

AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO PSICOSSOCIAL NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Características psicométricas de quatro medidas de auto-relato

Vitor Geraldi Haase¹, Shirley Silva Lacerda², Eduardo de Paula Lima³,
Tatiana de Deus Corrêa⁴, Daniela Cristina Sampaio de Brito⁴,
Marco Aurélio Lana-Peixoto⁵

RESUMO - A depressão maior e a subsindrômica são altamente prevalentes na esclerose múltipla (EM). A avaliação do funcionamento psicossocial requer instrumentos psicométricos validados. As medidas de auto-relato oferecem várias vantagens, mas não existe um questionário preciso e válido para diagnosticar os sintomas depressivos na EM. O Inventário de Depressão de Beck (IDB) e o Questionário de Saúde Geral (QSG) foram validados e são amplamente usados no contexto neuropsicológico brasileiro. No IDB sintomas de EM podem ser interpretados como sintomas de depressão. Nós examinamos as propriedades psicométricas do IDB, QSG e dois questionários de auto-relato para fadiga (CPF-MS) e auto-eficácia (MSSE) na EM. Todas as escalas apresentaram excelentes coeficientes de consistência interna. O IDB e o QSG discriminaram a amostra de EM de um grupo controle. Intercorrelações significativas foram observadas entre os escores nas diversas escalas de auto-relato, mas não entre estas e indicadores tradicionais de déficit neurológico (IA e EDSS). Os sintomas depressivos e a fadiga podem representar uma dimensão de comprometimento neurológica distinta dos déficits físicos e sensoriais. Questionários de auto-relato podem ser úteis no diagnóstico de depressão e sofrimento psíquico, mesmo quando estes não atingem níveis síndromicos compatíveis com um diagnóstico categorial.

PALAVRAS-CHAVE: esclerose múltipla, sintomas depressivos, stress, fadiga, auto-eficácia, auto-relato.

Assessment of psychosocial functioning in multiple sclerosis: psychometric characteristics of four self-report measures

ABSTRACT - Major and subsyndromic depression are highly prevalent in multiple sclerosis (MS). Assessment of psychosocial functioning in MS requires sound psychometric instruments. Self-report measures offer several advantages, but a valid and reliable depression self-report diagnostic measure is lacking. Beck Depression Inventory (BDI) and General Health Questionnaire (GHQ) have been validated and widely used in Brazilian neuropsychological context. BDI use in MS may confound depressive symptoms with somatic disease manifestations. We examined the psychometric properties of the BDI, QSG and two additional self-report measures of fatigue (CPF-MS) and self-efficacy (MSSE). All scales presented excellent reliability coefficients. BDI and GHQ discriminated MS from control participants. Intercorrelations were observed between depression, general mental health, fatigue and self-efficacy scores, but not between these and traditional indices of neurological impairment such as AI and EDSS. Depressive symptoms and fatigue may represent a different dimension of neurological impairment, unrelated to sensory and motor deficits. Self-report scales are useful in diagnosing subsyndromic distress symptoms in a MS sample.

KEY WORDS: multiple sclerosis, depressive symptoms, stress, fatigue, self-efficacy, self-report.

LND - Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento, Departamento de Psicologia, FAFICH Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte MG, Brasil. Apoio financeiro: FAPEMIG; CIEM Minas-UFMG - Centro de Investigação em Esclerose Múltipla, Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte MG, Brasil; ¹Médico Neurologista, Professor Adjunto no Departamento de Psicologia de UFMG, Coordenador do Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento da UFMG, Mestre em Linguística pela PUCRS e Doutor em Biologia Humana pela Universidade de Munique, Alemanha; ²Psicólogo pela UFMG, Neuropsicólogo do Departamento de Saúde Mental do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo SP, Brasil, Colaborador do Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento da UFMG e do Centro de Investigação em Esclerose Múltipla (CIEM Minas - UFMG); ³Psicólogo pela UFMG, Pesquisador do Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento da UFMG; ⁴Graduanda em Psicologia pela UFMG, aluna de Iniciação Científica no Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento da UFMG; ⁵Médico Neurologista, Professor Adjunto nos Departamentos de Psiquiatria e Neurologia e de Oftalmologia da UFMG, Coordenador do Centro de Investigação em Esclerose Múltipla (CIEM Minas - UFMG), Doutor em Oftalmologia pela UFMG.

Recebido 11 Março 2003, recebido na forma final 5 Novembro 2003. Aceito 5 Dezembro 2003.

Dr. Vitor Geraldi Haase - Departamento de Psicologia, UFMG - Avenida Antonio Carlos 6627 Fafich-sala F4060 - 31270-901 Belo Horizonte MG - Brasil. E-mail: haase@fafich.ufmg.br

A incidência de transtornos psicopatológicos, principalmente de depressão maior, é alta na esclerose múltipla (EM) e pode até mesmo ser mais elevada do que em outras doenças neurológicas crônicas e incapacitantes¹. O diagnóstico psicopatológico sintômico baseado em critérios categoriais e na fenomenologia dos sintomas clínicos é insubstituível, mas os questionários de auto-relato podem desempenhar papel importante na triagem de pacientes que necessitem de exploração clínica mais detalhada². Os questionários de auto-relato oferecem diversas vantagens³, tais como o baixo-custo, rapidez e possibilidade de quantificação relativamente precisa da intensidade dos sintomas apresentados. A quantificação em variáveis ordinais possibilita o uso dos instrumentos de auto-relato na monitorização da evolução clínica e da resposta aos tratamentos. Adicionalmente, os métodos semi-quantitativos permitem estabelecer correlações com outros parâmetros da doença e do funcionamento psicossocial e cognitivo, buscando identificar os fatores implicados na origem de manifestações psicopatológicas e seu impacto sobre a qualidade de vida dos portadores de EM. Finalmente, a abordagem baseada em questionários de auto-relato não reduz a expressão dos sintomas a uma variável dicotômica relacionada à presença ou ausência de critérios para o diagnóstico de uma entidade nosológica.

A utilização de medidas quantitativas tem possibilitado realizar estudos investigando, por exemplo, a relação entre o nível de comprometimento neurológico e a presença de stress ou sintomas depressivos. Os resultados de muitas investigações convergem na constatação de que os comprometimentos motor/sensorial, cognitivo e emocional representam dimensões distintas do déficit neurológico na EM⁴, devendo, portanto, ser avaliados especificamente. Um outro sintoma bastante prevalente na EM é a fadiga, a qual é também uma manifestação comum dos quadros depressivos⁵. Em relação à fadiga, algumas questões colocadas são quanto à sua especificidade, diagnóstico diferencial e eventuais interações com sintomas depressivos observáveis na EM. Dados de pesquisa indicam também que é possível distinguir ao menos duas dimensões da fadiga na EM, uma física e outra cognitiva^{6,7}, as quais precisam ser avaliadas independentemente. No caso específico dos sintomas depressivos existe um debate na literatura sobre a adequação de utilizar o Inventário de Depressão de Beck (IDB) no diagnóstico destas manifestações em portadores de EM^{8,9}. A principal crítica ao uso do IDB com portadores de EM diz respeito à possibilidade de interpretar sintomas da doença, tais como a fadiga, como se fossem manifestações de sintomatologia depressiva⁸. A etiologia da depressão na EM tem sido bastante pesquisada. Estudos de neuroimagem sugerem, por exemplo, que a presença de sintomas depressivos pode estar relacionada a lesões em loci cerebrais específicos, tais como o fascículo arqueado do hemisfério esquerdo¹⁰. Por outro lado, características da doença, tais como a intrusividade e imprevisibilidade impõem exi-

gências adicionais quanto à capacidade de enfrentamento dos portadores de EM, podendo contribuir para o surgimento de manifestações psicopatológicas¹¹. Mecanismos autorregulatórios, ou seja, a forma como o indivíduo percebe e enfrenta os desafios impostos pela doença podem desempenhar papel importante na adaptação psicossocial. A auto-eficácia percebida é um construto relacionado às percepções do indivíduo quanto à sua capacidade de realizar com sucesso um determinado comportamento ou enfrentar uma situação¹². Dados longitudinais indicam que os níveis de auto-eficácia percebida são preditivos da persistência ou surgimento de sintomas depressivos na EM¹³, o que torna oportuna sua avaliação específica.

Os principais objetivos deste estudo são: a) investigar a utilidade de quatro medidas de auto-relato na caracterização das manifestações psicopatológicas e funcionamento psicossocial de portadores de EM; b) verificar a utilidade de dois destes instrumentos, o IDB e o Questionário de Saúde Geral (QSG) na discriminação de portadores de EM dos participantes de um grupo controle; c) examinar as características psicométricas do IDB, do QSG, de um questionário de fadiga física e cognitiva (CPF-MS) e de uma medida de auto-eficácia específica para a EM (MSSE). O sintoma fadiga foi selecionado em função da sua prevalência e o construto auto-eficácia pela sua relevância como indicador do prognóstico quanto à adaptação psicossocial. Os questionários de auto-relato foram empregados no âmbito de uma avaliação neuropsicológica mais ampla e os resultados apresentados são parciais, focalizando principalmente os aspectos psicométricos dos procedimentos empregados.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 34 portadores de EM, recrutados e correspondendo a cerca de 23% do total de pacientes atualmente acompanhados no CIEM-Minas UFMG, e 24 controles da população em geral, recrutados a partir da rede social dos investigadores. As características demográficas dos participantes e parâmetros da doença são exibidos na Tabela 1. As características numéricas foram expressas sob a forma de médias e desvios-padrões, enquanto as variáveis categoriais foram descritas em termos de frequência. A amostra de portadores é enviesada no sentido de consistir em 50% dos casos de indivíduos com duração da doença menor ou igual a 5 anos, Índice Ambulatorial menor ou igual a 2 e Escala Expandida de Avaliação do Status de Incapacidade (EDSS) menor ou igual a 3. Como o nosso centro foi fundado há menos de quatro anos, nós temos motivos para supor que a amostra é composta principalmente por aqueles portadores mais bem informados e participantes, podendo não ser representativos da comunidade de EM como um todo. O diagnóstico definitivo de EM foi realizado conforme os critérios de Poser e col.¹⁴ e a caracterização das formas clínicas conforme os critérios relatados por Lublin e Reingold¹⁵. Testes t revelaram que as amostras de EM e controles não diferiram quanto à idade ($t[55]=1.21$, $p<0.230$), nem quanto ao nível de escolarização formal ($t[55]=1.464$,

$p < 0.149$). A amostra de EM possuía cerca de 10% de participantes a mais pertencentes ao sexo feminino. Todos os pacientes com a forma remitente-recorrente da doença estavam fazendo uso de drogas imunomoduladoras por ocasião da sua participação no estudo.

Instrumentos de Coleta de Dados

Inventário de Depressão de Beck - Com o intuito de avaliar a presença de sintomas depressivos foi utilizado o IDB¹⁶⁻¹⁸. A escolha deste instrumento se justifica em primeiro lugar pelo fato de haver dados recentes quanto à sua validação para utilização no Brasil¹⁸. Em segundo lugar vem o fato de que já existem dados de pesquisa com a utilização deste instrumento no Brasil em amostras de portadores de esclerose múltipla, o que permite a realização de comparações¹⁹. O IDB foi utilizado conforme a versão apresentada por Gorenstein e Andrade¹⁸.

Em relação ao IDB, é preciso fazer um comentário adicional sobre alguns problemas que a sua utilização com portadores de EM acarreta. A principal dificuldade é o fato de que alguns itens do IDB interpretam sintomas comuns da esclerose múltipla como se fossem manifestações de depressão^{8,20}. Os principais itens identificados na literatura dizem respeito à capacidade de trabalho (item 15), fadiga (item 17), preocupações com a saúde (item 20) e sexualidade (item 21). Na investigação realizada por Mohr e col.⁸ foi observado que três itens, aqueles relacionados a dificuldades no trabalho, fadiga e preocupações com a saúde, respondiam por 34% da variância no escore total do IDB em pacientes com EM. Já a proporção da variância explicada por estes itens em pacientes com depressão maior e em um grupo controle foi igual, respectivamente, a 17 e 19%. Com base nestes achados, Mohr e col.⁸ recomendam a utilização de uma versão do IDB com apenas 18 itens, a IDB-18. No mesmo trabalho, eles conseguiram demonstrar ainda que a gravidade dos sintomas depressivos na EM é intermediária, significativamente maior do que em grupos controle, mas significativamente menor do que em grupos de portadores de depressão maior. Os achados de Mohr e col.⁸ não foram, entretanto, corroborados no estudo realizado por Aiken e col.²⁰. Aiken e col.²⁰ investigaram os escores relativos de oito "escores

somáticos" do IDB em amostras de portadores de EM, diabetes, dor crônica, depressão maior e em um grupo controle. Análises multivariadas de variância tendo os indicadores demográficos e os escores no IDB como covariadas, indicaram a presença de efeito confundidor significativo entre sintomas somáticos e depressão apenas no item 15 (capacidade de trabalho). Desta forma, na presente investigação nós vamos seguir a recomendação de Aikens e col.²⁰, no sentido de utilizar a versão original de 21 itens do IDB. Em análises posteriores pretendemos investigar separadamente o impacto dos itens mais suspeitos sobre o escore total.

Questionário de Saúde Geral - A avaliação subjetiva do estado de saúde e qualidade de vida por parte dos pacientes foi realizada com o auxílio do Questionário de Saúde Geral de Goldberg²¹. O interesse pela avaliação da perspectiva subjetiva do paciente sobre o seu estado de saúde e qualidade de vida em Medicina corresponde, por um lado, à necessidade de desenvolver um estilo mais colaborativo de trabalho com os pacientes, principalmente com os portadores de doenças crônicas²². Dados revisados por von Korff e col.²² indicam, por exemplo, que o manejo colaborativo entre médico e paciente nas doenças crônicas aumenta significativamente a eficácia dos tratamentos, tendo impacto positivo sobre o curso clínico de diversas doenças. Por outro lado, dados de pesquisa em psicologia da saúde sugerem que a avaliação subjetiva dos pacientes sobre a sua qualidade de vida e sobre o seu estado de saúde são melhores preditores da morbidade e mortalidade futuras do que avaliações "objetivas" ou externas²³. O QSG foi escolhido por ser instrumento que objetiva fornecer uma perspectiva de pacientes não-psicóticos sobre o seu estado de saúde mental, o qual foi validado para o Brasil com excelentes características psicométricas, além de ter sido amplamente empregado em pesquisas com portadores de EM^{24,25}. O QSG consiste de 60 itens, aferidos conforme uma escala com 4 graus, que varia de 1) "não absolutamente", 2) "não mais do que de costume", 3) "um pouco mais do que de costume" até 4) "muito mais do que de costume". Além do escore geral, os resultados do QSG originam 5 escores parciais relacionados à presença de stress, desejo de morte,

Tabela 1. Características demográficas dos participantes e parâmetros da doença.

	EM	Controles
n	34	24
Idade (M ± DP)	42,59 ± 9,06	38,96 ± 11,61
Escolarização formal (M ± DP)	11,06 ± 4,39	12,58 ± 3,27
Sexo (% fem.)	76,5	66,7
Duração da doença (ano) (M ± DP)	9,18 ± 7,62	-
Índice Ambulatorial (M ± DP)	2,47 ± 2,91	-
EDSS (M ± DP)	3,00 ± 2,25	-
Forma clínica		
RR (%)	64,7	-
SP (%)	26,5	-
PP (%)	5,9	-

EDSS, Expanded Disability Status Scale; RR, forma remitente-recorrente de EM; SP, forma secundária progressiva; PP, forma primária progressiva.

desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos.

Escala de Fadiga Cognitiva e Física na EM - A Escala de Fadiga Física e Cognitiva na EM (CPF-MS) foi desenvolvida por Paul e col.⁷ a partir do reconhecimento de que a fadiga física e cognitiva podem representar dimensões diferentes de comprometimento na EM. Os autores demonstraram que, após um período de exercício mental, sob a forma de testagem neuropsicológica, portadores de EM apresentavam aumento significativo nos sintomas de fadiga cognitiva, mas não em sintomas de fadiga física ou em medidas objetivas de força muscular, aprendizagem ou vigilância. A CPF-MS consiste de duas subescalas, uma com 7 itens medindo a fadiga cognitiva e outra com 8 itens, medindo a fadiga física. A intensidade dos itens aos quais o respondente adere é aferida por meio de uma escala de Likert com 5 graus, em que 1 corresponde a "de forma alguma" e 5 indica "bastante". Os autores relataram os resultados da manipulação experimental, mas não discutiram as propriedades psicométricas da escala, o que torna necessário o exame dos seus coeficientes de precisão e validade de construto.

Escala de Auto-Eficácia na EM - Os resultados de pesquisa em psicologia da saúde sugerem que as crenças de auto-eficácia são um fator determinante dos desfechos relacionados à saúde em diversas doenças crônicas, devendo portanto ser considerado nas pesquisas sobre adaptação psicossocial de portadores de EM²⁶. O construto auto-eficácia foi desenvolvido por Bandura¹² e diz respeito à avaliação que o indivíduo faz da sua capacidade de realizar determinado comportamento. No caso de doenças crônicas, o construto refere-se à percepção subjetiva que o indivíduo tem quanto à sua capacidade de enfrentar a doença e/ou manejar os sintomas. Para a avaliação da auto-eficácia em portadores de EM, nós traduzimos e adaptamos uma escala proposta por Schwartz e col.²⁶ e abreviada como MSSE. A escala de Schwartz e col.²⁶ foi delineada com o objetivo específico de avaliar a auto-eficácia em portadores de EM, levando em consideração duas subescalas, uma de funcionamento (físico) e outra de controle (funcionamento cognitivo). Cada uma das subescalas consiste de 9 itens, respondidos de acordo com uma escala em que 10 corresponde a "muito insegura", 50-60 corresponde a "mais ou menos segura" e 100 corresponde a "muito segura". No estudo de validação conduzido por Schwartz e col.²⁶ foi observado, por exemplo, que a correlação entre o desempenho na subescala de função e o escore na EDSS era igual a - 0.64, enquanto o coeficiente de correlação entre a EDSS e o escore de controle foi igual a apenas - 0.15. Estes achados evidenciam que a escala funcional e de controle avaliam construtos diferentes e que, possivelmente, a escala de controle pode ser mais útil na avaliação do impacto psicossocial da doença. A escala de funcionamento se correlacionou melhor, por outro lado, com o status ocupacional e com a renda (apenas no caso de indivíduos com renda mais baixa). Com o intuito de verificar a validade de construto da nossa versão da escala de Schwartz e col.²⁶ o desempenho nas suas duas subescalas será correlacionado com toda a gama de medidas de status de incapacidade, com medidas de outros construtos psicossociais, com medidas para avaliar o funcionamento cognitivo e com o fator confiança no próprio desempenho do QSG.

Procedimentos

O QSG e o IDB foram aplicados individualmente, conforme as instruções referidas pelos autores da validação brasileira^{18,21}. Os questionários de fadiga (CPF-MS) e de auto-eficácia (MSSE) foram traduzidos independentemente por dois dos pesquisadores (SSL e EPL) e as traduções revisada por um terceiro pesquisador (VGH). As escalas foram aplicadas individualmente por quatro pesquisadores (SSL, EPL, DCSB, e TDC), conforme as instruções dos originais^{7,26}. A aplicação foi realizada em uma sala de consultas do CIEM-Minas UFMG, com os participantes respondendo às perguntas por escrito na presença dos examinadores. Caso fosse necessário, os examinadores prestavam assistência aos participantes, esclarecendo dúvidas sobre vocabulário ou sobre o sentido das perguntas e alternativas, mas evitando interferir nas respostas escolhidas. Em alguns casos de pacientes com maior dificuldade, principalmente com os portadores da forma secundária progressiva da doença, os questionários foram aplicados sob a forma de entrevista. Além de certificar-se da compreensão dos itens, os investigadores verificavam se as escalas haviam sido respondidas de modo completo. Os resultados aqui relatados fazem parte de um projeto mais amplo de pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. A participação de pacientes e controles foi condicionada à leitura de uma carta-convite, explicando os objetivos e procedimentos de pesquisa e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Os questionários de fadiga e auto-eficácia foram aplicados apenas aos portadores de EM.

RESULTADOS

A distribuição amostral dos escores nas quatro medidas analisadas é exibida na Tabela 2. Uma série de testes t demonstrou que tanto o IDB quanto o QSG e seus fatores conseguem discriminar a amostra de EM do grupo controle (Tabela 2), indicando a presença de relato de níveis mais elevados de sintomas de sofrimento psicológico na amostra de EM. As Tabelas 3 e 4 exibem as freqüências dos diversos escores no QSG e no IDB para a amostra de controles e de portadores de EM, respectivamente. Enquanto os escores de apenas 3 (12.5%) dos participantes no grupo controle ultrapassaram o ponto de corte (percentil 90), 13 (38.24%) participantes da amostra de EM obtiveram escores acima do percentil 90 no QSG. Considerando os pontos de corte para amostras não diagnosticadas¹⁸, 2 (8.33%) indivíduos na amostra clínica obtiveram escores no IDB entre 15 e 19 (disforia) e outros 2 obtiveram escores acima de 20 (depressão maior). Na amostra de EM, a mediana da distribuição situou-se exatamente sobre o ponto de corte 15 no IDB e 8 (23.53%) portadores de EM obtiveram escores iguais ou maiores do que 20. A proporção de indivíduos com escores maiores do que 20 no IDB corresponde aproximadamente àquela de indivíduos que ultrapassaram o ponto de corte no fator Desejo de Morte do QSG. A inspeção comparativa das Tabelas 3 e 4 mostra também que, com exceção dos pontos de corte para "Desejo de Morte", que são ultrapassados por cerca de 20% dos portadores de EM, os pontos de corte para os outros fatores do QSG são ultrapassados de forma mais ou menos homogênea por cerca de 1/3 dos portadores de EM. Ou seja, é possível

observar que os portadores de EM reportam maiores níveis de sofrimento psíquico do que os controles, mas que o perfil de queixas é relativamente homogêneo. A inspeção dos resultados da Tabela 4 não sugere, por exemplo, que as queixas quanto a preocupações somáticas ou transtornos do sono sejam mais frequentes entre os portadores de EM.

Como os questionários de fadiga e auto-eficácia foram aplicados apenas aos portadores de EM, uma comparação é possível apenas com os dados das publicações originais. Schwartz e col.²⁶ aplicaram a MSSE a 141 portadores com idade média de 43,06 (\pm 8,94) anos, EDSS médio de 4,71 (\pm 1,75), duração média da doença de 8,22 (\pm 6,69) anos, sendo que 58,3% apresentavam a forma secundária progressiva e 41,7% a forma remitente-recorrente da doença. Os escores médios obtidos por Schwartz e col.²⁶ foram 679,12 (\pm 181,4) para a auto-eficácia quanto ao funcionamento, 538,10 (\pm 168,4) para a auto-eficácia quanto ao controle dos sintomas e 1214,63 (\pm 285,3) para a auto-eficácia total.

No seu estudo sobre a fadiga física e cognitiva na EM, Paul e col.⁷ investigaram 39 portadores, com idade média igual a 45,5 (\pm 6,7) anos, índice ambulatorial médio de 4,1 (\pm 2,5), que apresentavam na média o diagnóstico da doença há 12,2 (\pm 4,8) anos. Não foi relatada a forma clínica da doença. Os escores médios relatados para a fadiga cognitiva foram iguais a 2,56 (\pm 1,07) e iguais a 2,65 (\pm 1,24) para a fadiga física, respectivamente.

Dados sobre o uso de medicação antidepressiva foram obtidos para 34 portadores de EM, 13 dos quais faziam uso de fluoxetina ou amitriptilina. Vinte e um portadores não faziam uso de psicofármacos. Os portadores que faziam uso de medicação obtiveram escores mais elevados no IDB (18,25

\pm 7,09) do que os portadores que não faziam uso de medicação (12,10 \pm 10,08), mas as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significativas ($t[31]=1,863$, $p<0,073$). Os resultados indicam, de qualquer forma, que os pacientes com sintomatologia depressiva mais severa tendem a ser mais medicados. Os escores no QSG também foram mais elevados para os portadores que faziam uso de medicação antidepressiva, mas as diferenças não foram significativas.

Dois tipos de coeficientes de precisão foram calculados, a partir dos dados dos portadores de EM, para as diversas escalas e seus fatores, o coeficiente correlação de duas metades e o coeficiente alfa de Cronbach (Tabela 5). Todos os coeficientes de precisão calculados situaram-se acima de 0,75, sendo a maioria da ordem de 0,80 a 0,90, demonstrando que as versões utilizadas das escalas apresentam excelentes índices de consistência interna.

Com o intuito de realizar uma aproximação inicial à validade das escalas estudadas, uma matriz de correlações foi calculada entre todos os escores dos portadores de EM. Foram observadas correlações altas entre o IA e o EDSS ($r=0,815$, $p<0,005$) e correlações negativas e moderadas entre os escores de auto-eficácia quanto ao funcionamento e o IA ($r=-0,559$, $p<0,002$) e o EDSS ($r=-0,729$, $p<0,012$). As correlações entre os escores de fadiga e os indicadores de déficit neurológico não foram significativas. As correlações entre o IDB e o QSG com os indicadores da gravidade do déficit neurológicos (IA e EDSS) bem como com a duração da doença não foram significativas. A correlação entre o IDB e o escore total no QSG foi moderada ($r=0,461$, $p<0,008$), mas as correlações entre o IDB e os escores nos fatores Stress e Desejo de morte foram altas, respectivamente iguais a 0,933 ($p<0,001$) e 0,837

Tabela 2. Distribuição dos escores nos diversos instrumentos.

Escala/Fatores		Esclerose Múltipla			Controles			t	gl	p
		n	Média	\pm DP	n	Média	\pm DP			
QSG	Stress	34	2,1981	\pm 0,7557	24	1,8558	\pm 0,5119	2,038	54,780	0,046
	Morte	34	1,6970	\pm 0,8143	24	1,2396	\pm 0,4053	2,787	49,520	0,008
	Desemp.	34	2,2511	\pm 0,5548	24	1,8554	\pm 0,4388	2,895	55,000	0,005
	Sono	34	1,8586	\pm 0,7134	24	1,5069	\pm 0,4037	2,359	52,284	0,022
	Somat.	34	1,9273	\pm 0,5730	24	1,6417	\pm 0,3977	2,221	54,913	0,031
	Saúde	34	2,0613	\pm 0,5292	24	1,7063	\pm 0,3330	3,101	54,040	0,003
IDB	Total	34	14,33	\pm 9,48	24	8,13	\pm 7,61	2,647	55,000	0,011
CPF-MS	Fad. Cognitiva	34	19,59	\pm 7,36						
	Fad. Física	34	21,12	\pm 8,99						
	Fad. Total	34	40,71	\pm 15,49						
MSSE	Funcionamento	34	648,24	\pm 212,90						
	Controle	34	610,29	\pm 222,87						
	Total	34	1258,53	\pm 415,66						

QSG, Questionário de Saúde Geral; Stress, Stress psíquico; Morte, Desejo de morte; Desemp., Desconfiança no desempenho; Sono, Distúrbios do sono; Somat., Distúrbios psicossomáticos; Saúde, Saúde geral; IDB, Inventário de Depressão de Beck; CPF-MS, Escala de Fadiga Cognitiva e Física na Esclerose Múltipla; MSSE, Escala de Auto-eficácia na Esclerose Múltipla.

Tabela 3. *Frequência dos escores e pontos de corte para a amostra de controles.*

	Stress	Morte	Desemp	Sono	Somat	Saúde	IDB	Porcentagem Acumulada
1	1,08	1,00	1,24	1,00	1,10	1,27	0	4,16
2	1,08	1,00	1,29	1,00	1,30	1,30	0	8,32
3	1,15	1,00	1,35	1,00	1,30	1,30	0	12,48
4	1,23	1,00	1,41	1,00	1,30	1,42	0	16,64
5	1,38	1,00	1,53	1,00	1,30	1,45	1	20,80
6	1,46	1,00	1,59	1,17	1,30	1,47	2	24,96
7	1,46	1,00	1,59	1,17	1,40	1,47	2	29,12
8	1,62	1,00	1,65	1,33	1,40	1,47	2	33,28
9	1,62	1,00	1,65	1,33	1,40	1,52	3	37,44
10	1,69	1,00	1,71	1,33	1,50	1,52	6	41,60
11	1,77	1,00	1,71	1,50	1,50	1,57	6	45,76
12	1,77	1,00	1,76	1,50	1,50	1,57	6	49,92
13	1,77	1,13	1,76	1,50	1,60	1,63	6	54,08
14	1,85	1,13	1,76	1,50	1,60	1,72	7	58,24
15	2,00	1,13	1,82	1,50	1,60	1,75	8	62,40
16	2,00	1,13	1,82	1,67	1,60	1,77	8	66,56
17	2,15	1,13	1,94	1,67	1,70	1,80	13	70,72
18	2,23	1,25	2,00	1,67	1,70	1,83	13	74,88
19	2,31	1,38	2,06	1,83	1,80	1,93	14	79,04
20	2,38	1,50	2,24	1,83	2,00	2,13	14	83,20
21	2,46	1,50	2,47	2,00	2,10	2,13	16	87,36
22	2,62	1,75	2,65	2,00	2,20	2,22	19	91,52
23	2,69	2,25	2,76	2,33	2,60	2,30	21	95,68
24	2,77	2,50	2,76	2,33	2,60	2,43	28	100,00

Stress, Stress psíquico; Morte, Desejo de morte; Desemp., Desconfiança no desempenho; Sono, Distúrbios do sono; Somat., Distúrbios psicossomáticos; Saúde, Saúde geral; escore total no QSG; IDB, escore total no Inventário de Depressão de Beck.

($p < 0,001$). Correlações moderadas, da ordem de 0,4 a 0,7 ($p < 0,001$) foram também observadas entre os escores no IDB e QSG com os escores nas escalas de fadiga e de auto-eficácia. As correlações entre os escores de auto-eficácia no MSSE e o fator Desconfiança no desempenho no QSG foram moderadas, da ordem de 0,4 a 0,5 ($p < 0,35$ a $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos indicam que as escalas examinadas parecem apresentar validade quanto à sua capacidade de discriminar entre uma amostra de EM e uma de controles da população em geral. O tamanho reduzido das amostras e a

realização de múltiplas comparações entre as médias levantam questionamentos quanto à possibilidade de cometer um erro de tipo alfa. A adoção de um nível de significância mais exigente, por exemplo da ordem de 1%, aumentaria, entretanto, a probabilidade de cometer um erro de tipo beta, deixando de constatar diferenças entre os grupos quando elas na realidade existem. Uma maneira sugerida para fugir deste impasse é considerar os intervalos de confiança²⁷. O exame dos dados para as diferenças no que se refere ao QSG revelou, por exemplo, que a diferença média entre as duas amostras foi igual a $-0,3550$, situando-se entre os limites de confiança calculados para 95%, que se situam entre $-0,5846$ e $-0,1255$.

Tabela 4. *Frequência dos escores e pontos de corte para a amostra de EM.*

	Stress	Morte	Desemp	Sono	Somat	Saúde	IDB	Porcentagem Acumulada
1	1,08	1,00	1,35	1,00	1,10	1,17	0	2,94
2	1,15	1,00	1,47	1,00	1,20	1,38	0	5,88
3	1,15	1,00	1,47	1,00	1,30	1,43	2	8,82
4	1,23	1,00	1,59	1,00	1,30	1,50	2	11,76
5	1,31	1,00	1,59	1,00	1,30	1,53	3	14,70
6	1,46	1,00	1,65	1,00	1,30	1,53	6	17,64
7	1,46	1,13	1,75	1,00	1,40	1,60	6	20,58
8	1,62	1,13	1,76	1,00	1,40	1,61	6	23,52
9	1,69	1,13	1,76	1,17	1,50	1,62	7	26,46
10	1,69	1,13	1,76	1,17	1,50	1,65	7	29,40
11	1,69	1,13	1,76	1,17	1,50	1,70	7	32,34
12	1,77	1,13	2,00	1,33	1,50	1,75	10	35,28
13	1,92	1,25	2,06	1,33	1,50	1,78	10	38,22
14	1,92	1,25	2,12	1,50	1,60	1,82	12	41,16
15	2,00	1,25	2,18	1,50	1,70	1,87	13	44,10
16	2,08	1,25	2,18	1,50	1,80	1,92	15	47,04
17	2,15	1,38	2,24	1,67	1,80	1,92	15	49,98
18	2,15	1,38	2,35	1,83	1,80	1,98	15	52,92
19	2,15	1,63	2,35	2,00	1,90	2,00	16	55,86
20	2,23	1,63	2,41	2,00	2,00	2,17	16	58,80
21	2,23	1,63	2,41	2,00	2,10	2,23	18	61,74
22	2,38	1,75	2,47	2,17	2,10	2,37	18	64,68
23	2,54	1,88	2,59	2,33	2,10	2,38	18	67,62
24	2,69	1,88	2,59	2,33	2,20	2,38	18	70,56
25	2,69	1,88	2,65	2,50	2,20	2,40	19	73,50
26	2,69	1,88	2,65	2,50	2,40	2,43	19	76,44
27	2,77	2,00	2,65	2,50	2,40	2,45	20	79,38
28	2,85	2,25	2,76	2,67	2,50	2,58	20	82,32
29	2,92	2,25	2,82	2,67	2,60	2,58	21	85,26
30	3,15	2,38	2,94	2,67	2,70	2,63	23	88,20
31	3,23	3,00	2,94	2,83	2,90	2,67	23	91,14
32	3,54	3,38	3,06	2,83	2,90	2,78	24	94,08
33	3,69	3,75	3,12	3,00	2,90	3,22	28	97,02
34	3,77	4,00	3,53	3,17	3,00	3,23	44	100,00

Stress, Stress psíquico; Morte, Desejo de morte; Desemp., Desconfiança no desempenho; Sono, Distúrbios do sono; Somat., Distúrbios psicossomáticos; Saúde, Saúde geral; escore total no QSG; IDB, escore total no Inventário de Depressão de Beck.

Tabela 5. Coeficientes de precisão.

Escala/Fatores		Spearman-Brown	Alfa de Cronbach		
			1a. metade	2a. metade	Todos itens
QSG	Saúde	0,8602	0,9069	0,9457	0,9584
IDB	Total	0,7740	0,8072	0,7564	0,8612
CPF-MS	Fad. Cognitiva	-	-	-	0,8942
	Fad. Física	-	-	-	0,8634
	Fad. Total	0,8935	0,8711	0,8882	0,9302
MSSE	Funcionamento	-	-	-	0,9070
	Controle	-	-	-	0,9272
	Total	0,9059	0,9070	0,9272	0,9520

QSG, Questionário de Saúde Geral; IDB, Inventário de Depressão de Beck; CPF-MS, Escala de Fadiga Cognitiva e Física na Esclerose Múltipla; MSSE, Escala de Auto-eficácia na Esclerose Múltipla.

Da mesma forma, a diferença média para os escores no IDB foi igual a $-6,21$, situando-se dentro do intervalo de confiança de 95%, que vai de $-10,91$ a $-1,51$. Assim, podemos estar relativamente seguros de que as diferenças encontradas são reais. Os resultados sobre a frequência de sintomas depressivos são semelhantes a outros obtidos no Brasil^{19,28}, indicando que até 1/3 dos portadores de EM podem apresentá-los.

A consistência interna das escalas atingiu níveis de excelência, indicando que as versões utilizadas se adequam ao uso com a população brasileira de portadores de EM. Os padrões de intercorrelação entre os diversos escores devem ser interpretados com muita cautela, devido ao tamanho reduzido da amostra. Os resultados sugerem, de qualquer forma, que o comprometimento sensorial e motor, tal como avaliado pelo IA e EDSS, constitui dimensão independente de déficit neurológico daquela representada pelos sintomas depressivos e pela fadiga. Estes resultados são compatíveis com a recomendação de que os sintomas depressivos e a fadiga merecem avaliação específica em portadores de EM, sem a qual a avaliação do grau de comprometimento neurológico não estaria completa. Os padrões de intercorrelação entre os escores apontam ainda para uma associação entre fadiga, auto-eficácia e sintomas depressivos e de sofrimento psíquico em portadores de EM⁹.

Diversas limitações do estudo devem ser mencionadas. Os participantes-controle foram amostrados em ambiente não clínico e em locais distintos de modo a compor uma amostra, que se não é aleatorizada, pelo menos é bem diversificada. Já mencionamos que temos motivos para suspeitar que a amostra de portadores de EM é enviesada no sentido de incluir indivíduos nas fases iniciais da doença, com menor grau de comprometimento físico e mais atuantes na comunidade de EM. Dados mais precisos exigiriam abordagem epidemiológica. O delineamento correlacional, por outro lado, não permite fazer inferências sobre relações causais. As cau-

telas necessárias em função do pequeno tamanho da amostra que já foram mencionadas, são, entretanto, atenuadas dado o caráter distinto dos padrões emergentes de intercorrelação e concordante com os resultados da literatura.

A questão da validade de construto do IDB não pode ser examinada no presente contexto. O uso do IDB se justifica principalmente, entretanto, pela possibilidade de realizar comparações com outras amostras de pacientes neuropsicológicos em que o instrumento é usado. O uso simultâneo de escalas que avaliam os sintomas relacionados ao humor depressivo tem sido recomendado no caso da EM⁹. A validade de construto do IDB poderia também ser explorada através de estudo qualitativo, utilizando o roteiro de entrevista do DSM-IV. Entretanto, as correlações significativas entre o IDB e diversos fatores do QSG, tais como aqueles referentes ao Stress psíquico e Desejo de morte, indicam que muitos portadores de EM podem apresentar sintomas depressivos subsindrômicos, que podem ser insuficientes para caracterizar uma síndrome depressiva maior, mas que são suficientes para causar sofrimento psicológico²⁵.

Apesar de não ser estatisticamente significativa, a presença de escores mais elevados para sintomas depressivos entre os portadores especificamente medicados merece ser comentada. À primeira vista, este resultado sugere que os pacientes com sintomatologia depressiva mais severa estão sendo diagnosticados e tratados pelos neurologistas assistentes. Ao mesmo tempo, este resultado parece apontar para a ineficácia do tratamento farmacológico da depressão na EM, quando os resultados de estudos meta-analíticos indicam exatamente o contrário, ou seja, que os sintomas depressivos na EM respondem muito bem, tanto a intervenções farmacológicas quanto psicoterápicas²⁹. Futuras pesquisas devem considerar, portanto, o tempo e padrões de uso da medicação anti-depressiva, bem como acesso a atendimento psicoterápico.

Apesar das limitações apontadas, os resultados obtidos

indicam que as escalas utilizadas são adequadas para a avaliação dos sintomas psicopatológicos, fadiga e auto-eficácia na EM em nosso meio, que os construtos avaliados se correlacionam com desfechos relevantes para a qualidade de vida dos portadores de EM, representando dimensões independentes porém associadas do comprometimento neurológico e psicossocial na EM. Os resultados obtidos contribuíram também para a colocação de novas questões de pesquisa: ampliação da amostra e utilização de métodos de análise fatorial confirmatória para desvendar as relações causais entre as variáveis; emprego de escalas que avaliem especificamente o humor; e consideração da influência do tempo e uso de medicação, bem como do acesso e padrões de uso dos serviços de psicoterapia.

REFERÊNCIAS

1. Schubert DS, Foliart RH. Increased depression in multiple sclerosis patients: a meta-analysis. *Psychosomatics* 1993;34:124-130.
2. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Jama* 1994;272:1749-1756.
3. Rao SM, Huber SJ, Bornstein RA. Emotional changes with multiple sclerosis and Parkinson's disease. *J Cons Clin Psychology* 1992;60:369-378.
4. Rao SM, Leo GJ, Bernardin L, Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: I. Frequency, patterns, and predictions. *Neurology* 1991;41:685-691.
5. Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines. *Fatigue and multiple sclerosis, evidence-based management strategies for fatigue in multiple sclerosis*. Washington (DC): Paralyzed Veterans of America, 1998.
6. Krupp LB, Elkins LE. Fatigue and declines in cognitive functioning in multiple sclerosis. *Neurology* 2000;33:934-939.
7. Paul RH, Beatty WW, Schneider R, Blanco CR, Hames KA. Cognitive and physical fatigue in multiple sclerosis: relations between self-report and objective performance. *Appl Neuropsychol* 1998;5:143-148.
8. Mohr DC, Goodkin DE, Likosky W, Beutler L, Gatto N, Lanangan MKJ. Identification of Beck Depression Inventory items related to multiple sclerosis. *J Behav Med* 1997;20:407-414.
9. Randolph JJ, Arnett PA, Higginson CJ, Voss WD. Neurovegetative symptoms in multiple sclerosis: relationship to depressed mood, fatigue, and physical disability. *Arch Clin Neuropsychol* 2000;15:387-398.
10. Pujol J, Bello J, Deus J, Cardoner N, Marti-Vilalta JL, Capdevila A. Beck Depression Inventory factors related to demyelinating lesions of the left arcuate fasciculus region. *Psychiatry Res* 2000;99:151-159.
11. Mullins LL, Cote MP, Fuemmeler BF, Jean VM, Beatty WW, Paul RH. Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol* 2001;46:139-153.
12. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
13. Barnwell AM, Kavanagh DJ. Prediction of psychological adjustment in multiple sclerosis. *Soc Sci Med* 1997;45:411-418.
14. Poser CM, Pety DW, Scheinberg L, et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research. *Ann Neurol* 1983;13:227-231.
15. Lublin F, Reingold SC. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. *Neurology* 1996;44:907-911.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53-63.
17. Gorenstein C, Andrade L. Validation of Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29:453-457.
18. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín* 1998;25:245-250.
19. Andrade VM, Bueno OFA, Oliveira MGM, Oliveira ASB, Oliveira EML, Miranda MC. Cognitive profile of patients with relapsing remitting multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57:775-783.
20. Aikens JE, Reinecke MA, Pliskin NH, et al. Assessing depressive symptoms in multiple sclerosis: is it necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory? *J Behav Med* 1999;22:127-142.
21. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos AL. *Questionário de saúde geral de Goldberg: manual técnico*. (Adaptação brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
22. von Korff M, Gruman J, Schaeffer J, Curry SJ, Wagner ED. Collaborative management of chronic illnesses. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-1102.
23. Neri AL. *Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa*. Neri, A. L. (ED) *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus 1993:7-55.
24. Dalos NP, Rabins PV, Brooks BR, O'Donnel P. Disease activity and emotional state in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1983;13:573-577.
25. Feinstein A, Feinstein K. Depression associated with multiple sclerosis: looking beyond diagnosis to symptom expression. *J Affective Disord* 2001;66:193-198.
26. Schwartz CE, Coultard-Morris L, Zeng Q, Retzlaff P. Measuring self-efficacy in people with multiple sclerosis: a validation study. *Arch Phys Med Rehab* 1996;77:394-398.
27. Bulpitt CJ. Confidence intervals. *Lancet* 1987; 1: 494-497.
28. Mendes MF, Tilbery CP, Balsimefle S, et al. Depressão na esclerose múltipla forma remitente-recorrente. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61:591-595.
29. Mohr DC, Goodkin DE. Treatment of depression in multiple sclerosis: review and meta-analysis. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:1-9.