e do atendimento ao paciente com esclerose múltipla em seus aspectos psicológicos.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para o desenvolvimento de outros estudos de continuidade, e que possam ser somados ao conhecimento sobre a questão aqui apresentada.

Recebido em: 07/11/2016

Primeira decisão editorial: 04/12/2016

Aceito em: 05/03/2017

REFERÊNCIAS

- ANHOQUE, C. F. et al. Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 882-886, dez. 2011.
- ALSCHULER, K. N.; JENSEN, M. P.; EHDE, D. M. The Association of depression with pain-related treatment utilization in patients with multiple sclerosis. **Pain Medicine**, Philadelphia, v. 13, n. 12, p. 1648-1657, nov. 2012.
- BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
- BURNS, M. N. et al. Prospective examination of anxiety and depression before and during confirmed and pseudo-exacerbations in patients with multiple sclerosis. **Psychosomatic Medicine**, Rockville Pike, p. 76-82, Jan. 2013.
- CAINE E. D.; SCHWID, S. R. Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide. **Neurology**, Boston, v. 59, n. 5, p. 662-663, Sep. 2002.
- CAMPOS, E. P. Suporte social e familiar. In: MELLO FILHO J. (Org.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.141-161.
- COSTA, D.; SÁ, M. J.; CALHEIROS, J. M. The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 70, n. 2, p. 108-113, fev. 2012.
- CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
- CUNHA J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.
- FAZZITO, M. M.; JORDY S. S.; TILBERY, C. P.; Psychiatric disorders in multiple sclerosis patients. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 67, n. 3-A, p. 664-667, set. 2009.
- FEINSTEIN A. **The clinical neuropsychiatry of multiple sclerosis**. Cambridge: University Press, 1999. p. 26-50.
- FINKELSZTEJN, A. et al. The prevalence of multiple sclerosis in Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 72, n. 2, p. 104-106, Feb. 2014.
- FONSECA, R. C. V. **Como elaborar projetos de pesquisa e monografias: guia prático**. Curitiba: Imprensa Oficial, 2007.
- FRANKL, V. E. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo**. 11. ed. Aparecida: Ideias & Letras; 2005.
- GARG, N., SMITH, T. W. An update on immunopathogenesis, diagnosis, and treatment of multiple sclerosis. **Brain and Behavior**, v. 5, n. 9, Sep. 2015.
- GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. 21. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.
- HAUSSLEITER, I.S.; BRÜNE, M.; JUCKEL, G. Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. **Therapeutic Advances in Neurological Disorders**, v. 2, n. 1, p. 13-29, Jan. 2009.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 14. ed. Trad. rev. de Márcia de Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2009.
- HUSSERL, E. **A ideia de fenomenologia**. Lisboa: Setenta, 1986.
- JANSSENS, A. C. et al. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 108, n. 6, p. 389-395, Dec. 2003.
- KARGIOTIS O. et al. Quality of life in multiple sclerosis: effects of current treatment options. **International Review of Psychiatry**, p. 67-82, Feb. 2010.
- KOROSTIL, M.; FEINSTEIN A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. **Multiple Sclerosis**, v. 13, n. 1, p. 67-72, Jan. 2007.

- LANA-PEIXOTO, M. A.; TEIXEIRA J. R., A.L.; HAASE, V. G. Interferon beta-1a-induced depression and suicidal ideation in multiple sclerosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 3-B, p. 721-724. 2002.
- MARRIE R. A. et al. The burden of mental comorbidity in multiple sclerosis: frequent, underdiagnosed, and undertreated. **Multiple Sclerosis**, v. 15, n. 3, p. 385-392, Mar. 2009.
- MACHADO, SUSANA, et al. **Recomendações esclerose múltipla**. São Paulo: Ominfarma, 2012.
- MENDES, M.F.; TILBERY, C.P.; FELIPE, E. Fadiga e esclerose múltipla: estudo preliminar de 15 casos através de escalas de autoavaliação. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 58, n. 2-B, p. 467-470, jun. 2000.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia de la percepcion**. Barcelona: Península, 1975.
- MINDEN, S. L.; SCHIFFER, R. B. Affective disorders in multiple sclerosis: review and recommendations for clinical research. **Archives of Neurology**, v. 47, n. 1, p. 98-104, oct. 1990.
- MOHR, D. C. et al. Treatment of depression improves adherence to interferon beta-1b therapy for multiple sclerosis. **Archives of Neurology**, v. 54, n. 5, p. 531-3, May 1997.
- NIINO, M. et al. Apathy/depression, but not subjective fatigue, is related with cognitive dysfunction in patients with multiple sclerosis. **BMC Neurology**, v. 14, n. 3, p. 1-8, Jan. 2014.
- PAVAN, K.; et al. Avaliação da fatigabilidade em pacientes com esclerose múltipla através do dinamômetro manual. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 64, n. 2-A, p. 283-286, dez. 2006.
- POLMAN, C. H. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. **Ann Neurol**, v. 69, n. 2, p. 292-302, Feb. 2011.
- SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. Petrópolis: Vozes, 2010.
- SIEGERT, R. J.; ABERNETHY, D. A. Depression in multiple sclerosis: a review. **Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 76, n. 4, p. 469-475, Apr. 2005.
- SCHIFFER, R. B.; BABIGIAN, H. M. Behavioral disorders in multiple sclerosis, temporal lobe epilepsy, and amyotrophic lateral sclerosis: an epidemiologic study. **Archives of Neurology**, v. 41, n. 10, p. 1067-1069, Oct. 1984.
- SNYDER, C.R.; LOPEZ, S. J. **Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas**. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 32-44, dez. 2008.
- WU, G. F.; ALVAREZ, E. The immuno-pathophysiology of multiple sclerosis. **Neurologic Clinics**, v. 29, n. 2, p. 257-278, May 2011.

