

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



QUALIDADE DE VIDA NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Susana Lília Ferreira Simplício

Nº 8928

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2007 / 2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

QUALIDADE DE VIDA NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Susana Lília Ferreira Simplício

Nº 8928

Dissertação orientada por Prof. Doutor Joaquim António Machado Caetano

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2007 / 2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Joaquim António Machado Caetano, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

*Sopra o vento, sopra o vento,
Sopra alto o vento lá fora;
Mas também meu pensamento
Tem um vento que o devora.*

*Há uma íntima intenção
Que tumultua meu ser
E faz do meu coração
O que um vento quer varrer.*

*Não sei se há ramos deitados
Abaixo no temporal,
Se pés do chão levantados
Num sopro onde tudo é igual.*

*Dos ramos que ali caíram
Sei só que há mágoas e dores
Destinadas a não ser
Mais que um desfolhar de flores.*

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Quero aqui expressar os meus profundos agradecimentos, a todos aqueles que de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste trabalho. Deste modo e em particular, agradeço:

- Ao Prof. Doutor J. A. Machado Caetano, por ter despertado o meu interesse pelas questões da imunologia, pelo desafio, pelas sugestões, pela orientação e apoio;
- Ao Mestre Abel Santos, pelo incentivo, disponibilidade e encorajamento;
- Ao Dr. Paulo Fontoura, pela disponibilidade e cooperação na recolha da amostra;
- A todos os doentes que participaram no estudo, cuja colaboração tornou possível estes trabalho, a quem desejo uma vida sem sofrimento e com a qualidade de vida que anseiam;
- Ao Dr. Luís Câmara Pestana e Dra. Lara Gaspar, pela força que sempre me deram, são para mim um exemplo de competência e profissionalismo;
- Á Ana Márcia Oliveira, Cláudia Nunes e Ana Revez pelo companheirismo;
- Á Andreia Martins, pela ajuda no momento oportuno;
- Á Paula Fradinho, pela palavra amiga;
- Á minha família, sempre presente, por todo o carinho e apoio ao longo de toda a minha vida e em particular nesta etapa;
- Em especial, aos meus pais pela confiança que depositaram em mim, o amor, o carinho e o apoio incondicional, que sempre estiveram presente, ao longo da minha vida e a quem tudo devo, inclusive a realização deste sonho.

A todos muito obrigada!

Resumo

Este estudo tem como finalidade, conhecer a percepção de Qualidade de Vida (QDV) em doentes com Esclerose Múltipla (EM) e que factores a influenciam, nomeadamente, as variáveis: sexo, estado civil, idade e tempo de diagnóstico.

A nossa população alvo, é constituída por 30 doentes com EM, que frequentam a consulta de Neurologia do Hospital de São Bernardo (Setúbal), no período compreendido entre 15 de Maio e 6 de Junho de 2008.

A recolha de dados foi efectuada através da utilização de um questionário sócio-demográfico e um questionário genérico de avaliação da QDV: o SF-36.

Não obtivemos resultados estatisticamente significativos. No entanto, observamos que a QDV destes doentes se situa em termos globais, a um nível inferior ao da população portuguesa normal estando mais prejudicada no domínio físico do que no domínio psicossocial; notamos que a QDV decresce com a idade, pois, normalmente o grau de incapacidade aumenta com a mesma, mas está associada positivamente ao tempo de diagnóstico, o que pressupõe uma adaptação à doença com o tempo.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla, Qualidade de Vida e Saúde.

Abstract

The purpose of this study is to know the perception of Quality of Life (QOL) in patients with Multiple Sclerosis (MS) and the factors that influence it, particularly the following variables: gender, marital status, age and time of diagnosis.

Our target population consists of 30 patients with MS, who attend the consultations of Neurology of the Hospital of São Bernardo (Setúbal), in the period comprehended between May 15 and June 6, 2008.

Data collection was performed using a socio-demographic questionnaire and a generic questionnaire for assessing the QOL: the SF-36.

Not obtained statistically significant results. However, we observed that the QOL of these patients is in general terms at a level lower than the normal population, so is more impaired in physical than in psychosocial.

We noted that the QOL decreases with age, therefore, usually the degree of disability increases with the same, but is linked positively to the time of diagnosis, which requires an adjustment to the disease over time.

Key words: Multiple Sclerosis, Quality of Life and Health.

ÍNDICE GERAL:

Introdução

PARTE I

Qualidade de Vida _____	Pag. 7
<i>Saúde, Doença e Bem-estar: Conceitos Relacionados com a Qualidade de Vida</i> _____	Pag. 7
<i>Qualidade de Vida: História do Conceito e Definição</i> _____	Pag. 10
<i>Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde</i> _____	Pag. 13
<i>Concepções de Qualidade de Vida</i> _____	Pag. 14
<i>Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde</i> _____	Pag. 17
<i>Qualidade de Vida e Doença Crónica</i> _____	Pag. 19
<i>Medidas de Qualidade de Vida</i> _____	Pag. 21
Esclerose Múltipla _____	Pag. 25
<i>História acerca da Esclerose Múltipla</i> _____	Pag. 25
<i>Definição</i> _____	Pag. 26
<i>O Papel do Sistema Imunitário</i> _____	Pag. 28
<i>Etiologia</i> _____	Pag. 30
<i>Epidemiologia</i> _____	Pag. 32
<i>Tipos de Esclerose Múltipla - Prognóstico</i> _____	Pag. 33
<i>Sintomas</i> _____	Pag. 35
<i>Diagnóstico</i> _____	Pag. 41
<i>Tratamento</i> _____	Pag. 44
<i>Aspectos Psicológicos da Esclerose Múltipla</i> _____	Pag. 47
<i>Abordagem e Intervenção</i> _____	Pag. 51
Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla _____	Pag. 55

PARTE II

Metodologia _____	Pag. 63
<i>Objectivo</i> _____	Pag. 63
<i>Tipo de Estudo</i> _____	Pag. 63
<i>Variáveis</i> _____	Pag. 63
<i>Hipóteses e Questão de Investigação</i> _____	Pag. 64
<i>Amostra</i> _____	Pag. 65
<i>Instrumentos</i> _____	Pag. 66
<i>Procedimento</i> _____	Pag. 69
Apresentação e Análise dos Resultados _____	Pag. 70
Discussão e Conclusão _____	Pag. 80

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E ANEXOS:

QUADROS

QUADRO A: Critérios de Diagnóstico na EM_____	Pag. 43
QUADRO B: Características Sócio-Demográficas da Amostra_____	Pag. 65
QUADRO 1A: Estatística relativa SF-36. Amostra global_____	Pag. 71
QUADRO 1B: Estatística relativa SF-36. População Portuguesa_____	Pag. 71
QUADRO 2: Estatística relativa SF-36. Amostra por género_____	Pag. 73
QUADRO 3: Estatística relativa SF-36. Amostra por estado civil_____	Pag. 75
QUADRO 4: Estatística relativa SF-36. Amostra por idade_____	Pag. 77
QUADRO 5: Estatística relativa SF-36. Amostra por tempo diagnóstico_____	Pag. 79

GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra global_____	Pag. 70
GRÁFICO 2: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra por género_____	Pag. 72
GRÁFICO 3: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra por estado civil_____	Pag. 74
GRÁFICO 4: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra por idade_____	Pag. 76
GRÁFICO 5: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra tempo diagnóstico_____	Pag. 78

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimento informado
ANEXO 2: Questionário sócio-demográfico
ANEXO 3: Questionário do estado de saúde (SF-36)
ANEXO 4: Dados do questionário Sf-36

Introdução

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica, inflamatória, com implicações de natureza física, psicológica e social.

O sucesso da medicina curativa está em prolongar o tempo de vida das pessoas, o que tem como consequência o aumento das doenças crónicas, de tal modo que estas assumiram na segunda metade do século XX um lugar de destaque no sistema de saúde.

O problema central de todo o doente crónico é viver com a sua doença. O modo como se estabelece esta relação vai ser determinante das reacções do doente e decorrerá da percepção que ele tiver da sua situação.

A visão contemporânea do ser humano esta voltada para uma abordagem holística, cujos indicadores tradicionais de saúde (mortalidade e morbilidade) do domínio do modelo biomédico, são insuficientes e não nos dão a conhecer o verdadeiro estado de saúde dos indivíduos, havendo necessidade de outros indicadores, nomeadamente, qualitativos que o possam traduzir na sua plenitude.

Surge assim a necessidade de avaliar a percepção que o próprio doente tem da situação e este, como ser bio-psico-social, apresenta expectativas de vida que não se prendem só com uma maior longevidade, mas com o seu bem estar nesses três domínios, daí a preocupação em avaliar a Qualidade de Vida (QDV) dos doentes crónicos, o que nos dá a conhecer uma realidade mais concreta do seu estado.

A doença não é um estado natural no ser humano, mas uma alteração do estado de saúde, que produz não só no próprio indivíduo, mas também na família, alterações que geram conflito, instala-se assim uma situação de crise que cria necessidade de mobilizar estratégias de *coping* para uma adaptação eficaz a nível físico, social e emocional; para a resolução com êxito desta situação, há que recorrer a uma abordagem necessariamente multidisciplinar.

Muitas vezes se procura prolongar a vida com o objectivo de longevidade, sem muitas vezes se ter em linha de conta, a QDV dos anos que se ganham ou a incapacidade que os condiciona.

O lema no campo da saúde preconizado pela OMS (1985) “...dar mais anos à vida e mais vida aos anos...”, revela a necessidade e importância do bem-estar e da QDV estarem presentes ao longo da vida de qualquer ser humano.

Portanto, a QDV emerge na área da saúde como objectivo primordial; em que os técnicos de saúde orientam e direccionam a sua actuação tendo como principal finalidade proporcionar a cada indivíduo o máximo de qualidade e bem-estar em qualquer ponto do contínuo saúde/doença.

No entanto, é indiscutível que doentes, profissionais e próximos, não têm o mesmo ponto de vista acerca do modo como corre a vida da pessoa, interrogando-nos sobre qual o critério que devemos considerar.

Esta área de pesquisa está a adquirir uma importância notável, visto que os doentes têm um papel cada vez maior nas decisões relativas aos cuidados de saúde a que são submetidos. As medidas fisiológicas fornecem informação à equipa clínica, mas são de interesse limitado para os doentes, uma vez que têm uma relação ambígua com a capacidade funcional do doente e o seu bem-estar (que são no fundo as áreas de maior interesse para os doentes).

A EM é uma doença que pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais. Estas limitações podem modificar profundamente a vida dos pacientes, interferindo nos seus ideais, realizações e carreira.

Contudo, as características individuais e os estilos de vida diferentes fazem com que o impacto proporcionado pela doença, seja diverso e muitas vezes não se correlacione com a gravidade ou prognóstico da doença propriamente dita.

Assim, a QDV assume-se como um aspecto sobre o qual é urgente debruçarmos a nossa atenção. Esta necessidade de ir mais além, leva a questionar sobre “A Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla”.

A finalidade deste estudo, será pois identificar os factores que influenciam a QDV dos doentes com EM, e contribuir para que o profissional de saúde possa proporcionar ao doente condições para desempenhar as suas actividades habituais de forma satisfatória, procurando o seu bem-estar com o mínimo de sofrimento.

Definimos como objectivo geral desta investigação, avaliar a qualidade de vida do doente com EM e a questão específica que se coloca é: “Qual a percepção que os doentes com Esclerose Múltipla têm, acerca do impacto da doença na sua Qualidade de Vida?”

Concretamente, pretende-se:

- Caracterizar a qualidade de vida do indivíduo com EM;
- Identificar os factores que influenciam essa qualidade de vida;
- Contribuir para uma melhor compreensão desta problemática e, conseqüentemente, melhorar a prestação de cuidados a estes doentes.

Ao nível estrutural este trabalho é constituído por duas partes:

A primeira parte, contempla a revisão dos conceitos e conhecimentos actuais, que suportam o problema em estudo, onde são abordados aspectos relativos à qualidade de vida e à Esclerose Múltipla – designado por enquadramento teórico, ou seja, a revisão de literatura científica sobre o tema.

A segunda parte, consiste na descrição da investigação efectuada, abordando os objectivos do estudo a as opções metodológicas, fazendo referência à caracterização da população estudada, aos instrumentos de recolha de dados a aos procedimentos utilizados, isto é, a investigação empírica realizada. Ainda, nesta parte, serão apresentados os resultados e a sua análise, discussão desses resultados e as conclusões.

PARTE I

Qualidade de Vida

O avanço das ciências e as novas investigações, vêm permitindo ao Homem uma visão mais alargada do Mundo, das quais a Psicologia não é excepção. Este desenvolvimento trouxe “benefícios” relacionados com uma progressiva longevidade e uma luta cada vez maior contra as diversas patologias que afectam o homem e, “malefícios”, no que diz respeito a uma progressiva desumanização e desrespeito pelos direitos humanos (trabalho sem as mínimas condições, serviços superlotados, etc.).

Conceitos como saúde/doença, qualidade de vida e bem-estar surgem em âmbitos diferentes: saúde pública, sociologia e psicologia, respectivamente. Todos eles se cruzam, se interligam e se relacionam, sofrendo várias alterações no curso da evolução histórica. Perante tudo isto, não é possível falar de qualidade de vida, sem antes analisar os conceitos de saúde, doença e bem-estar e as transformações que sofreram.

Saúde, Doença e Bem-Estar: Conceitos Relacionados com a Qualidade de Vida

Os conceitos de saúde, doença e bem-estar, têm acompanhado a história do Homem, evoluindo e sofrendo alterações de acordo com o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, reflectindo assim, uma multiplicidade de contextos (Ribeiro, 1998; Amorim & Coelho, 1999).

Durante algum tempo, saúde foi definida como “ausência de doença” e esta, por sua vez, foi caracterizada como sendo uma alteração do funcionamento do organismo, quer a nível físico, quer a nível biológico (Reis, 1998).

A dicotomia saúde/doença, como estados de bem-estar e desconforto físico, dá-nos assim, uma visão simplista e redutora, posição que foi fortemente criticada, visto restringir-se apenas a factores biológicos ou orgânicos, descurando factores sócio-culturais e emocionais, igualmente tão importantes, nos estados de saúde e doença (Amorim & Coelho, 1999; Reis, 1999).

Esta visão não foi partilhada pela Organização Mundial de Saúde, que definiu saúde como «um estado de bem-estar físico, mental e social, total e, não apenas, ausência de doença ou incapacidade», afastando-se deste modo, do modelo médico tradicional (WOH, 1948, in Odgen, 1999). Surge assim, o conceito de bem-estar, associado à definição de saúde.

Segundo Diener (1984), o bem-estar é um constructo tripartido: é subjectivo, variando de acordo com a experiência individual; pressupõe medidas positivas e não apenas a ausência de factores negativos; inclui ainda a avaliação global de todos os aspectos da vivência pessoal. O bem-estar é, assim, uma percepção pessoal, sendo o seu significado e definição variável de indivíduo para indivíduo, de acordo com o “background” social de cada um.

De acordo com Cuervo-Arango (1993), o bem-estar é reconhecido como indicador subjectivo da qualidade de vida, como reflexo dos juízos de satisfação e/ou felicidade que o indivíduo ou grupo experiencia ao longo da sua vida ou em qualquer fase da mesma.

Já anteriormente, Kaplan & Bush (1976), argumentavam que o bem-estar poderia ser definido como o grau de satisfação que o indivíduo teria com a vida, sendo indicador da QDV (in Tuynman-Qua et al., 1992).

A noção geral de bem-estar corresponde ao grau de satisfação de cada indivíduo com a sua própria vida e à apreciação do seu funcionamento diário. Satisfação e apreciação essas que se baseiam na avaliação individual que, por sua vez, é decisiva na determinação da QDV (Furber, 1984; Testa, 1987; Wells, 1989; in Tuynman-Qua et al., 1992).

Diener & Fujita (1997), consideram que os indivíduos que apresentam um elevado bem-estar subjectivo têm tendência a vivenciar os acontecimentos de vida, de forma positiva.

A definição genérica de saúde, da Organização Mundial de Saúde, não contribuiu para formular objectivos de políticas de saúde, nem para produzir definições operacionais de saúde, sendo fortemente criticada (Ribeiro, 1998).

Dubos (1959 e 1980), refere que, «um conceito de saúde, que apele para um estado ideal, pode pois, tornar-se perigoso se o seu carácter inatingível for esquecido», considerando a saúde como «um processo dialéctico de adaptação do indivíduo, na sua globalidade, às ameaças do ambiente em que vive» (in Reis, 1998).

Antonovsky (1981), considerava que, tão ampla definição de saúde, expressava o imperialismo médico em que tudo na vida caía na jurisdição do sistema de saúde e naqueles

que o controlam. Defendia ainda que, «a saúde não era um objectivo mas sim uma tarefa, um meio para atingir um fim e não um fim em si» (in Ribeiro, 1998).

Segundo Noak (1987) alguns teóricos defenderam que, a saúde não deveria ser conceptualizada como um estado normativo, como um ideal que poderia ser abordado, mas não atingido. Referiu ainda que, o conceito ambíguo de saúde, não deveria ser substituído por outro conceito ambíguo, como é o bem-estar, sendo o bem-estar completo, difícil de medir (in Ribeiro, 1998).

Mais recentemente, Downie et al. (1996) consideraram que, a definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde, apresentava uma conotação positiva, no sentido em que se afirmava que a saúde se caracterizava pela presença de um estado de bem estar geral e funcionalidade, a vários níveis (físico, mental e social) e uma conotação negativa quando a saúde era equiparada à ausência de doença (in Curtis, 2000).

Devido a estas e a outras críticas, a definição de saúde, da Organização Mundial de Saúde, foi redefinida, como sendo um «recurso para vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não um objectivo de vida» (WOH, 1986; in Ribeiro, 1998). Surge assim, uma visão multidimensional e holística de saúde, visto considerar «o ser humano como um ser bio-psico-social, onde a doença é definida como alteração do estado de saúde» (Amorim & Coelho, 1999).

Banyard (1996), teceu algumas críticas a esta definição, defendendo que é muito difícil qualquer indivíduo atingir um estado de bem-estar físico, mental e social completo, salientando, que não se devem ignorar factores sociais, políticos e económicos (in Curtis, 2000).

Ao definir a concepção de saúde há que ter em conta três termos: “disease” (ter uma doença, existindo uma alteração no funcionamento biológico, quer a nível anatómico, fisiológico ou bioquímico), “illness” (sentir-se doente, em que existe um desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interacção do individuo com o meio) e “sickness” (comportar-se como doente, ou seja, um indivíduo pode sentir-se doente sem ter uma doença biológica diagnosticada e vice-versa) (Ribeiro, 1998, 2005a).

Segundo Reis (1998), a doença é um conceito subjectivo, variando de acordo com as interpretações e significações que cada indivíduo faz de uma alteração percebida no seu estado de saúde.

McIntyre & Vila-Chã (1995), consideram que a doença tem implicações a nível funcional e relacional, podendo o indivíduo encará-la como uma perda (dano), uma ameaça (dano potencial) e um desafio (ganho potencial), ou uma mistura dos três factores.

O conceito de Qualidade de Vida, surge associado à promoção de saúde, sendo mais abrangente que esta. «Englobando adicionalmente o “standard” de vida, qualidade de habitação e vizinhança, satisfação na profissão e muitos outros factores, sendo contudo, um indicador utilizado para medir a saúde» (Cuervo-Arango, 1993; Osoba, 1991 in Ribeiro, 1994a).

Podemos concluir que, doença, qualidade de vida, saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde, e ainda, estado subjectivo de saúde, são termos utilizados frequentemente, como sinónimos, apesar das relações entre eles não estarem completamente clarificadas, devido ao facto de terem surgido de contextos epidemiológicos diferentes (Ribeiro, 1998).

Qualidade de Vida: História do Conceito e Definição

A noção de QDV tem sofrido alterações ao longo dos tempos, tendo sido objecto de investimento e de investigação, em vastas áreas de estudo e conhecimento, durante as últimas décadas, no sentido de se tentar ultrapassar toda a ambiguidade e subjectividade que lhe estão conferidas, definindo-a, o mais possível, em termos concretos, gerais e válidos, para todos os indivíduos e sociedades (Barbosa & Ribeiro, 2000).

O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 1994), explica que, «até ao século XX, políticos, filósofos e académicos, consideravam a QDV como resultado da capacidade humana para fazer pleno uso das suas potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas, visando um desenvolvimento equilibrado da sociedade com respeito pelo universalismo do direito à vida» (in Ribeiro, 1994b).

Foi A. Pigou quem introduziu a expressão “Qualidade de Vida”, em 1920, na sua obra “The Economics of Welfare” (Wood-Danphinee & Kuchler, 1992).

Segundo o autor, esta expressão surge no âmbito da relação entre as condições de trabalho e possíveis futuras consequências no bem-estar dos trabalhadores. No entanto, esta expressão, não teve receptividade nos meios académicos da época caindo no esquecimento durante muitos anos.

Voltou a surgir mais de uma década após o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1960, com a publicação do relatório da “Commission on National Goals in the United States”, da responsabilidade do então Presidente, Eisenhower (Fallofield, 1990). Mais tarde, o Presidente Johnson terá dito que a sociedade não deve ter como preocupação a quantidade de bens, mas a QDV de cada indivíduo (Wood-Danphinee & Küchler, 1992).

O referido relatório constitui um reflexo da progressiva consciencialização e preocupação, acerca das consequências negativas do desenvolvimento industrial e económico, na qualidade de vida e no bem-estar da população. Apontava para uma multiplicidade de factores sociais e ambientais, tais como: saúde, bem-estar, funcionalidade, individualidade, educação, crescimento económico, entre outros (Ribeiro, 1998).

A par desta progressiva consciencialização e preocupação, nomes como Liu (1995), Campel, Converse e Rodgers (1976), Flanagan (1982), Zautra e Hempel (1984), Ware (1987), Patrick e Deyo (1989) e Schipper, Chinch e Powell (1990) e Cramer (1993) contribuíram para a definição, investigação e avaliação da QDV. Alguns destes e outros autores, “assumem uma forte identidade entre o conceito de QDV e o conceito de saúde tal como é definido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948)”, dando-lhe assim, uma conotação multidimensional, abrangente e integradora (Ribeiro, 1998, 2005a).

Churchman (1992), designa QDV como o juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau de satisfação das suas necessidades nos vários domínios da sua vida (in Ribeiro, 1994b).

O principal objectivo incide em aproximar a curva da morbilidade da curva da mortalidade, ou seja, proporcionar uma vida mais longa e mais saudável. A actual curva da morbilidade é mais desfavorável que a de esperança de vida, isto é, os indivíduos vivem mais tempo, porém incapacitados e doentes (Paul & Fonseca, 1999).

A definição de QDV assentou em diversos conceitos, desde a realização pessoal até à capacidade de levar uma vida “normal”, no entanto, também envolve todas as áreas de vida desde o ambiente à saúde (Bowling, 1996). Alguns modelos de QDV baseiam-se na satisfação das necessidades humanas básicas, ou primárias, derivadas da clássica teoria da pirâmide de Maslow (Bigelow et al., 1982). Os factores ambientais constituem importantes componentes da QDV e são, directa ou indirectamente, indicadores do estatuto sócio-económico. Outros modelos, porém, baseiam-se na satisfação com a vida e na “felicidade” (Andrews, 1986) e, mais recentemente, sobrepõem-se ao do envelhecimento bem sucedido, um conceito positivo (Bowling, 1993).

A QDV do indivíduo é o ponto de encontro entre a realidade e as suas expectativas, onde assume maior destaque a experiência vivida do que propriamente as condições reais de vida ou a opinião de terceiros, espelhando a satisfação com os objectivos e sonhos próprios de cada um (Matos & Sardinha, 1999).

Qualidade de vida é, portanto, tema de interesse comum a vários contextos da sociedade e, por conseguinte, as definições irão reflectir aspectos comuns e/ou específicos.

Joyce (1990), refere que QDV difere qualitativa e quantitativamente, podendo mesmo variar de momento para momento em cada indivíduo, dependendo das influências a que está sujeito (in Tuynman-Qua et al., 1992).

Tuynman-Qua et al. (1992), consideram que o conceito de QDV, se encontra relacionado com a presença ou ausência de uma adequada satisfação das necessidades. Existem factores que a caracterizam e que se interligam: «o sentido subjectivo de bem-estar, a satisfação pessoal com a vida e o nível de funcionamento geral do indivíduo». A QDV consiste na avaliação subjectiva do indivíduo de acordo com os seus próprios valores e depende de uma multiplicidade de factores, incluindo doenças e o seu tratamento.

Mais tarde, QDV surge como «a percepção do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores com os quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações» diz a Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group, 1994; in Katschnig, 2000).

Refere-se assim, basicamente, à aptidão de funcionamento de um indivíduo no seu dia-a-dia e ao modo como ele percebe o seu bem-estar, podendo assim, suscitar diferentes concepções de indivíduo para indivíduo. Concepções estas, que poderão ser influenciadas por parâmetros que vão desde os valores e aspectos culturais do próprio indivíduo, aos aspectos de ordem económica. É multifactorial, tratando-se de uma medida de percepção pessoal, a qual varia ao longo do tempo e, é subjectiva. Por esta razão, as medidas de avaliação da qualidade de vida têm progressivamente assumido um papel fundamental nos estudos clínicos, devendo ser particularmente cuidadas (Hays, et al., 1998; in Amorim & Coelho, 1999).

McGure (1991), defende que «todos têm a sua própria ideia do que é qualidade de vida e, é nisso que reside o problema» (in Ribeiro, 1994b).

Segundo Fernández & Garcia (1999), «a situação actual da teoria e investigação da qualidade de vida é relativamente confusa e dispersa, mas muito prometedora. É confusa,

porque não existe acordo acerca de como contextualizar a qualidade de vida; é dispersa, devido a abarcar demasiados aspectos, facetas ou dimensões da vida humana».

Katsching (2000), considerou que, as tentativas de conseguir uma definição do termo têm-se mostrado infrutíferas, visto tratar-se de um conceito extremamente amplo e ambíguo, podendo causar uma certa confusão e induzir até mesmo em erros.

Por tudo isto, a Organização Mundial de Saúde está, presentemente, a procurar definir e operacionalizar parâmetros universais para ter em conta na avaliação futura da qualidade de vida. Esta deve estar sempre presente, não só dentro da teoria mas também na prática da prevenção da doença e na promoção da saúde, como também dentro da planificação sanitária (Kaplan, 1994; in Fernández & Garcia, 1999).

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Como já referido anteriormente, alguns autores, fora do âmbito da saúde, examinaram e especificaram os componentes da QDV e as suas interrelações, em estudos dirigidos à população que não sofria qualquer tipo de doenças. Mais tarde e, a par com o desenvolvimento dos estudos sobre a saúde, o conceito de QDV generalizou-se e tornou-se vulgar em contextos clínicos, surgindo a expressão «Qualidade de Vida Relacionada com Saúde» ou dependente da saúde – “Health Related Quality of Life” (Ribeiro, 1998).

Segundo Patrik & Deyo (1989), qualidade de vida, saúde e qualidade de vida relacionada com saúde ou dependente de saúde, são conceitos pouco distintos, cujas fronteiras são pouco claras, sendo frequentemente, usados como iguais ou equivalentes, em contextos de doença (in Ribeiro, 1994b).

Frie & Spitz (1990), referem que em contextos clínicos, estado de saúde e QDV têm utilização equivalente, podendo o estado de saúde ser encarado como uma medida da QDV em determinado momento (in Ribeiro, 1994b).

Ao tentar traçar o perfil da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, verificamos que esta parece ser um conceito específico do sistema dos cuidados de saúde, apresentando duas vertentes distintas: uma de carácter geral centrada no sistema de cuidados de saúde e outra específica para cada tipo de doença.

No que se refere ao sentido geral, a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, diz respeito à QDV que depende de qualquer tipo de doenças, analisando a contribuição dessas mesmas doenças e o tipo de tratamento.

Em termos específicos, a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde focaliza-se numa determinada doença, referindo-se ao modo e às limitações causadas pela mesma na QDV (Ribeiro, 1994b).

Segundo o autor, a diferença entre estas duas vertentes está claramente marcada na forma de avaliação, ou seja, quando se avalia a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, no sistema de cuidados de saúde em geral, o questionário inclui itens que se referem ao estado de doença em geral, enquanto, se for construído para uma doença específica, inclui itens que se referem às características dessa mesma doença.

Nos vários modelos de QDV uma das principais características é a de que esta é uma variável de *auto-percepção*, isto é, só o próprio doente pode dar respostas precisas acerca das variáveis subjectivas que lhe dizem respeito (Ribeiro et al., 1998).

Sumariando, quando se estudam as limitações impostas por uma doença, para a QDV utiliza-se, com frequência, a expressão Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Concepções de Qualidade de Vida

São várias as conceptualizações teóricas da QDV.

Thomas Kuchler (1991, citado por Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992), conceptualizou a QDV elaborando uma representação gráfica multidimensional que incorpora bastantes ideias de outros investigadores, e desenvolveu-as em termos de dimensões de referência, da experiência e do tempo – sendo as experiências subjectivas e os factores objectivos dentro destas dimensões, assim, como a interacção entre elas que se conjugam e determinam, a QDV do sujeito, num determinado momento da sua vida:

- A dimensão de referência situa o sujeito no seu contexto familiar, grupo social e cultural e num quadro político.
- A dimensão da experiência inclui o estado físico em termos das capacidades funcionais, de sintomas da doença ou do tratamento, das relações interpessoais com a família, amigos e

técnicos de saúde. O domínio sócio-económico engloba a situação financeira, os acontecimentos, os diversos modos de utilizar os tempos livres e o rendimento pessoal no trabalho. A espiritualidade consiste na crença religiosa, o sentido que cada um dá à sua existência e uma eventual crença motivada para a moral.

- A dimensão do tempo na qual a QDV é o culminar de experiências passadas, da situação presente, bem como dos objectivos e expectativas futuras.

Segundo Schipper, Clinch e Powell (1990), das diferentes concepções acerca de QDV salientam-se cinco que contribuem para as correntes actuais:

1 – Abordagem Psicológica: Pressupõe a distinção entre ter uma doença e sentir-se doente. Centra-se na percepção do doente. Enquanto, a intervenção médica centra-se na existência de doença, a QDV baseia-se na experiência de doença.

2 – Abordagem Custo-Benefício: Baseia-se na dicotomia, quantidade de vida *versus* QDV. Para uns a vida deve ser vivida a qualquer custo, para outros, a vida só deve ser vivida em determinadas circunstâncias.

3 – Abordagem Centrada na Comunidade: Organiza as variáveis, de modo a considerar o impacto da doença na comunidade. Nesta abordagem, a avaliação da QDV, inicia-se em parâmetros fisiológicos, estendendo-se a todo um vasto de parâmetros de personalidade e sociais, difundindo-se à comunidade.

4 – Abordagem Funcional: Caracteriza-se por se centrar em aspectos funcionais. Reorganizando-os em físicos, psicológicos e sociais, de modo a que a sua vida se ajuste às consequências de uma doença incapacitante, ignorando os aspectos emocionais.

5 – Lacuna de Calman: Conceptualiza a QDV como uma lacuna entre as expectativas do doente e o que conseguiu realizar. Quanto menor a lacuna maior a QDV.

Actualmente, considera-se que o conceito de QDV, possui características que o tornam significativamente diferente das variáveis, tradicionalmente tidas em consideração no sistema de cuidados de saúde (Ribeiro, 1994b). Deste modo, as propriedades do paradigma da QDV, foram definidas por Schipper, Clinch e Powell (1990), como sendo quatro, nesta perspectiva, a QDV: (a) é multifactorial; (b) é uma medida de percepção pessoal; (c) pode variar com o tempo; e (d) é subjectiva.

Ao longo dos anos, têm sido feitas várias tentativas para definir QDV. Por exemplo, Flanagan (1982 in Wood-Dauphenee & Kucheler, 1992), tentou delinear os principais

componentes do termo. O autor definiu como componentes: o bem-estar físico e psicológico, relações interpessoais, actividades sociais e recreativas e o desenvolvimento pessoal. Anos antes Liu (1975; in Ribeiro, 2002) baseando-se nas recomendações do Commission on National Goals, organiza os indicadores da QDV em dois vectores: um subjectivo (psicológico) e outro objectivo (social, económico, político e ambiental). Para Liu (1975; in Ribeiro, 1994b), cada indicador deveria ser representado por variáveis quantificáveis, que obedecessem aos seguintes princípios: serem suficientemente universais para abranger toda a população; serem facilmente compreensíveis; serem suficientemente flexíveis para puderem abranger diferentes estilos de vida; serem adaptáveis a situações económicas, políticas e físicas numa sociedade em constante mutação e por último serem abertas à verificação científica.

Patrick e Deyo (1989; citado por Ribeiro, 1994b) consideram que a QDV inclui cinco componentes: longevidade, invalidez, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais.

Partindo do pressuposto de que a QDV é um conceito complexo, Fallowfield (1990), agrupa o termo em quatro domínios que reflectem um funcionamento satisfatório de um indivíduo:

- Domínio Psicológico (depressão, ansiedade, ajustamento à doença): Indivíduos que sofram de ansiedade ou depressão, dificilmente podem obter e funcionar satisfatoriamente em qualquer dos domínios que contribuem para a qualidade de vida. Um funcionamento psicológico saudável permite ao indivíduo adaptar-se à doença utilizando estratégias de coping adequadas à situação.
- Domínio Social (actividades sociais e tempos livres, relações pessoais e sexuais): É particularmente importante para os indivíduos com doenças crónicas progressivas ou em estado terminal terem suporte da família e amigos. Em algumas doenças crónicas, como consequência da imobilidade física e da dor, verifica-se uma restrição ao nível das actividades sociais e de lazer. É comum também ocorrerem dificuldades sexuais, o que pode ter um impacto devastador na percepção da QDV. Nestas circunstâncias torna-se necessário que o doente e o seu parceiro sejam ajudados a explorar alternativas para expressar o seu afecto e obter gratificação sexual.
- Domínio Ocupacional (capacidade e motivação para trabalhar, capacidade para cuidar das tarefas domésticas): De um modo geral, o indivíduo obtém uma grande gratificação pessoal através das realizações, reconhecimento social e das interacções sociais proporcionadas pelo

trabalho. Em consequência da incapacidade funcional, o indivíduo pode sentir dificuldades no desempenho profissional, sendo necessário baixas ou reformas antecipadas. A incapacidade funcional, pode também comprometer a capacidade para realizar tarefas quotidianas como cozinhar, fazer compras, higiene pessoal, andar, subir escadas, entre outras, o que pode ter um efeito devastador na auto-estima do indivíduo.

- Domínio Físico (dor, mobilidade, sono, apetite e náusea, satisfação sexual): O sofrimento físico e a dor, restringem a capacidade funcional do indivíduo, comprometendo as possibilidades de realização pessoal e bem-estar psicológico, social e económico, ou seja, têm um impacto significativo em todos os domínios da QDV do indivíduo.

Resumidamente, podemos concluir que não existe uma definição que reúna o consenso de todos os autores e que inclua todos os domínios e componentes da QDV. Portanto, o número de domínios e de componentes considerados na QDV é variável, normalmente extenso, embora dependente quer dos objectivos perseguidos, quer do nível de análise (Ribeiro, 1994b).

Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde

A Intervenção Psicológica na área da saúde tem sofrido, ao longo das últimas décadas, mudanças notáveis. Se no início, tal intervenção, praticamente não existia, a partir de determinada altura, a avaliação, deu lugar à sua especialidade. Mais tarde, centraliza a sua atenção quase exclusivamente na saúde mental (Ribeiro, 1998).

Foi, no entanto, a partir dos anos 70, que se começou a verificar um progressivo aumento do interesse pelo estudo das relações entre comportamento, saúde e doença, como resposta às necessidades de humanização dos cuidados de saúde, possibilitando o aparecimento de uma nova área, a Psicologia da Saúde (Teixeira e Leal, 1990).

Segundo os mesmos autores, o conceito de Psicologia de Saúde tem como referência dois campos interdisciplinares que são: Saúde Comportamental e Medicina Comportamental. A primeira, define-se como uma subespecialidade interdisciplinar que se ocupa especificamente da promoção da saúde, da prevenção da doença e disfunções em indivíduos habitualmente saudáveis. A segunda, define-se como um campo interdisciplinar de prática

clínica e de investigação no âmbito da doença, e de disfunções psicológicas com elas relacionadas.

Várias contribuições marcaram o seu desenvolvimento, tais como: a Psicologia Clínica, a Psicologia Social, a Psico-Biologia e a Psicossomática, entre outras, tanto no que se refere à prevenção como ao tratamento e reabilitação da doença. No que diz respeito às relações entre o comportamento humano, a saúde e a doença, a Psicologia da Saúde refere-se ao papel da Psicologia como ciência nos domínios da saúde e doença (McIntyre, 1997).

Matarazzo (1982) define Psicologia da Saúde como «domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e protecção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde» (in Ribeiro, 1998).

De acordo com Ribeiro (1998), desta célebre definição da Psicologia da Saúde, identificam-se quatro objectivos diferenciados: promoção, protecção, prevenção e tratamento e dois domínios distintos: saúde e doença.

Segundo Joyce-Moniz & Barros (1994), tal definição, além de incluir a etiologia e o diagnóstico dos aspectos relacionados com a saúde e a doença, centra-se ainda na promoção e conservação da saúde, na análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde, na política de saúde, e na prevenção e tratamento da doença.

Joyce-Moniz & Reis (1991), consideram que as representações de doenças, processos ou sintomas surgem sempre associados à possibilidade da sua eliminação ou redução, ou conduzem, inevitavelmente, ao confronto dessa ameaça, nos modelos mais representativos em Psicologia da Saúde (in Joyce-Moniz & Barros, 1994).

Teixeira (1992), defende que a Psicologia da Saúde surge como uma área de intervenção psicológica, que não só inclui a saúde física e mental como abrange todo o campo da Medicina e o transcende, em direcção a factores sociais, económicos e culturais relacionados com a saúde e a doença.

Assim, a Psicologia da Saúde tem como base um modelo “holístico” e “biopsicossocial” no qual, o indivíduo é encarado como um todo, numa síntese complexa das suas múltiplas dimensões (física, mental, interpessoal, sociocultural, etc.), que se reflecte nos fenómenos de saúde e doença. São processos dinâmicos, em evolução constante, sendo explicados através de

uma multicausalidade de factores, dos quais se destacam os biológicos, psicológicos e socioculturais (McIntyre, 1994).

De acordo com o mesmo autor, o indivíduo é encarado como agente dos seus próprios estados de saúde e doença, e conseqüentemente, como actor nos processos de procura, manutenção e recuperação da saúde.

A QDV é importantíssima, tanto no domínio do sistema de saúde em geral, como no domínio de cuidados de saúde em particular, sendo de interesse para a Psicologia da Saúde (Ribeiro, 1998).

Qualidade de Vida e Psicologia da Saúde, têm em comum o facto de ambas se começarem a salientar na década de 70 como consequência da Segunda Revolução da Saúde (Ribeiro, 1994b).

O reconhecimento de que o comportamento humano era a principal causa de morbilidade e mortalidade, nos países desenvolvidos, deu origem a uma maior atenção sobre a saúde ao invés de sobre a doença. Isto permitiu acelerar o desenvolvimento da conceptualização da Saúde, enquanto dimensão diferente da das doenças, nomeadamente a produção de estratégias de intervenção e de avaliação da saúde e da QDV (Ribeiro, 1994b).

Segundo o mesmo autor, a Psicologia da Saúde, pelo seu forte interesse pela saúde, está naturalmente, interessada pela QDV tornando-a tema epistemológico central. A relação entre a QDV e saúde pode ser expressa da seguinte forma: «a qualidade de vida é o objectivo da Psicologia da Saúde, enquanto a saúde é o objecto».

Qualidade de Vida e Doença Crónica

É aceite que a doença crónica afecta definitivamente a vida da pessoa. Só o conhecimento e compreensão desse impacto permite o desenvolvimento de intervenções que melhor se adaptem às necessidades de cuidados desses doentes, no sentido de lhes assegurar, não apenas uma mais larga sobrevivência, mas também mais QDV.

A doença crónica constitui na actualidade um dos maiores problemas que a medicina e as ciências da saúde enfrentam, representando 80% de todas as doenças (Rodin e Salovey, 1989) e atingem mais de 50% de todas as pessoas (Sobel; 1979; in Ribeiro 2005a).

A definição de doença crónica não é consensual, mas é aceite como uma doença sem cura, irreversível ou de tratamento permanente, que afecta profundamente a vida dos indivíduos e que impõe mudanças importantes no estilo de vida. A expressão “doenças crónicas” abrange uma grande variedade de quadros, da artrite reumatóide à epilepsia, das doenças cardiovasculares à diabetes, na expressão de Blanchard (1982) têm de ser geridas em vez de curadas. Neste sentido, o problema central do doente crónico é viver com a sua doença, isto é, as pessoas que têm doenças crónicas podem fazer a vida do dia-a-dia como qualquer outro cidadão, e grande parte acaba por falecer de velhice ou de outras doenças, que não a doença crónica que as acompanhou grande parte da vida (Ribeiro, 2005a).

A doença crónica definida em contexto clínico, segundo Giovanni et al. (1986; in Ribeiro, 1998), caracteriza-se por: 1) doença de longa duração; 2) que tende a prolongar-se por toda a vida; 3) que provoca invalidez em graus variáveis; 4) devido a causas não reversíveis; 5) que exige formas particulares de reeducação; 6) que obrigam o doente a seguir determinada terapêutica, 7) que normalmente exige a aprendizagem de um novo estilo de vida, e 8) necessita de controlo periódico, observação e de tratamento regular.

Num estudo realizado por Gomes (1997), sobre o impacto social da cronicidade, concluiu que as alterações causadas pela doença crónica na vida dos indivíduos tinha como principais efeitos: 1) antecipação da reforma; 2) baixa de rendimentos, 3) limitações na execução das actividades da vida diária; 4) desorganização a nível das relações sociais e de lazer; 5) alteração do papel social e familiar; 6) ansiedade e períodos de depressão; e 7) dificuldade de entendimento da informação quando relacionados com o baixo nível de instrução.

Para viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da vida própria, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas da doença e com o ajustamento à doença no âmbito das relações sociais. Ter uma doença crónica é continuar a viver com a sua doença num mundo de saúde, sendo os seus principais problemas descritos como sendo: restrição física, o isolamento social, desvalorização do Eu e dependência dos outros (Fonseca & Paul, 2001).

A adaptação à doença é um processo contínuo e dinâmico, com fases de maior equilíbrio e aceitação e outras de maior ansiedade, revolta ou de depressão (Miguel & Borges, 2002).

Giovanni et al. (1986, citado por Ribeiro, 1998, 2005a) salienta as cinco áreas problemáticas da experiência subjectiva da doença:

1 – Gestão da terapia e do estilo de vida renovado: A necessidade de cumprimento terapêutico, a mudança por vezes radical do estilo de vida, levando a alterações de hábitos de muitos anos.

2 – Risco de crise: A necessidade de o doente desenvolver competências para gerir a sua doença crónica, conhecimentos da doença para identificar e prevenir situações de crise.

3 – Reestruturação do tempo: A necessidade de reestruturar o tempo em função do cumprimento terapêutico e os projectos futuros estão também dependentes desta nova dimensão de tempo.

4 – Isolamento social: A gestão da doença crónica impõe regras (cumprimento terapêutico, diminuição da autonomia, dependência), que nem sempre são compatíveis com a disponibilidade dos outros.

5 – Contexto familiar: O suporte social é particularmente importante para o doente crónico, ajudando a gerir e a criar estratégias para lidar com a doença. Contudo a presença de um doente crónico na família pode levar a alterações de rotina, económicas e emocionais.

Em suma, segundo Ribeiro (2005a): uma pessoa para “continuar a viver a vida do dia-a-dia com a sua doença crónica, tem de promover alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais mais ou menos complexas, de modo a que a sua qualidade de vida não seja afectada. Para além da situação biológica de ter uma doença, que constitui uma situação técnica a ser tecnicamente tratada pelo especialista, há uma experiência psicossocial de ter uma doença que corre paralela e independentemente da situação biológica, com as concomitantes representações individuais.”

Medidas de Qualidade de Vida

A utilização de medidas de Qualidade de Vida (QDV), permite um melhor conhecimento do doente e das medidas interventivas a pôr em prática, além de beneficiar a relação que se estabelece entre o técnico de saúde e o doente (Lopez et al., 1996).

No entanto, a falta de consenso na definição de QDV, implica que também existam muitas medidas que não têm qualquer conceptualização teórica de QDV. As poucas medidas que são baseadas num modelo teórico, são pouco usadas tais como: o “Patient Generated

Índex” (Ruta et al., 1994), o “Repertory Grid” (Thunedborg et al., 1993) e o “Word Health Organization’s Measure” (Cella & Tulsky, 1990).

Recentemente, muitos questionários têm base nos argumentos dos profissionais de saúde sobre o que estes ponderam ser mais importante. Alguns destes questionários foram baseados em revisões e adaptações de escalas já existentes, tais como “European Quality of Life” (EuroQol) (1990), “McMaster Health Índex” (Chambers, 1982) e “Short Form Health Survey” (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992).

Certas investigações questionam directamente aos pacientes sobre os factores que eles consideram importantes na avaliação da QDV. Assim, rodeiam os pacientes em perguntas acerca do impacto da doença na vida das pessoas. Torna-se assim arriscado falar na determinação da QDV do paciente uma vez que a maioria das medidas usadas não contêm o que é verdadeiramente importante na sua determinação (Higgison & Carr, 2001).

A QDV tem bastantes determinantes diferentes, sendo alguns deles avaliados por escalas distintas. O registo da QDV pode surgir sob a forma de uma pontuação distinta em cada domínio (medida de perfil), ou combinar o resultado de todos os domínios para dar uma pontuação global (medida de índex). Certas medidas de QDV avaliam esses domínios dentro de um período definido (ex.: nas últimas 4 semanas).

A QDV expressa-se em forma de domínio que deve contemplar aspectos subjectivos da vida do paciente incluindo as suas expectativas, experiências, percepções e sentimentos. Não se trata de valorizar o estado de saúde ou o grau da doença, mas as preferências e valores de saúde do próprio sujeito (Hernández, 2000).

Os determinantes da QDV são específicos ao indivíduo, assim como, a ligação a esses determinantes poderá ser influenciada pelas expectativas do indivíduo e suas aspirações, como também pelo sistema de crenças (fé), sistema cultural, factores sócio-demográficos, tais como, a idade, sexo, nível sócio-económico, educação, localização demográfica e estado civil; o que é de extrema importância, pois, uma verdadeira avaliação da QDV só poderá ser realizada tendo por referência os valores e crenças dos pacientes (Higginson & Carr, 2001).

Actualmente, existem muitos testes de QDV e diferentes estudos de investigação têm sido realizados, nomeadamente, sobre a Esclerose Múltipla, mas a maior parte deles não coincidem nas variáveis analisadas (Rothwell, 1998); por outro lado, são utilizadas versões e modificações de diferentes questionários de QDV, o que dificulta a interpretação correcta dos resultados e sua comparação (Pfenning et al., 1998).

Medir a QDV é muito importante, uma vez que poderá priorizar problemas (capturar informação que apesar de não ter relevância clínica, ajudará a explicar a gravidade da doença ou dificuldades em lidar com esta e ainda problemas de coping), facilitar a comunicação, visualizar problemas latentes, identificar preferências, adesão ao tratamento e treino do pessoal novo (Higgison & Carr, 2001). Apesar das medidas de avaliação da QDV não substituírem as medidas associadas à doença, constituem um auxiliar para estas.

Uma crítica muitas vezes mencionada na avaliação da QDV, é a dificuldade de realizar uma avaliação quantitativa quando a QDV se trata de um constructo subjectivo, o que impõe limitações na sua avaliação (Amorim & Coelho, 1999).

Pode-se utilizar dois tipos de metodologia para a avaliação da QDV: em função do que se pretende medir na própria existência subjectiva do doente através de uma auto-avaliação, ou através de um observador externo que habitualmente é um técnico de saúde. No entanto, o que frequentemente acontece é não haver conformidade entre estas duas avaliações (Capitán, 1996; Bowling, 1995).

As medidas de QDV não avaliam somente a presença da doença, mas sobretudo o modo como as manifestações de uma doença e/ou tratamento são experienciados pelo indivíduo, assim sendo, grande parte da atenção dispensada aos instrumentos que se baseiam na auto-avaliação é acerca de sentimentos, atitudes e comportamentos face a essas manifestações (Amorim & Coelho, 1999).

Nesta sequência, Higgison e Carr (2001) mencionam que o grande benefício obtido pelo paciente em relação à avaliação da QDV, é identificar os seus problemas e melhor lidar com eles, bem como tomar decisões de tratamento de acordo com as suas prioridades e preferências, dados deste estudo, sugerem que a QDV é um constructo dinâmico que altera em resposta à doença.

Assim sendo, as medidas de QDV estão cada vez mais a ser utilizadas como um complemento clínico e biológico da doença, de modo a avaliar as necessidades de cuidados, a qualidade dos serviços prestados e a precisão das intervenções realizadas. O aumento do seu uso reflecte o crescente valor, dado ao modo como o sujeito se sente e quão satisfeito está com o seu tratamento (Higginson & Carr, 2001).

Na avaliação da QDV, é indispensável possuir instrumentos de análise adequados e facilmente operativos e quantificáveis. Em estudos de investigação sobre variados aspectos da EM e sua QDV, são usados questionários quer gerais quer específicos. Idealmente, os

questionários de QDV devem ter um bom grau de sensibilidade, especificidade, assim como, serem facilmente reproduzíveis e adaptáveis a diferentes condições culturais e sociais.

As medidas de QDV devem ainda ser sensíveis a registar mudanças clínicas, discriminar formas de evolução da doença, permitir ajustar a idade e contemplar aspectos terapêuticos. Podemos dizer que os testes de QDV podem servir como instrumentos ou ferramentas para comparar diferentes tratamentos e permitir a optimização adequada do equilíbrio entre o risco e o benefício, no entanto, não existem instrumentos de QDV universalmente aceites (Hernández, 2000).

As medidas de QDV são indicadores alternativos do impacto da doença, particularmente relevantes em condições crónicas. Como qualquer outra doença crónica, a Esclerose Múltipla tem um impacto dramático nos diversos domínios da QDV e os pacientes de EM exibem significativamente valores baixos nas medidas de QDV comparados com os grupos controlo (Nortvedt, Riise, Myhr & Nyland, 1999). Determinar os elementos (bem estar geral, função social e função psicológica) que têm impacto sobre a QDV das pessoas com EM poderá ajudar a tomar decisões no plano das possíveis intervenções, tratamentos e serviços no sentido de melhorar a QDV (Rothwell, 1998).

No nosso estudo – avaliação da QDV na EM – considera-se como medida adequada aos seus objectivos, uma das mais utilizadas e difundidas pela Medical Outcomes Group, a forma reduzida (Short-Form) do questionário de 36 itens, mais conhecida como SF-36. Inclui 36 itens que pretendem medir os conceitos: função física, desempenho físico, desempenho emocional, dor física, saúde mental, funcionamento social, vitalidade e saúde geral. Para além destas dimensões, inclui um item que avalia a transição da saúde. O resultado é apresentado como um perfil.

Portanto, a avaliação da QDV é fundamental para uma melhor monitorização da evolução dos doentes e a escolha do tratamento, particularmente nas doenças crónicas.

Contudo, é indiscutível que doentes, profissionais e próximos não têm o mesmo ponto de vista acerca do modo como corre a vida do doente. Assim “a concordância entre os investigadores é clara: quem sabe melhor como corre a vida do doente é o próprio doente” (Ribeiro, 2002) – daí a importância de os questionarmos para melhor conhecer a sua QDV.

Esclerose Múltipla

História, acerca da Esclerose Múltipla...

A Esclerose Múltipla (EM) já existe há centenas, talvez milhares de anos, e os seus sintomas têm sido bem documentados – muitas vezes sem conhecimento de causa – na literatura e na poesia. Mas a sua história não é evidente: não tem princípio, meio ou fim. É mais como um conto detectivesco, com centenas de pistas que os neurologistas tentam esforçadamente seguir e relacionar. Só nas últimas décadas é que os cientistas fizeram progressos nas técnicas de diagnóstico e de tratamento (Freeman, 1999).

A primeira descrição de EM conhecida reporta-se a uma paciente de uma cidade do Sul da Holanda – St. Lidwina of Schiedam (1380-1344) que com 16 anos de idade apresentava muitas características da doença. Um relato contemporâneo sobre ela descreve como desenvolveu uma intermitente dor, fraqueza e paralisia dos membros inferiores e perda de visão, viveu durante 34 anos com uma deterioração lenta, em períodos de remissão até aos seus 53 anos em que morre (Medaer, 1979). Após a sua morte, o esqueleto de Lidwina foi analisado, onde se encontraram indícios de uma grave perda de massa muscular e de paralisias consistentes com EM. Mas se Lidwina tinha de facto EM, não teria sido a primeira, simplesmente temos mais evidências sobre ela. Nos dias terríveis da Idade Média, muitas outras mulheres – algumas das quais talvez também tivessem problemas devido à EM – foram queimadas como bruxas, pois na altura, acreditava-se que os seus comportamentos estranhos e sintomas imprevisíveis eram sinais de estarem possuídas pelos demónios. Com o tempo, a era da caça às bruxas passou, mas a EM continuou sem ser descoberta e sem explicações e, assim, ao longo dos anos, as pessoas com EM eram provavelmente dadas como doidas e metidas em instituições para doentes mentais; ou então eram diagnosticadas com sífilis, que tem muitos sintomas similares (Freeman, 1999).

No entanto, a história oficial da Esclerose Múltipla iniciou-se em meados do século XVII quando Robert Carswell (1783-1857) e Jean Cruveilhier (1791-1874), dois médicos europeus começaram a escrever observações sobre uma “nova” doença. A primeira

demonstração patológica foi realizada por Robert Carswell que fora autorizado pelo museu University College em Londres a mostrar a sua colecção de croquis do Sistema Nervoso Central (SNC). Entre o conjunto de duzentas fotografias coloridas de material de autópsia, Carswell havia separado no decorrer desses momentos, algumas que continham “placas” inexplicadas. Os croquis ilustrados por Carswell foram observados por ele em 1831, tendo aparecido primeiro em forma de fascículos em 1837 e, em 1838, em forma de atlas (Carswell, 1838).

Jean Cruveilhier, professor de anatomia patológica na Faculdade de Medicina da Universidade de Paris, observou durante autópsias de rotina, algumas “plaque marrons” no SNC e descreveu-as para a comunidade médica num atlas entre os anos 1835 e 1842. Descreveu ainda que os pacientes desenvolviam fraqueza em ambos os membros inferiores, espasmos, dificuldade na deglutição e distúrbios visuais (Cruveilhier, 1842).

Enquanto Cruveilhier e Carswell fundamentaram suas observações em material das necropsias, foi Friedrich Theodor von Frerichs, na Alemanha, quem primeiro correlacionou as lesões patológicas com os achados clínicos. Em 1849, von Frerichs publicou um relato muito similar aos conceitos actuais da EM, enfatizando que a doença ocorria mais comumente em indivíduos jovens, caracterizando-se em progressão lenta, afectava inicialmente um lado do corpo apresentando, por vezes, recorrências (Fredrikson & Kam-Hansen, 1989).

O mérito pelas primeiras descrições clínicas e anatómicas detalhadas da doença ainda hoje válida é atribuído a Jean-Martin Charcot. Em 14 de Março de 1868, Charcot faz a sua célebre publicação, identificando uma nova doença previamente confundida com paralisia. Este autor enfatiza ser a Esclerose Múltipla como entidade clínico-patológica distinta por apresentar: lesões disseminadas no tempo e espaço com manifestações clínicas com períodos de agudização e remissão, bem como predomínio de envolvimento da mielina principalmente na região periventricular, nervo óptico e na medula espinhal (Loren & Rolak, 1999)

Definição (o que é a Esclerose Múltipla?)

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica e imprevisível do sistema nervoso central (SNC), do qual fazem parte o cérebro, e espinhal medula e os nervos ópticos (National Multiple Sclerosis Society, 2008b).

O SNC actua como um quadro de distribuição, enviando mensagens eléctricas, através dos nervos, para as diversas partes do corpo; estas mensagens controlam todos os movimentos conscientes e inconscientes do nosso corpo, assim como as várias modalidades sensitivas (Fundação Schering Lusitana, 2002).

Pensa-se que a EM seja uma doença auto-imune, ou seja, o próprio sistema imunitário do indivíduo ataca as suas células e tecidos. Na EM isto ocorre sobre, a bainha de mielina (substância constituída por proteínas e gorduras que ajudam na condução das mensagens) que reveste e protege as fibras nervosas do SNC, é destruída e substituída por cicatrizes (esclerose) (National Multiple Sclerosis Society, 2008b).

Estas lesões acabam por interferir na comunicação nervosa entre o cérebro, a espinal medula e os nervos ópticos provocando os sintomas da EM, a localização da lesão determina a natureza dos sintomas resultantes. Quanto maior a lesão, maior será a probabilidade de ocorrência de sintomas (National Myltiple Sclerosis Society, 2008b).

Na EM, a bainha de mielina á alterada através de processos inflamatórios. Tais reacções inflamatórias não atacam apenas a mielina, mas também as células encarregues de produzir e manter a bainha de mielina dos axónios no SNC (oligodendrócitos). Quando a inflamação se reduz, os mecanismos de reparação são activados, resultando por vezes na remielinização (restauração da mielina que foi lesada) (Fundação Schering Lusitana, 2004a).

A capacidade de remielinização das lesões focais é sobejamente conhecida (as placas sombra), e acontece numa percentagem significativa (até 28%) dos casos, e até metade da área lesional (Ludwin, 2006 citado por Fontoura, 2007).

Este ciclo de lesão e recuperação pode ocorrer vezes sem conta nos neurónios do SNC. Quando a inflamação afecta uma grande região, ocorre a formação de cicatrizes, que são designadas por placas. Se a inflamação ocorrer repetidamente no mesmo local, os processos de reparação podem não ser capazes de manter a restauração, resultando em lesão permanente nestes neurónios (Fundação Schering Lusitana, 2008a).

Portanto, nos doentes com EM tanto ocorre a desmielinização como a remielinização. A área do cérebro ou espinal medula afectada por estas lesões, determina quais os sintomas que a pessoa irá sentir e sofrer.

O papel do sistema imunitário

De uma maneira muito simples, podemos dizer, que a imunidade é a capacidade de resistir às agressões de substâncias estranhas como as bactérias, vírus, fungos, parasitas, qualquer microorganismo estranho e substâncias químicas nocivas – os antigénios – que podem ser perigosos para a saúde e até mortais. Defender o corpo contra tais invasores é tarefa do sistema imunológico, também conhecido por sistema imunitário (Straub, 2005; Seeley et al., 2005).

Ao contrário dos outros sistemas, o sistema imunológico está distribuído pelo corpo, na forma de uma rede de capilares, gânglios linfáticos e ductos que compõem o sistema linfático, juntamente com a medula óssea, o timo e as amígdalas. Os capilares linfáticos carregam a linfa, um fluido corporal incolor, formado por água, proteínas, micróbios e outras substância estranhas ao corpo que são removidas dos espaços entre as células corporais. A linfa tem esse nome devido aos biliões de células sanguíneas brancas que carrega, chamados de linfócitos. Essas células patrulham o corpo todo, procurando antigénios. Os gânglios linfáticos contêm filtros que capturam substâncias infecciosas e resíduos; à medida que a linfa passa pelos gânglios linfáticos, os linfócitos destroem as partículas estranhas que ali ficam retidas. Durante uma resposta imunológica, os linfócitos se expandem, o que produz edema e inflamação (Straub, 2005; Arosa, 2007).

As reacções imunológicas do corpo podem ser divididas em duas categorias amplas: imunidade inata, também chamada resistência não-específica; e imunidade adaptativa, também chamada imunidade específica.

Na imunidade inata as defesas imunológicas defendem o organismo contra qualquer antigénio, mas a resposta é sempre a mesma a cada exposição. Na imunidade adaptativa o organismo reconhece e destrói o antigénio, mas a resposta aumenta sendo mais rápida e eficaz cada vez que se dá uma exposição ao agente agressor criando um tipo de memória para o intruso, assim, o que acontece após a segunda exposição é que o antigénio é destruído antes do aparecimento dos sintomas, dizendo-se que a pessoa está imune ou imunizada (Straub, 2005; Seeley et al., 2005).

De acordo com as teorias actuais, na EM há alteração da regulação do sistema imunitário, e processos habituais de defesa contra elementos estranhos ao organismo que são dirigidos contra constituintes normais do SNC (Pedrosa, 2004).

Com base em várias evidências clínicas experimentais, presume-se que a EM seja causada, pelo menos em parte, por uma reacção auto-imune dirigida contra a mielina do SNC, mediada por múltiplos mecanismos englobando quer a resposta inata quer a adquirida (Fontoura, 2007).

Estes mecanismos são múltiplos e incluem células imunocompetentes activadas à periferia, que atravessam a barreira hemato-encefálica para lesar constituintes do sistema nervoso, desmielinização provocada por anti-corpos, e patologia primária do oligodendrocito (célula produtora de mielina) (Pedrosa, 2004).

Ser uma doença auto-imune, relaciona-se com o facto de serem os próprios doentes que sofrem de EM a produzirem reacções inflamatórias contra o seu próprio tecido nervoso, daqui surgir o termo “auto” (Janeiro, 2004).

Esta reacção imune é responsável por gerar o estigma histopatológico típico desta doença, i. e. a placa desmielinizante, dispersa por todo o SNC e centrada, normalmente, nos espaços perivenulares da substância branca profunda bihemisférica, no corpo caloso, nervo óptico, tronco cerebral e medula espinal. As lesões desmielinizantes passam por uma fase aguda marcadamente inflamatória e, com o tempo, evoluem para cicatrizes gliais esclerosadas, disseminadas por várias regiões do SNC, das quais provém o nome desta doença (Fontoura, 2007).

As lesões desmielinizantes focais – placas desmielinizantes, a marca patológica característica desta doença – são o resultado de um processo inflamatório centrado essencialmente nos espaços perivenulares da substância branca, no qual participam vários componentes do sistema imune inato e adaptativo. Em qualquer dos casos, a célula-alvo é o oligodendrocito, responsável pela formação da bainha de mielina, e o resultado final é a destruição desta substância complexa, e subsequente fagocitose dos seus resíduos por células detritívoras (*scavenger cells*) como os macrófagos (Fontoura, 2007).

Do ponto de vista imunopatológico, na EM predominam as alterações da resposta imune adaptativa, em que os principais elementos envolvidos são os linfócitos T, actuando após a apresentação de autoantígenos no contexto de moléculas do MHC (complexo *major* de histocompatibilidade), e linfócitos B capazes de produzir e segregar anticorpos auto-reactivos (Fontoura, 2007).

Dado que a existência destes clones auto-reactivos é uma característica do repertório imune normal, presume-se que exista uma primeira fase de sensibilização, expansão clonal e

activação linfocitária, fora do SNC, provavelmente nos órgãos linfóides periféricos após contacto com algum agente patogénico com capacidade de mimetização molecular (Sospedra & Martin, 2005; Wekerle & Lassmann, 2006 citados por Fontoura, 2007). Numa segunda fase, estas células migram para o parênquima encefálico e medular, onde encontram o seu antigénio cognato pela segunda vez, apresentado localmente por células apresentadoras residentes, são reactivadas e utilizam as suas capacidades efectoras para desencadear uma reacção inflamatória (Fontoura, 2007).

Em suma, o modelo quase consensual é que a EM é uma doença imuno-mediada, na qual ocorre um ataque autoimune coordenado contra a mielina do SNC, resultando na destruição desta substância, e frequentemente do axónio que reveste. O despoletar desta reacção autoimune deve-se, provavelmente, à interacção de um, ou vários, agentes infecciosos com o sistema imune de um indivíduo geneticamente susceptível; através de mimetização molecular, a reacção imune contra esse agente infeccioso possibilita igualmente o reconhecimento erróneo de antigénios do próprio, presentes na mielina. De alguma forma, ou por falha nos mecanismos de regulação imune, ou por perpetuação subclínica da infecção, ocorre uma expansão clonal de linfócitos auto-reactivos quantitativamente significativa, e pré-estimulada, capaz de migrar para dentro do SNC onde reencontra o seu antigénio cognato e desencadeia uma reacção inflamatória (Fontoura, 2007).

Etiologia

Apesar de inúmeras investigações, não se sabe exactamente o que desencadeia a EM. Muitos factores têm sido considerados, mas as causas permanecem vagas e ainda são desconhecidas (Multiple Sclerosis Society, 2008).

Apesar de existir a hipótese que os vírus podem ser responsáveis pela EM, não existe nenhuma prova científica até agora, que comprove que um vírus específico cause esta doença (Fundação Schering Lusitana, 2004a ; Janeiro, 2004).

No entanto, hoje em dia, os investigadores suspeitam que a EM seja causada por uma interacção entre factores, nomeadamente, entre factores genéticos e ambientais (Multiple Sclerosis Society, 2008).

Vários estudos científicos sugerem uma ligação genética, pelas seguintes razões: em primeiro lugar, a EM é rara em orientais, independentemente do local onde vivam; em segundo lugar, estudos revelam que o aparecimento da doença em irmãos é frequente e se estes forem gémeos homozigóticos as probabilidades de a doença atingir os dois irmãos é de 25% em relação a gémeos não idênticos; em terceiro lugar, os membros de uma família com história de EM, têm maior risco de contrair a doença, isto é, a EM é pelo menos 15 vezes mais comum em filhos e irmãos de doentes do que na população em geral (Fundação Schering Lusitana, 2002; Janeiro, 2004) – há portanto uma predisposição genética.

Assim algumas pessoas parecem ser mais susceptíveis à EM pela sua predisposição genética. Muito provavelmente, a doença não é transmitida hereditariamente, mas existirá alguma predisposição nos genes. E, quando estes indivíduos encontram factores ambientais desconhecidos específicos, a EM pode ser desencadeada.

Mas é improvável que a causa da EM resida num único factor. Muitos neurologistas pensam que a exposição a um factor ambiental (por exemplo, um vírus, bactéria ou toxina) durante a infância, poderá induzir uma reacção auto-imune em que o corpo é “enganado”, atacando o seu próprio SNC, causando a destruição da mielina (Fundação Schering Lusitana, 2002). Portanto, apesar de se relacionar diversos vírus e a sua exposição, como causadores da EM, não existem provas concretas da ligação à doença.

A diferente susceptibilidade de etnias à EM, a sua desigual distribuição geográfica e o facto de migrações de zonas de maior prevalência (número de casos numa população numa determinada altura) para zonas de menor prevalência nos primeiros anos de vida, diminuírem o risco de desenvolvimento da doença, parecem sugerir efectivamente esta interacção entre factores genéticos e ambientais (Fundação Schering Lusitana, 2002).

Portanto, no que diz respeito à etiologia da EM o modelo-padrão propõe uma interacção entre um risco associado ao background genético individual, e o contacto com algum agente infeccioso presente no meio ambiente (Fontoura, 2007).

Hoje em dia, a EM é vista, do ponto de vista genético, como uma doença de hereditariedade multigénica, no qual o peso individual de cada factor de risco genético não é muito grande, mas, no seu conjunto, confere uma susceptibilidade individual para esta doença (Fontoura, 2007).

Epidemiologia (população alvo – quem sofre de EM?)

A EM surge frequentemente entre os 20 e os 40 anos de idade. Poucas pessoas desenvolvem a EM durante a puberdade ou após os 60 anos. A idade média de início da doença são os 30 anos. Independentemente das diferenças na frequência da EM, a idade de incidência parece ser a mesma em todo o mundo (Fundação Schering Lusitana, 2004a).

Muitas doenças auto-imunes, tais como a EM, têm uma distribuição entre sexos desequilibrada e afectam as mulheres mais frequentemente do que os homens. Isto também é verdade na EM em que as mulheres tem o dobro da probabilidade de contrair e sofrer de EM relativamente aos homens (Fundação Schering Lusitana, 2004a).

A EM afecta mais de 400.000 pessoas na América do Norte, aproximadamente 500.000 indivíduos na Europa e 2,5 milhões de pessoas no mundo. Estima-se que aproximadamente 5000 pessoas sofram desta doença em Portugal (Fundação Schering Lusitana, 2004a).

A frequência da EM varia nas diferentes regiões do mundo, sendo mais comum em áreas mais desenvolvidas economicamente. A EM tem maior frequência (i.e. número de pessoas numa população com EM) nas zonas temperadas e é menos comum entre pessoas residentes em climas quentes, assim a EM atinge mais a etnia caucasiana; é cerca de cinco vezes mais comum nas zonas temperadas do que nos trópicos sendo mais comum no Norte da Europa e América do que na África do Sul e Extremo Oriente. Muitos estudos suportam a existência de um gradiente na frequência da EM que aumenta com a distância ao equador, tanto no hemisfério norte como no sul (Fundação Schering Lusitana, 2004a).

Quanto à questão hereditária, é muito importante dado que a EM afecta muitas mulheres jovens numa idade em que estão a planear formar uma família. A EM não está incluída entre as doenças hereditárias, apesar dos familiares de uma pessoa afectada terem um risco maior, em relação ao resto da população, de serem afectados pela EM. Calcula-se que o risco de sofrer EM é, para a população normal, de 0,5%, enquanto que este risco pode aumentar até 2,5% numa filha de mãe com EM (no entanto, o risco continua a ser baixo pelo que não é desaconselhado ter filhos); noutro grau de parentesco, o risco é inclusivamente inferior (Fundação Schering Lusitana, 2003a).

Além de não ser considerada uma doença hereditária, a EM não é uma patologia infecciosa e, portanto, não é contagiosa (Fundação Schering Lusitana, 2003a).

Tipos de EM – Prognóstico (evolução da doença)

A EM pode variar consideravelmente entre indivíduos, uma vez que ataca o sistema nervoso em diferentes locais. Na maioria dos casos na fase inicial da doença ocorrem sintomas de maneira abrupta em períodos transitórios sem uma causa reconhecida. A ocorrência súbita dos sintomas ou um agravamento dos mesmos é reconhecido como um surto (natureza recorrente desta doença) (Fundação Schering Lusitana, 2004a).

Os sintomas melhoram após alguns dias ou semanas. Isto é reconhecido como remissão. Com o tempo poderá ocorrer uma recuperação completa ou parcial. No entanto, por vezes, os sintomas ou a perda de uma função podem permanecer permanentemente, mesmo em remissão. A reabilitação contínua, treino físico e mental irão ajudar o doente a recuperar o máximo possível dessa perda de função (Fundação Schering Lusitana, 2004a).

O curso da doença é bastante variável e imprevisível, no entanto, numa tentativa de uniformizar a nomenclatura clínica, com base num inquérito internacional, Lublin e Reingold (1996) reconhecem-se quatro tipos de evolução clínica:

1 – EM recorrente-reminente (EMRR): caracterizada por surtos seguidos de recuperação total ou parcial em relação ao nível de incapacidade preexistente e pela não progressão da doença nos intervalos entre os surtos;

2 – EM primária progressiva (EMPP): caracterizada por progressão contínua da doença desde a sua instalação, com ou sem períodos de agravamento e amenização;

3 – EM secundária progressiva (EMSP): caracterizada por uma fase inicial recorrente-reminente, seguida por progressão com ou sem surtos;

4 – EM progressiva-recorrente ou por surtos (EMPS): caracterizada por progressão da doença desde a instalação e pontuada por surtos com recuperação total ou parcial em relação à incapacidade preexistente.

A apresentação clínica inicial mais comum é a forma recorrente-reminente, que acomete entre 80% e 85% dos pacientes; aproximadamente 10% a 15% apresentam a forma primariamente progressiva e uma pequena parte (menos de 5%) a forma progressiva recorrente (Miller, 2001). Em torno de 50% dos pacientes com a forma recorrente-reminente progredem para a forma secundariamente progressiva com 10 anos de doença e aproximadamente 95% evoluem dessa maneira em 25 anos (Weinshenker et al., 1989).

Podemos dividir estas quatro categorias em duas unidades fundamentais; a maioria dos doentes (80%) manifesta-se inicialmente com formas surto-remissão, e evolui na maioria dos casos para formas secundariamente progressivas, com 80% dos doentes em formas progressivas ao fim de duas décadas (EMRR e EMSP) (Weinshenker, 1994). Uma proporção de 10-20% dos doentes tem formas progressivas logo desde o início, em alguns casos com um ou outro surto ocasional (EMPP e EMPS) (Confavreux & Compston, 2006; Rudick et al., 1997 citado por Fontoura, 2007).

Existem casos com manifestações da doença, que ainda não cumprem os critérios de diagnósticos formais, são designados de síndromes clínicas isoladas (SCI) (Fontoura, 2007). O SCI representa um único episódio clínico que é indicativo de desmielinização, que não é acompanhada por quaisquer outros sinais ou sintomas clínicos. As pessoas com SCI podem ou não desenvolver EM. Estudos indicam que os indivíduos com um surto único e isolado, apresentam uma elevada probabilidade de desenvolver EM, quando o SCI é acompanhado por lesões cerebrais detectadas por RMN consistentes como as vistas na EM. Nestes casos, existe um risco elevado de ocorrer um segundo ataque neurológico, e conseqüentemente um diagnóstico de EM após vários anos (National Multiple Sclerosis Society, 2008a). Portanto, o SCI não é uma verdadeira categoria clínica, mas um conceito operacional: um SCI é, quase sempre, uma EM recorrente-remínente que ainda não teve o seu segundo surto clínico, e que aguarda a formalização diagnóstica necessária – razão pela qual é apropriado considerar uma terapêutica precoce em doentes com SCI, que apresentam um risco elevado de desenvolver EM, de forma a atrasar o início de EM clinicamente definida (Fontoura, 2007).

Outra manifestação frequentemente mencionada é a Esclerose Múltipla Benigna, que poderá englobar até 20% dos doentes, inicia-se por surtos e caracteriza-se pela ausência de incapacidade significativa, mesmo após uma longa evolução (Weinshenker, 1994; Ramsaransing & De Keyser, 2006; Pittock e tal., 2004 citado por Fontoura, 2007). Tal como a anterior, esta não é uma categoria clínica, mas sim, prognóstica; os doentes com formas benignas são um subgrupo da EM recorrente-remínente com lenta, ou nenhuma evolução, e um prognóstico favorável (Fontoura, 2007).

Portanto, existem diversas formas da doença, principalmente a forma por surtos e as formas progressivas. Na forma por surtos, ao aparecimento dos sintomas segue-se a sua remissão total ou parcial. Isto significa que, em alguns casos, pelo menos do ponto de vista funcional, a lesão pode regredir completamente; em outros, apesar de se observar uma melhoria, pode acabar por ocorrer um certo grau de lesão permanente. O intervalo entre um e

outro período agudo pode ser de muitos anos. Pelo contrário, nas formas progressivas não se produzem acontecimentos agudos sucessivos, a doença evolui mais ou menos rapidamente através do aparecimento de sintomas sempre novos. É possível que formas inicialmente por surtos se transformem em progressivas com o passar do tempo (Fundação Schering Lusitana, 2003c)

É muito difícil prever a médio e longo prazo a evolução da doença. Numa pequena percentagem de doentes, depois de uma primeira manifestação, a doença pode permanecer silenciosa durante um período prolongado de tempo e inclusivamente por toda a vida. Em aproximadamente um terço dos casos, a EM tem uma evolução benigna; noutra terça, provoca deficiências físicas que não comprometem profundamente a autonomia da pessoa nas actividades da vida diária. Só o restante um terço dos doentes fica afectado por formas com tal gravidade ao ponto de limitar de sobremaneira a sua autonomia (Fundação Schering Lusitana, 2003c).

Sintomas

Os sintomas da EM usualmente aparecem e desaparecem de maneira imprevisível. (Fundação Schering Lusitana, 2002; National Institutes of Health, 2008). Se para algumas pessoas os sintomas são muito ligeiros, para outras são mais acentuados. Isto é, a EM é uma doença muito variável, em que não existe um padrão fixo previsível na sua evolução. Cada doente com EM pode ter um conjunto diferente de sintomas, que podem variar de tempos a tempos e que podem mudar em termos de gravidade e duração (Fundação Schering Lusitana, 2004c).

Estes sintomas dependem das áreas do sistema nervoso central que foram afectadas durante a actividade da EM, isto é, a destruição da mielina provoca uma gama de sintomas, dependendo da localização das lesões no SNC. De todos os sintomas enumerados, que uma pessoa com EM poderá sofrer, poderemos incluir (Fundação Schering Lusitana, 2002, 2004c; National Institutes of Health, 2008):

1 - Alteração da visão:

A alteração da visão pode aparecer no início da doença, isolada ou acompanhando outros sintomas ou pode aparecer mais tarde durante a evolução, numa recidiva.

Se existirem lesões no nervo óptico, que estabelece a ligação entre os olhos e o cérebro poderá aparecer visão turva ou mesmo perda acentuada da visão de um dos olhos.

As alterações da visão podem ser precedidas ou acompanhadas de dor no interior ou por trás do globo ocular provocadas pelo movimento do olho. Estas dores são habitualmente transitórias.

Se existirem lesões nas áreas cerebrais que controlam o movimento dos olhos, poderá aparecer visão dupla (diplopia), ou movimentos rítmicos e involuntários dos olhos (nistagmo).

2 – Fadiga:

A fadiga ou cansaço é um dos problemas/sintomas mais comuns e perturbadores da EM. Afecta cerca de 85% dos doentes com EM e pode durar meses ou anos. Tem origem mal conhecida é diferente em cada um e pode ser o único sintoma incapacitante. A pessoa pode cansar-se mais facilmente do que as pessoas saudáveis, e o cansaço durar mais tempo, de forma opressiva. Os sintomas de fadiga incluem: fraqueza muscular, falta de forças e menos tolerância ao esforço físico e intelectual. A fadiga pode ser primária, sendo resultante directa dos danos sofridos pelo SNC, ou pode ser secundária, resultante de outros factores que não estão relacionados com a EM (gripe, esforço, medicação, depressão, meio ambiente, etc) (Forwell, 2005). Estes sintomas poderão ser confundidos com um novo surto, no entanto, estas sensações não são provavelmente motivo para preocupação, estando apenas relacionados com a fadiga. No entanto, os doentes com EM que são afectados pela fadiga queixam-se de uma redução drástica na qualidade de vida.

3 – Dor:

Apesar da EM ter sido considerada durante muito anos como uma doença indolor, hoje em dia sabe-se que de uma forma ou de outra, os doentes sentem dor e embora frequentemente subestimada, quando existe é incomodativa, causando desconforto durante a evolução da doença (Maia, Viegas & Amaral, 2008).

A dor pode ocorrer directamente como resultado da actividade da EM no sistema nervoso ou pode oscilar entre a dor ligeira e a dor grave, isto é, esta pode variar desde uma dor facial súbita e intensa (da nevralgia do trigémio – dá a sensação de choque eléctricos, em que a pessoa tem dificuldade em abrir a boca para falar ou para comer), até uma sensação de queimadura, dormência ou formigueiro (também chamado parestesias), mais frequentemente sentidas nas pernas, nos pés, nos braços e nas mãos.

No entanto, a forma mais comum de dor na EM, é a dor neurogénica crónica, causada por sinais nervosos defeituosos gerados pelas lesões da EM no cérebro e espinal medula. Este tipo de dor inclui sensações conhecidas popularmente como “picadas de agulhas”.

4 – Perda do equilíbrio e dificuldade em coordenar os movimentos:

Diversos tipos de lesões no SNC podem comprometer a estabilidade do corpo.

Os problemas do equilíbrio podem diminuir ou fazer perder capacidades tais como caminhar de forma estável, estar de pé, ou ficar sentado sem precisar de apoio.

Pode apresentar desequilíbrio parecido com a embriaguez. Ao andar as pernas abrem a base de sustentação e executam movimentos mal controlados (é a chamada ataxia).

Se a lesão for no cerebelo (parte do cérebro responsável pela coordenação dos movimentos) vai provocar desordens nos gestos tornando-os bruscos, excessivos e instáveis. Quando a pessoa está de pé ou quando anda, nota um forte tremor, o que resulta na perda de equilíbrio enquanto anda. Esta lesão pode também atingir os braços, pois na EM, o doente pode também ter dificuldade em agarrar objectos pequenos com as mãos, da mesma forma que também podem ocorrer tremores.

5 - Espasticidade:

A espasticidade é um dos sintomas mais comuns na EM. A espasticidade pode interferir com a capacidade de andar normalmente, requerendo um maior esforço.

É um sintoma que, como muitos outros na EM, aparece e desaparece. A espasticidade é manifestada por uma hipertonia muscular que aumenta com a estimulação. Quando muito acentuada impede a marcha.

Um dos sinais característicos da espasticidade é a pessoa ao andar ter dificuldade em dobrar os joelhos, tendência para arrastar os pés e tropeçar.

Num grau menor de gravidade, pode haver apenas uma sensação de peso, uma rigidez, uma fadiga e um desequilíbrio na marcha, que se acentuam exageradamente com o esforço.

Portanto, a espasticidade é um aumento da rigidez muscular, e que pode estar associada a dor quando os músculos desenvolvem câibras. Durante a evolução da EM, pode ocorrer perda de força muscular nos braços e nas pernas. Estes sintomas podem agravar-se gradualmente e aumentar a necessidade de apoio enquanto anda.

6 – Problemas urinários:

Frequentemente os doentes com EM têm problemas urinários (disfunção urinária). Calcula-se que 80% dos portadores desta doença à mais de 10 anos têm alguma dificuldade no controlo da bexiga. Esta dificuldade não é igual para todos os doentes, e no mesmo doente pode variar ao longo do tempo (Silva, 2002).

A desmielinização no SNC pode levar a vários problemas da bexiga, quando os músculos que a controlam a estão afectados, que se traduzem por urgências urinárias (esvaziamento da bexiga assim que se sente a necessidade de urinar), incontinência (esvaziamento involuntário da bexiga sem aviso e sem sentir necessidade) ou retenção urinária (dificuldade em urinar ou em esvaziar completamente a bexiga).

Apesar de serem incomodativas, é frequente os doentes ocultarem estas queixas. Como atitude inicial e imediata o doente procura diminuir a ingestão de líquidos e por vezes utilizar fraldas, mesmo antes de procurar ajuda. Estas atitudes por vezes são prejudiciais, com consequências que podem ser graves (alteração do funcionamento dos rins, infecções urinárias, cálculos da bexiga) e contribuem para o agravamento da qualidade de vida do doente (Silva, 2002).

7 – Problemas intestinais:

Os problemas intestinais são menos evidentes. Apenas algumas pessoas com EM são totalmente incapazes de regular os seus intestinos. No entanto, podem apresentar obstipação e mais raramente incontinência fecal.

8 – Problemas sexuais:

A disfunção sexual nos doentes com EM é frequente: afecta cerca de 70% das mulheres e 90% dos homens (Silva, 2002)

Os défices consequentes da EM alteram a auto-estima podendo intervir com a actividade sexual. Mas esta disfunção, secundária ou primária, transitória ou permanente, é frequente e pode ocorrer em qualquer altura da evolução da EM (Marques e Sampaio, 2002).

Os problemas sexuais como a impotência, a diminuição da libido, ou dor durante as relações sexuais podem estar associados à EM.

Os principais sintomas da existência de problemas sexuais na mulher são, a falta de lubrificação vaginal e a perda de sensibilidade.

O problema mais comum no homem é a perda de erecção.

A sexualidade é vista como uma expressão da totalidade da personalidade (emocional, intelectual, social e cultural) presente e evidente em todas as situações da vida do indivíduo, o que lhe permite expressar feminilidade ou masculinidade (Marques e Sampaio, 2002).

A dor, a fadiga, a depressão, uma fraca imagem de si próprio e a tensão, podem também diminuir o estímulo sexual, pois existem problemas psicológicos que podem originar problemas na intimidade, portanto, embora não seja causa de risco de vida para o doente, pode trazer consequências graves ao intervir na auto-estima e no relacionamento íntimo das pessoas, tendo assim repercussões a nível da saúde e qualidade de vida (Marques e Sampaio, 2002)

9 - Alterações sensoriais:

As alterações sensoriais são causadas por lesões nos nervos sensoriais da espinal medula. Geralmente ocorrem num ou mais membros e são sintomas iniciais comuns desta doença.

Quase universais nas fases avançadas da EM, incluem as parestesias (formigueiros), sinal de Lhermitte, dormência, dor e comichão.

A parestesia causa sensações desagradáveis que podem ocorrer em diferentes partes do corpo. Estas incluem “picadas de agulhas”, formigueiros ou zumbidos. Os doentes podem

sentir que uma faixa lhes está a apertar o tronco ou um dos membros. A pessoa pode também ter uma sensação de queimadura, comichão ou inchaço.

A dormência pode ser sentida como a incapacidade de sentir toques ligeiros, picadas ou sensações de temperaturas quentes e frias.

10 - Sintomas paroxísticos:

Os sintomas paroxísticos – o termo “paroxístico” refere-se a sintomas que aparecem repentinamente – ocorrem frequentemente e eventualmente desaparecem completamente. Podem estar relacionados com alterações dos movimentos, sensoriais ou visuais e ter uma tendência a recorrer sempre com o mesmo padrão e durar alguns minutos ou mesmo menos do que 20 segundos. São muitas vezes desencadeados por movimentos ou estímulos sensoriais.

Alguns deles são altamente característicos da EM, como por exemplo a dificuldade em articular as palavras (disartria). São geralmente sinais iniciais da doença e respondem bem à terapêutica.

11 - Alterações cognitivas:

Embora pouco frequentes, quando surgem alterações cognitivas as mais comuns são: dificuldade na concentração e de efectuar novas aprendizagens. As actividades que exigem esforço mental, tais como o raciocínio, a percepção ou a rapidez na execução de determinada tarefas, podem estar alteradas.

12 - Alterações emocionais:

As alterações emocionais são variadas, decorrentes das lesões no SNC, da incapacidade e do estigma social.

As lesões no SNC podem afectar certas áreas que têm por função regular o estado de humor ou estado de ânimo.

As mudanças de humor caracterizam-se por sentimentos de tristeza, desmotivação, desinteresse, isolamento, insegurança, sentimentos de revolta, agressividade, ansiedade, irritabilidade e muitas outras vezes também sentimentos de euforia, que sugerem um diagnóstico de depressão.

Os doentes de EM não apresentam necessariamente todos estes sintomas. Alguns dias ou semanas, após um surto, os sintomas geralmente diminuem ou melhoram.

Existem factores que podem produzir um agravamento temporário dos sintomas, ou mesmo desencadear surtos (Fundação Schering Lusitana, 2002, 2004b):

- Alterações da temperatura - Aumento da temperatura (calor) ambiental ou corporal interfere com a condução nervosa em fibras desmielinizadas. É frequente que possa haver um agravamento dos sintomas quer quando exposto a elevadas temperaturas ambientais, quer durante episódios de febre. Por outro lado, a diminuição da temperatura determina um aumento da espasticidade.

- Esforço físico – O esforço físico intenso agrava os sintomas e provoca, sobretudo, um grau de fadiga extrema e desproporcionada.

- Stress psicológico – Suspeita-se que os factores psicológicos possam ter um papel no aparecimento dos surtos e na evolução da doença. Muitos doentes referem que antes de um novo episódio de EM ou um agravamento da doença, viveram situações de crise, ou de aumento de stress, ou de separação de uma pessoa estimada.

Diagnóstico

A EM é uma doença de difícil diagnóstico devido à complexidade e variedade dos sintomas, e do facto de se ter que despistar outras doenças com sintomas similares.

O diagnóstico de EM pode ser efectuado através de uma história clínica detalhada do doente, acompanhado de exames neurológicos. Um exame neurológico completo, irá procurar sinais e sintomas de alterações neurológicas assim como procurar evidências que o apoiem no diagnóstico. Estes dados são derivados de várias fontes, tais como a RMN (ressonância magnética nuclear), testes de avaliação da actividade eléctrica do cérebro (potenciais evocados) e finalmente por exames laboratoriais como a análise ao líquido céfalo-raquidiano (punção lombar) (Fundação Schering Lusitana, 2002, 2004b).

- Exame neurológico - O exame neurológico irá testar o funcionamento do seu sistema nervoso. Para começar, aquando da suspeita de EM, o neurologista efectua exames

neurológicos regulares procurando descobrir quaisquer alterações dos sentidos visuais ou auditivos, bem como alterações sensoriais e disfunções da fala. Adicionalmente, irá provavelmente incluir testes dos reflexos (cotovelo, pulso, tornozelo, planta do pé, etc) (Fundação Schering Lusitana, 2004b).

- RMN – Ressonância Magnética Nuclear - A RMN é unanimemente tida como a técnica imagiológica de eleição no diagnóstico, na monitorização da doença e da eficácia dos tratamentos. Pela quantidade de informações pertinentes que fornece, ajuda igualmente na compreensão da sua génese (Brandão, 2003). As imagens de RMN mostram claramente o tamanho, quantidade e distribuição das lesões ou placas no cérebro e por vezes na espinal medula, assim como é muito útil na determinação das variações e evolução da EM ao longo do tempo (Fundação Schering Lusitana, 2002, 2004b). O suporte de fundamentação clínica no diagnóstico de EM é actualmente efectuado pelos estudos da RMN cada vez mais usado como critério imprescindível, dando também um precioso contributo como meio de avaliação da actividade patológica da doença e da sua progressão, representando o mais potente meio de monitorização investigacional que permitirá um melhor entendimento desta patologia tão complexa e ainda tão enigmática. Esta técnica prima por um superior detalhe anatómico/morfológico e patológico, para além de permitir a execução de um estudo complexo do sistema nervoso central/neuroeixo sem exposição a radiação ionizante, mas sim pela qualidade de uma energia electromagnética (Brandão, 2003).

- Potenciais evocados - Os potenciais medem o tempo que o cérebro necessita para receber e interpretar as mensagens, isto é, medem os impulsos nervosos. Os eléctrodos colocados na cabeça dos pacientes detectam a actividade eléctrica do interior do cérebro através do registo em ondas cerebrais, que são analisadas para detectar eventuais anomalias, porque a condução nervosa diminui quando acontece a desmielinização (Fundação Schering Lusitana, 2002, 2004b).

- Análise do líquido céfalo-raquidiano (punção lombar) - O diagnóstico da EM não é simples e os exames laboratoriais podem ajudar ao apresentar evidências adicionais. Um dos testes é a recolha do líquido céfalo-raquidiano (LCR) da região lombar. O fluido que circunda o encéfalo é retirado para exame de laboratório, observando-se primeiramente a presença de

bandas oligoclonais e o aumento dos níveis da gamaglobulina. A análise do LCR fornece um dado valioso acerca do estado do cérebro e da espinal medula, revelando lesões, anomalias ou infecções como a meningite; o que pode vir a colaborar com o diagnóstico de EM (Fundação Schering Lusitana, 2002, 2004b).

Um diagnóstico definitivo de EM não pode ser baseado só num destes testes. Servem principalmente como uma ajuda no diagnóstico final, permitindo confirmar ou excluir um diagnóstico suspeito por um especialista.

Os critérios de diagnóstico mais utilizados quer a nível da clínica quer da investigação são os que Shumacher (1965, in Frankel, 1994) e Poser (1983, in Peyser & Poser, 1986) estabeleceram:

QUADRO A: Critérios de Diagnóstico na EM (adoptado Soares, 2002)

Critérios de Schumacher

- Idade apropriada (10-50 anos);
- Doença primária da substância branca;
- Lesões dessiminadas no tempo e espaço;
- Anomalias no exame objectivo;
- Quadro clínico: pelo menos 2 surtos que se prologam por mais de 24h com um mês de intervalo, ou uma progressão lenta ou em degraus de 6 meses;
- Não existir explicação melhor;
- Diagnóstico efectuado por um clínico experiente (de preferência neurologista).

Critérios de Poser

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

Como podemos verificar a grande diferença entre estes autores, refere-se à introdução por Poser de critérios paraclínicos para a identificação do diagnóstico (Soares, 2002).

Young et al. (1981, in Allen & Goreczny, 1995) sugerem que a RMN seja 10 vezes mais sensível para lesões da substância branca do que a TAC. Esta descoberta traduz-se num grande contributo para a detecção precoce e mais fiável desta patologia (Soares, 2002).

No entanto, Sibley (1990, in Allen & Goreczny, 1995) refere que, embora todos os testes laboratoriais acima referidos possam ser úteis, devem ser considerados numa ordem relativa de importância para concluir sobre diagnóstico de EM. Devendo essa ordem ser a seguinte: história, exame neurológico, imagiologia em especial RMN, Potenciais Evocados e estudo do LCR (Soares, 2002).

Portanto, o diagnóstico da EM requer a existência repetida de manifestações clínicas atribuíveis a lesões da substância branca em diferentes regiões do SNC. Assim, têm de existir pelo menos dois episódios e os sintomas não podem ser explicados por uma única lesão em algum ponto do SNC. Apesar da evolução técnica que veio facilitar o diagnóstico, este mantém-se dependente do julgamento clínico (Beatty, 1996 citado por Bastos, 2000).

Tratamento

Neste momento não existe nenhuma cura para a EM, no entanto, estão disponíveis vários tratamentos no combate à doença sob duas formas diferentes: tratar os sintomas individuais (fornecer benefícios a curto prazo) e atacar a doença subjacente (fornecer benefícios a longo prazo) (Fundação Schering Lusitana, 2002).

A EM é uma doença muito variável, em que os sintomas são imprevisíveis – variam ao longo do tempo e alteram a sua gravidade e duração. É importante tratar os sintomas individuais que podem ser atenuados utilizando medicamentos (corticosteróides), fisioterapia, aconselhamento, alimentação adequada ou mudança do estilo de vida (Fundação Schering Lusitana, 2002).

Adicionalmente, existem novas terapêuticas que podem ajudar a alterar a evolução da doença, ao diminuir a frequência e a gravidade dos surtos e a progressão da incapacidade. Estas terapêuticas, conhecidas como terapêuticas modificadoras da doença, ajudam a reduzir a duração dos sintomas; reduzem ou mesmo eliminam a acumulação de lesões, ou áreas lesadas

no sistema nervoso central e parecem reduzir a acumulação de incapacidade (National MS Society, 2008).

As terapêuticas modificadoras da doença são mais eficazes se iniciadas imediatamente após o diagnóstico, antes que a doença tenha a oportunidade de causar lesões significativas. Podem ocorrer lesões irreversíveis nas fibras nervosas (axónios) nas fases iniciais da EM, mesmo antes de serem detectados sintomas permanentes ou a presença de incapacidade. Também ocorre uma redução do volume cerebral no início da doença e as lesões continuam, mesmo quando a pessoa não apresenta quaisquer sintomas de um ataque. Portanto, é aconselhável o uso precoce de medicamentos que limitem com eficácia a formação de lesões e a atrofia cerebral (National MS Society, 2008).

Através da investigação médica foram identificados medicamentos que conseguem proteger as células nervosas das lesões, tais como os interferões, o copolímetro e as imunoglobulinas (Fundação Schering Lusitana, 2002):

- Interferões – Os investigadores descobriram uma nova e promissora terapêutica para a EM quando começaram a analisar os interferões (National MS Society, 2008), que são uma família de proteínas que se produzem naturalmente no organismo e que participam nas actividades do sistema imunitário (Fundação Schering Lusitana, 2002). Estes mensageiros químicos indicam às outras células imunitárias o que fazer quando o corpo for exposto a “invasores” tais como um vírus. Na EM, podem ajudar a controlar as células e os mediadores químicos que atacam a mielina (National MS Society, 2008). Assim, a sua produção envolve muitas células e proteínas especializadas na defesa do organismo contra infecções e doenças como a EM (Fundação Schering Lusitana, 2002). Dos diferentes interferões (alfa, beta e gama), apenas o beta foi o que deu provas inequívocas de ter um efeito no controlo da actividade da EM. Os interferões beta estão disponíveis sob dois tipos: o interferão beta-1a e o interferão beta-1b. Este último é o único aprovado para o tratamento de duas formas de EM (a forma por surtos e a secundária-progressiva). Estudos clínicos registaram que doentes a quem foi administrado interferão beta-1b tinham: menos surtos, maior intervalo de tempo entre os surtos, surtos menos graves, menor número de internamentos e menos dias de hospitalização e menor progressão da incapacidade. Os interferões são administrados através de uma infecção: por via subcutânea (3 vezes por semana) ou uma injeção intramuscular (1 vez por semana) (Fundação Schering Lusitana, 2002).

- Copolímero 1 – O copolímero 1 ou acetato de glatirâmero é uma mistura de péptidos sintéticos compostos por quatro aminoácidos, os blocos construtores das proteínas (National MS Society, 2008), simula a proteína básica da mielina. Reduz as exacerbações em pessoas com EM por surtos, embora a progressão da doença não seja alterada significativamente. O COP 1 é administrado diariamente através de injeção subcutânea (Fundação Schering Lusitana, 2002).
- Imunoglobinas – As imunoglobinas têm características que sugerem possível interferência em vários mecanismos imunológicos e têm eficácia em várias doenças autoimunes, incluindo doenças do sistema nervoso, como a EM. Estudos demonstram que as imunoglobinas inibem a indução da Encefalite Alérgica Experimental (modelo animal da EM) e também a capacidade de induzir remielinização; observações clínicas indicam claramente que as imunoglobinas interferem nos mecanismos de activação dos factores humorais e celulares do sistema imunitário humano. Portanto, a capacidade de imunomodulação por vários mecanismos e o potencial de remielinização e assim de reparação de lesões estabelecidas, levaram à realização de múltiplos ensaios clínicos em doentes com EM, que demonstraram eficácia estatisticamente significativa na redução do número de surtos e do número de novas lesões “activas” em ressonância magnética (Pedrosa, 2004). As imunoglobinas são normalmente administradas nas formas de EM com exacerbações que apresentam recidivas frequentes ou exacerbações mais incapacitantes. É um tratamento administrado em perfusão na corrente sanguínea uma vez por mês (Fundação Schering Lusitana, 2002). Os efeitos secundários são geralmente pouco importantes. Utiliza-se em cooperação com outras terapêuticas nomeadamente com o interferão beta.

As decisões de tratamento devem ser sempre efectuadas entre o doente e o seu médico. Na selecção de uma terapêutica, geralmente são considerados alguns factores. Estes factores incluem: o número de surtos sofridos pelo paciente, o grau de incapacidade, o tipo de EM, a duração da doença, resultados de exames (RMN), tipo preferido de injeção e a gravidade dos efeitos secundários.

Aspectos psicológicos da EM

A EM é uma doença que deixa mais que cicatrizes físicas (i.e. mais que lesões no cérebro e na espinal medula). Após o diagnóstico muitos doentes passam por várias fases até aceitarem a doença, pois, é difícil encontrar um modo de viver com a EM (Fundação Schering Lusitana, 2004b).

O apoio do suporte social (família, amigos, médico, enfermeiro, psicólogo, associações de doentes, etc) é fundamental para ajudar a ultrapassar todas as dificuldades e na adaptação à doença (Fundação Schering Lusitana, 2004b).

A EM desenvolve-se de tantas formas diferentes e tem uma tal variedade de sintomas que poderia ser chamada de a doença das mil faces. Desde o momento em que aparecem os primeiros sintomas, o indivíduo encara muitos desafios emocionais, o primeiro deles sendo talvez a incerteza: Quais são as causas? O que despotela um surto? Que caminho tomará a doença? – são tudo questões sem resposta certa (Strittmater, 2004).

No entanto, apesar desta incerteza básica, o próprio diagnóstico poderá revelar-se, para muitos, como um alívio. Têm finalmente um nome para a sua sintomatologia. O diagnóstico confirma o seu sofrimento, não é apenas imaginação mas sim fruto de uma doença verificável e reconhecida, mas para a maioria o diagnóstico constitui também um grande choque (Strittmater, 2004).

O primeiro passo para a adaptação à nova situação é aceitar o diagnóstico, o que nem sempre é fácil, devido ao forte impacto psicológico que esta doença causa. Este é um processo complexo e com um “timing” próprio, em que até adaptar-se à sua doença o doente vai percorrer um conjunto de fases em que uns ultrapassarão mais depressa outros mais devagar, nem sempre pela mesma ordem, estas fases são (Fundação Schering Lusitana, 2004b; Sousa, 2006):

- Choque: Reacção inicial resultante do impacto de um diagnóstico de uma doença crónica, neste caso da EM; e questionam-se “porquê?” e “o que me vai acontecer?”.

- Negação: É tida como a mobilização de defesa contra a dolorosa realidade do indivíduo. Inicialmente não se aceita o facto de ter EM, seguindo o raciocínio “não deve ser, não pode ser” – protegem-se das emoções e de qualquer sentimento capaz de provocar dor, negando-os.

- Medo: O medo é um factor dominante, especialmente quando uma pessoa não sabe exactamente do que deve ter medo. O medo, no entanto, pode até afectar mais a qualidade de vida do que os sintomas da EM em si. O medo pode surgir repetidamente durante a doença, tendo de ser enfrentado vezes sem conta. Uma informação sólida e fundamentada acerca de EM, é de importância crucial nesta fase e pode ajudar a dissipar algum deste medo.

- Ansiedade: Entendida como uma reacção de pânico, resultante do reconhecimento da doença. O aconselhamento profissional assim como os grupos de apoio podem ser muito úteis para os doentes com EM lidarem com a ansiedade e stress decorrentes desta.

- Preocupação: A preocupação e a depressão são também comuns entre os doentes com EM. Enquanto que a preocupação é geralmente temporária, a depressão pode ser mais persistente e constante.

- Depressão. A depressão é mais frequente entre os indivíduos com EM do que na população em geral ou em outras doenças crónicas. Manifesta-se devido ao medo da incapacidade de ficar dependente dos outros, do futuro incerto e até o medo da morte.

- Raiva: Demonstração da amargura e ressentimento direccionado para si mesmo, frequentemente associados a sentimentos de culpa e auto-acusação.

- Hostilidade: Reacção relacionada a pessoas, tais como, amigos ou familiares, e ocorre quando o doente parece revoltado contra as limitações funcionais impostas pela doença, principalmente quando há aumento da cronicidade.

- Aceitação: Processo de equilíbrio emocional onde o doente ficou bem com a vida em relação à doença.

- Adaptação: Modificação de hábitos e comportamentos para uma melhor qualidade de vida.

A falta de prognóstico na EM, pode significar uma vida de preocupação e ansiedade sobre o futuro. É normal que estas emoções gerem tanta raiva como tristeza e medo. É também normal alguns ignorarem a EM nas suas vidas, enquanto outros procurarão saber mais sobre ela. Os recursos desenvolvidos dependem da experiência de vida e da personalidade de cada um. Enquanto uns têm a profunda crença de poder dominar qualquer crise; outros, geralmente, olham a vida de uma forma pessimista – estas posturas

fundamentais têm influência na qualidade de vida, na saúde e na gestão da doença (Strittmater, 2004).

Lidar significa aprender a viver com a incerteza que é característica da EM. Saber lidar de forma eficiente depende, em parte, de manter auto-confiança, em particular acreditar na capacidade de fazer frente aos desafios diários da EM (Strittmater, 2004).

Muitas vezes, o doente pode estar convivendo bem com a EM, já ultrapassou barreiras, até que um novo surto ocorre e muda fortemente o seu quadro sintomático o que, conseqüentemente vai exigir maior e novo ajuste à nova condição física e às perdas decorrentes: económicas, familiares, profissionais, sociais e psicológicas (auto-estima, auto-imagem, auto-confiança, liberdade, etc...) (Sousa, 2006).

Uma doença crónica, sobretudo se a sua evolução é variável e incerta como a EM, pode provocar sentimentos de ira e frustração; a perda progressiva de autonomia, que muitas vezes leva a modificar os projectos estabelecidos, constitui o aspecto mais frustrante da doença. De facto, a EM é um acontecimento anormal na história de um indivíduo e precisa da modificação permanente de seus próprios projectos com normas distintas das habituais, põe em perigo tanto a identidade psicofísica da pessoa como a sua vida e as suas relações. Portanto, as expectativas sobre o futuro frustam-se, há que fazer uma revisão profunda a tudo, o que exige do indivíduo a capacidade de adoptar novas estratégias de adaptação mediante um processo de transformação contínua e de flexibilidade permanente (Fundação Schering Lusitana, 2003c).

Também na EM podem surgir perturbações cognitivas e afectivas relacionadas tanto com factores orgânicos como psicológicos.

Entende-se por funções cognitivas as funções cerebrais de ordem superior (memória, razão, aprendizagem, etc); entende-se por aspectos afectivos os processos do ser humano implicados na relação do individuo consigo mesmo e com os outras (afectividade, personalidade, relações e competências sociais, etc). Em muitos casos, estes transtornos são os que criam maior ansiedade nos indivíduos com EM (Fundação Schering Lusitana, 2003c).

Os processos cognitivos são os que se desenvolvem no cérebro, através de uma complicadíssima rede de conexões neurais, de reacções bioquímicas e eléctricas, e que permitem a comunicação com o mundo exterior; o que nem sempre significa comportamentos externos manifestos.

As actividades cerebrais superiores possibilitam o processo de pensamento e, portanto, tudo o que se referir à capacidade de comunicação: analisar através dos diversos canais sensitivos as mensagens procedentes do mundo exterior, descodificá-las, interpretá-las e responde-las, pode parecer um processo muito esquemático mas, na realidade, são funções extremamente complexas (Fundação Schering Lusitana, 2003c).

As perturbações cognitivas podem produzir vários sintomas mais ou menos graves, conforme a amplitude das regiões cerebrais afectadas pelo processo patológico.

Apesar das lesões no cérebro poderem causar alterações cognitivas permanentes, existem muitos outros factores que podem interferir ou alterar a cognição de forma temporária tais como a depressão, o stress e a fadiga e outros sintomas causados por um surto ou pela própria doença (Fundação Schering Lusitana, 2005).

Estima-se que 60% das pessoas com EM apresentam problemas cognitivos ligeiros, e apenas 10% apresentam problemas cognitivos graves.

As alterações cognitivas variam muito de pessoa para pessoa, tal como os outros sintomas da EM. Os problemas mais comuns podem incluir dificuldades com a memória, com a aprendizagem, com a atenção, com a concentração, com a resolução de problemas e dificuldade para encontrar a palavra adequada para se expressar (fluência verbal). A percepção visual, velocidade de processamento, a planificação, a execução e a avaliação dos tarefas realizadas também podem tornar-se mais difíceis (Fundação Schering Lusitana, 2005; Sousa, 2005).

A EM pode provocar perturbações afectivas, por alterações orgânicas ou como resposta ao quadro psicológico complexo que comporta a doença. Estas perturbações são representadas principalmente pela depressão, pela euforia e ansiedade (Fundação Schering Lusitana, 2003c):

- Depressão – é o quadro psicopatológico mais frequente na EM e 30 a 40% dos indivíduos com EM são afectados por ela, os portadores de EM estão mais sujeitos a depressões, cerca de metade sofrem pelo menos um período de significativa depressão ao longo das suas vidas. As causas são incertas, pode tratar-se de um estado de funcionamento anormal do cérebro talvez despoletado por situações simultâneas de stress externo e de uma doença subjacente do cérebro. Na EM há vários e óbvios factores externos, tais como a dor e o impacto da doença na família, em casa, no trabalho e na situação financeira. Há também evidencia de disfunção cerebral, inclusivamente uma maior depressão em pessoas com placas de esclerose em pontos específicos do cérebro (Silber, 2004).

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

- Ansiedade – aparece em muitas ocasiões em que as dificuldades da vida quotidianas do doente manifestam um agravamento na doença, trazendo uma reacção de ansiedade diante da evolução incerta.

Do ponto de vista da terapêutica, os transtornos afectivos podem tratar-se de duas formas: psicoterapia e tratamento farmacológico.

Abordagem e Intervenção

Os objectivos e metodologia da Psicologia da Saúde vão no sentido de otimizar os recursos humanos e cognitivos do sujeito, a adopção de estratégias adequadas para superar a crise e o reforço de defesas eventualmente enfraquecidas (Teixeira & Leal, 1990). O que se pretende é que o sujeito possa lidar o melhor possível com a nova situação, para isso existem várias abordagens e intervenções que poderão ajudar tanto o paciente como os seus familiares na obtenção de informação, esclarecimento e orientação a respeito da EM, com intuito de proporcionar uma compreensão mais ampla e uma maior aceitação da doença. Dentro destas intervenções podemos encontrar as seguintes: 1) psicoeducação, 2) psicoterapia de apoio, 3) terapias cognitivo-comportamentais, 4) intervenção psiquiátrica e 5) reabilitação cognitiva (Sousa, 2006).

- 1) Psicoeducação – Na fase inicial de qualquer doença crónica, é fundamental que haja um momento de informação e orientação acerca da doença e do tratamento, bem como discutir e partilhar experiências. Neste momento psicoeducativo deverão ser abordados temas como: o que é a EM, reabilitação, aspectos psicológicos, abordagem familiar, aspectos sociais, jurídicos e qualidade de vida. Uma informação sobre a EM, as manifestações patológicas, a origem e a epidemiologia provoca vários problemas à pessoa que, de um dia para outro, tem que enfrentar a realidade da doença. Por exemplo, saber se a EM é hereditária ou contagiosa pode evitar que a pessoa afectada elabore fantasias

absolutamente falsas sobre o seu próprio destino e os demais. Portanto, é fundamental que esta abordagem dê a conhecer melhor a doença aos pacientes e cuidadores de modo a estes terem mais habilidades para lidar com as dificuldades inerentes à doença, além de modificar determinadas crenças e comportamentos inadequados.

- 2) Psicoterapia de Apoio – Esta psicoterapia pode ser feita em instituições, por equipas de saúde como resposta o mais realista possível às necessidades dos pacientes com patologia física crónica e mental, que visa ao seguintes objectivos: promover o melhor funcionamento psicológico possível, reforçando as capacidades do sujeito para lidar com os vários aspectos da sua vida e com adversidade; aumentar a auto-estima e tornar a pessoa mais consciente da realidade; prevenir eventuais recidivas; e, ainda, combater a dependência.
- 3) Terapias cognitivo-comportamentais – Integram técnicas comportamentais e cognitivas voltadas para a resolução de problemas na vida do indivíduo. Busca a mudança de pensamento e crenças do paciente com os objectivos de promover mudanças emocionais e comportamentos duradouros na sua auto-estima, auto-imagem, auto-confiança e motivação; restaurar o optimismo e a rede social, focando a qualidade de vida do doente. As crenças que temos do mundo, dos outros e de nós mesmos influenciam directamente o modo como pensamos as coisas, como nos sentimos e agimos nas situações. Por exemplo, é comum encontrar doentes com EM com dificuldade de equilíbrio, que por mais que sejam orientados para o uso da bengala, não aceitam este facto. Na psicoterapia podemos identificar qual a crença do doente em relação ao uso da bengala (ex.: “se eu usar bengala estarei a render-me à doença e os outros vão olhar-me como aleijado”). Estes pensamentos disfuncionais, por não se basearem em evidências (factos concretos) e baseiam-se em crenças pessoais, levam o doente a desenvolver insegurança, medo e comportamentos desadequados. Estas terapias tem demonstrado eficácia, com impacto psicológico positivo no processo de aceitação da EM e tratamento das alterações psíquicas associadas (ex.: depressões reactivas, perturbações ansiosas, perturbações obsessivo-compulsivas), favorecendo o processo de reabilitação como um todo e a melhoria da qualidade de vida.

- 4) Intervenção psiquiátrica – Diversos factores como as alterações biológicas cerebrais na EM, efeitos colaterais da medicação e o impacto psicológico podem contribuir para a alta prevalência de alterações mentais nos doentes com EM. E, assim, haver necessidade de uma ajuda psiquiátrica. Há que estar alerta, atentos e sensíveis para a possível necessidade de apoio psiquiátrico e sensibilizar o doente para cumprir o tratamento prescrito.
- 5) Reabilitação cognitiva – Os processos cognitivos são desenvolvidos ao nível cerebral e permitem a comunicação com o mundo exterior. As alterações cognitivas têm prevalência nos doentes com EM de cerca de 40% a 60%. Habitualmente as funções afectadas são a memória, a atenção, a concentração, a velocidade de processamento de informação, a resolução de problemas e a fluência verbal (Rao, 1991). Quando estas alterações afectam estes doentes com muita frequência é preciso desenvolver estratégias compensatórias que permitam continuar com a vida de forma mais efectiva. Deste modo, a reabilitação cognitiva consiste no treino das funções cognitivas propondo novas estratégias de modo a que haja uma melhoria da auto-estima, motivação e da qualidade de vida (Jonsson et al, 1993).

Portanto, a psicoterapia nas suas diferentes abordagens poderá ser útil para avaliar e intervir nas necessidades e recursos psicológicos do doente com EM e dos membros da sua família. E, assim, proporcionar e oferecer um espaço que facilite a discussão da informação acerca da doença; facilitar a expressão dos sentimentos dos doentes e familiares; facilitar a discussão das mútuas expectativas, partilhar estratégias de *coping*, entre outras.

Deste modo, a equipa terapêutica constituída por psicólogos, psiquiatras, técnicas de serviço social, terapeutas ocupacionais, procuram através do processo terapêutico levar o paciente a resgatar os vários aspectos de vida quotidiana afectados pela doença. Alguns destes aspectos importantes são: realização de exercício, o acompanhamento periódico ao neurologista, não deixar de realizar os seus desejos, como ir ao shopping, parques, teatro, cinema, exposição de arte, reuniões sociais, entre outras actividades – isto é despertar o doente para o real significado da vida, voltar a descobrir a vontade de viver e de ter qualidade de vida (Sousa, 2006).

Sendo a EM uma doença que surge no início da vida adulta, numa fase em que as expectativas e responsabilidades são maiores, tem pouca repercussão sobre a longevidade mas, pelo contrário, tem um grande impacto na família, no trabalho e na vida social, neste sentido, o objectivo médico e o objectivo social devem estar unidos num todo coerente e ininterrupto visando sempre melhorar a qualidade de vida dos doentes (Equipa de Reabilitação da SPEM, 2005).

Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla

A Esclerose Múltipla é uma doença crónica, em que a cura ainda não é possível e a morte é remota, pelo que, os objectivos dos cuidados de saúde estão cada vez mais direccionados no melhoramento da qualidade de vida (Lankhorst et al., 1996).

A valorização da QDV nos tratamentos da EM permite-nos determinar repercussões individuais do tratamento em diferentes níveis de acção (específico, sintomático e reabilitador). Assim, questionar a QDV pode servir para comparar diversos tratamentos, permitindo otimizar de forma adequada o equilíbrio entre o risco e o benefício, assim como a sua possível relação com o custo da doença (Murphy, Confavreux, Haas, Koning, Roullet & Sailer, 1998).

A melhoria de variáveis clínicas como, por exemplo, alterações cognitivas devem influenciar de forma positiva os diferentes factores que configuram conceptualmente a QDV na EM (Rothwell, 1998).

O tratamento sintomático (ex.: farmacológico – interferão) pode influenciar decisivamente o controlo de factores físicos e psicológicos. Por sua vez o tratamento reabilitador pode favorecer a remissão de sintomas, contribuir para a redução de intensidade de alguns défices, facilitar a recuperação funcional das capacidades físicas e promover a melhoria de menos valias mediante diversos meios técnicos. Assim, este tipo de tratamento reabilitador pode contribuir para a melhoria de factores físicos, psicológicos e sociais dos pacientes com EM e melhorar a sua QDV (Fábio, Choi, Soderberg & Hansen, 1997).

O tratamento pode modificar negativamente alguns aspectos da QDV dos pacientes, estas modificações podem-se enquadrar nos efeitos imediatos adversos e tardios dos fármacos (Hernández, 2000). Os fármacos podem também influenciar de forma negativa aspectos relacionados com as alterações psicológicas; nomeadamente, podem despoletar um aumento de depressões, suicídios e, em certas circunstâncias, podem causar ligeiros transtornos de ansiedade (INF-b Multiple Sclerosis Study Group, 1993; Jacobs et al., 1996; PRIMIS, 1998).

Portanto, determinados tratamentos podem limitar a autonomia laboral e pessoal do doente, condicionando restrições de horários de trabalho, mudanças de condições profissionais, diminuição do tempo de férias e necessidade de dispor de meios de conservação de medicamentos. Assim sendo, alguns aspectos farmacológicos podem influenciar determinados domínios da qualidade de vida. Entre eles podemos referir os seguintes: forma de administração, frequência de administração, grau de autonomia na administração, meios de conservação e transporte, administração na hospitalização, necessidade de controlos analíticos ou explorações complementares no seguimento (Hernández, 2000).

A frequência da administração dos tratamentos prolongados podem levar à aparição de efeitos secundários, maior intolerância, incumprimento e abandono do tratamento.

O grau de autonomia de um tratamento refere-se à capacidade do paciente poder auto administrar os fármacos sem necessidade de outros, por vezes, a necessidade de hospitalizações podem contribuir para limitar periodicamente a QDV do paciente (Hernández, 2000).

Andrés e Guillem (2000), referem que a percepção subjectiva ou impacto emocional da doença e os transtornos que daí advém aparecem em 80% dos casos, mas apenas 7% são considerados graves. As alterações emocionais na EM surgem frequentemente aquando do diagnóstico pela incerteza do futuro e posteriormente pela incapacidade e transtornos subjectivos como a dor e a fadiga que são percebidos pelos pacientes de forma diferente dos sintomas físicos (Sadovnik, Remick, Allen, Swartz & Yee, 1996).

A fadiga é um dos sintomas mais comuns e incapacitantes sintomas da EM e tem sido reportado em 53-90% dos pacientes (Krupp et al., 1989; Fisk et al., 1994; Colosima et al., 1995; Bergamaschi et al., 1997; Bakshi et al., 2000). No entanto, o impacto da fadiga, bem como da depressão na QDV dos doentes com EM ainda não está claramente definida. Neste sentido, Janardhan & Bakshi (2002), ao estudarem esta correlação, verificaram que a fadiga e a depressão são preditores independentes da diminuição da QDV na EM. Também Amato e colaboradores (2001) demonstraram que a depressão e a fadiga eram determinantes da QDV, mesmo em relação à saúde física. Estudos anteriores, mostraram que pacientes com EM progressiva tinham baixas pontuações na QDV quando comparados com pacientes com EM recidivante-remistente (Janardhan & Bakshi, 2000) e que a incapacidade estava relacionada com a diminuição da QDV.

É importante ter em conta, que a doença, o desemprego, a dependência familiar e interferência nas actividades sociais induzem a uma disfunção do estilo de vida prévio, o que implica possivelmente transtornos emocionais, que devem ser reconhecidos, tidos em consideração e serem tratados (Andrés & Guillem, 2000).

A EM provoca uma disfunção no ritmo de vida de cada família, pois, se o doente tiver necessidade de redefinir o seu dia a dia face às suas limitações e contexto, então, a família terá igualmente de se redefinir (Kalb, 2002).

Em relação ao estado civil na doença, no estudo de Andrés & Guillem (2000), verificou-se que 71% estavam casados, 8,3% separados e divorciados, sem relação com a incapacidade. Enquanto que, Solari e colaboradores (1999), encontraram muitos solteiros, divorciados e viúvos com melhores pontuações de QDV que os casados. Hammond e colaboradores (1996), encontraram separações e divórcios relacionados com a incapacidade, por factores económicos, religiosos e culturais. Uma conclusão geral a todas as investigações é que a incapacidade física condiciona os problemas laborais, relações sociais e a dependência familiar (Murphy et al., 1998; Andrés & Guillem, 2000).

Qualquer tratamento que diminua a actividade ou retarde a progressão da doença e melhore a dimensão física, social e emocional ajudaria a QDV do doente. Definir factores de prognóstico da progressão da doença é de grande importância no aconselhamento a pacientes com EM, assim como definir critérios de diversas formas de tratamento e intervenções de reabilitação bem como no plano de cuidados. Tal conhecimento é fundamental para o desenho e interpretação da experiência clínica (Nortvedt, Riise, Myhr & Nyland, 2000).

Nos ensaios de tratamento da EM, a atenção está centrada habitualmente em preditores físicos e resultados. Nortvedt, Riise, Myhr e Nyland (2000), reforçaram a importância da avaliação da QDV na apreciação dos efeitos do tratamento. Visto aumentar a precisão das estimativas dos efeitos dos ensaios e estabelecer uma linha de QDV que poderá ser útil em estratificar o risco e decisões antes de iniciarem o tratamento. Estes autores encontraram ainda uma associação entre baixa saúde mental e um aumento da incapacidade.

Assim, para além do dano/prejuízo neurológico, medir a qualidade de vida nos portadores de EM tornou-se uma prioridade, visto a concepção de QDV comportar domínios importantes como por exemplo, bem-estar, função social e psicológica, que não estão directamente relacionados com o dano neurológico, mas têm repercussões importantes na saúde global do indivíduo (Rothwell, 1998).

Estudos como os de Murphy e colaboradores (1998) e Rothwell e colaboradores (1997), têm demonstrado que estes domínios são substancialmente diminuídos em pacientes com EM em comparação com os controles, mas, estas alterações estão pouco correlacionadas com o dano neurológico e incapacidade (Kurtzke, 1983).

No entanto, é consensual que a incapacidade tem um grande impacto na QDV.

Esta discordância é consequência, das muitas falhas reconhecidas em escalas de incapacidade, como por exemplo a EDSS (Expanded Disability Status Scale), cujo maior erro é provavelmente ser centrada na sua maioria em funções motoras, não tendo em conta sintomas como défices visuais e incontinência urinária que têm um sério impacto na QDV dos doentes, nomeadamente na EM (Polman & Lankhorst, 1993).

Portanto, a QDV está significativamente diminuída em pacientes com EM em comparação com a população geral.

As primeiras avaliações paralelas de incapacidade e do seu impacto começaram por Stensman (1985). Entretanto, outros estudos (Vickrey et al., 1995; Nortvedt et al., 1999; Pfenning et al., 1999a; Modrego et al., 2001; O'Connor et al., 2001) tentaram correlacionar a incapacidade neurológica avançada com a diminuição da QDV dos doentes com EM e verificaram que a incapacidade neurológica avançada é só uma parte da explicação dessa diminuição, havendo outros factores que também desempenham um papel importante na QDV do paciente interferindo nesta (Janardhan & Bakshi, 2002).

Não existe uma definição definida e geralmente aceites de QDV, mas há aspectos que são consensualmente incluídos, tais como, aspectos de saúde física, psíquica e social (Haan, Aaronson et al., 1993; Lankhorst, 1989).

A maioria dos doentes com EM vivem mais de metade da sua vida com a doença e muitos deles seguem um tratamento tanto específico como sintomático. Uma vez diagnosticado, de certa maneira, os doentes têm que continuar a viver, e a forma como encaram o facto determinará em grande medida a sua QDV. Desde o início da doença, a QDV dos doentes é afectada, e em alguns aspectos podem ser também afectados pelo tratamento tanto positiva como negativamente. No entanto, têm-se valorizado poucas vezes outros problemas relacionados com a QDV como a capacidade de autonomia, independência física e psíquica, condução de veículos, sexualidade ou capacidade laboral (Hernández, 2000).

Hernández (2000), refere que a EM pode influenciar aspectos da QDV de um paciente que podem ser categorizados em três níveis: 1) Factores Físicos: alterações motoras, fadiga,

alterações sexuais e urinárias, transtornos visuais, alterações sensitivas e dor; 2) Factores Psicológicos: transtorno de ansiedade, depressão, alterações e perda de funções cognitivas, atitude face à doença; 3) Factores Sociais: perda ou modificação laboral, mudanças de amizade, perda de hábitos, alterações sociais e familiares, número de filhos, entre outros.

Todos estes factores influenciam a QDV dos pacientes com EM de forma variável dependendo das condições individuais e sociais e contribuem para a aparição de menos valia (sintomas clínicos devido a lesões do SN), incapacidade (limitações devido a alterações neurológicas) e impedimentos (efeitos sociais e ambientais da incapacidade) (WHO, 1980).

Avaliar a QDV é importante para resultados de investigação e para avaliações clínicas, em que as necessidades dos pacientes têm de ser identificadas e traduzidas em intervenções de cuidados de saúde.

Medir a QDV é focar mais atenção nos pacientes com EM como um todo em vez de focar somente a atenção em problemas físicos, o que serve de indicador alternativo do impacto da doença na vida do paciente; o que é muito importante, pois muitas vezes os profissionais de saúde subestimam a dificuldade que os doentes têm em executar as tarefas do dia-a-dia e actividades sociais (Nortvedt, Riise, Myhr & Nyland, 1999). Ware & Sherboyrne (1992) ao compararem o grau de incapacidade (EDSS) relacionando-o com os valores da QDV (SF-36), verificaram que os pacientes apresentam com frequência problemas de saúde, tais como dor corporal e baixa vitalidade. As medidas de QDV avaliam, além da incapacidade funcional do doente, outros aspectos (ex.: dor) muito importantes especialmente na decisão de tratamento da EM e quando avaliam intervenções.

Pode-se concluir, que a EM tem uma influência evidente na QDV dos pacientes, tendo em conta que uma situação de severidade funcional pode ser acompanhada por uma diminuição da QDV; nomeadamente, estudos (Solari, 2005; Pfenning et al., 1999b; Canadian...,1998) revelam que resultados de pacientes com EM referentes à QDV são consistentemente mais baixos, em todas as dimensões, que as do grupo de controlo. Apesar de algumas diferenças pontuais entre si, todos estes estudos mostram que os domínios de função física apresentam maior prejuízo que os domínios psicossociais.

Portanto, o impacto negativo causado pela EM pode ser consequência de vários factores, dentre os quais a incapacidade causada pela doença seria apenas um deles. Pois, o facto de se descobrir portador de uma doença neurológica crónica, evolutiva, de curso imprevisível,

gradualmente incapacitante e até mesmo sem cura, pode repercutir de forma contundente na vida dos pacientes, mesmo nas fases iniciais (Janssens et al., 2003) de menor incapacidade.

É neste contexto, que surge este trabalho, que consiste em “Determinar o impacto da Esclerose Múltipla na qualidade de vida relacionada à saúde de seus portadores” por meio do instrumento genérico o SF-36.

PARTE II

Metodologia

Objectivo

O propósito do presente trabalho é caracterizar a qualidade de vida do doente com Esclerose Múltipla e identificar factores que a influenciam de modo a prestar melhores cuidados de saúde a estes doentes.

Tipo de Estudo

De forma a atingirmos o nosso objectivo, adoptamos um estudo do tipo não experimental, mas descritivo - na medida em que, observamos, registamos, analisamos, correlacionamos e comparamos variáveis sem as manipular.

Portanto, a análise das características dos indivíduos e as relações das mesmas decorrentes estão na base deste estudo descritivo que é também transversal, porque foi realizado apenas num único momento através de um método quantitativo.

Variáveis

Tendo em conta o objectivo deste trabalho e as características dos sujeitos participantes, as variáveis definidas foram: como variável dependente consideramos a qualidade de vida do doente com Esclerose Múltipla; e como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil e ainda o tempo de diagnóstico.

Hipóteses e Questão de Investigação

Após a revisão de literatura e tendo em conta os objectivos deste trabalho, as **hipóteses** formuladas neste estudo, são as seguintes:

H1: Os doentes com EM tem pior QDV que a população normal.

H2: A QDV dos doentes com EM está mais prejudicada ao nível físico que ao nível psicossocial

H3: A QDV dos doentes com EM é diferente em função do sexo.

H4: A QDV dos doentes com EM é diferente em função do estado civil.

H5: Há relação entre a QDV dos doentes com EM e a idade.

H6: A QDV dos doentes com EM é diferente em função do tempo decorrido após o diagnóstico.

Portanto, a **questão** geral:

Como se caracteriza a QDV dos doentes com EM e que factores a influenciam?

Amostra

Este estudo é composto por uma amostra de 30 indivíduos: 9 (20%) do sexo masculino e 21 (80%) do sexo feminino; cujas idades estão compreendidas entre os 24 e os 62 anos, com uma média de 44,2 anos e desvio padrão de 11,1 e, ainda, uma mediana de 46,5 anos.

Relativamente ao estado civil foram inquiridos 15 indivíduos casados ou em união-de-facto, correspondendo a 50% da amostra, os restantes: 7 eram divorciados, outros 7 eram solteiros e 1 viúvo.

No que respeita ao tempo de diagnóstico foram observados indivíduos com diagnóstico entre os 6 meses e os 20 anos. O tempo médio desde o diagnóstico foi de 7 anos com um desvio padrão de 5,6 anos. A mediana do tempo desde o diagnóstico foi de 5,75 anos.

Os participantes que constituem a amostra deste estudo são doentes das consultas de neurologia, do Hospital de São Bernardo (Setúbal) e foram seleccionados pelo critério diagnóstico de Esclerose Múltipla pelo médico neurologista Dr. Paulo Fontoura.

Quadro B: Características Sócio-Demográficas da amostra

Variáveis Sócio-Demográficas		N	%	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade	entre os 24 e os 62 anos	30	100%	44,2 anos	46,5 anos	11,1 anos
Sexo	Masculino	9	20%			
	Feminino	21	80%			
Estado Civil	Casado ou união-de-facto	15	50%			
	Divorciado	7	23,3%			
	Solteiro	7	23,3%			
	Viúvo	1	3,3%			
Tempo de Diagnóstico	entre os 6 meses e os 20 anos	30	100%	7 anos	5,75 anos	5,6 anos

Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste trabalho, foram: 1) questionário sócio-demográfico e o 2) questionário de estado de saúde (SF-36) – para o estudo da QDV dos participantes portadores de EM em função das suas características sócio-demográficas avaliadas.

1) *Questionário Sócio-Demográfico:*

Este questionário é constituído por questões que ajudam na caracterização dos participantes, que fazem parte da amostra.

Neste questionário são questionadas questões sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil e uma questão relacionada com o tempo de diagnóstico da doença.

2) *Questionário de Estado de Saúde (SF-36):*

SF-36 é uma das escalas mais utilizadas para medir a QDV na saúde em geral!

Este questionário de QDV foi constituído com base no SF-36 Health Survey, é pois a sua forma abreviada, que por sua vez foi desenvolvido durante o Medical Outcomes Study (MOS) por Ware e seus colaboradores, investigadores da Rand Corporation nos EUA, na década de 80.

O SF-36 mede conceitos gerais de saúde relevantes, de acordo com a idade, tipo de doença e grupos de tratamento dos sujeitos em estudo; foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos como: prática clínica, investigação, estudos de população em geral e avaliação de políticas de saúde. Ele fornece uma forma compreensiva, psicometricamente válida e eficiente de medir a saúde do ponto de vista dos pacientes, através de respostas standartizadas a questões standartizadas, de forma breve e abrangente. O SF-36, pode aplicar-se por auto-administração, administração por telefone, ou face a face numa entrevista com o sujeito que terá de ter 14 anos ou mais (Ferreira, 2000).

O formato final do SF-36, resultou num questionário de trinta e seis (36) itens, dos quais trinta e cinco (35) se distribuem por oito sub-escalas, que representam oito dos conceitos mais importantes em saúde, detectando quer aspectos positivos, quer aspectos negativos; agrupados em duas componentes: componente física e componente mental – em que cada componente

integra quatro desses conceito. O outro item que perfaz os 36 corresponde a uma questão sobre a variação da saúde no geral.

As oito dimensões do SF-36 agrupam-se nas componentes física e mental da seguinte forma:

Componente Física

- 1) Função física – avalia as limitações, causadas pela saúde física, que interferem na execução das actividades da vida diária e que requerem maior ou menor esforço dispendido, tais como: cuidados de higiene e conforto, andar, subir escadas, levantar e ou carregar pesos, ajoelhar, inclinar e baixar. Esta dimensão é avaliada nos itens 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i e 3j.
- 2) Desempenho físico – avalia a limitação causada pela saúde física, que interfere na execução das actividades de vida diária ou trabalho em termos de quantidade, duração e dificuldade de realizar tarefas. Esta dimensão é avaliada nos itens 4a, 4b, 4c e 4d.
- 3) Saúde em geral – avalia a percepção holística que o indivíduo tem da sua saúde, onde se inclui a saúde actual, a resistência à doença e a aparência saudável, assim como a sua condição de saúde em relação aos outros. Esta dimensão é avaliada nos itens 1, 11a, 11b, 11c e 11d.
- 4) Dor física – avalia o desconforto e a intensidade causada pela dor e de que forma interfere com as actividades normais. Esta dimensão é avaliada nos itens 7 e 8.

Componente Mental

- 5) Saúde mental – avalia as quatro dimensões mais importantes de saúde mental em geral: ansiedade, depressão, controlo emocional e comportamental e ainda o bem-estar psicológico. Esta dimensão é avaliada nos itens 9b, 9c, 9d, 9f e 9h.
- 6) Desempenho emocional – avalia as limitações causadas pelos problemas emocionais em relação ao tipo e quantidade de trabalho executado, inclui a limitação nas tarefas quotidianas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade em

realizar tarefas (à semelhança da sub-escala de desempenho físico). Esta dimensão é avaliada nos itens 5a, 5b e 5c.

- 7) Função social – avalia a qualidade e quantidade das actividades sociais e o impacto que os problemas físicos ou emocionais têm nessas actividades. Esta dimensão é avaliada nos itens 6 e 10.
- 8) Vitalidade – avalia os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar. Esta dimensão é avaliada nos itens 9a, 9e, 9g e 9i.

Mudança do estado de saúde – não constitui por si só uma dimensão, informa em geral, com base na experiência previamente vivida, o grau de mudança em geral da sua saúde no último ano, comparando a saúde actual e a saúde anterior, de há um ano atrás. É avaliada no item 2.

Portanto, funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e percepção geral de saúde equivalem às dimensões com correlação mais forte com a componente físico; enquanto que vitalidade, saúde mental, funcionamento social e desempenho emocional integram a componente mental. É de realçar que as dimensões vitalidade e percepção geral de saúde manifestam uma relação moderada com ambas as componentes, físico e mental (Ribeiro, 2005b).

Os resultados obtidos distribuem-se por uma escala de zero a cem, na interpretação dos resultados, quanto mais elevado for o score (resultado), melhor qualidade de vida ou estado de saúde terá na dimensão observada.

Esta escala foi aferida à população portuguesa, pelo grupo da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, coordenado por Ferreira (2000), sendo a versão portuguesa da escala reconhecida pelo *Medical Outcome Trust* (MOT). Quanto às taxas de consistência interna e validade são de grande êxito por todos os itens da versão portuguesa.

Para Ferreira (2000), o SF-36 é “considerado uma medida genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um.”

Procedimento

O procedimento foi dividido em três momentos:

Num primeiro momento, foi feito um pedido formal de autorização para recolha de dados à qualidade de vida dos doentes participantes com Esclerose Múltipla, o qual foi dirigido ao chefe do serviço de neurologia do Hospital de São Bernardo (Setúbal) o Dr. Paulo Fontoura.

Num segundo momento, procedeu-se à recolha de dados através da aplicação dos instrumentos junto dos pacientes diagnosticados com Esclerose Múltipla, pelo neurologista do serviço, o Dr. Paulo Fontoura. No início foi feita uma breve explicação sobre o objectivo do estudo aos doentes da amostra, momento que foi aproveitado também para garantir o anonimato e a confidencialidade. Após a obtenção do consentimento (Anexo 1) do indivíduo para fazer parte integrante da amostra, foram aplicados os respectivos instrumentos pela referida ordem: Questionário de dados demográficos (Anexo 2) e SF-36 (Anexo 3). A recolha de dados da amostra deu-se entre 15 de Maio e 6 de Junho de 2008.

Por fim, num terceiro e último momento, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados obtidos (Anexo 4), através de um programa de computador, o SPSS (Statistical Package for Social Sciences); e, posteriormente, desenvolveu-se a análise estatística dos dados, que originaram os resultados apresentados, dos quais retiramos as conclusões inerentes a este estudo.

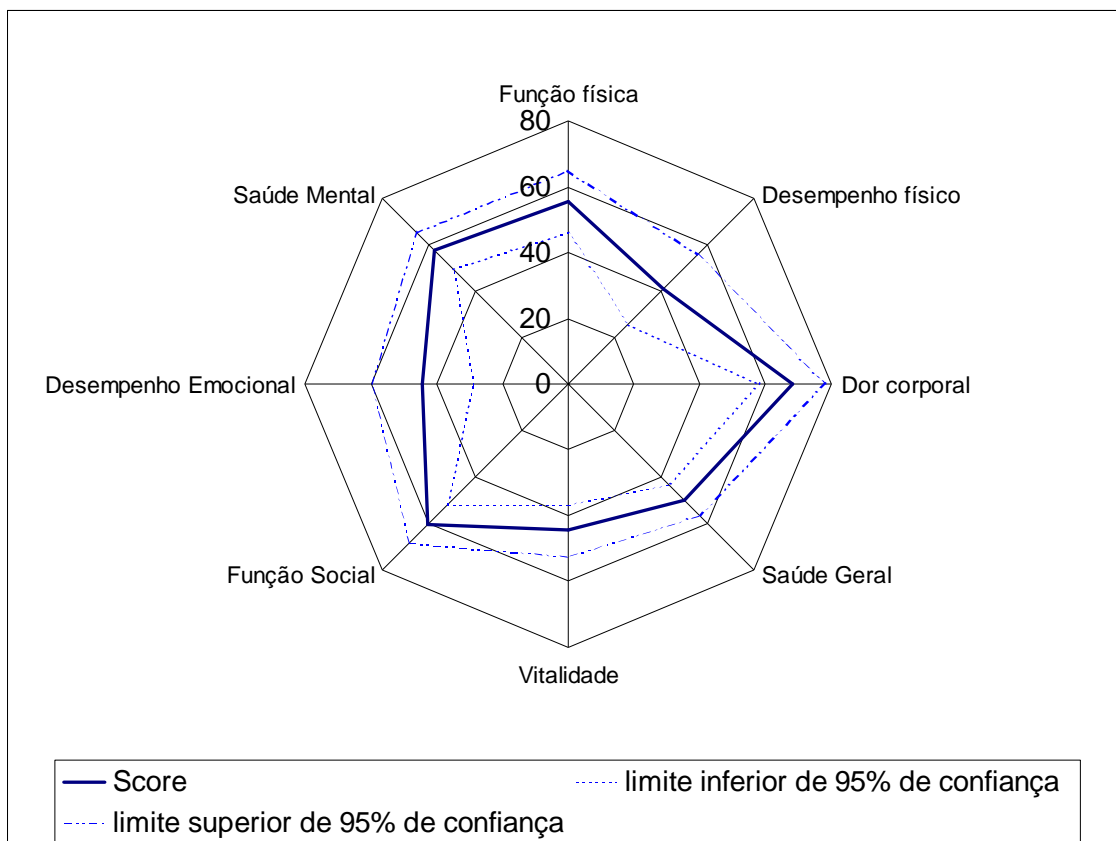
Apresentação e Análise dos Resultados

A qualidade de vida foi avaliada, através da utilização do instrumento SF-36, no total dos elementos da amostra, tendo em conta as suas diferentes dimensões e as variáveis demográficas (sexo, estado civil, idade e tempo de diagnóstico).

1 – Avaliação da qualidade de vida no total dos elementos da amostra:

No Gráfico 1 e Quadro 1 estão descritos os resultados de QDV representados através dos oito conceitos mais importantes em saúde, obtidos através do SF-36, da nossa amostra de portadores de EM.

GRÁFICO 1: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra global



QUADRO 1 A: Estatística relativa SF-36. Amostra global

Domínio	Média	Desvio Padrão
Função física	55,5	26,57
Desempenho físico	40,8	41,77
Dor corporal	68,3	27,84
Saúde Geral	49,9	18,38
Vitalidade	44,5	22,22
Função Social	60,0	23,07
Desempenho Emocional	44,4	43,18
Saúde Mental	57,3	22,04
Mudança de saúde	47,5	28,12

Observando o Gráfico 1 e o Quadro 1, verificamos para a amostra geral a existência de scores inferiores a 50 (num total máximo de 100) nas dimensões: Desempenho Físico (40,8), Desempenho Emocional (44,4) e Vitalidade (44,5).

Seguidamente, temos a Saúde Geral (49,9), Função física (55,5) e Saúde Mental (57,3) com valores intermédios e os valores mais elevados nesta amostra referem-se à Função Social (60,0) e Dor corporal (68,3).

Ribeiro (2005b) desenvolveu um estudo, utilizando o SF-36, sobre a qualidade de vida da população portuguesa. Adoptaremos os valores encontrados (Quadro 1 B) na amostra do referido estudo, como representativos da população portuguesa, com o objectivo de a comparar com a nossa amostra de portadores de EM.

QUADRO 1 B: Estatística relativa SF-36. População Portuguesa (adoptado Ribeiro, 2005)

Domínio	Média	Desvio Padrão
Função física	80,87	26,20
Desempenho físico	76,61	35,89
Dor corporal	71,25	25,69
Saúde Geral	63,72	21,43
Vitalidade	58,76	20,75
Função Social	74,05	24,49
Desempenho Emocional	68,84	38,1
Saúde Mental	66,21	20,53

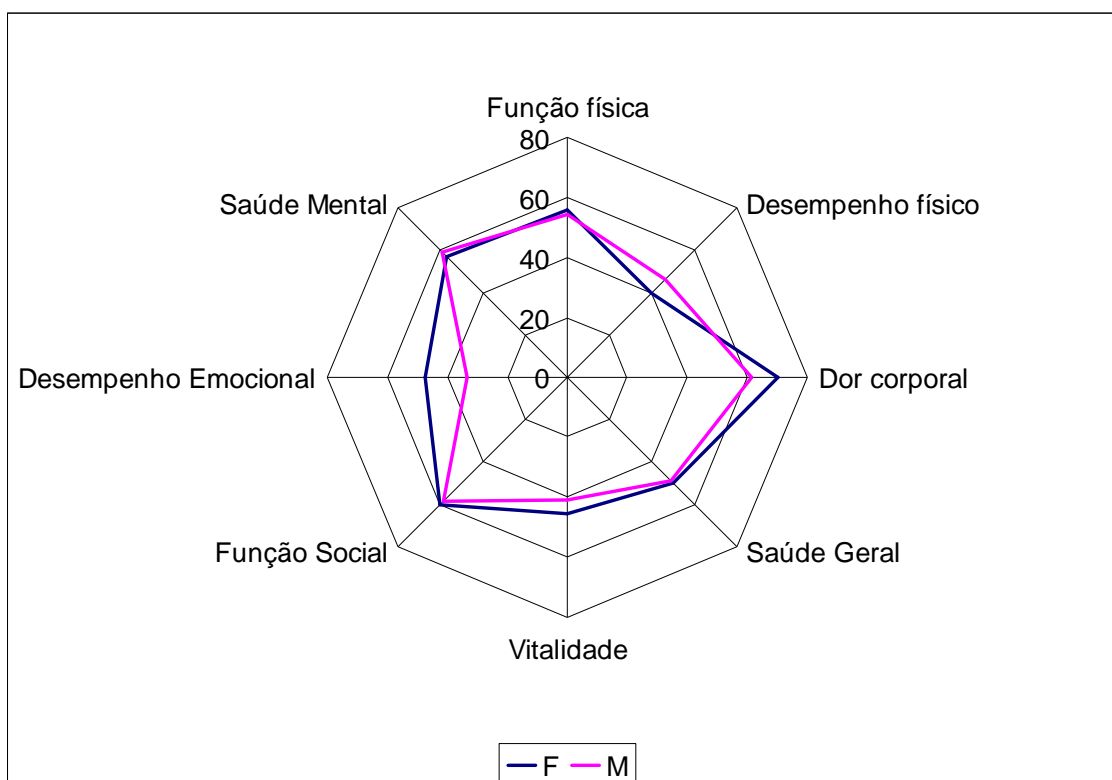
Ao compararmos as duas amostras (doentes EM versus População Portuguesa), verificamos que a QDV dos doentes com EM tem níveis mais baixos em todas as dimensões do SF-36.

Observando os resultados das amostras, é saliente, que as diferenças entre as dimensões da componente física são superiores aos das dimensões da componente mental.

2 – Avaliação da qualidade de vida por género:

No Gráfico 2 e Quadro 2 estão registados os valores referentes à avaliação da QDV (SF-36) respeitantes aos homens (masculino – M) e mulheres (feminino – F), que integram a amostra

GRÁFICO 2: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra por género



QUADRO 2: Estatística relativa SF-36. Amostra por género

Sexo		Média	Devio Padrão	n	p *	p**	p***
Função física	F	55,8	26,69	24	0,893	0,885	0,940
	M	54,2	28,53	6			
Desempenho físico	F	39,6	42,30	24	0,749	0,964	0,820
	M	45,8	43,06	6			
Dor corporal	F	70,0	28,65	24	0,515	0,246	0,527
	M	61,5	25,49	6			
Saúde Geral	F	50,1	18,73	24	0,883	0,875	1,000
	M	48,8	18,55	6			
Vitalidade	F	45,4	23,91	24	0,659	0,194	0,667
	M	40,8	14,63	6			
Função Social	F	60,4	24,36	24	0,847	0,547	0,781
	M	58,3	18,82	6			
Desempenho Emocional	F	47,2	44,95	24	0,491	0,238	0,462
	M	33,3	36,51	6			
Saúde Mental	F	57,0	24,47	24	0,781	0,036	0,820
	M	58,7	7,87	6			
Mudança de saúde	F	47,9	30,32	24	0,874	0,242	0,940
	M	45,8	18,82	6			

* Teste t para a comparação das médias

** Teste de Levene para a comparação das variância

*** Teste de Mann-Whitney

Tendo em conta a estatística, não existem diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os dois subgrupos – mulheres e homens – no que respeita aos diferentes domínios da escala SF-36.

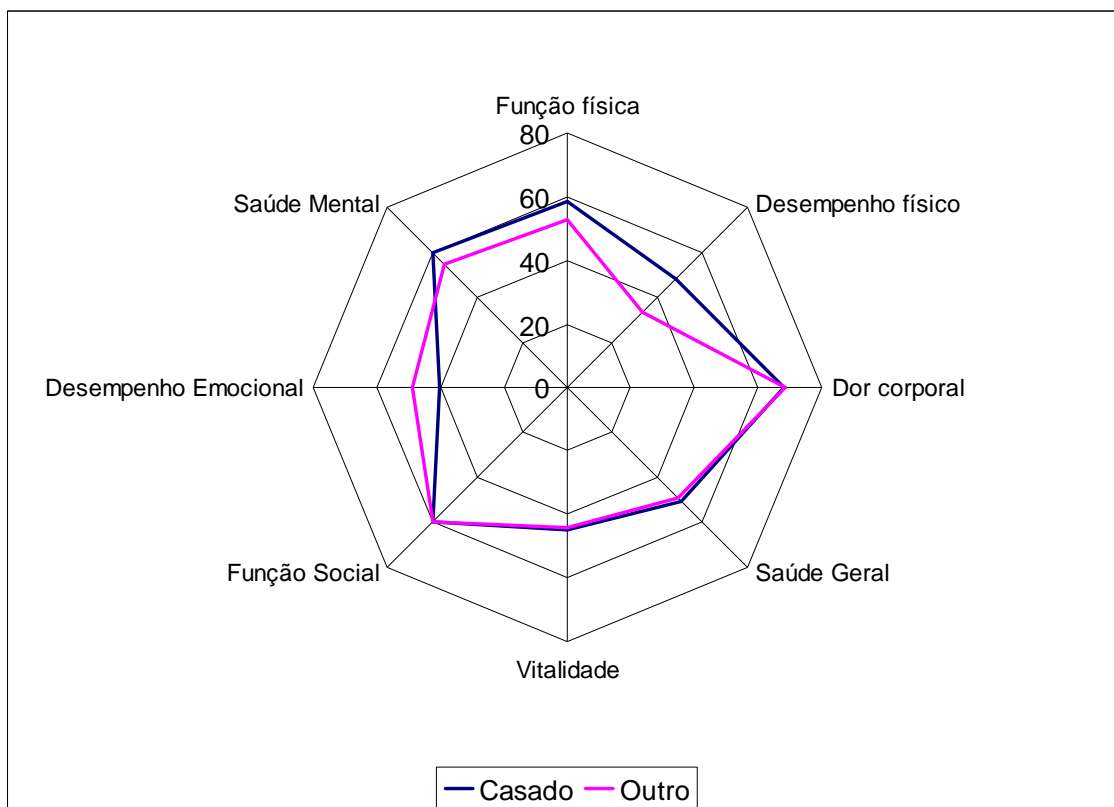
No entanto, observando os perfis F e M é notável que o score mais baixo feminino é o Desempenho Físico enquanto que o score mais baixo masculino é o Desempenho Emocional, o que representa uma diferença entre os sexos.

Nos restantes domínios os perfis F e M tem scores coincidentes, à excepção da Dor Corporal cujo bem-estar nesse domínio é percebido pelas mulheres de forma mais positiva que os homens; sendo também o score mais elevado para os dois subgrupos.

3 – Avaliação da qualidade de vida por estado civil:

Dividimos a nossa amostra em função do estado civil em dois grupos: um é constituído pelos sujeitos casados e em união-de-facto, correspondendo ao designado grupo casado; o segundo integra os sujeitos divorciados, solteiros e viúvos e é designado por grupo outro. Através do Gráfico 3 e do Quadro 3, podemos fazer uma análise da nossa amostra de sujeitos com EM, tendo em conta o estado civil.

GRÁFICO 3: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra por estado civil



QUADRO 3: Estatística relativa SF-36. Amostra por estado civil

<i>Estado civil</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>n</i>	<i>p *</i>	<i>p**</i>	<i>p***</i>
Função física	Casado	58,3	29,13	15	0,568	0,125	0,294
	Outro	52,7	24,41	15			
Desempenho físico	Casado	48,3	42,75	15	0,334	0,787	0,224
	Outro	33,3	40,82	15			
Dor corporal	Casado	68,0	31,59	15	0,959	0,015	0,984
	Outro	68,5	24,63	15			
Saúde Geral	Casado	50,6	18,72	15	0,828	0,655	0,423
	Outro	49,1	18,65	15			
Vitalidade	Casado	45,0	24,05	15	0,904	0,555	0,142
	Outro	44,0	21,06	15			
Função Social	Casado	60,0	22,76	15	1,000	0,739	0,377
	Outro	60,0	24,18	15			
Desempenho Emocional	Casado	40,0	47,48	15	0,582	0,131	0,759
	Outro	48,9	39,57	15			
Saúde Mental	Casado	59,7	18,36	15	0,560	0,321	0,448
	Outro	54,9	25,63	15			
Mudança de saúde	Casado	41,7	24,40	15	0,263	0,412	0,448
	Outro	53,3	31,15	15			

* Teste t para a comparação das médias

** Teste de Levene para a comparação das variância

*** Teste de Mann-Whitney

Analisando os dados desta variável não se observam diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) entre indivíduos casados e não casados.

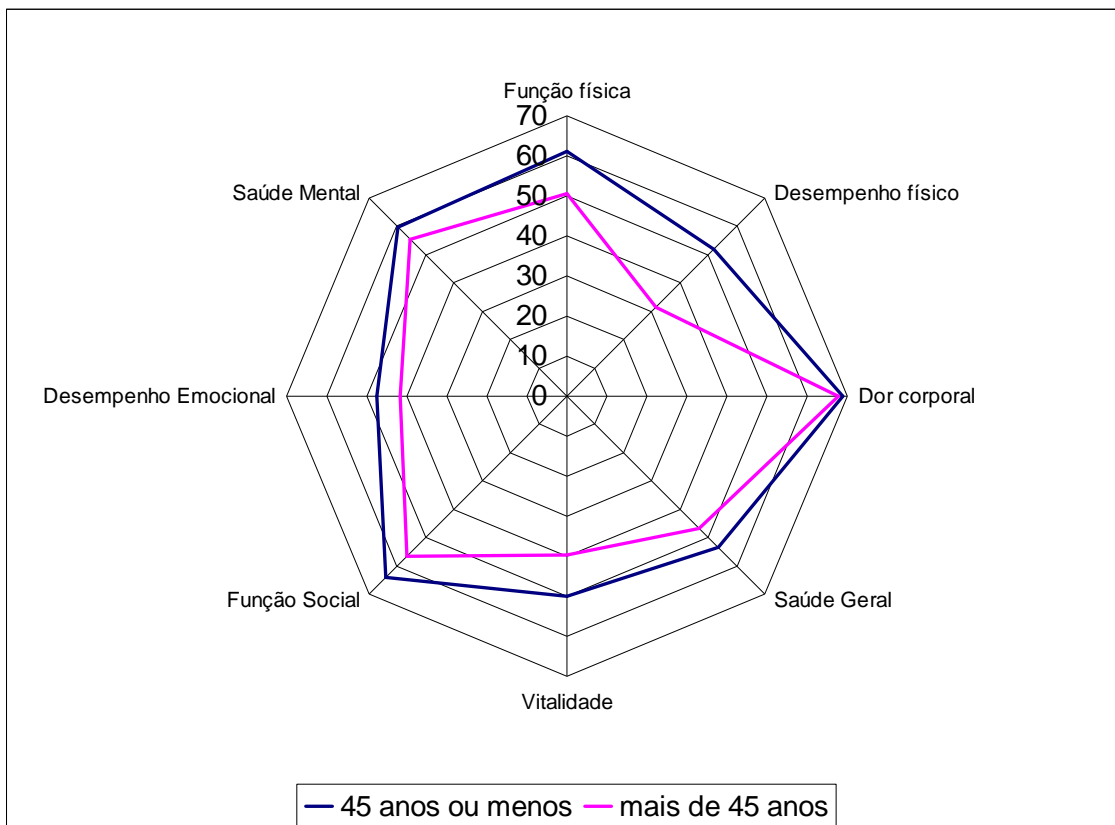
No entanto, os indivíduos casados pareceram ter melhores scores de saúde mental, função física e desempenho físico, tendo apenas uma tendência oposta no desempenho emocional.

4 – Avaliação da qualidade de vida por idades:

A nossa amostra foi dividida em dois grupos etários de forma a analisar o impacto da idade na QDV nos sujeitos com EM, esses grupos etários são: sujeitos com 45 anos ou menos e sujeitos com mais de 45 anos.

Os dados obtidos encontram-se representados no Gráfico 4 e Quadro 4.

GRÁFICO 4: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra por idades.



QUADRO 4: Estatística relativa SF-36. Amostra por idade.

<i>Idade</i>	<i>Média</i>	<i>Devio Padrão</i>	<i>n</i>	<i>p *</i>	<i>p **</i>	<i>p ***</i>	
Função física	45 anos ou menos	61,1	26,18	14	0,290	0,885	0,775
	mais de 45 anos	50,6	26,76	16			
Desempenho físico	45 anos ou menos	51,8	42,14	14	0,184	0,571	0,250
	mais de 45 anos	31,3	40,31	16			
Dor corporal	45 anos ou menos	68,8	29,28	14	0,926	0,763	1,000
	mais de 45 anos	67,8	27,46	16			
Saúde Geral	45 anos ou menos	53,4	17,38	14	0,332	0,779	1,000
	mais de 45 anos	46,8	19,22	16			
Vitalidade	45 anos ou menos	50,0	22,53	14	0,210	0,979	0,967
	mais de 45 anos	39,7	21,48	16			
Função Social	45 anos ou menos	64,3	25,41	14	0,350	0,227	1,000
	mais de 45 anos	56,3	20,92	16			
Desempenho Emocional	45 anos ou menos	47,6	42,80	14	0,713	0,816	0,512
	mais de 45 anos	41,7	44,72	16			
Saúde Mental	45 anos ou menos	59,7	20,42	14	0,589	0,631	0,567
	mais de 45 anos	55,3	23,83	16			
Mudança de saúde	45 anos ou menos	42,9	28,47	14	0,407	0,808	0,233
	mais de 45 anos	51,6	28,09	16			

* Teste t para a comparação das médias

** Teste de Levene para a comparação das variância

*** Teste de Mann-Whitney

Na análise estatística da QDV por idades, não foram encontradas diferenças significativas ($p > 0,05$) nos diferentes domínios entre os grupos etários: com mais e com menos de 45 anos de idade.

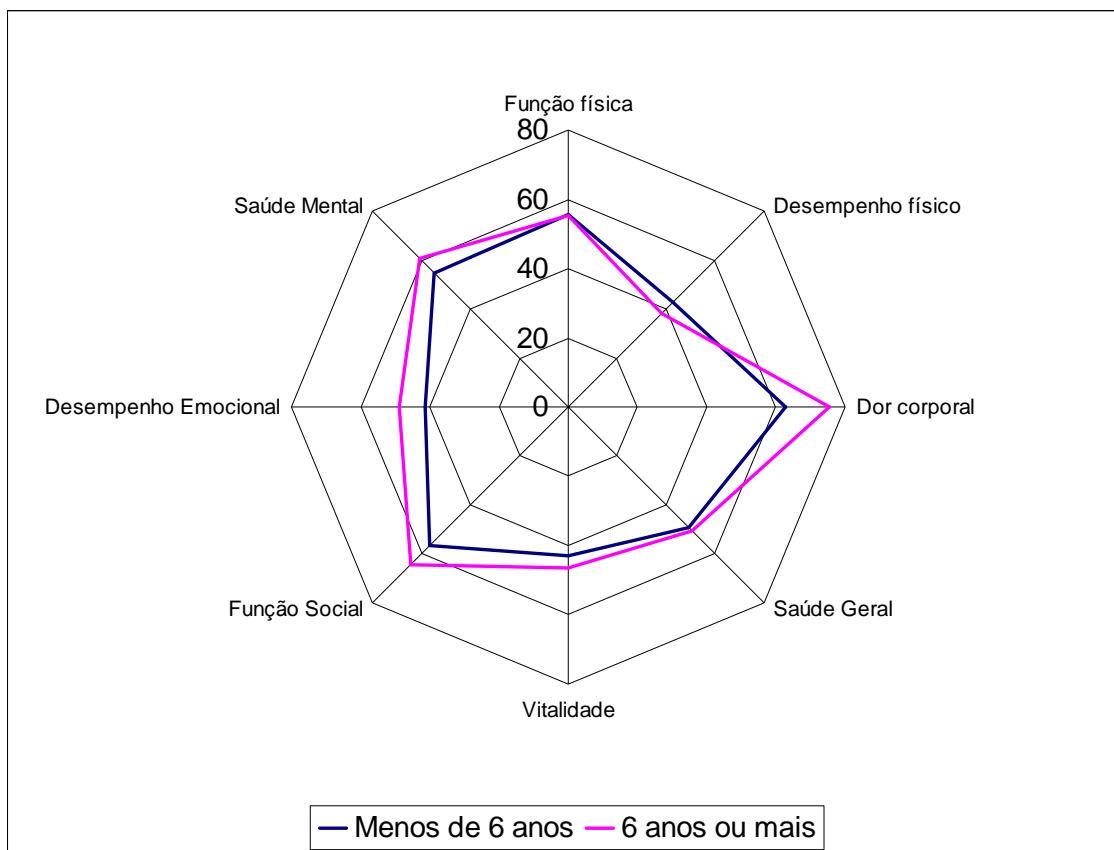
No entanto, é visível em quase todos os domínios, piores scores para os indivíduos mais idosos (com mais de 45 anos). A exceção foi o domínio de Dor Corporal, onde os scores médios foram iguais.

5 – Avaliação da qualidade de vida por tempo de diagnóstico

Para avaliar a QDV em função do tempo de diagnóstico, a nossa amostra foi dividida em dois grupos: menos de 6 anos e 6 anos ou mais.

Os dados obtidos encontram-se representados nos Gráfico 5 e Quadro 5.

GRÁFICO 5: Scores médios dos domínios do SF-36. Amostra por tempo de diagnóstico



QUADRO 5: Estatística relativa SF-36. Amostra por tempo de diagnóstico.

<i>Tempo desde o diagnóstico</i>	<i>Média</i>	<i>Devio Padrão</i>	<i>n</i>	<i>p *</i>	<i>p **</i>	<i>p ***</i>	
Função física	Menos de 6 anos	55,6	30,25	17	0,983	0,044	1,000
	6 anos ou mais	55,4	22,03	13			
Desempenho físico	Menos de 6 anos	42,6	44,86	17	0,791	0,189	0,837
	6 anos ou mais	38,5	39,02	13			
Dor corporal	Menos de 6 anos	62,7	29,03	17	0,217	0,711	0,170
	6 anos ou mais	75,5	25,44	13			
Saúde Geral	Menos de 6 anos	49,5	22,03	17	0,900	0,073	0,711
	6 anos ou mais	50,3	12,97	13			
Vitalidade	Menos de 6 anos	42,9	24,31	17	0,668	0,224	0,805
	6 anos ou mais	46,5	19,94	13			
Função Social	Menos de 6 anos	56,6	26,56	17	0,368	0,104	0,341
	6 anos ou mais	64,4	17,56	13			
Desempenho Emocional	Menos de 6 anos	41,2	44,92	17	0,644	0,571	0,621
	6 anos ou mais	48,7	42,20	13			
Saúde Mental	Menos de 6 anos	54,6	25,34	17	0,445	0,170	0,650
	6 anos ou mais	60,9	17,14	13			
Mudança de saúde	Menos de 6 anos	50,0	30,62	17	0,587	0,459	0,592
	6 anos ou mais	44,2	25,32	13			

* Teste t para a comparação das médias

** Teste de Levene para a comparação das variância

*** Teste de Mann-Whitney

Também no que respeita aos diferentes domínios aferidos pelo SF-36 não houve evidências de diferenças estatísticas ($p > 0,05$) entre indivíduos com mais e com menos de 6 anos de diagnóstico.

Contudo, observa-se que os indivíduos com diagnóstico mais recente tem piores scores com exceção nos domínios de Função Física (scores iguais) e Desempenho Físico (score mais elevado para aqueles que têm o diagnóstico à menos tempo).

Discussão e Conclusão

A leitura dos dados obtidos, permitem concluir o seguinte:

- Há um predomínio acentuado dos doentes do sexo feminino com esta patologia (80%);
- 50% são casados ou em união-de-facto;
- Predomínio etnia caucasiana (100%) com idade em torno dos 40 anos;
- A média de anos referida de tempo relativamente ao qual sabem que são portadores de EM é de 7 anos.

Fazendo uma ponte de ligação entre as constatações obtidas nesta investigação e as hipóteses formuladas, apesar, de não existirem resultados estatisticamente significativos, levaram-nos a inferir algumas elações no confronto com a literatura.

De acordo com os resultados obtidos (Gráfico e Quadro 1) constatamos o impacto das limitações físicas e emocionais, que a EM tem nas tarefas do quotidiano em termos do tipo e quantidade de trabalho executado pelos doentes (desempenho físico e emocional).

A Vitalidade que tende a captar os níveis de energia e fadiga percebidos, permite-nos constatar que os elementos da nossa amostra, confirmam o que teoricamente é afirmado em relação à fadiga, que é considerada o sintoma major desta patologia, o que traduz o baixo nível de bem-estar nesta dimensão. A fadiga é um dos sintomas mais comuns e incapacitantes da EM que tem sido relatado em 53-90% dos pacientes (Krupp et al. 1989; Fisk et al., 1994; Colosima et al., 1995; Bergamaschi et al., 1997; Bakshi et al., 2000).

Por outro lado, a dimensão Dor Corporal avalia o desconforto e a intensidade causada pela dor e de que forma interfere com as actividades normais, os resultados dizem que é nesta dimensão que os sujeitos têm melhor QDV (nesta escala quanto mais alto for o score menor é a dor), isto quer dizer, que a dor corporal é das causas que menos limita as actividades do dia-

a-dia dos nossos doentes, no entanto, há que ponderar porque a dor é dos sintomas mais subestimados na Esclerose Múltipla.

Na hipótese 1 postulamos que os doentes com EM têm pior QDV que a população normal, na verdade, os níveis de QDV dos nossos doentes em comparação com a população portuguesa do estudo de Ribeiro (2005b) são mais baixos em todas as dimensões; sendo essa diferença superior na componente física o que remete para um prejuízo físico superior ao mental nos portadores de EM em relação aos sujeitos portugueses normais o que vem ao encontro da nossa hipótese 2, em que formulamos que a QDV dos doentes com EM está mais prejudicada ao nível físico que ao nível psicossocial.

De facto, estudos (Nortvedt et al., 1999; Solari, 2005; Pfenning et al., 1999; Canadian, 1998) têm demonstrado que assim como qualquer doença crónica a EM tem um impacto catastrófico na QDV dos seus portadores que obtêm valores baixos nas medidas de QDV comparados com os grupos de controlo. Alguns deles ainda provam que na EM os pacientes apresentam maior prejuízo nos domínios de função física que nos domínios psicossociais.

Partindo para a hipótese 3 em que supomos que a QDV dos doentes com EM é diferente em função do sexo. Apesar de não termos resultados estatisticamente significativos, é notável que as mulheres tem melhor desempenho emocional e os homens melhor desempenho físico (Gráfico e Quadro 2).

Quanto á hipótese 4 que relaciona a QDV com o estado civil os resultados obtidos revelaram que a QDV dos indivíduos casados é igual e superior em todos os domínios, excepto no desempenho emocional (Gráfico e Quadros 3).

Na análise da relação entre a QDV dos doentes e a idade (hipótese 5) é visível, apesar de não ser estatisticamente significativo, que os sujeitos mais velhos tem pior QDV que os mais novos, sugerindo que o desempenho decresce consoante se vai envelhecendo a todos os níveis: físico, mental e social (Gráfico e Quadro 4).

Avaliando a QDV em função do tempo decorrido após o diagnóstico (objectivo da nossa última hipótese – H6), podemos constatar que os sujeitos que têm o diagnóstico de EM à mais tempo são os que têm melhor QDV (excepto no desempenho físico) o que poderá ser explicado por uma acomodação/adaptação em relação àqueles que têm o diagnóstico da doença à menos tempo, pois, inicialmente para a maioria o diagnóstico constitui um grande choque e só depois de um difícil processo atingem o equilíbrio emocional e conseguem adaptar-se à doença (Gráfico e Quadro 5). Quanto à excepção que consiste no facto dos

sujeitos com diagnóstico à menos tempo terem melhor desempenho físico, poderá estar relacionado com o grau de incapacidade física que tende a aumentar com a evolução da doença, na maior parte dos casos.

Thomas Kuchler (1991) explica que a QDV é um culminar de experiências passadas, da situação presente, bem como dos objectivos e expectativas futuras. Quanto maior a lacuna entre as expectativas e a realização (Lacuna de Calman) menor a QDV (Schipper, Clinch e Powell, 1990). Segundo Ribeiro (2005a), uma pessoa para continuar a viver a vida do dia-a-dia com a sua doença crónica, neste caso a EM, tem de promover alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, mais ou menos complexas de modo a que a sua QDV não seja afectada, isto é, mudar a sua perspectiva e maneira de estar na vida, o seu estilo de vida de modo a diminuir a lacuna entre as expectativas e a capacidade de realização e assim manter um bom nível de QDV.

Mas sobretudo inicialmente não é fácil o choque com o diagnóstico, nomeadamente, segundo Giovanni et al. (1986) existem cinco áreas problemáticas difíceis de ultrapassar: gestão da terapia e do estilo de vida, risco de crise, reestruturação do tempo, isolamento social e contexto familiar. O primeiro passo para a adaptação à nova situação é aceitar o diagnóstico o que constitui um forte impacto psicológico, as expectativas sobre o futuro frustam-se, há que fazer uma revisão profunda de tudo, o que exige capacidade de adoptar novas estratégias de adaptação mediante um processo de transformação contínua e de flexibilidade permanente. A adaptação obriga à mudança de hábitos e comportamentos para uma melhor QDV.

Inicialmente a forma mais comum de EM é a recorrente-reminente (80-85 %), posteriormente, a maioria evolui para formas secundariamente progressivas (80% ao fim de duas décadas). Pacientes com EM progressiva têm baixas pontuações na QDV quando comparados com pacientes com EM recorrente-reminente o que está relacionado com a incapacidade (Janardhan & Bakshi, 2000) - o que significa que com o tempo a doença entra em progressão (com ou sem surtos), e assim, a incapacidade instala-se e aumenta progressivamente e o desempenho piora, sobretudo o físico; apesar, de também se encontrar uma associação entre baixa saúde mental e um aumento da incapacidade (Higginson & Carr, 2001).

Ao reflectir sobre os resultados, surge a dúvida se estes estarão a sofrer influência de alguma variável não controlada neste estudo, como por exemplo: a profissão, o suporte social e/ou quadro clínico.

Não obtivemos dados estatisticamente significativos!

Todos os estudos têm as suas limitações e este não é excepção.

A primeira grande limitação é o constructo em causa – a QDV – que é subjectivo, o que se reflecte nas múltiplas tentativas entre os autores em defini-lo, o que dificulta a avaliação quantitativa; pois, não existe consenso nas componentes a avaliar. As medidas de QDV, muitas não perguntam o que realmente é importante na vida da pessoa e assim não alcançam o que é determinante na sua QDV (Higginson & Carr, 2001); para uma verdadeira avaliação da QDV há que ter em conta preferências, valores e crenças dos pacientes.

Dentro das limitações dos testes, neste caso o SF-36, é de salientar o facto de não abranger certos sintomas específicos da EM (ex.: incontinência urinária), que têm um grande impacto na QDV dos seus portadores. No entanto, a utilização de um teste não específico para determinada população, permite a comparação com outras populações, como fizemos em relação à população portuguesa, do estudo de Ribeiro (2005b).

Salientamos também o facto da amostra ser pequena e muito heterogénea, o facto da EM ser uma doença de evolução por surtos de agudização e remissão, não se controlaram as variações do quadro clínico.

As conclusões inerentes só poderão ser válidas para a amostra em estudo, os dados não são estatisticamente significativos, assim, os dados não devem ser extrapolados para outras amostras, nem generalizadas para a população com EM.

No entanto, com todas as limitações, este trabalho permitiu-nos compreender um pouco melhor a EM e a QDV dos seus portadores e assim dar asas a outros sobre a mesma.

É nosso objectivo último alertar para a importância da realização de estudos futuros sobre o tema em discussão, pois, a avaliação da QDV dos nossos pacientes é imprescindível na apreciação dos efeitos dos tratamentos e estratificar o risco e decisão na escolha dos mesmos, e assim dar aos nossos pacientes uma vida com menos sofrimento e com mais qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, D. N. & Goreczny, A. J. (1995). Assessment and Treatment of Multiples Sclerosis. In Anthony J. Goreczny (Ed.), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 389-429). New York: Plenum Press.

Amato, M. P., Ponziani, G., Rossi, F., Lieal, C. D., Stefanile, C., & Rossi, L. (2001). Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *Multiple Sclerosis*, 7, 340-344.

Amorim, M. L. I., & Coelho, R. (1999). Saúde, Doença e Qualidade de Vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*; 20 (3), 235-241.

Andrés, C., & Guillem, A. (2000). Una aproximación sobre la calidad de vida en pacientes com esclerosis múltiple. *Rev. Neuroogyl*, 30, 1229-1234.

Andrews, F. M. (Eds.). (1986). *Research on the quality of life*. Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.

Aronson, K. J. (1997). Quality of life among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Neurology*, 48, 74-80.

Arosa, F. (2007). *Fundamentos de Imunologia*. Lisboa:Lidel.

Bastos, L. C. (2000). *Perturbações do humor na esclerose múltipla*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Bakshi, R., Czarnecki, D., Shaikh, Z. A., Priore, R. L., Janardhan, V., & Kaliszky, Z. (2000). Brain MRI lesion and atrophy are related to depression in multiple sclerosis. *Neuroreport*, *11*, 1153-1158.
- Barbosa, A. M., & Ribeiro, J. L. (2000). Qualidade de Vida e Depressão. In: J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Bergamachi, R., Romani, A., Versino, M., Poli, R., & Cosi, V. (1997). Clinical aspects of fatigue in multiple sclerosis. *Funct Neurology*, *12*, 247-251.
- Bergner, M., Bobbit, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The sickness impact profile. Development and final revision of health status measure. *Med Care*, *19*, 787-805.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Steward, L. & Olson, M. M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In: G. J. Stahler, & W. R. Tash, (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation*. New York: Academic Press.
- Bowling, A. (1993). The concepts of successful and positive ageing. *Family practice*, *10*, pp. 449-453
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*, *41*, 1447-1462.
- Bowling, A. (1996). Quality of life. In: S. Ebrahim, & A. Kalache, (Eds.). *Epidemiology in old age*. London: BMG Publishing group.

Brandão, S. (2003). A imagem ao serviço da Terapêutica a aplicação da Ressonância Magnética no diagnóstico e acompanhamento da EM. *Boletim SPEM*, 60, 5.

Brunet, D. G., Hopman, W. M., Singer, M. A., Edgar, C. M., & MacKenzie, T. A. (1996). Measurement of health-related quality of life in multiple sclerosis patients. *Canadian Journal Neurology Science*, 23, 99-103.

Canadian burden of Illness Study Group (1998). Burden of illness of multiple sclerosis: Part II: Quality of Life. *Canadian Journal Neurology Science*, 25, 31-38.

Capitán, E.M. (1996). *La calidad de vida del enfermo neoplásico. In tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo com cancer*. Madrid: Editorial Panamericana.

Carr, A.J., Gibson, B.A. & Robinson, P.G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, 322, 1240-1243.

Carswell, R. (1938). *Pathological anatomy: illustrations of the elementary forms of disease*. London.

Casanova, B., Coret, F., & Landete, L. (2000). A study of various scale of fatigue and impact on the quality of life among patients with multiple sclerosis. *Rev. Neurology*, 12, 1235-1241.

Cella, D.F., & Tulsky, D.S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4, 29-38.

Chambers, L.W. (1982). *The McMaster health index questionnaire (MHIQ) : methodologic documentation and report of second generation of investigators*. Hamilton, Ontario: McMaster University, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics.

Colosima, C., Millefiorini, E., & Grasso, M.G. (1995). Fatigue in multiple sclerosis is associated with specific clinical features. *Acta neurol Scand*, 92, 353-5.

Cruveilhier, J. (1842). *Anatoline pathologique du corp humain*. Paris:Bailliere.

Cuervo-Arango, M. A. (1993). La Calidad de Vida: Juicios de Satisfacción y Felicidad como Indicadores Actitudinales de Bienesestar. *Revista de Psicologia Social*, 8 (1): 101-110.

Curtis, A. J. (2000). *Health Psychology*. London/New York: Routledge Modular Psychology Séries.

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.

Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B. Buunk, & F. Gibbons (Eds.), *Health, Coping, and Well-Being: Perspectives From Social Comparison Theory*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

EuroQol Group. (1990). EuroQol:A new facility for measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.

Equipa de Reabilitação da SPEM (2005). Medicina Física e de Reabilitação na SPEM. *Boletim SPEM*, 67, 3-4.

Fábio, R.P., Choi, T., Soderberg, J., & Hansen, C. R: (1997). Health-related quality of life for patients with progressive multiple sclerosis: influence of rehabilitation. *Phys Ther*, 77, 1704-1716.

Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life: the Missing Measurement in Health Care*. London: Souvenir Press.

Fernández-Ríos, L., & García-Fernández, M. (1999). Psicologia y Calidad de Vida. In: M. A. Simón (Eds.). *Manual de Psicología de la Salud*. (cap. IV, pp. 133-154). Madrid: Biblioteca Nueva, S. A.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-56.

Fish, J. D., Pontefract, A, Ritvo, P. G., Archibald, C. J., & Murray, T. J. (1994). The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. *Canadian Journal Neurology Science*, 21, 9-14.

Fontoura, Paulo (2007). *Abordagem Clínica, Etiopatogenia e Imunopatológica da Esclerose Múltipla e Doenças Desmielinizantes*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, cap. 1, pp. 2-94.

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (2ª ed). Loures: Lusociência.

Forwell, S. (2005). A fadiga na esclerose múltipla. *Boletim SPEM*, 70, 3-6.

Frankel, D. I. (1994). Esclerose Múltipla. In Umphred D. A. (Ed.). *Fisioterapia Neurológica* (pp. 529-546). Brasil: Editora Manole Lda.

Fredrikson, S., & Kam-Hansen, S. (1989). The 150-year anniversary of multiple sclerosis does its each given na etiological clue? *Perspectives in Biology and Medicine*, 32 (2), 237-243.

Freeman, H. (1999). A História da Esclerose Múltipla. *Boletim SPEM*, 45, 5-7.

Fundação Schering Lusitana (2002). *Conhecer melhor a Esclerose Múltipla*. Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.schering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/Conhecer_Melhor_a_EM.pdf

Fundação Schering Lusitana (2003a). *A Gravidez e a Esclerose Múltipla*. Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.schering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/A_Gravidez_e_a_EM.pdf

Fundação Schering Lusitana (2003b). *As crianças e a Esclerose Múltipla*. Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.schering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/As_crianças_e_a_EM.pdf

Fundação Schering Lusitana (2003c). *Viver com a Esclerose Múltipla, aspectos psicológicos*. Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.schering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/viver_com_a_EM.pdf

Fundação Schering Lusitana (2004a). *1 Esclerose Múltipla – Uma introdução*. Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.schering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/1_Modulo_-Paginação.pdf

Fundação Schering Lusitana (2004b). *2 Diagnóstico*. Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.schering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/2_Modulo_-Paginação.pdf

Fundação Schering Lusitana (2004c). *3 Tratamento sintomático da EM*. Acedido em Agosto de 2008, em: http://www.schering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/2_Modulo_-_Paginação-pdf

Fundação Schering Lusitana (2005). *Alterações Cognitivas e Esclerose Múltipla*. Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.schering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/Alt._cognitivas_-_Brochura.pdf.

Gomes, O. (1997). Impacto social da cronicidade. *8ª Reunião de Pneumologistas do Hospital Pulido Valente*. Lisboa: Beecham Portuguesa, Lda.

Haan, R., Aaronson, N., Limburg, M., Hewer, R. L., & van Crevel, H. (1993). Measuring quality of life in stroke. *Stroke*, *24*, 320-327.

Hammond, S.R, McLeod, J.G., & Macaskill, P. (1996). Multiple sclerosis in Australia: socioeconomic factors. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, *61*, 311-313.

Hernández, M.A. (2000). Tratamiento de la esclerosis múltiple y calidad de vida. *Revista Neurología*, *30*, 12, 1242-1245.

Hickey, A.M., Bury, G., O'boyle, C.A., O'Kelly, F., & Shannon, W. (1996). A new short form individual quality of life measure (SEIQOL-DW). *BMJ*, *313*. 29-33

Higginson, I.J.,& Carr, A.J. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. Education and debate, *BMJ*, *322*, 1297-1300.

Hunt, S. M., McEwan, J., & McKenna S. P. 1986). *Measuring health status*. Beckenham Croom Helm.

- INFS Study Group (1993). Interferon beta 1b is effective in relapsing-remitting multiple sclerosis. I Clinical results of a multiple sclerosis double-blind, placebo-controlled trial. *Neurology*, 43, 655-661.
- Jacobs, L.D., Cookfair, D.L., Rudick, R.A., Herndon, R.M., Richert, J.R., & Salazar, A.M. (1996). Intramuscular interferon beta 1 a for disease relapsing multiple sclerosis. *Annual Neurology*, 39, 285-294.
- Janardhan, V., & Bakshi, R. (2002). Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *Journal Neurological Sciences*, 205, 51-58.
- Janeiro, F. (2004). Alterações na dinâmica familiar do portador de Esclerose Múltipla. *Boletim SPEM*, 65, 3-6.
- Janssens, A. C., Van Doorn, P. A., Boer, J. B. de, Kalkers, N. F., van der Meche, F. G., Passchier, J & Hintzen, R. Q. (2003). Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. *Mult Scler*, 9, 397-403.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (1994). Psicologia da Doença. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII): 233-251.
- Kalb, R. (2002). *Multiple sclerosis: A focus on Rehabilitation*. National Multiple Sclerosis Society.
- Katschnig, H. (2000). Utilidad del Concepto de Calidad de Vida en Psiquiatria. In: H. Katsching, H. Freeman & N. Sartotius (Eds.). *Calidad de Vida en los Transtornos Mentales*. (cap. 1, pp. 3-16). (Trad. por X. O. Castells & L. M. Bernard) Barcelona: Masson, S. A. (Obra original publicada em 1997).

- Krupp, L.B., La Rocca, N.G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A.D. (1989). The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives Neurology*, 46, 1121-1124.
- Kurtzke, J.F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33, 11, 1444-1452.
- Lankhorst, G.J., Jelles, F., Smiths, R.C.F., Polman, C.H., Kuik, D.J. & Pfenning, L.E. (1996). Quality of life in multiple sclerosis: The disability and impact profile (DIP). *Journal Neurology*, 243-274.
- Lankhorst, G.L. (1989). Quality of life: an exploratory study. *Int Journal Rehabilitation Res*, 12, 201-203.
- Lopez, J.A.F., Mejia, R.H., & Espinar, A.C. (1996). La calidad de vida: un tema de investigación necesario. Concepto y método (I). *Medicina Integral*, 27 (2), 75-78.
- Loren, A., & Rolak, L. (1999). *The history of Multiple Sclerosis*. Consultado em Agosto de 2008 através de <http://www.nmss.org.reprints/history-ms.html>
- Lublin, F. D. & Reingold, S. C. (1996). Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. In National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. *Neurology*, 46 (4), 907-911
- Maia, L. A. C. R., Viegas, J. & Amaral, M. (2008). *Esclerose Múltipla: conhecer para desmistificar*. Consultado em Novembro de 2008 através de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/a0453.pdf>.

Marques, E. & Sampaio, S. (2002). Sexualidade e Esclerose Múltipla. *Boletim SPEM*, 55, 4-5.

Matos, G. M., & Sardinha, L. B. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. IN L. B., M. G. Matos & I. Loureiro (Eds). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 163-181). Lisboa: Edições FMH

McIntyre, T. M. (1994). Psicologia da Saúde: Unidade na Diversidade. In: McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. (pp. 33-54). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT).

McIntyre, T. M., & Vila-Chã, M. (1995). O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares. In: L. Almeida, M. Araújo, M. Vila-Chã, & M. Oleira (Orgs.). *Áreas de Intervenção e Compromissos Sociais dos Psicólogos*. Lisboa: Actas da Convenção Anual da APPORT/95.

McIntyre, T. M. (1997). A Psicologia da Saúde em Portugal na Viragem do Século. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 161-178.

Medaer, R. (1979). Does the history of Multiple Sclerosis go back as far as the 14th century? *Acta Scandinavica*, 60, 189-192.

Meireles, K.A. D. (2000). *Fisioterapia e Esclerose Múltipla*. Associação Brasileira de Esclerose Múltipla.

Miguel, M., & Borges, L. (2002). Aspectos Psicológicos da Doença Crónica. *Boletim do Hospital Pulido Valente*, 3 (XV), 101-106.

Miller, A. E: (2001). Clinical features. In: Cook, S: D. (Ed.), *Handbook of multiple sclerosis* (pp. 231-232). New York: Marcel Dekker.

Minden, S. L., Orav, J., & Reich, P. (1987). Depression in Multiple Sclerosis. *General Hospital Psychiatry*, 9, 426-434.

Modrego, P. J., Pina, M. A., Simon, A., & Azuara, M. C. (2001). The interrelations between disability and quality of life in patients with multiple sclerosis in the área of Bajo aragon, Spain: a geographically based survey. *Neurorehabil Neural Repair*, 15, 69-73.

Mohr, D. & Neilly, L. (2003). *Cuidar de um familiar com Esclerose Múltipla*. Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.shering.pt/html/pt/80_downloads/spec_ther/pdf/Cuidar_de_1_Familiar.pdf

Multiple Sclerosis International Federation (2008a). Consultado em Agosto de 2008 através de http://msif.org/pt/ms_the_disease/types_of_ms.html

Multiple Sclerosis International Federation (2008b). Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.msif.org/pt/ms_the_disease/diagnosing_ms.html

Multiple Sclerosis Society Website (UK) (2008). Consultado em Agosto de 2008 através de http://www.mssociety.org.uk/about_ms/what_is_ms/index.html

Murphy, N., Confavreux, C., Haas, J., Koning, N., Rouillet, E., & Sailer, M. (1998). Quality of life in multiple sclerosis in France, Germany and United Kingdom. Cost of Multiple Sclerosis Study Group. *Journal Neurology Neursurgery Psychiatry*, 65, 460-466.

National Institutes of Health website (2008). *Medline Plus: Medical Encyclopedia – Multiple Sclerosis*. Consultado em Agosto de 2008 através de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000737.htm>

National Multiple Sclerosis Society (2008a). *Clinical Isolated Syndrome*. Consultado em Agosto de 2008 através de <http://www.nationalmssociety.org/about-multiple-sclerosis/diagnosing-ms/cis/index.asp>

National Multiple Sclerosis Society (2008b). *Just the facts: 2006-2007*. Consultado em Agosto de 2008 através de <http://www.nationalmssociety.org/downloads.aspx?id=22>

National MS Society (2008). Consultado em Agosto de 2008 através de <http://www.nationalmssociety.org/index.aspx>

Nortvedt, M.W., Riise, T., Myhr, K.M., & Nyland, H.I. (1999). Quality of life in multiple sclerosis. Measuring the disease effects more broadly. *Neurology*, 65, 1098-1103.

Nortvedt, M.W., Riise, T., Myhr, K.M., & Nyland, H.I. (2000). Quality of life as a predictor for change in disability in MS. *Neurology*, 55, 51-54.

O'Connor, P., Lee, N., NG, P.T., Narayana, P., & Wolinsky, J.S. (2001). Determinants of overall quality of life in secondary progressive MS: a longitudinal study, *Neurology*, 57, 889-891.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. (Trad. por C. Patrocínio & F. Andersen). Lisboa: Climepsi Editores.

Paul, C., & Fonseca, A. (1999). A Saúde e Qualidade de Vida dos Idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, III (2), pp. 345-362.

- Paul, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedrosa, R. (2004). As imunoglobinas na Esclerose Múltipla. *Boletim SPEM*, 64, 3-5.
- Peyser, J. N. & Poser, M. C. (1986). Neuropsychological Correlates of Multiple Sclerosis. In: *Handbook of Clinical Neuropsychology*, vol. 2 (14), pp. 364-396.
- Pfennings, L., Cohen, L., van der Ploeg, H., Ploman, C., & Lankhorst, G.J., (1998). Reliability of two measures of health-related quality of life in patients with multiple sclerosis. *Percep Mot Skills*, 54, 1475-80.
- Pfennig, L. Cohen, L., Adér, H., Polman, C., Lankhort, G.J., & Smiths, R.C.F. (1999a). Exploring differences between subgroups of multiple sclerosis patients in health-related quality of life. *Journal Neurology*, 246, 587-591.
- Pfennings, L., Cohen, L., Miller, D., Gerbaut, L., Vleugels, L., Freeman, J., Vernay, D., Bjolay, S., Ketelaer, P., Thompson, A., Polman, C., & van der Ploeg, H. (1999b). Using the Short Form-36 with multiple sclerosis patients in five countries: a cross-cultural comparison. *Psychol Rep*; 85: 19-31.
- Polman, C.H., & Lankhort, G.J. (1993). Assessment of quality of life in multiple sclerosis. In: Ketelaer P, Battaglia M.A. (eds), *Rehabilitation in multiple sclerosis* (pp. 64-69). Proceedings of the second European workshop, Bruxelles, Belgium, A.I.S.M., Genova.
- PRIMS (prevention of relapses and disability by Interferon beta 1 a Subcutaneously in Multiple Sclerosis) (1998). Study Group double-blind, placebo-controlled study of interferon 1 a in relapsing/remitting multiple sclerosis *Lancet*, 352, 1498-1509.

- Provincialli, L., Ceravolo, G., Bartolini, M., Logullo, F., & Danni, M. (1999). A multidimensional assessment of multiple sclerosis: Relationship between disability domains. *Acta Neurologica Scandinavica*, 100, 156-162.
- Reis, J.C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Edições Veja.
- Reis, J. C. (1999). Modelo Metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou Integração Biopsicossocial?. *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 415-433.
- Ribeiro, J. L.P. (1994a). A Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In: McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. (pp. 33-54). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT).
- Ribeiro, J. L. P. (1994b). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3, (XII), 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). Qualidade de Vida e doença oncológica. In Dias, M. R. & Durá, E. (Eds.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2005a). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (2005b). *O Importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merk Sharp & Dohme

Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.

Ribeiro, J. L., Meneses, R., Meneses, I. & Gru.po-QDV (1998). Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças com Diabetes Tipo 1. *Análise Psicológica, 1* (XVI): 91-100.

Rothwell, P.M. (1998). Quality of life in multiple sclerosis. *Journal Neurology Neursurgery, Psychiatry, 65*, pp. 433.

Rothwell, P.M., McDowell, Z., Wong, C.K., & Dorman, P.J. (1997). Doctors and patients don't agree. Cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessment of disability in multiple sclerosis. *BMJ*, 314-1580.

Ruta, D. A., & Garatt, A. M. (1994). A new approach to the measurement of quality of life. The patients generated index. *Med Care, 43*, 578-583.

Sadovnick, A. D., Remick, R. A., Allen, J., Swartz, E., & Yee, I. M. L. (1996). Depression and multiple sclerosis. *Neurology, 46*, 628-632.

Schipper, H., Clinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessment in clinical trials* (pp. 11-24). Nova Iorque: Raven Press.

Seeley, R. R., Stephens, T. P., & Tate, P. (2005). *Anatomia & Fisiologia*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Silber, E. (2004). Depressão e esclerose múltipla. *Boletim SPEM, 66*, 6-7.

Silva, C. (2002). Alterações urinárias no doente com Esclerose Múltipla. *Boletim SPEM, 55*,3.

- Soares, M. L. S. R. (2002). *Qualidade de vida e esclerose múltipla*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto, Porto.
- Solari, A. (2005). Role of health-related quality of life measures in the routine care of people with multiple sclerosis. *Health and Quality of Life Outcomes*. Consultado em Agosto de 2008 através de <http://www.hqlo.com/content/3/1/16>
- Sousa, C. (2005). Disfunção Cognitiva na Esclerose Múltipla. *Boletim SPEM*, 68, 3-4.
- Sousa, C. (2006). O papel do Psicólogo na SPEM. *Boletim SPEM*, 73, 3-6.
- Stensman, R. (1985). Severely morbidity disabled people assess the quality of life lives. *Scand Journal Rehabilitation Med*, 17, 87-99.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). São Paulo: Artmed. (obra original publicada em 2002).
- Strittmatter, R. (2004). Problemas emocionais dos recém-diagnosticados. *Boletim SPEM*, 66, 3-4.
- Teixeira, J., & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde: Contextos e Intervenção. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 453-458.
- Teixeira, J. (1992). Psicologia da Saúde: Estado Actual e Perspectivas Futuras. *Análise Psicológica*, 2 (X): 149-157.

Thunebord, K., Allerup, P., Bech, P., & Joyce, C. R. B. (1993). Development of the repertory grid for measurement of individual quality of life in clinical trials. *Int Journal Methods Psychiatric Res*, 3, 45-56.

Tuynman-Qua, H., Jonghe, F., Mickenna, S., & Hunt, S. (1992). *Quality of Life in depression Rating Scale (QLDS)*. Netherlands: Ibero Publications.

Vickrey, B.J., Hays, R.D., Harooni, R., Myers L.W., & Ellison, G.W. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of life Research*, 4, 187-206.

Ware, J.E., & Sherbourne C.D. (1992). A 36—item short form health survey (SF-36):I. Conceptual framework and item selection. *Medicine Care*, 30, 473-483.

Weinshenker, B. G., Bass, B., Rice, G. P., Noseworthy, J., Carriere, W., Baskerville, J. & Ebers, G. C. (1989). The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study. In Clinical course and disability. *Brain*, 112 (1), 133-146.

Well, K.B., Golding, J.M., & Burnam, M.A. (1989). Psychiatric disorders in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal Psychiatry*, 145, 976-981.

World Health Organisation (1980). *International Classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to consequences of disease*. Geneva: WHO.

Wood-Dauphinee, S., & Küchler, T. (1992). Quality of Life as a Rehabilitation Outcomes: are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1): 3-12.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimento informado

ANEXO 2

Questionário sócio-demográfico

ANEXO 3

Questionário do estado de saúde (Sf-36)

ANEXO 4

Dados do questionário SF-36

```
GET DATA
  /TYPE=XLS
  /FILE='C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplício\SF-36_Re
sultados_Finais.xls'
  /SHEET=name 'SF36-1'
  /CELLRANGE=full
  /READNAMES=on
  /ASSUMEDSTRWIDTH=32767.
```

```
>Warning. Command name: GET DATA
>(2103) The variable name (truncated to 64 bytes) conflicts with a previously
>defined variable.
>* Variable Name: "Estadocivil"
>* Conflicting Column: 5
>* Duplicate Column: 6
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
SAVE OUTFILE='C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplício\sfc
6.sav'
  /COMPRESSED.
VALUE LABELS sf1
  1.0000000000000000 "Óptima"
  2.0000000000000000 "Muito Boa"
  3.0000000000000000 "Boa"
  4.0000000000000000 "Razoável"
  5.0000000000000000 "Fraca"
.
VALUE LABELS sf2
  1.0000000000000000 "Muito Melhor"
  2.0000000000000000 "Com algumas melhoras"
  3.0000000000000000 "Aproximadamente"
  4.0000000000000000 "Um pouco pior"
  5.0000000000000000 "Muito pior"
.
VALUE LABELS sf3
  1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
  2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
  3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"
.
VALUE LABELS sf4
  1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
  2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
  3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"
.
```

VALUE LABELS sf5
1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"

.
VALUE LABELS sf6
1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"

.
VALUE LABELS sf7
1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"

.
VALUE LABELS sf8
1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"

.
VALUE LABELS sf9
1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"

.
VALUE LABELS sf10
1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"

.
VALUE LABELS sf11
1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"

.
VALUE LABELS sf12
1.0000000000000000 "Sim, Muito Limitada"
2.0000000000000000 "Sim, Pouco Limitada"
3.0000000000000000 "Não, Nada Limitada"

.
VALUE LABELS sf13
1.0000000000000000 "Sim"
2.0000000000000000 "Não"

.
VALUE LABELS sf14
1.0000000000000000 "Sim"
2.0000000000000000 "Não"

```

.
VALUE LABELS sf15
  1.0000000000000000 "Sim"
  2.0000000000000000 "Não"
.
VALUE LABELS sf16
  1.0000000000000000 "Sim"
  2.0000000000000000 "Não"
.
VALUE LABELS sf17
  1.0000000000000000 "Sim"
  2.0000000000000000 "Não"
.
VALUE LABELS sf18
  1.0000000000000000 "Sim"
  2.0000000000000000 "Não"
.
VALUE LABELS sf19
  1.0000000000000000 "Sim"
  2.0000000000000000 "Não"
.
VALUE LABELS sf20
  1.0000000000000000 "Absolutamente nada"
  2.0000000000000000 "Pouco"
  3.0000000000000000 "Moderadamente"
  4.0000000000000000 "Bastante"
  5.0000000000000000 "Imenso"
.
VALUE LABELS sf22
  1.0000000000000000 "Absolutamente nada"
  2.0000000000000000 "Pouco"
  3.0000000000000000 "Moderadamente"
  4.0000000000000000 "Bastante"
  5.0000000000000000 "Imenso"
.
VALUE LABELS sf21
  1.0000000000000000 "Nenhumas"
  2.0000000000000000 "Muito fracas"
  3.0000000000000000 "Ligeiras"
  4.0000000000000000 "Moderadas"
  5.0000000000000000 "Fortes"
  6.0000000000000000 "Muito fortes"
.
VALUE LABELS sf23
  1.0000000000000000 "Sempre"
  2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
  3.0000000000000000 "Bastante tempo"

```

4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf24

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
3.0000000000000000 "Bastante tempo"
4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf25

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
3.0000000000000000 "Bastante tempo"
4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf26

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
3.0000000000000000 "Bastante tempo"
4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf27

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
3.0000000000000000 "Bastante tempo"
4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf28

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
3.0000000000000000 "Bastante tempo"
4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf29

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"

3.0000000000000000 "Bastante tempo"
4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf30

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
3.0000000000000000 "Bastante tempo"
4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf31

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
3.0000000000000000 "Bastante tempo"
4.0000000000000000 "Algum tempo"
5.0000000000000000 "Pouco tempo"
6.0000000000000000 "Nenhum tempo"

.
VALUE LABELS sf32

1.0000000000000000 "Sempre"
2.0000000000000000 "A maior parte do tempo"
3.0000000000000000 "Algum tempo"
4.0000000000000000 "Pouco tempo"
5.0000000000000000 "Nunca"

.
VALUE LABELS sf33

1.0000000000000000 "Absolutamente Verdade"
2.0000000000000000 "Verdade"
3.0000000000000000 "Não sei"
4.0000000000000000 "Falso"
5.0000000000000000 "Absolutamente falso"

.
VALUE LABELS sf34

1.0000000000000000 "Absolutamente Verdade"
2.0000000000000000 "Verdade"
3.0000000000000000 "Não sei"
4.0000000000000000 "Falso"
5.0000000000000000 "Absolutamente falso"

.
VALUE LABELS sf35

1.0000000000000000 "Absolutamente Verdade"
2.0000000000000000 "Verdade"
3.0000000000000000 "Não sei"
4.0000000000000000 "Falso"

```

5.0000000000000000 "Absolutamente falso"
.
VALUE LABELS sf36
  1.0000000000000000 "Absolutamente Verdade"
  2.0000000000000000 "Verdade"
  3.0000000000000000 "Não sei"
  4.0000000000000000 "Falso"
  5.0000000000000000 "Absolutamente falso"
.
RECODE
  sf21
  (1=6) (2=5.4) (3=4.2) (4=3.1) (5=2.2) (6=1) INTO sf21t .
VARIABLE LABELS s21t 's21 transformada'.

>Warning # 4461 in column 17. Text: s21t
>An unknown variable name was specified on the VAR LABELS command. The name
>and the label will be ignored.
EXECUTE .
DO IF (MISSING(sf21)) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (2=4.75) (3=3.5) (4=2.25) (5=1) INTO s22t .
END IF .
DO IF (sf21 = 1) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (5=1) (2=4) (3=3) (4=2) INTO sf22t .
END IF .
IF (sf21 > 1) s22t = 6-sf22 .
EXECUTE .
RECODE
  sf1
  (5=1) (4=2) (1=5) (2=4.4) (3=3.3) INTO sf1t .
VARIABLE LABELS sf1t 'sf1 tranformada'.
EXECUTE .
COMPUTE sf34t = 6-sf34 .
EXECUTE .
COMPUTE sf36t = 6-sf36 .
EXECUTE .
COMPUTE sf23t = 7-sf23 .
EXECUTE .
COMPUTE sf27t = 7-sf27 .
EXECUTE .
COMPUTE sf20t = 6-sf20 .
EXECUTE .
COMPUTE sf26t = 7-sf26 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE sf30t = 7-sf30 .
EXECUTE .
COMPUTE ff = ((sf3 + sf4 + sf5 + sf6 + sf7 + sf8 + sf9 + sf10 + sf11 + sf12
-10)/(30-10) )*100.
VARIABLE LABELS FF 'Função física' .
EXECUTE .
COMPUTE DF = ((sf13 + sf14 + sf15 + sf16-4)/(8-4) )*100.
VARIABLE LABELS DF 'Desempenho físico' .
EXECUTE .
COMPUTE DC = ((sf21t + sf22t-2)/(12-2)) * 100 .
VARIABLE LABELS DC 'Dor corporal' .
EXECUTE .
COMPUTE SG = ((sf1t + sf33 + sf35 + sf34t + sf36t - 5) / (25-5)) * 100 .
VARIABLE LABELS SG 'Saúde Geral' .
EXECUTE .
COMPUTE VT = ((sf23t + sf27t + sf29 + sf31-4) / (24-4)) * 100 .
VARIABLE LABELS VT 'Vitalidade' .
EXECUTE .
COMPUTE FS = ((sf20t + sf32-2)/(10 - 2))*100 .
VARIABLE LABELS FS 'Função Social' .
EXECUTE .
COMPUTE DE = ((sf17 + sf18 + sf19-3) / (6-3)) * 100 .
VARIABLE LABELS DE 'Desempenho Emocional' .
EXECUTE .
COMPUTE SM = ((sf24 + sf25 + sf28 + sf26t + sf30t - 5) / (30 - 5)) * 100 .
VARIABLE LABELS SM 'Saúde Mental' .
EXECUTE .
COMPUTE MS = ((sf2-1) / (5 - 1)) * 100 .
VARIABLE LABELS MS 'Mudança de saúde' .
EXECUTE .
FREQUENCIES VARIABLES=Sexo Idade Estadocivil Estadocivil_A Diagnostico TempodesdeoDiagnós
tico sf1 sf2 sf3 sf4 sf5 sf6 sf7 sf8 sf9 sf
10 sf11 sf12 sf13 sf14 sf15 sf16 sf17 sf18 sf19 sf20 sf21 sf22 sf23 sf24 sf25 sf26 sf2
7 sf28 sf29 sf30 sf31 sf32 sf33
sf34 sf35 sf36
/BARChart FREQ
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Statistics

		Sexo	Idade	Estado civil	Estado civil	Diagnostico	Tempo desde o Diagnóstico	sf1	sf2
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		3a	3b	3c	3d	3e	3f	3g	3h	3i
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		3j	4a	4b	4c	4d	5a	5b	5c	sf20
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		sf21	sf22	9a	9b	9c	9d	9e	9f	9g
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		9h	9i	sf32	11a	11b	11c	11d
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	F	24	80,0	80,0	80,0
	M	6	20,0	20,0	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24	2	6,7	6,7	6,7
	29	1	3,3	3,3	10,0
	31	1	3,3	3,3	13,3
	32	1	3,3	3,3	16,7

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	34	1	3,3	3,3	20,0
	35	4	13,3	13,3	33,3
	36	1	3,3	3,3	36,7
	40	1	3,3	3,3	40,0
	41	1	3,3	3,3	43,3
	42	1	3,3	3,3	46,7
	46	1	3,3	3,3	50,0
	47	1	3,3	3,3	53,3
	48	1	3,3	3,3	56,7
	49	1	3,3	3,3	60,0
	50	2	6,7	6,7	66,7
	52	1	3,3	3,3	70,0
	53	3	10,0	10,0	80,0
	55	1	3,3	3,3	83,3
	57	1	3,3	3,3	86,7
	58	1	3,3	3,3	90,0
	59	1	3,3	3,3	93,3
	60	1	3,3	3,3	96,7
	62	1	3,3	3,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casada	3	10,0	10,0	10,0
	Casada	8	26,7	26,7	36,7
	Casado	2	6,7	6,7	43,3
	Divorciada	6	20,0	20,0	63,3
	Divorciado	1	3,3	3,3	66,7
	solteira	1	3,3	3,3	70,0
	Solteira	4	13,3	13,3	83,3
	Solteiro	2	6,7	6,7	90,0
	união facto	2	6,7	6,7	96,7
	Viúva	1	3,3	3,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	50,0	50,0	50,0
	2	15	50,0	50,0	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Diagnostico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 ½ anos	1	3,3	3,3	3,3
	1 ano	1	3,3	3,3	6,7
	10 anos	1	3,3	3,3	10,0
	10 meses	1	3,3	3,3	13,3
	13 anos	1	3,3	3,3	16,7
	18 anos	1	3,3	3,3	20,0
	19 anos	2	6,7	6,7	26,7
	2 anos	1	3,3	3,3	30,0
	20 anos	1	3,3	3,3	33,3
	3 anos	3	10,0	10,0	43,3
	4 anos	1	3,3	3,3	46,7
	5 anos	4	13,3	13,3	60,0
	5/ 6 anos	1	3,3	3,3	63,3
	6 anos	2	6,7	6,7	70,0
	6 meses	1	3,3	3,3	73,3
	7 anos	2	6,7	6,7	80,0
	8 anos	4	13,3	13,3	93,3
	9 anos	1	3,3	3,3	96,7
	9 meses	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tempo desde o Diagnóstico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	3,3	3,3	3,3
	1	1	3,3	3,3	6,7
	1	1	3,3	3,3	10,0
	1	1	3,3	3,3	13,3
	2	1	3,3	3,3	16,7
	2	1	3,3	3,3	20,0
	3	3	10,0	10,0	30,0
	4	1	3,3	3,3	33,3
	5	4	13,3	13,3	46,7
	6	1	3,3	3,3	50,0
	6	2	6,7	6,7	56,7
	7	2	6,7	6,7	63,3
	8	4	13,3	13,3	76,7
	9	1	3,3	3,3	80,0
	10	1	3,3	3,3	83,3

Tempo desde o Diagnóstico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 13	1	3,3	3,3	86,7
18	1	3,3	3,3	90,0
19	2	6,7	6,7	96,7
20	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

sf1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ótima	1	3,3	3,3	3,3
Muito Boa	1	3,3	3,3	6,7
Boa	9	30,0	30,0	36,7
Razoável	14	46,7	46,7	83,3
Fraca	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

sf2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito Melhor	3	10,0	10,0	10,0
Com algumas melhoras	8	26,7	26,7	36,7
Aproximadamente	11	36,7	36,7	73,3
Um pouco pior	5	16,7	16,7	90,0
Muito pior	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	17	56,7	56,7	56,7
Sim, Pouco Limitada	9	30,0	30,0	86,7
Não, Nada Limitada	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	5	16,7	16,7	16,7
Sim, Pouco Limitada	11	36,7	36,7	53,3

3b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não, Nada Limitada	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	9	30,0	30,0	30,0
Sim, Pouco Limitada	11	36,7	36,7	66,7
Não, Nada Limitada	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3d

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	8	26,7	26,7	26,7
Sim, Pouco Limitada	14	46,7	46,7	73,3
Não, Nada Limitada	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3e

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	2	6,7	6,7	6,7
Sim, Pouco Limitada	12	40,0	40,0	46,7
Não, Nada Limitada	16	53,3	53,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3f

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	7	23,3	23,3	23,3
Sim, Pouco Limitada	10	33,3	33,3	56,7
Não, Nada Limitada	13	43,3	43,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3g

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	15	50,0	50,0	50,0
Sim, Pouco Limitada	5	16,7	16,7	66,7

3g

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não, Nada Limitada	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3h

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	17	56,7	56,7	56,7
Sim, Pouco Limitada	5	16,7	16,7	73,3
Não, Nada Limitada	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3i

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	6	20,0	20,0	20,0
Sim, Pouco Limitada	11	36,7	36,7	56,7
Não, Nada Limitada	13	43,3	43,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

3j

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim, Muito Limitada	1	3,3	3,3	3,3
Sim, Pouco Limitada	5	16,7	16,7	20,0
Não, Nada Limitada	24	80,0	80,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

4a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	13	43,3	43,3	43,3
Não	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

4b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	17	56,7	56,7	56,7
Não	13	43,3	43,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

4c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	18	60,0	60,0	60,0
Não	12	40,0	40,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

4d

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	23	76,7	76,7	76,7
Não	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

5a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	13	43,3	43,3	43,3
Não	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

5b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	19	63,3	63,3	63,3
Não	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

5c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	18	60,0	60,0	60,0
Não	12	40,0	40,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

sf20

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Absolutamente nada	10	33,3	33,3	33,3
Pouco	3	10,0	10,0	43,3
Moderadamente	12	40,0	40,0	83,3
Bastante	4	13,3	13,3	96,7
Imenso	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

sf21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhumas	12	40,0	40,0	40,0
	Muito fracas	2	6,7	6,7	46,7
	Ligeiras	4	13,3	13,3	60,0
	Moderadas	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

sf22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente nada	12	40,0	40,0	40,0
	Pouco	8	26,7	26,7	66,7
	Moderadamente	5	16,7	16,7	83,3
	Bastante	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

9a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	3,3	3,3	3,3
	A maior parte do tempo	4	13,3	13,3	16,7
	Bastante tempo	3	10,0	10,0	26,7
	Algum tempo	11	36,7	36,7	63,3
	Pouco tempo	9	30,0	30,0	93,3
	Nenhum tempo	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

9b

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	3,3	3,3	3,3
	A maior parte do tempo	4	13,3	13,3	16,7
	Bastante tempo	4	13,3	13,3	30,0
	Algum tempo	11	36,7	36,7	66,7
	Pouco tempo	7	23,3	23,3	90,0
	Nenhum tempo	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

9c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid A maior parte do tempo	3	10,0	10,0	10,0
Bastante tempo	4	13,3	13,3	23,3
Algum tempo	5	16,7	16,7	40,0
Pouco tempo	8	26,7	26,7	66,7
Nenhum tempo	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

9d

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre	1	3,3	3,3	3,3
A maior parte do tempo	6	20,0	20,0	23,3
Bastante tempo	3	10,0	10,0	33,3
Algum tempo	11	36,7	36,7	70,0
Pouco tempo	5	16,7	16,7	86,7
Nenhum tempo	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

9e

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre	2	6,7	6,7	6,7
A maior parte do tempo	3	10,0	10,0	16,7
Bastante tempo	1	3,3	3,3	20,0
Algum tempo	8	26,7	26,7	46,7
Pouco tempo	14	46,7	46,7	93,3
Nenhum tempo	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

9f

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre	1	3,3	3,3	3,3
A maior parte do tempo	4	13,3	13,3	16,7
Bastante tempo	1	3,3	3,3	20,0
Algum tempo	13	43,3	43,3	63,3
Pouco tempo	7	23,3	23,3	86,7
Nenhum tempo	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

9g

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre	2	6,7	6,7	6,7
A maior parte do tempo	7	23,3	23,3	30,0
Bastante tempo	1	3,3	3,3	33,3
Algum tempo	11	36,7	36,7	70,0
Pouco tempo	5	16,7	16,7	86,7
Nenhum tempo	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

9h

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre	2	6,7	6,7	6,7
A maior parte do tempo	6	20,0	20,0	26,7
Bastante tempo	5	16,7	16,7	43,3
Algum tempo	12	40,0	40,0	83,3
Pouco tempo	3	10,0	10,0	93,3
Nenhum tempo	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

9i

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre	4	13,3	13,3	13,3
A maior parte do tempo	6	20,0	20,0	33,3
Bastante tempo	4	13,3	13,3	46,7
Algum tempo	11	36,7	36,7	83,3
Pouco tempo	3	10,0	10,0	93,3
Nenhum tempo	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

sf32

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre	1	3,3	3,3	3,3
A maior parte do tempo	6	20,0	20,0	23,3
Algum tempo	12	40,0	40,0	63,3
Pouco tempo	7	23,3	23,3	86,7
Nunca	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

11a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Absolutamente Verdade	1	3,3	3,3	3,3
Verdade	4	13,3	13,3	16,7
Não sei	4	13,3	13,3	30,0
Falso	15	50,0	50,0	80,0
Absolutamente falso	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

11b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Absolutamente Verdade	2	6,7	6,7	6,7
Verdade	12	40,0	40,0	46,7
Não sei	6	20,0	20,0	66,7
Falso	9	30,0	30,0	96,7
Absolutamente falso	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

11c

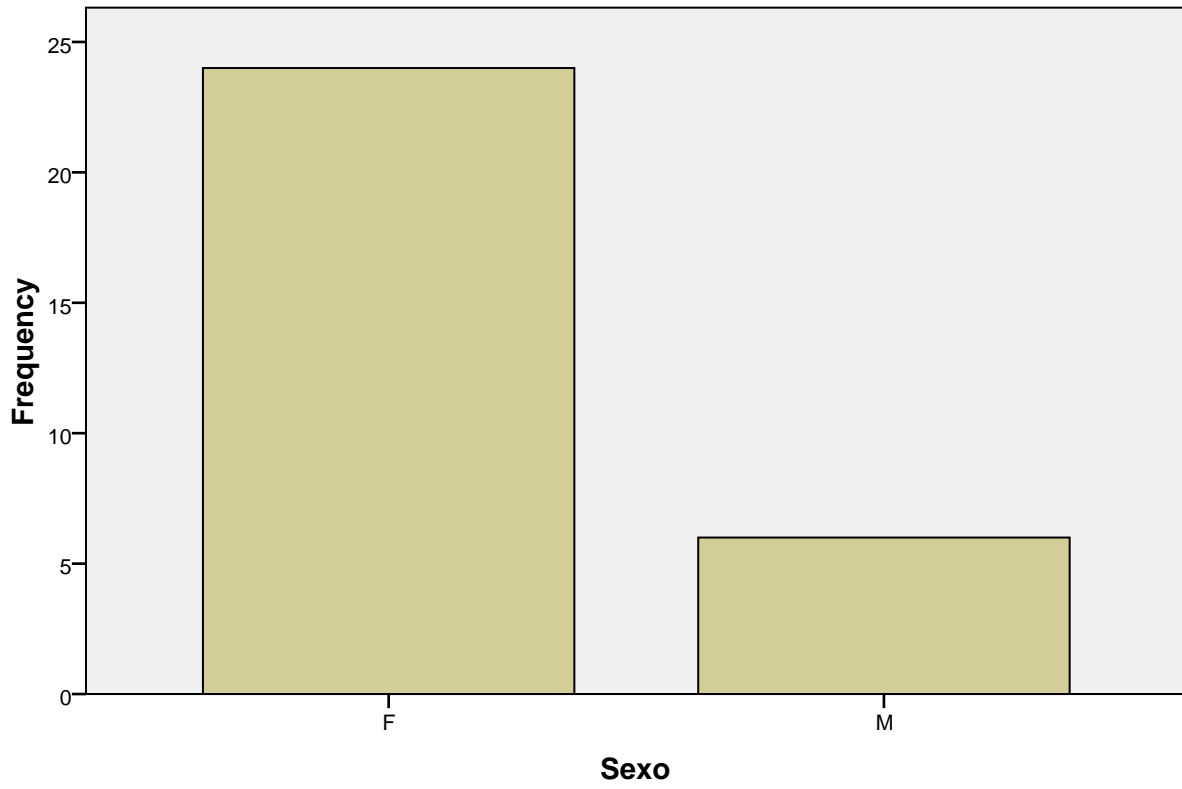
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Absolutamente Verdade	3	10,0	10,0	10,0
Verdade	8	26,7	26,7	36,7
Não sei	8	26,7	26,7	63,3
Falso	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

11d

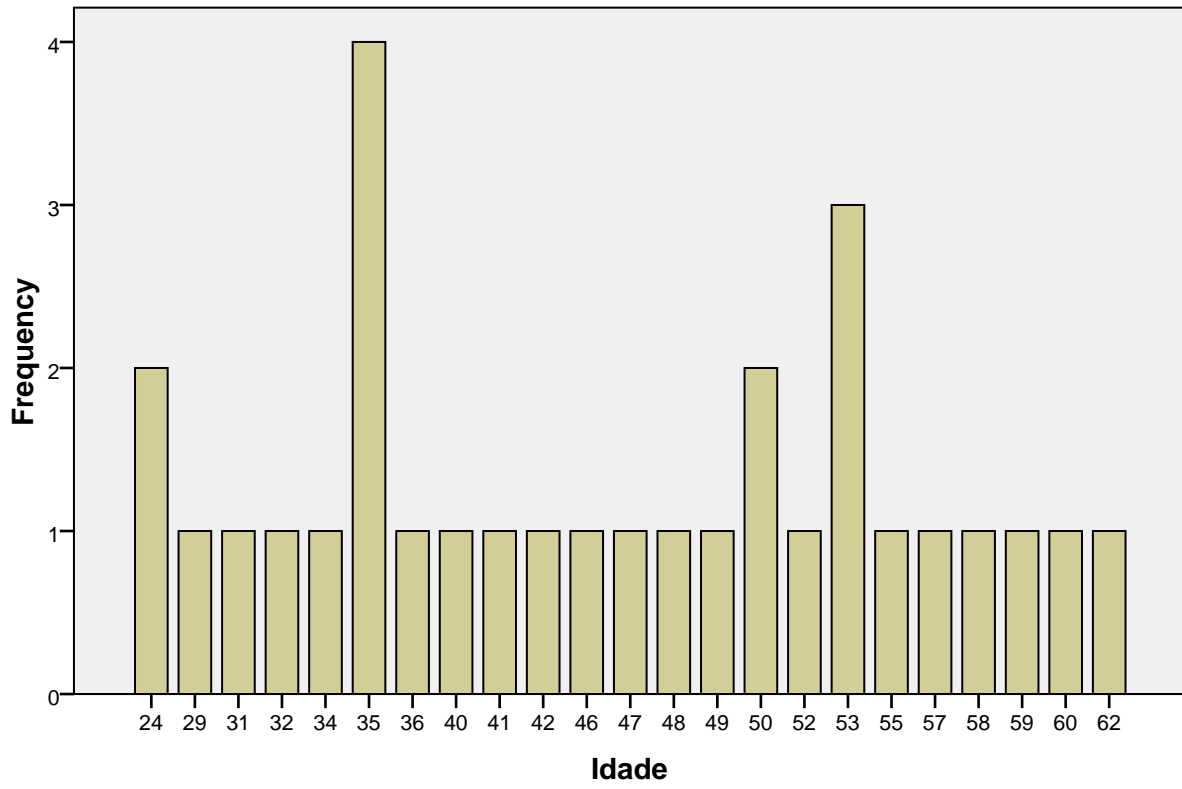
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Absolutamente Verdade	1	3,3	3,3	3,3
Verdade	9	30,0	30,0	33,3
Não sei	6	20,0	20,0	53,3
Falso	11	36,7	36,7	90,0
Absolutamente falso	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Bar Chart

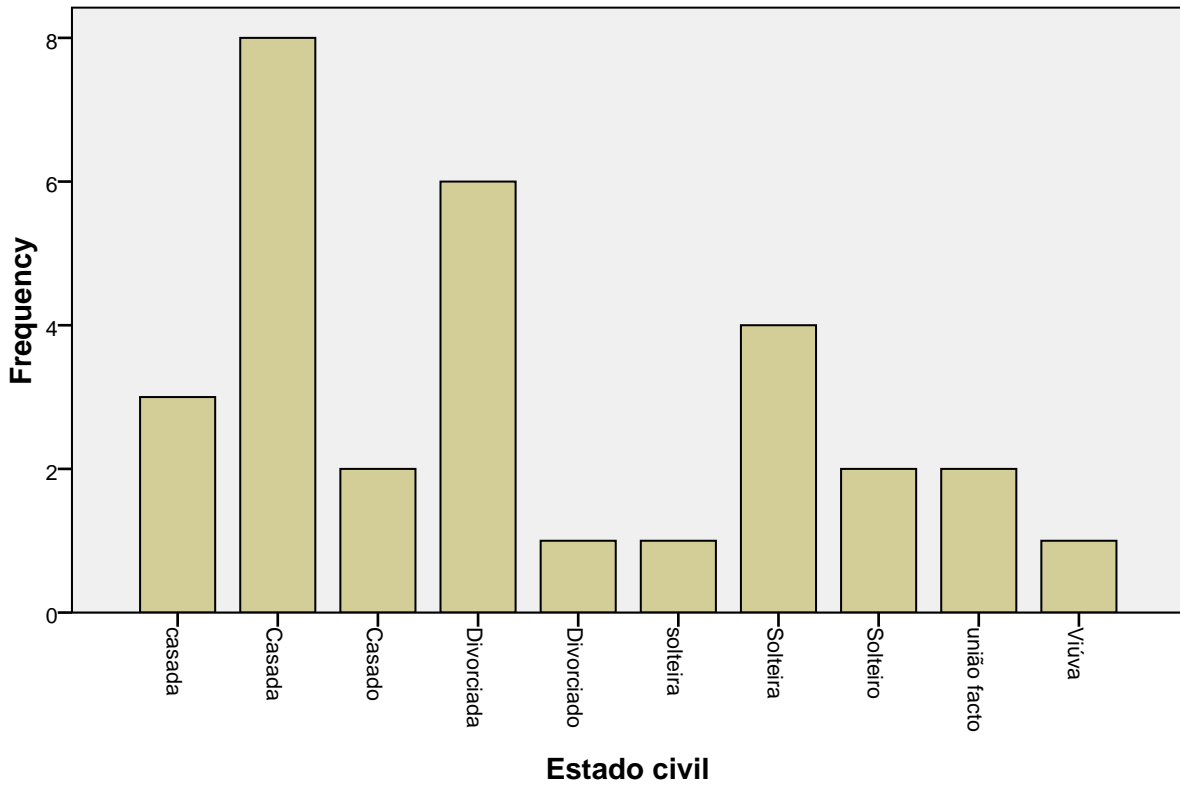
Sexo



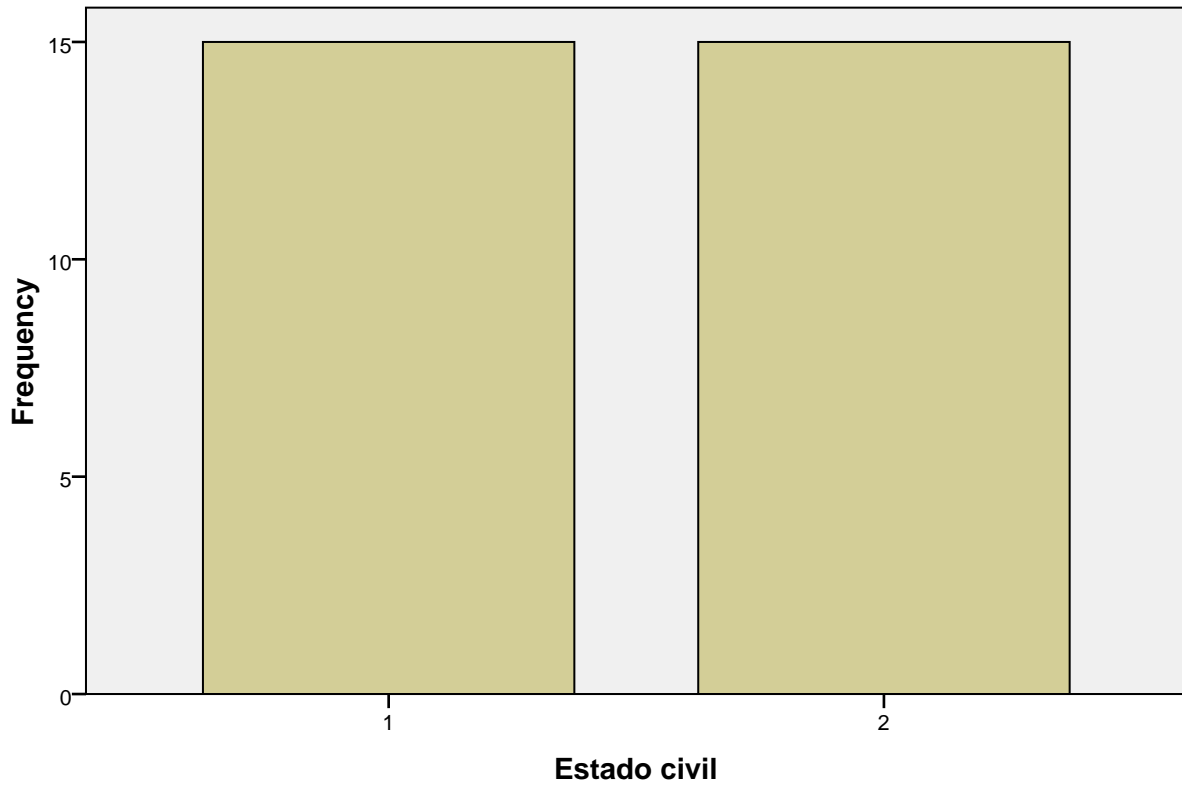
Idade



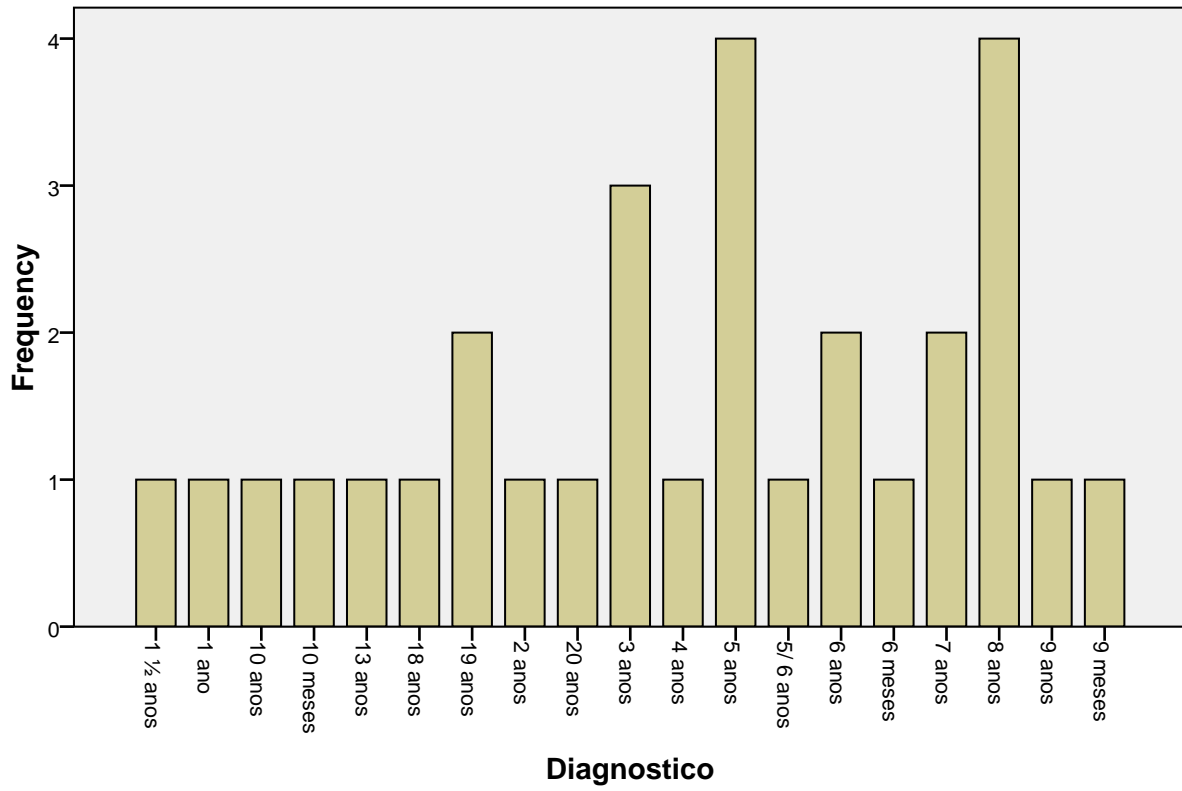
Estado civil



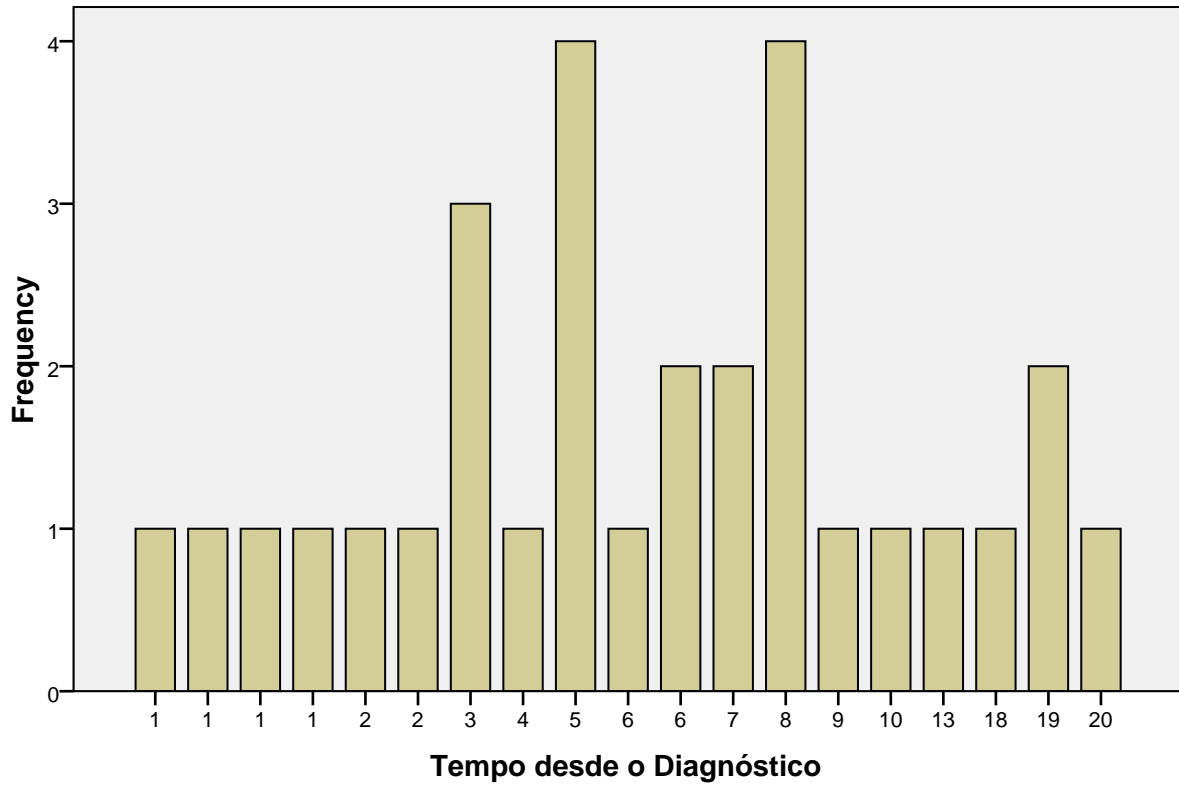
Estado civil



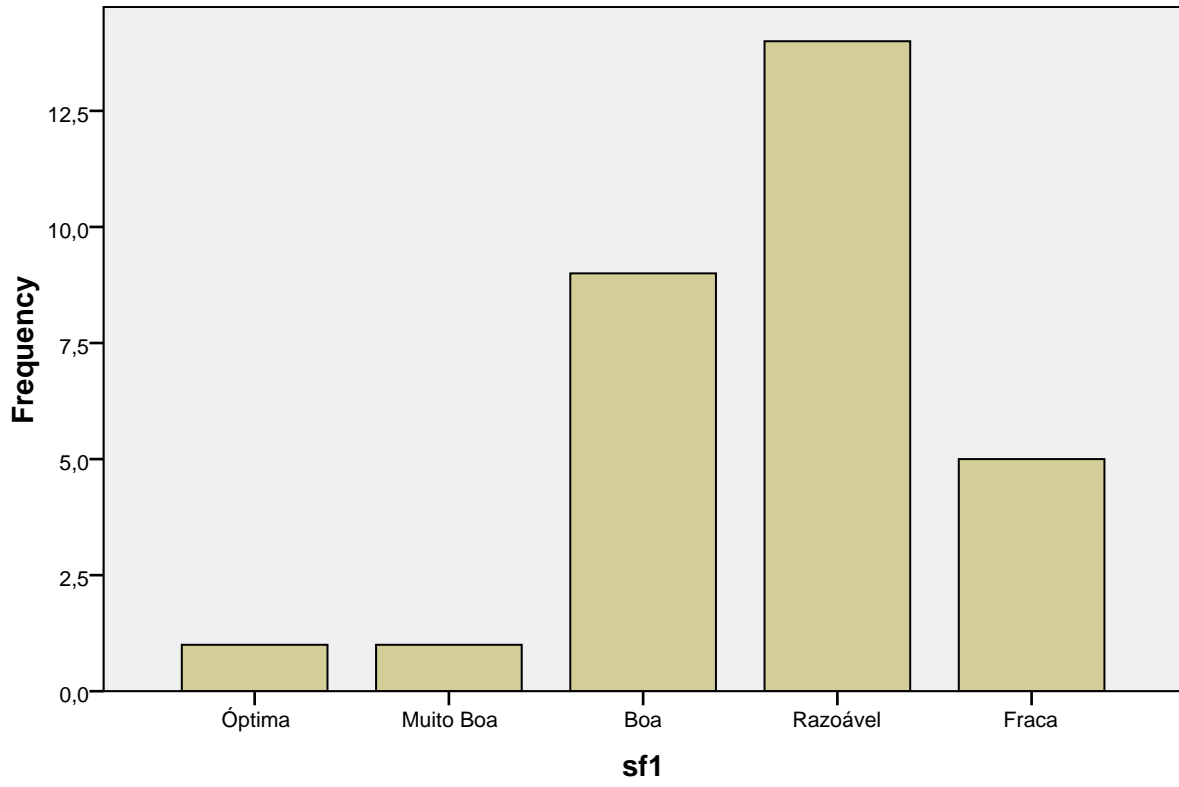
Diagnostico



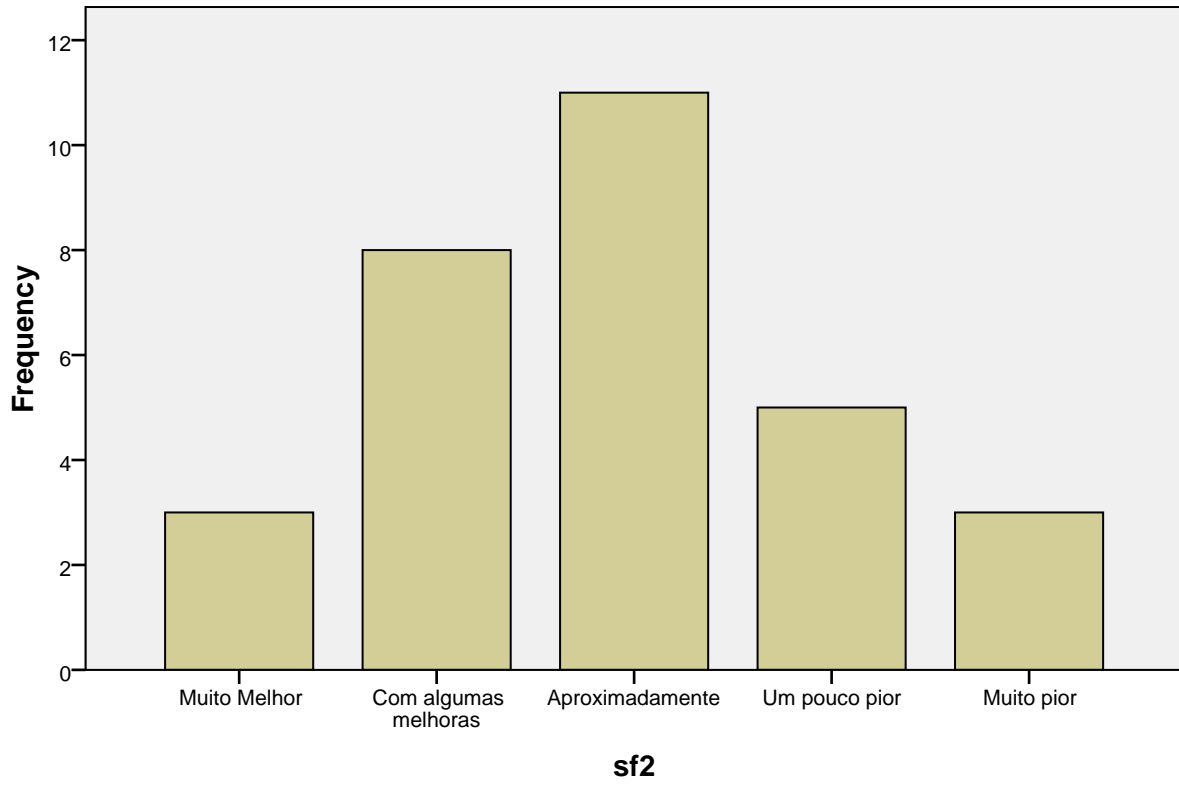
Tempo desde o Diagnóstico



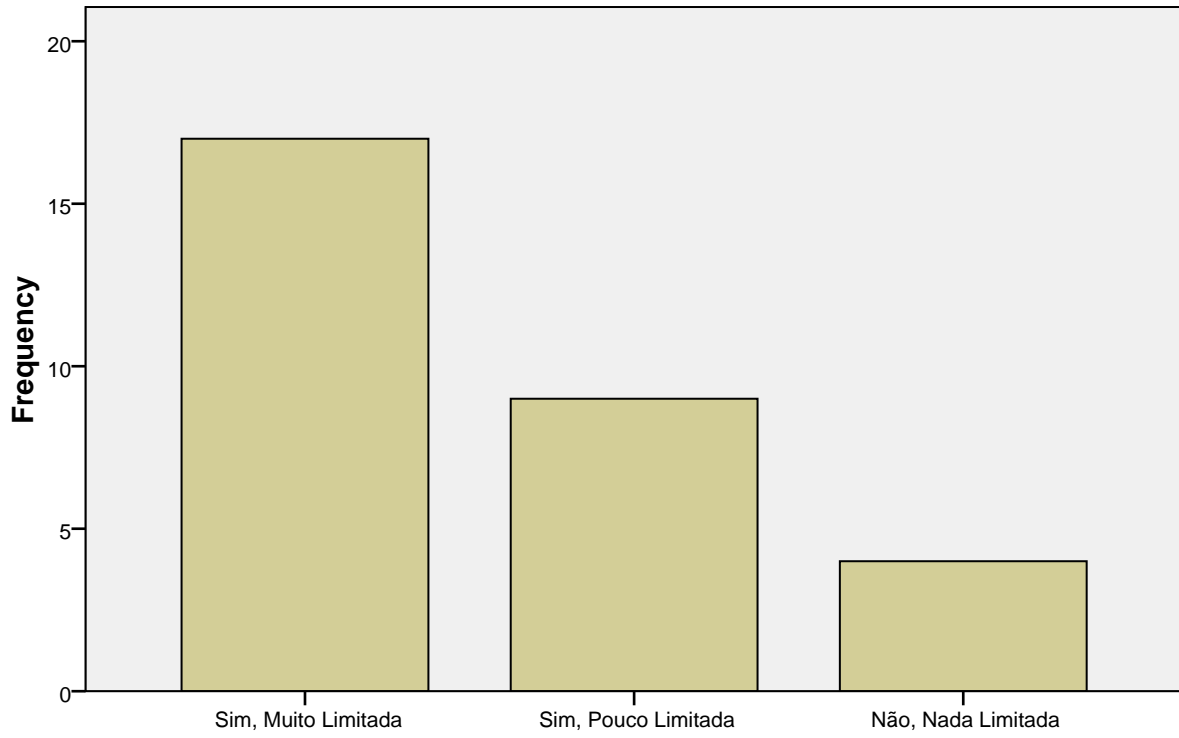
sf1



sf2

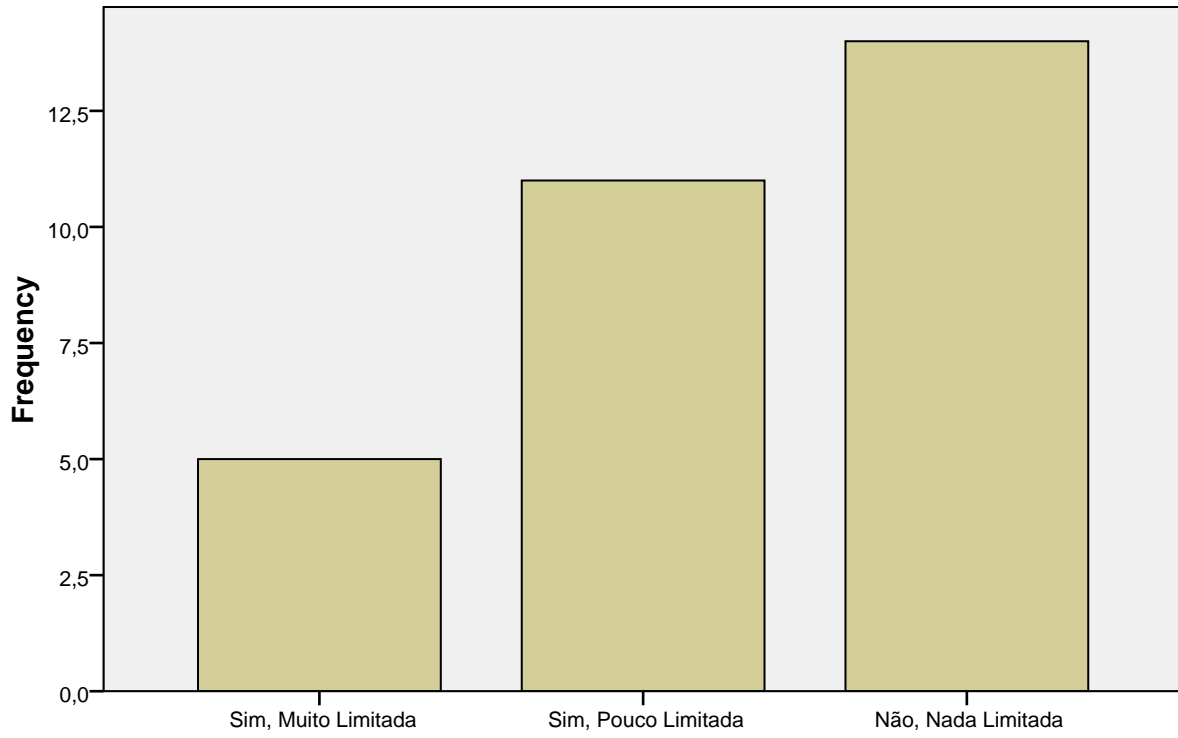


3a



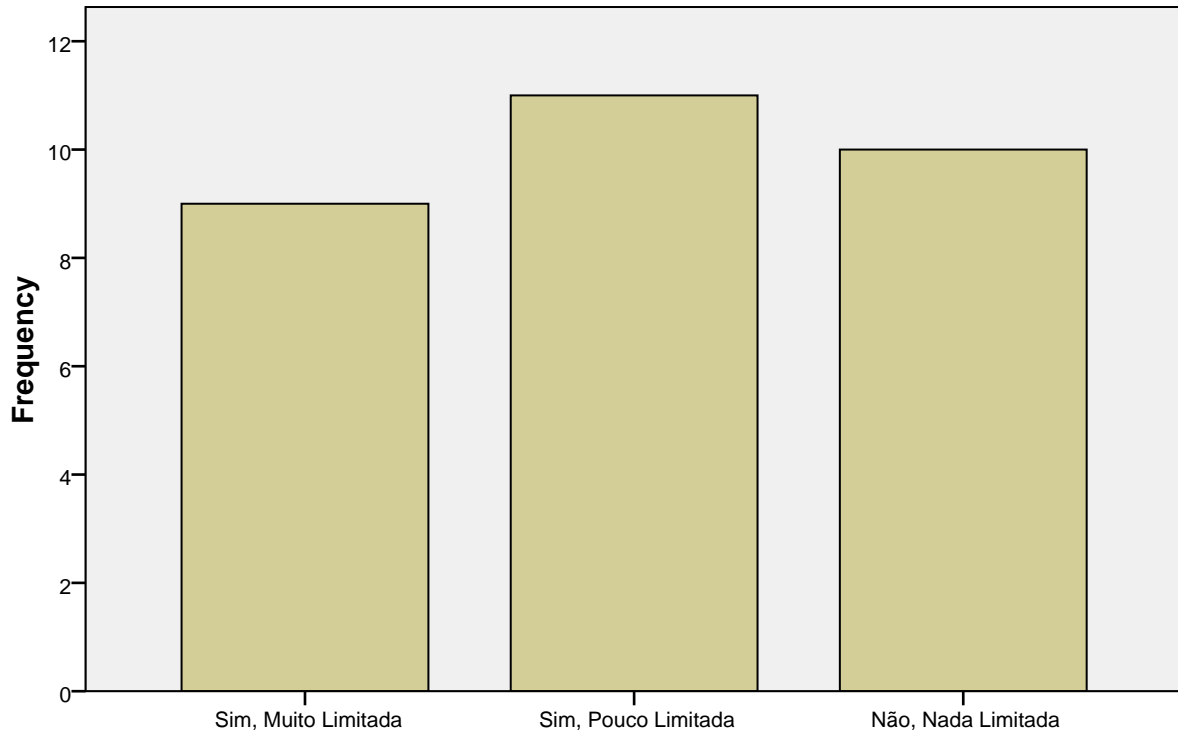
3a

3b



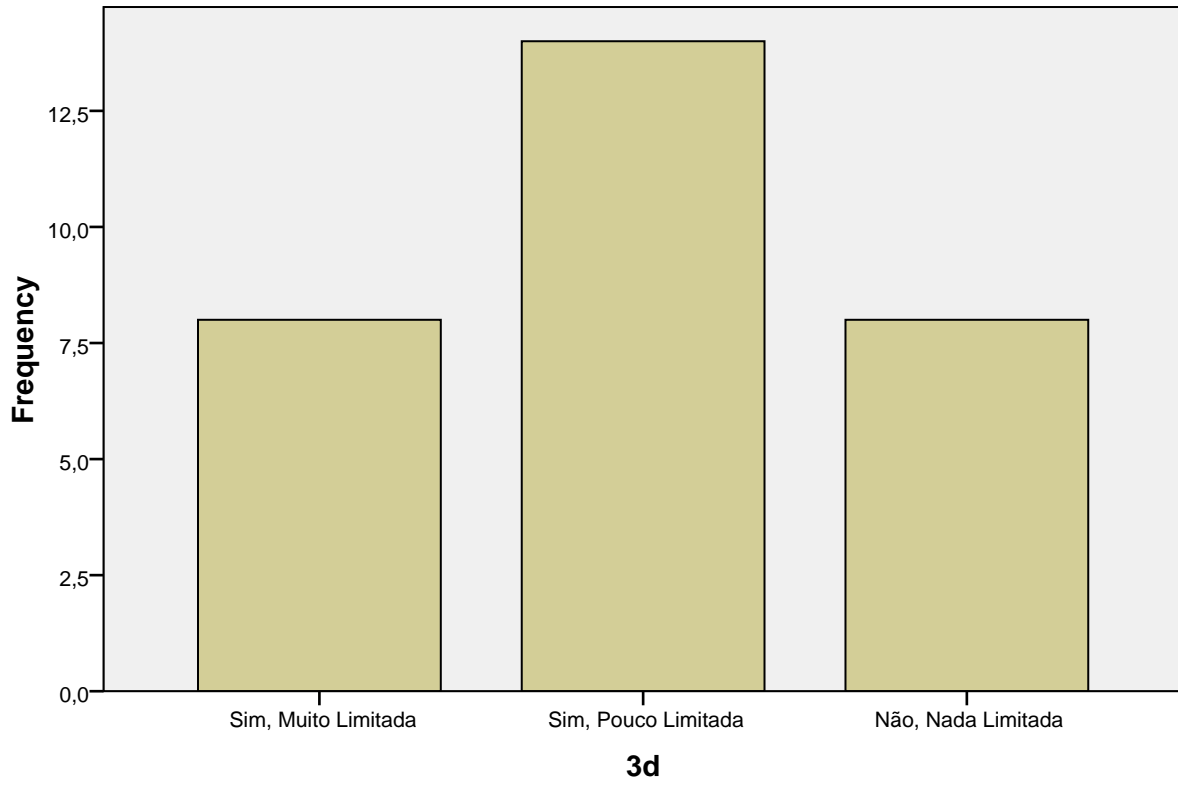
3b

3c

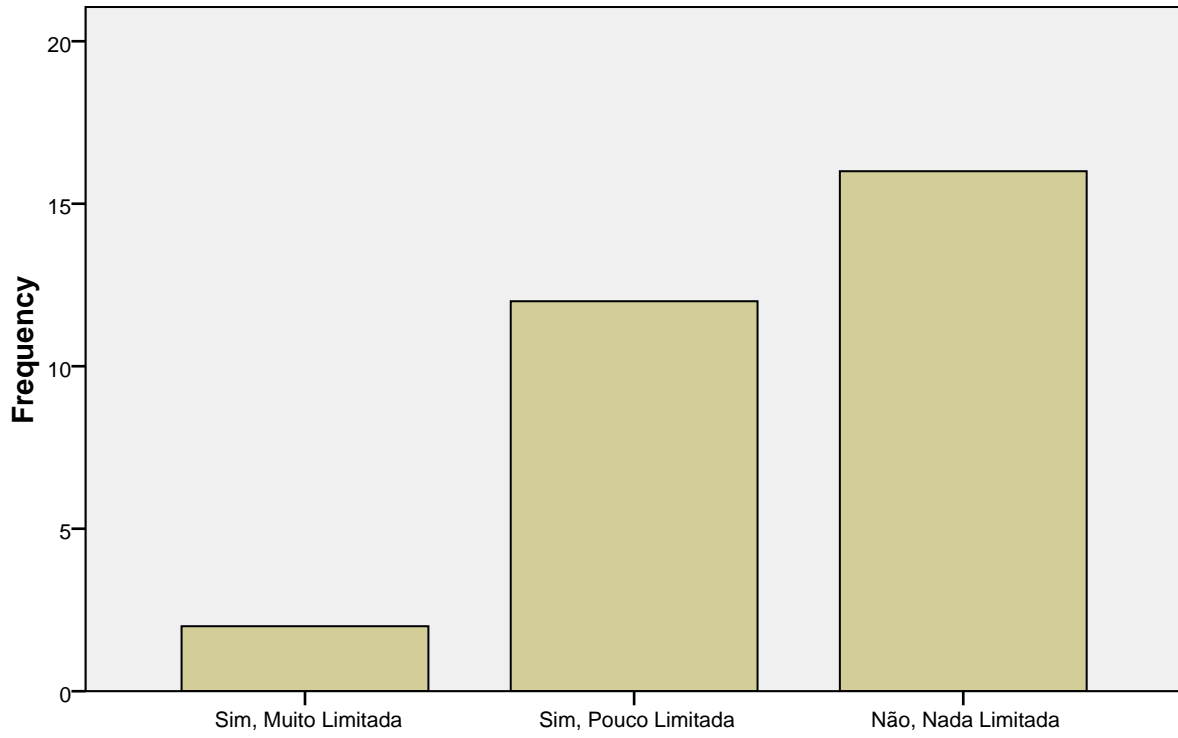


3c

3d

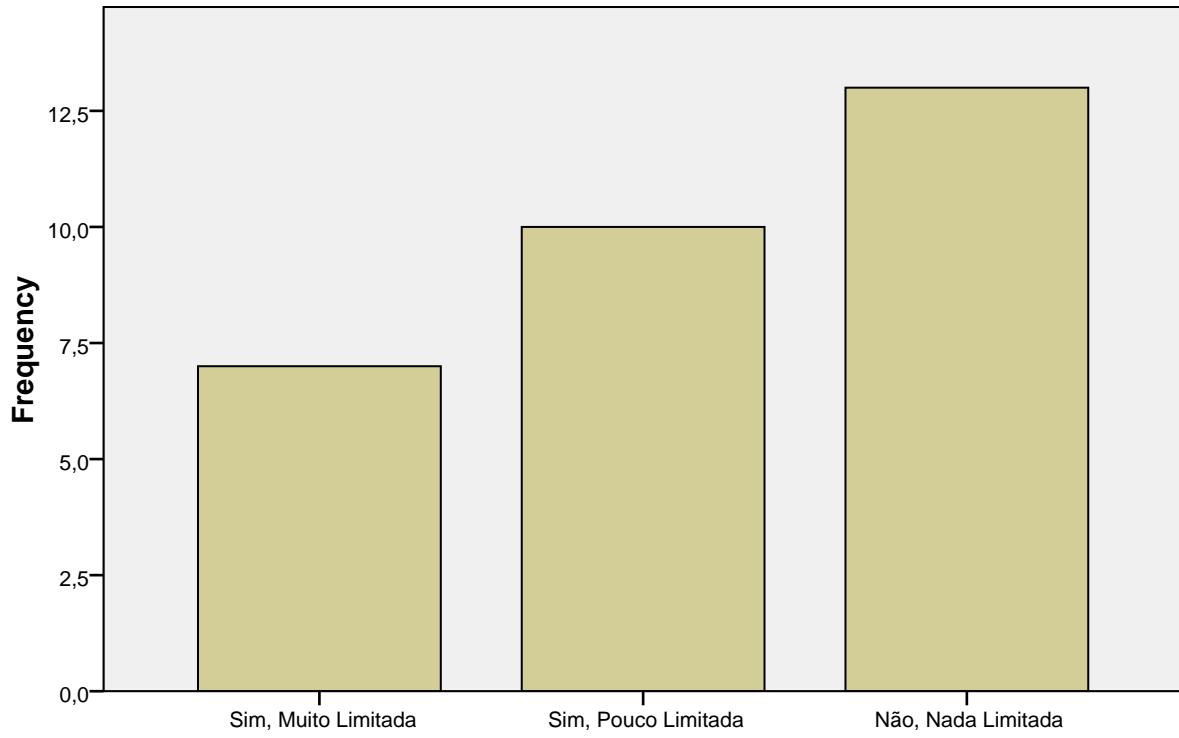


3e



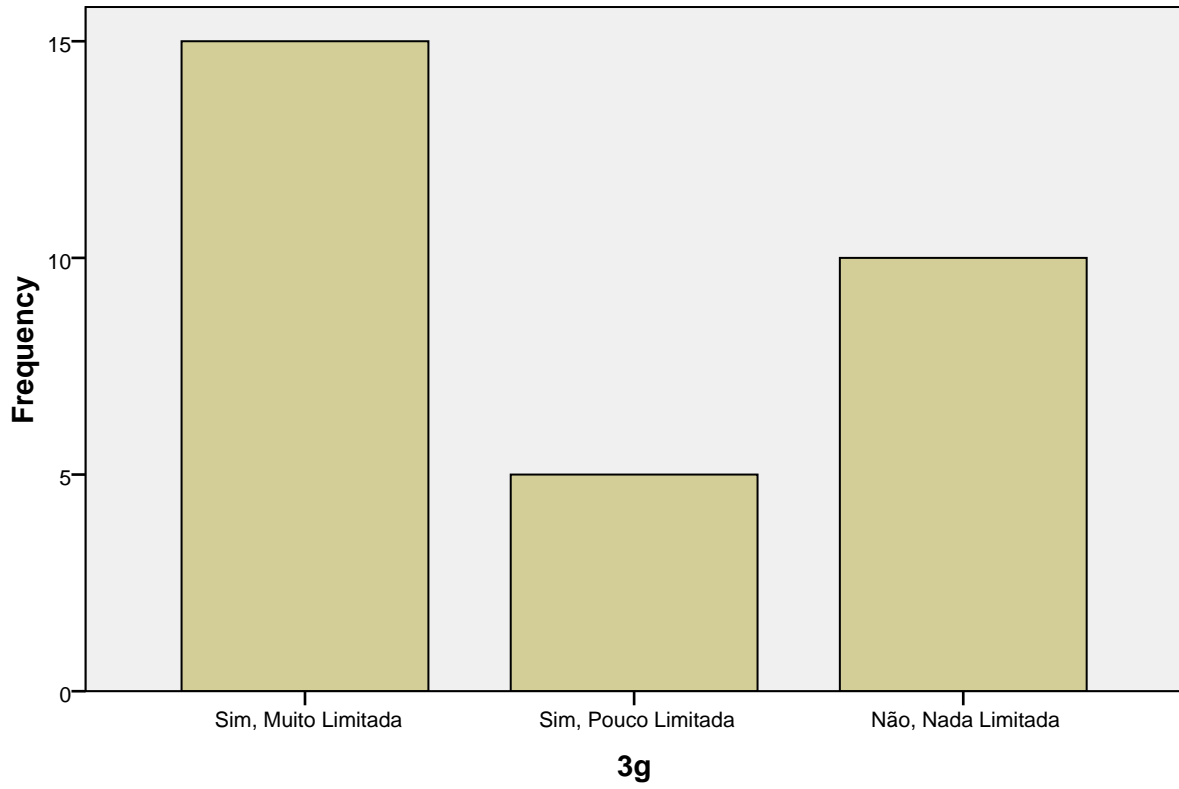
3e

3f

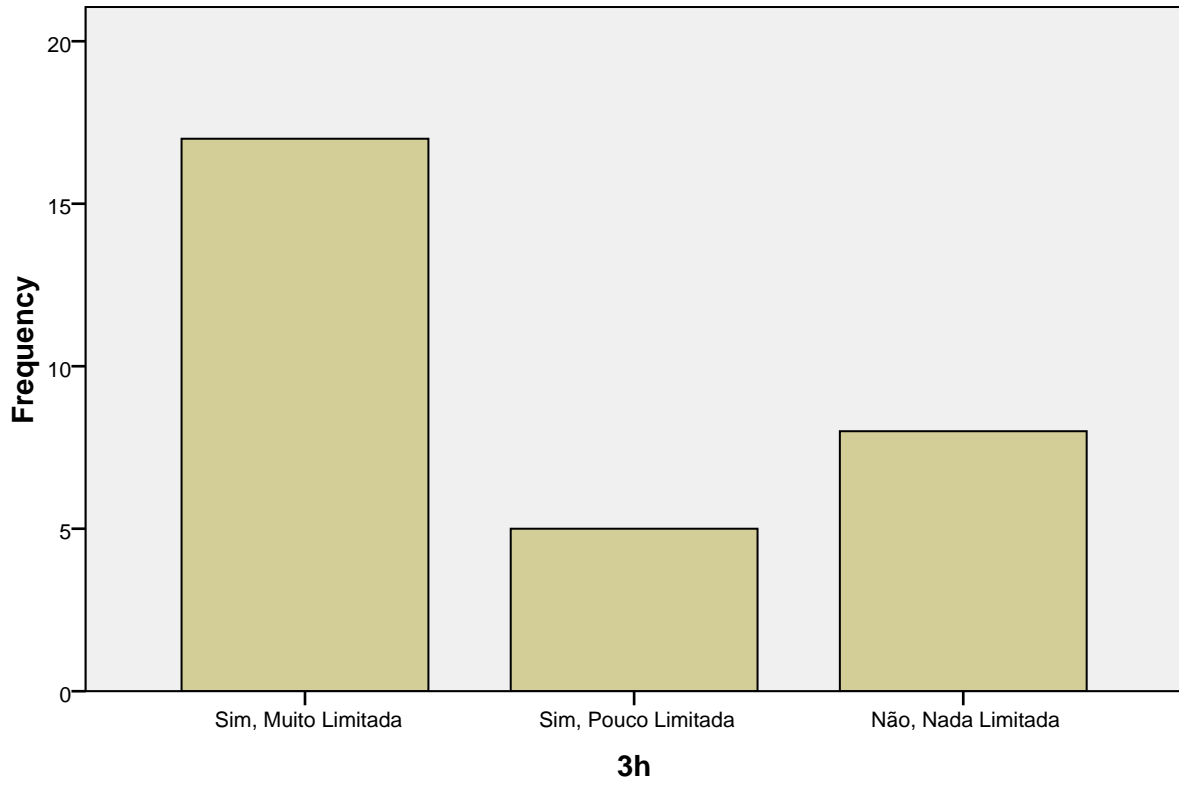


3f

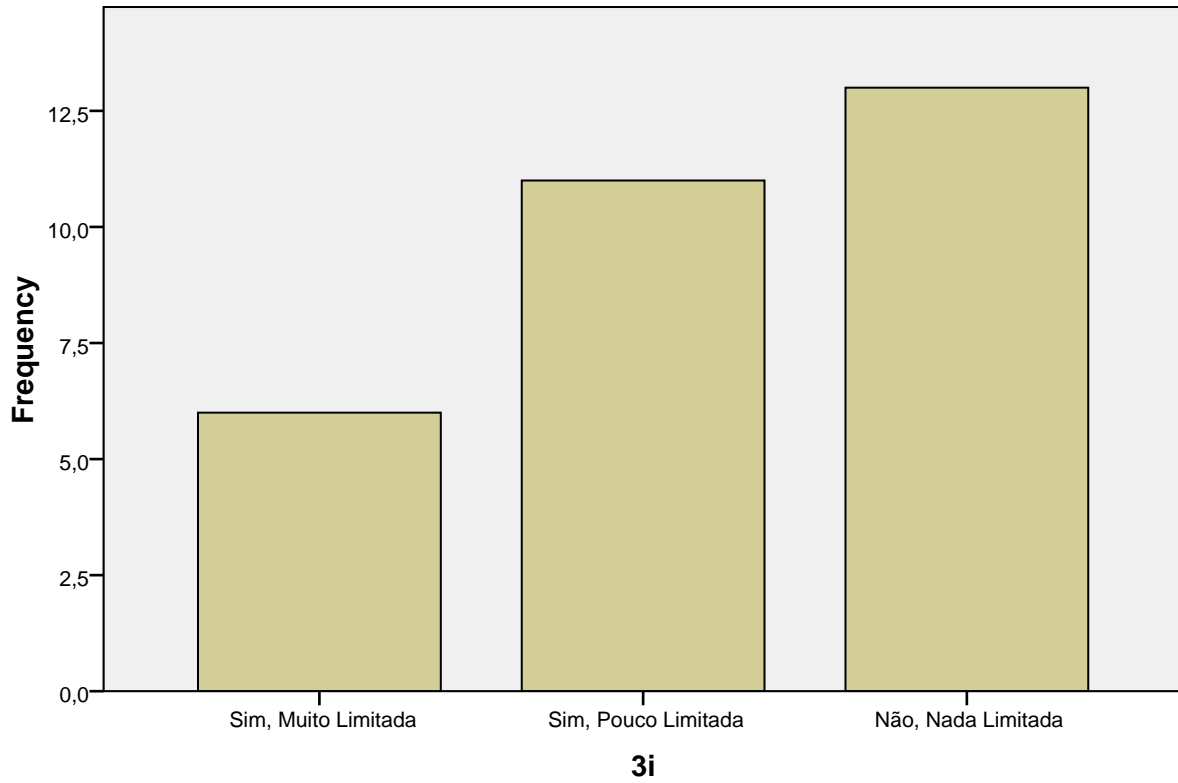
3g



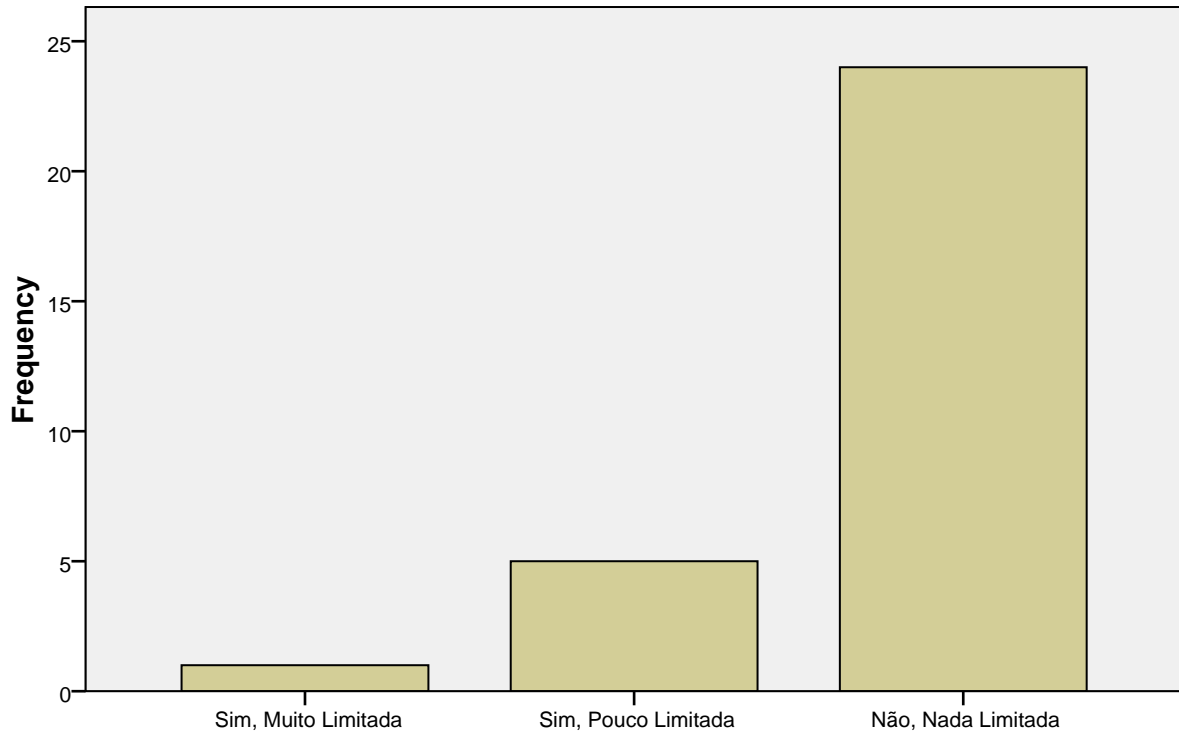
3h



3i

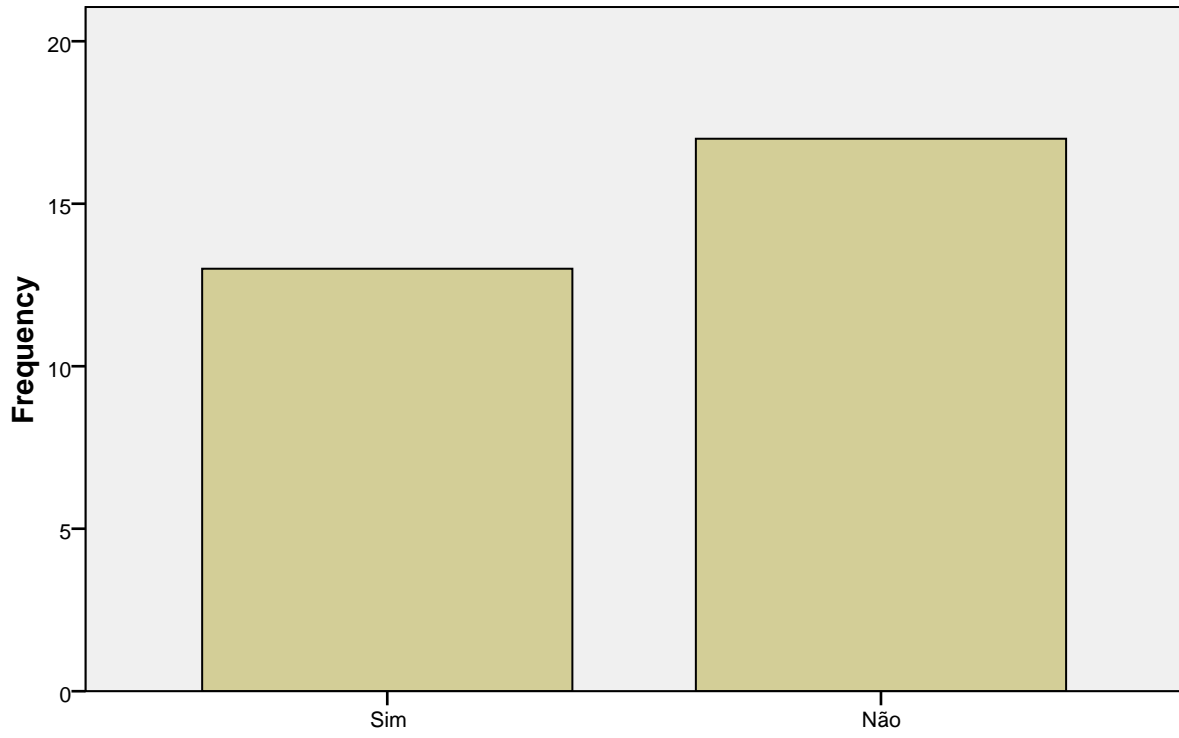


3j



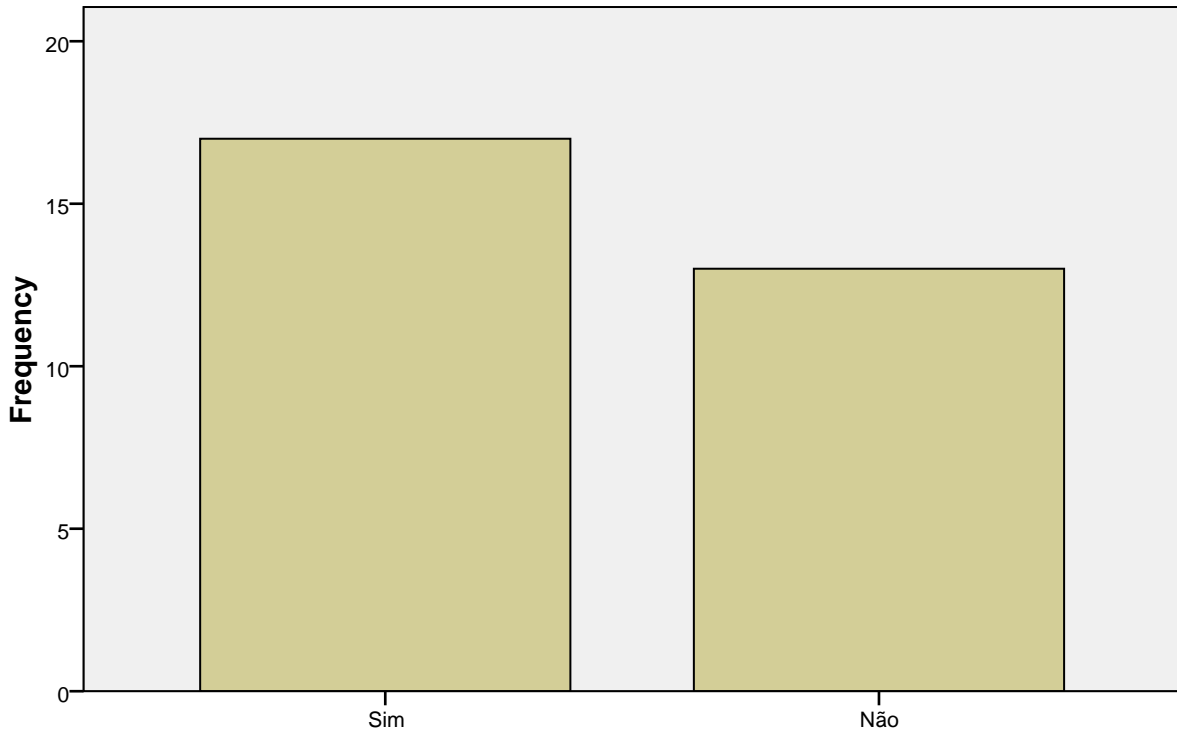
3j

4a



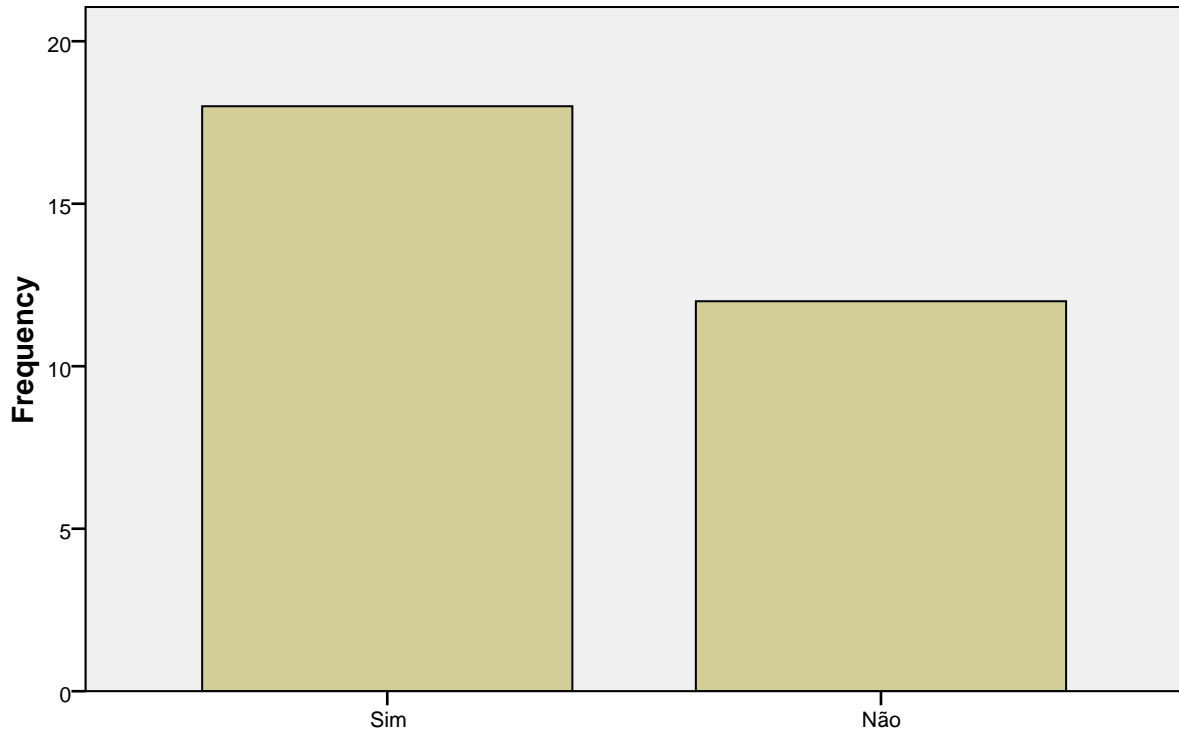
4a

4b



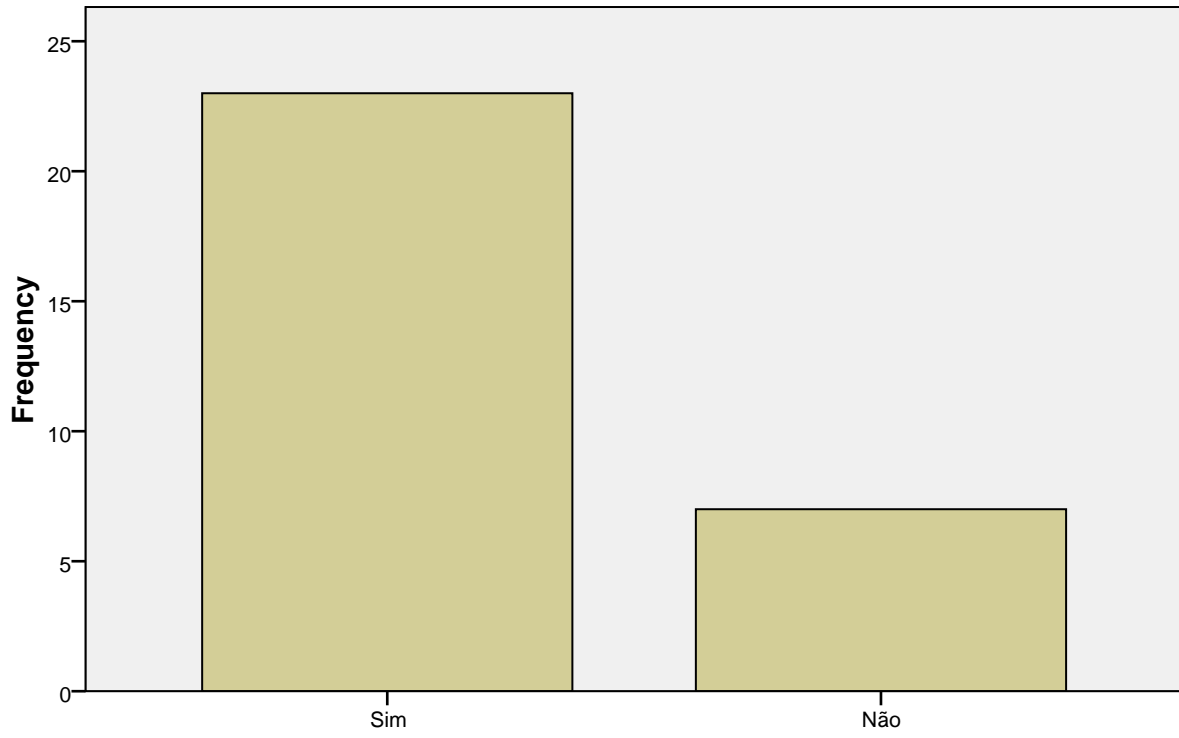
4b

4c



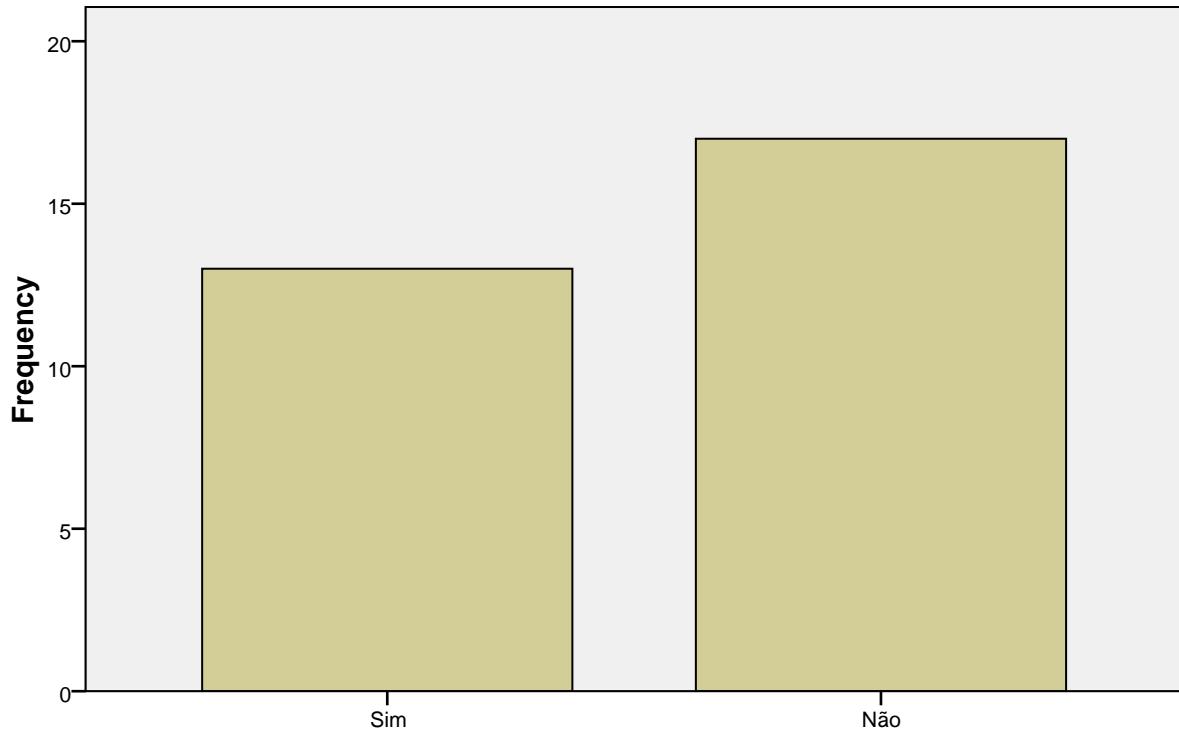
4c

4d



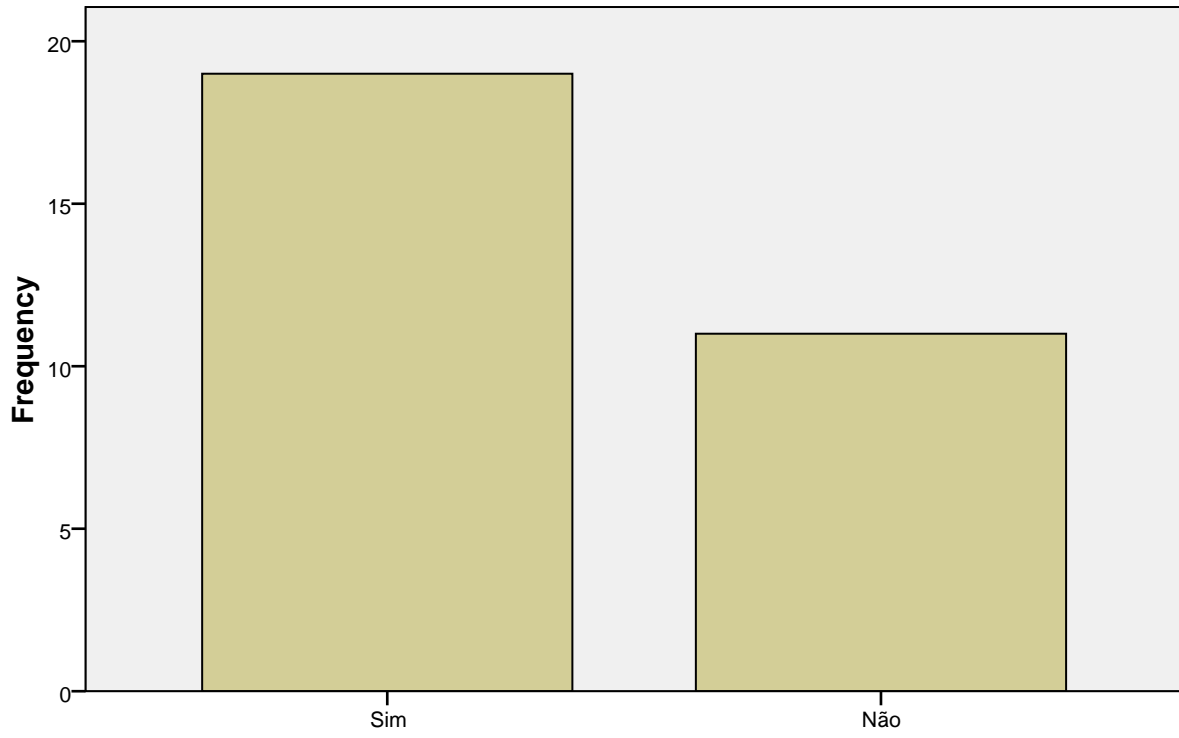
4d

5a



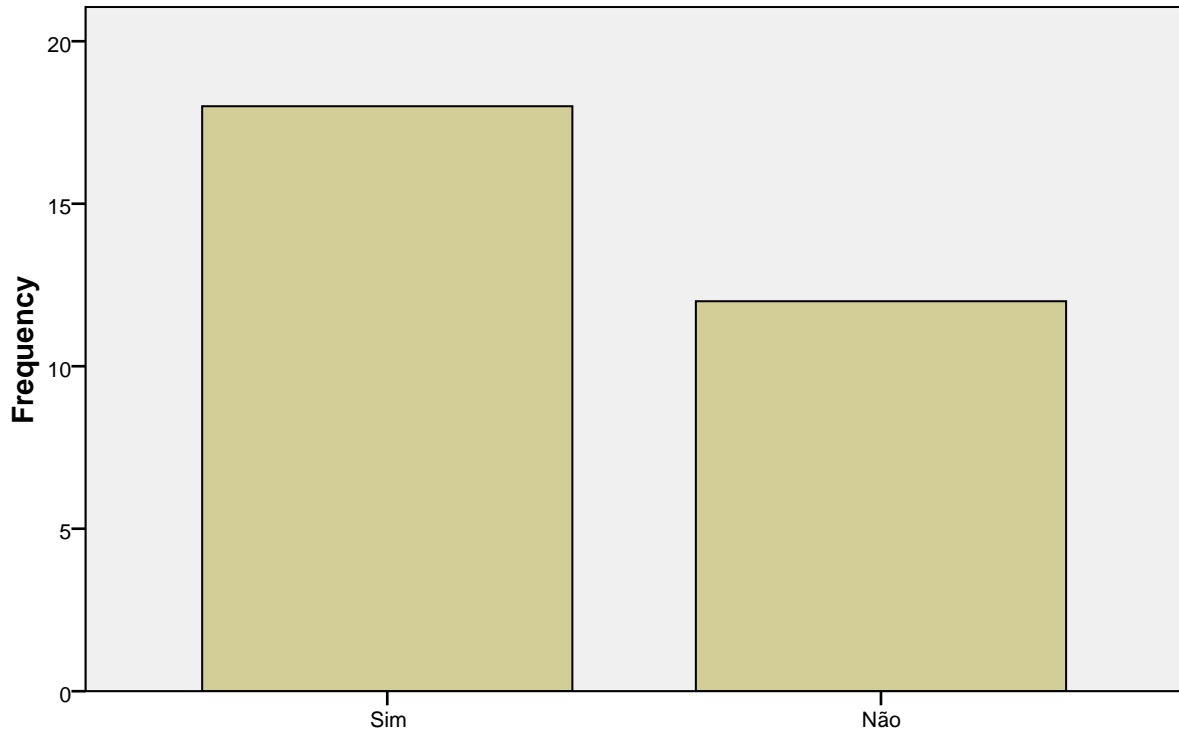
5a

5b



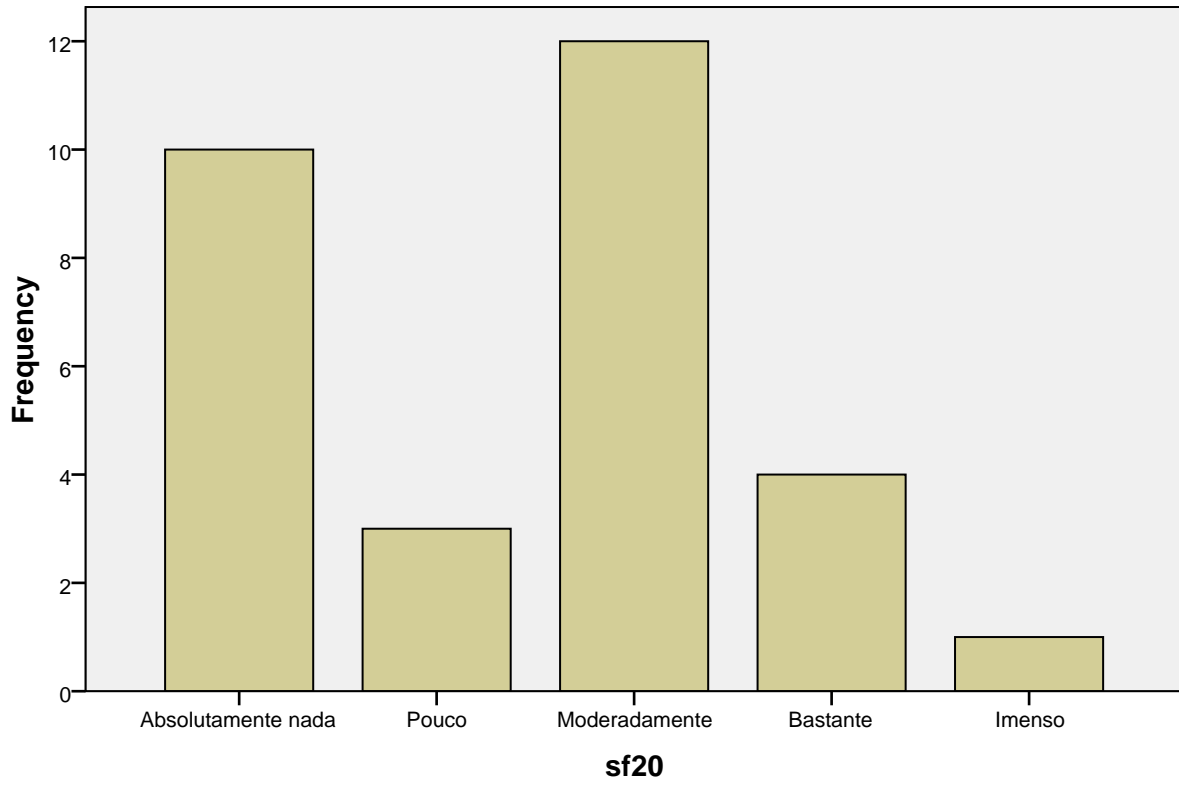
5b

5c

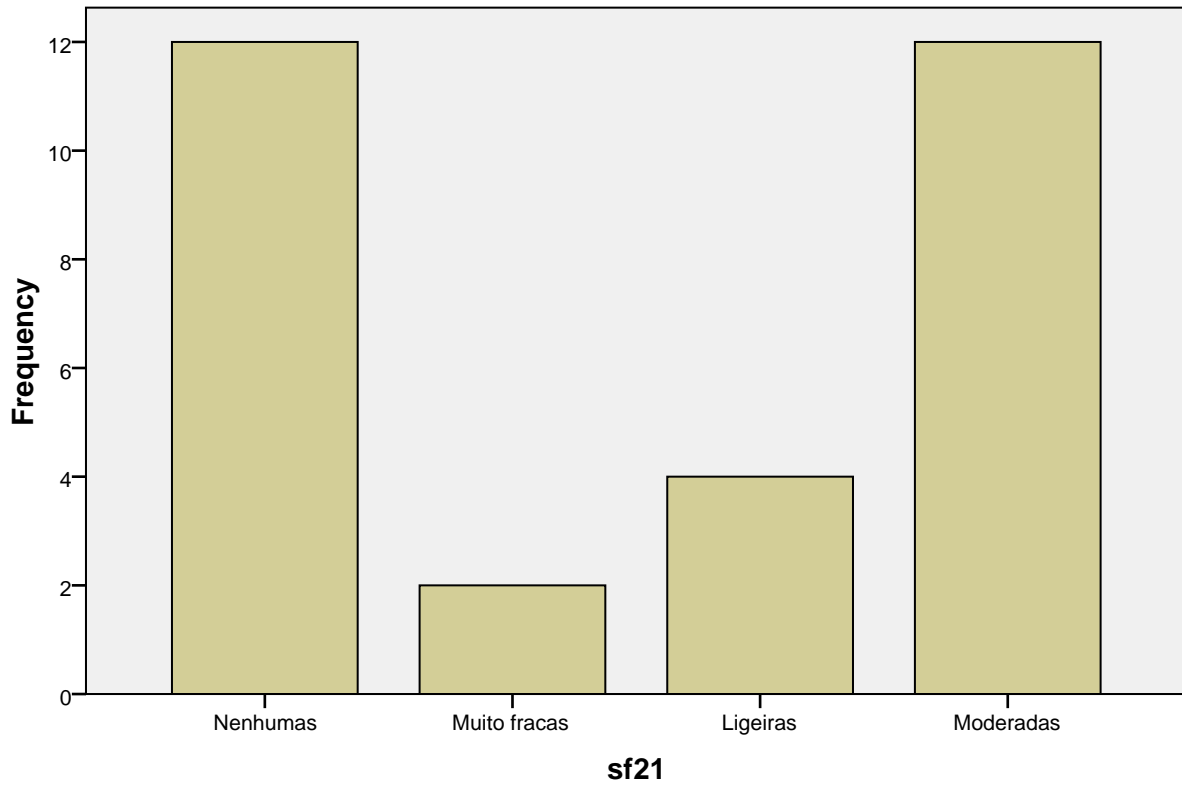


5c

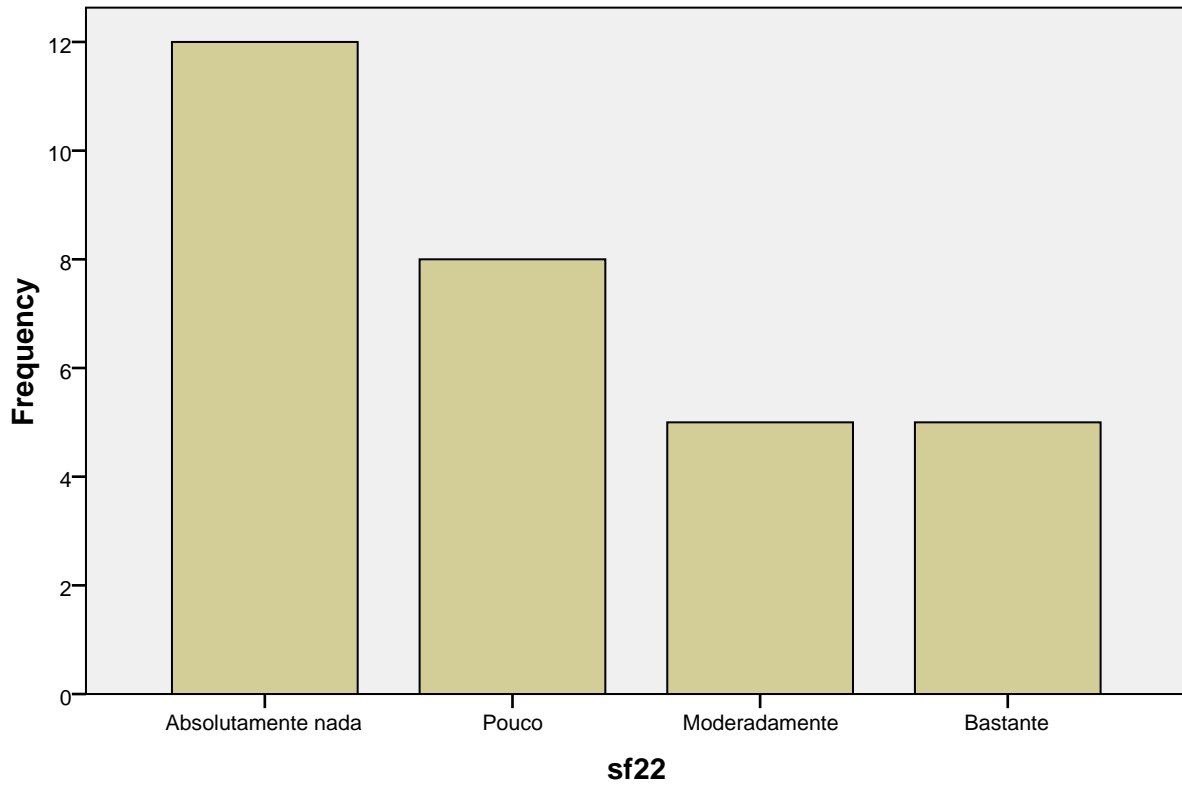
sf20



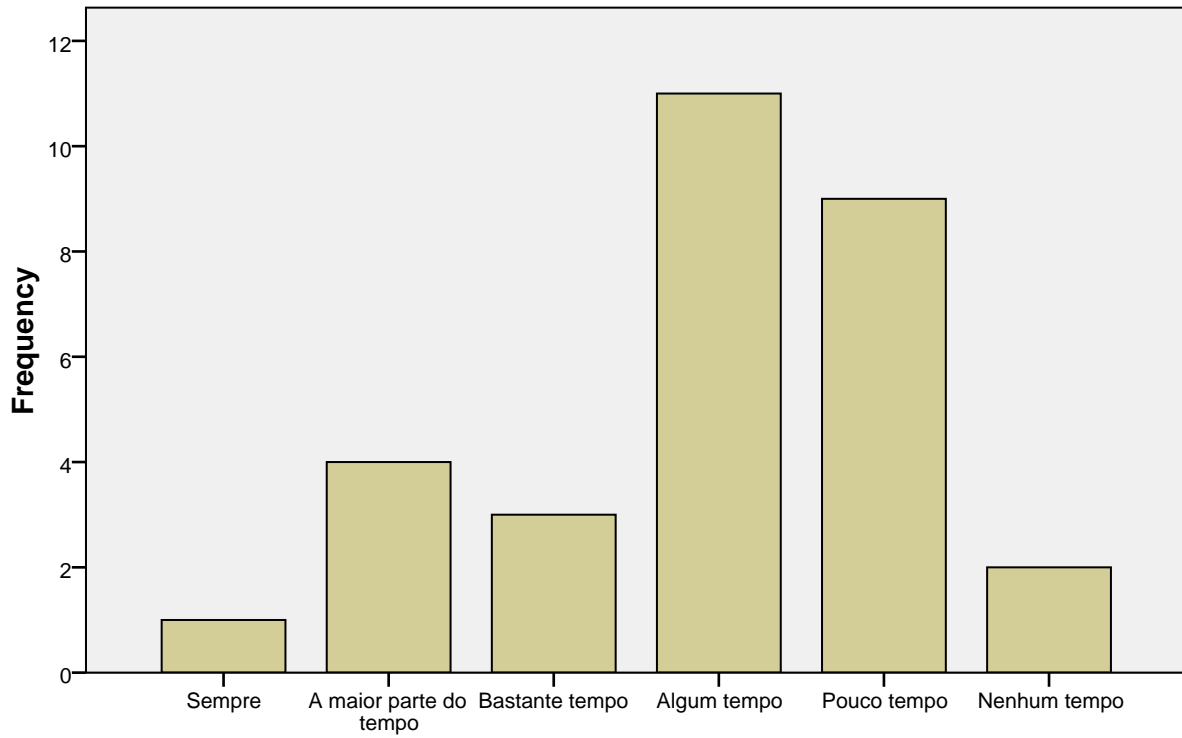
sf21



sf22

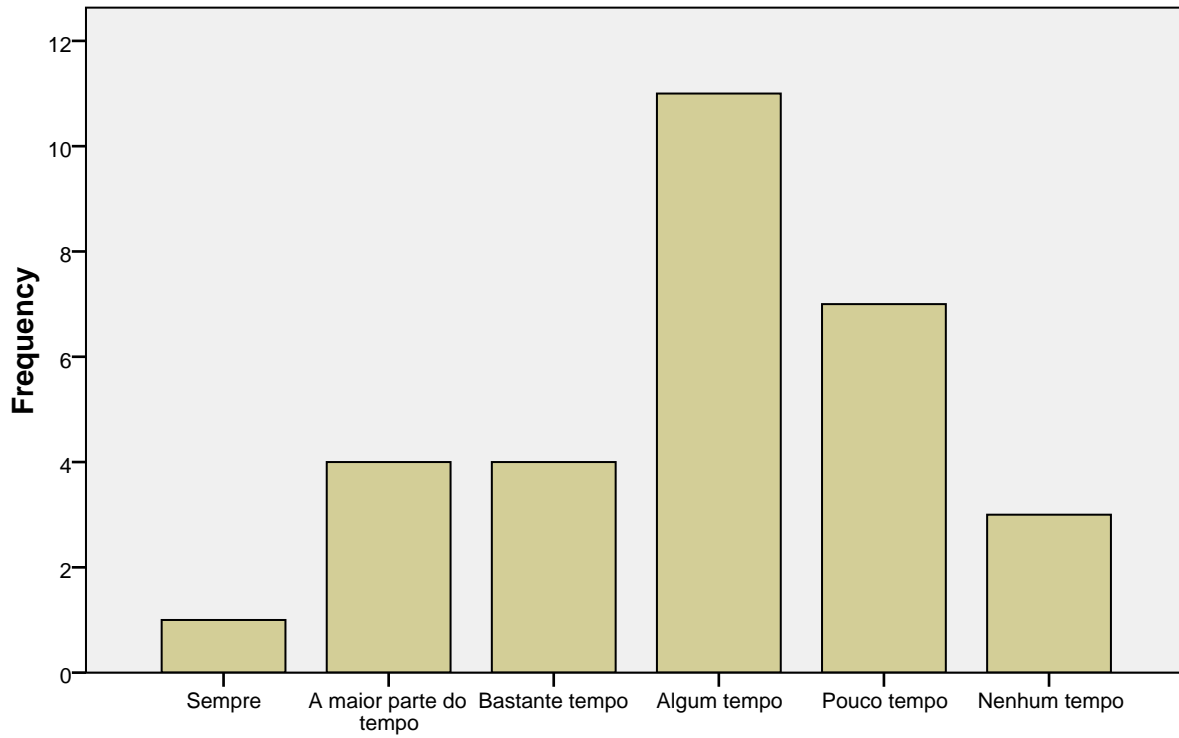


9a



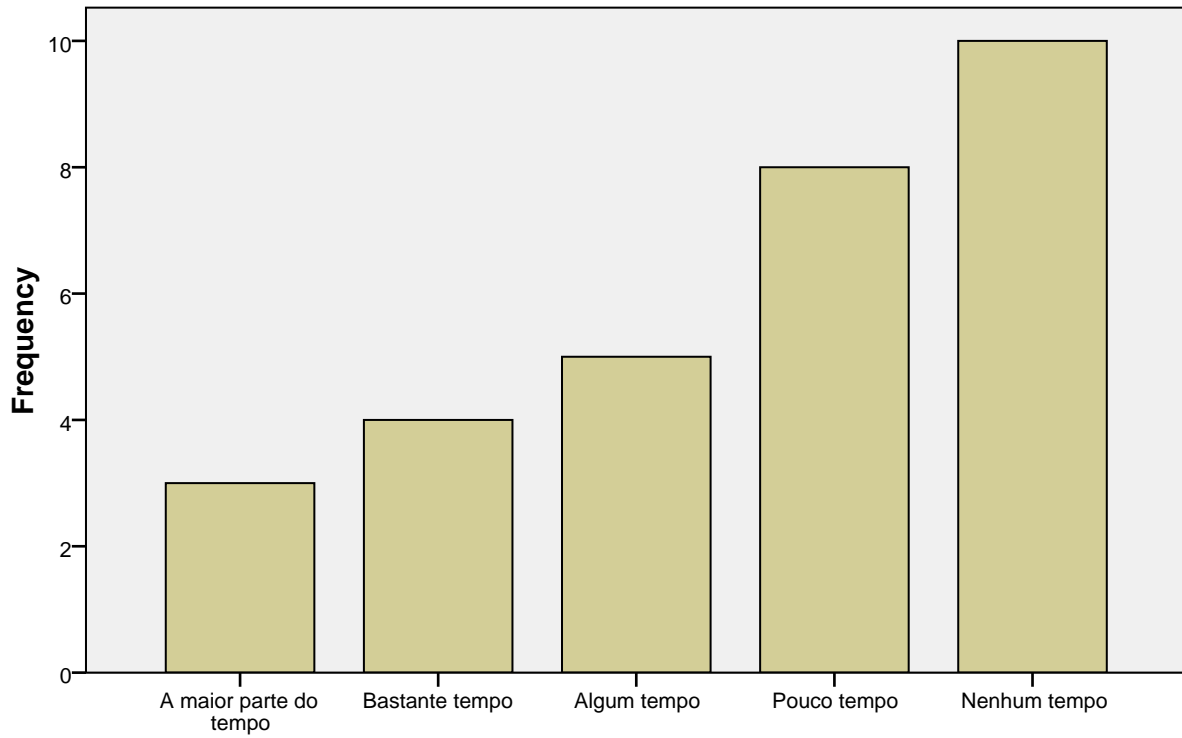
9a

9b



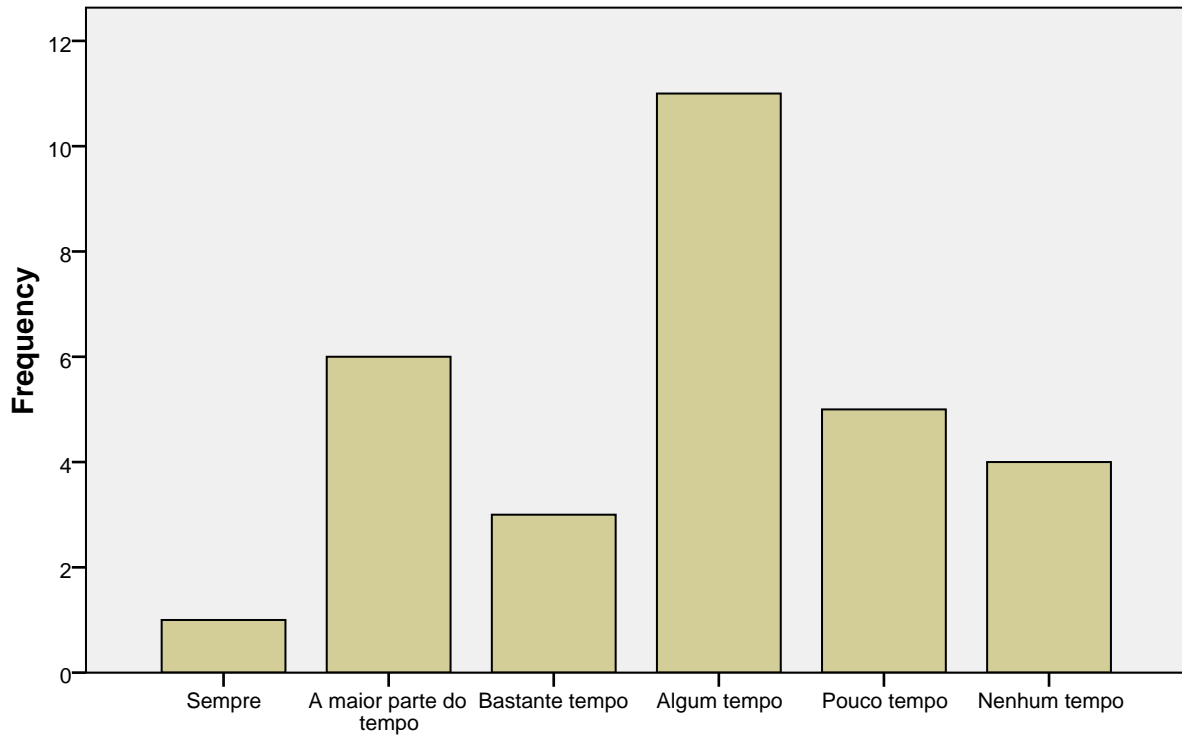
9b

9c



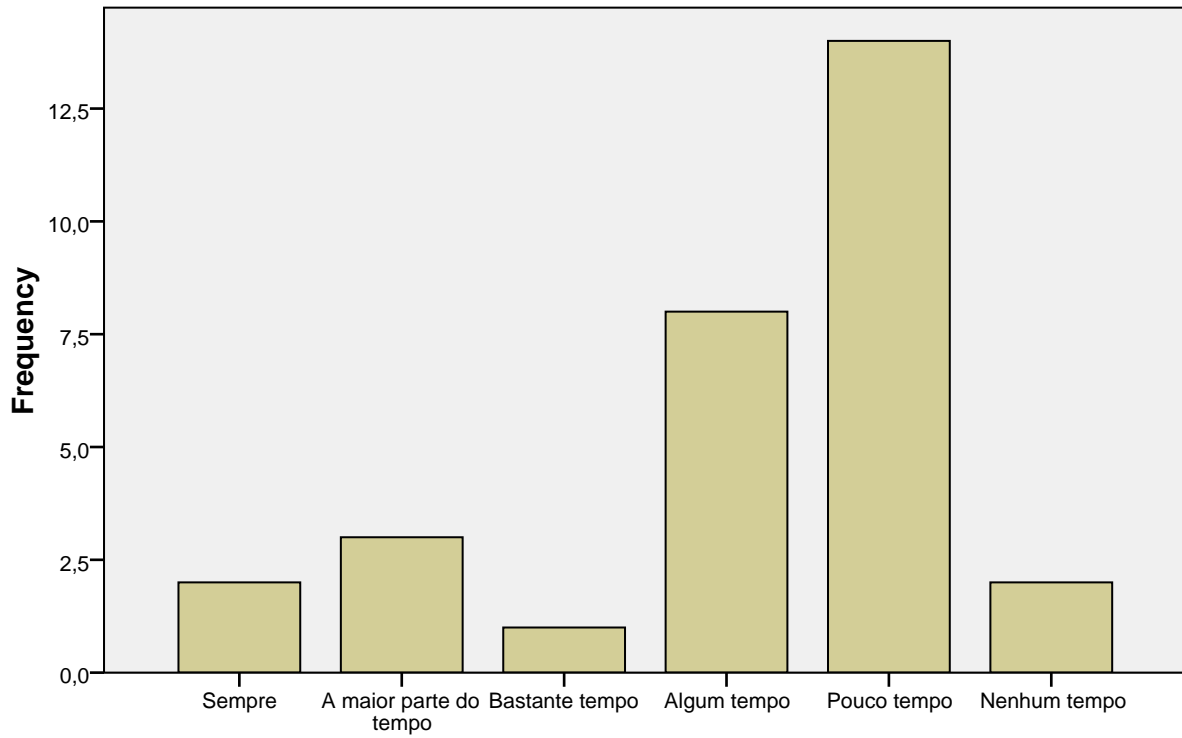
9c

9d



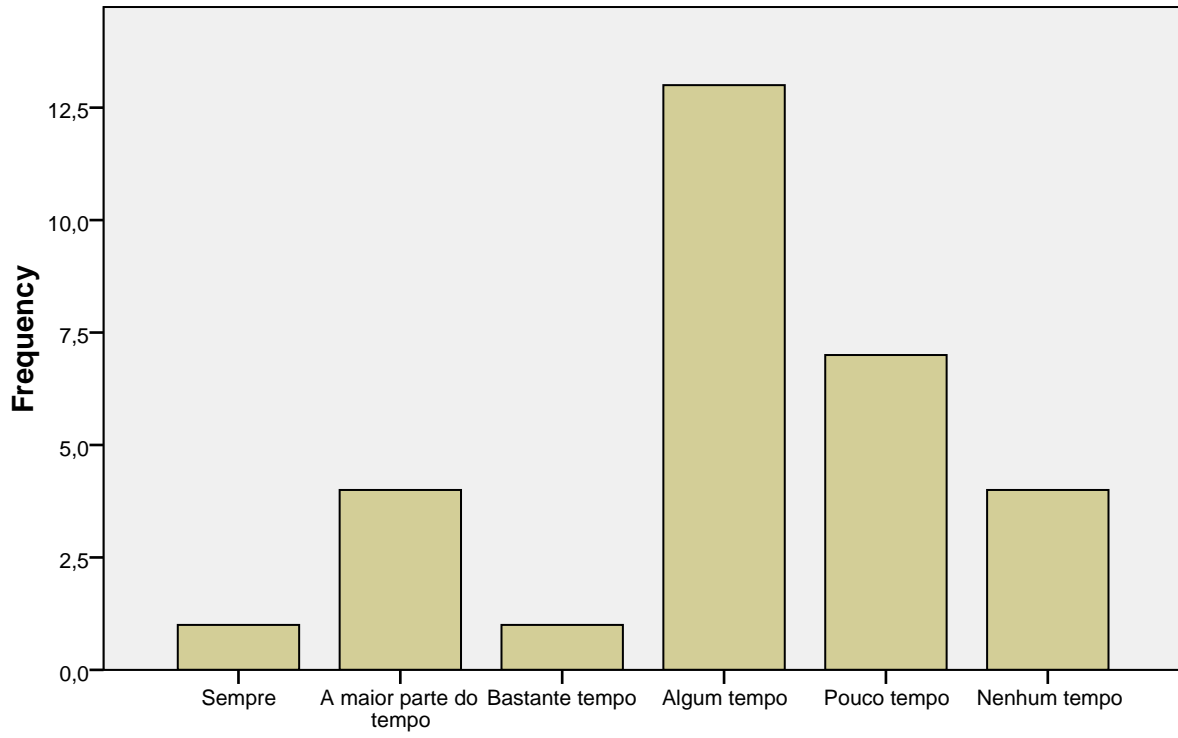
9d

9e



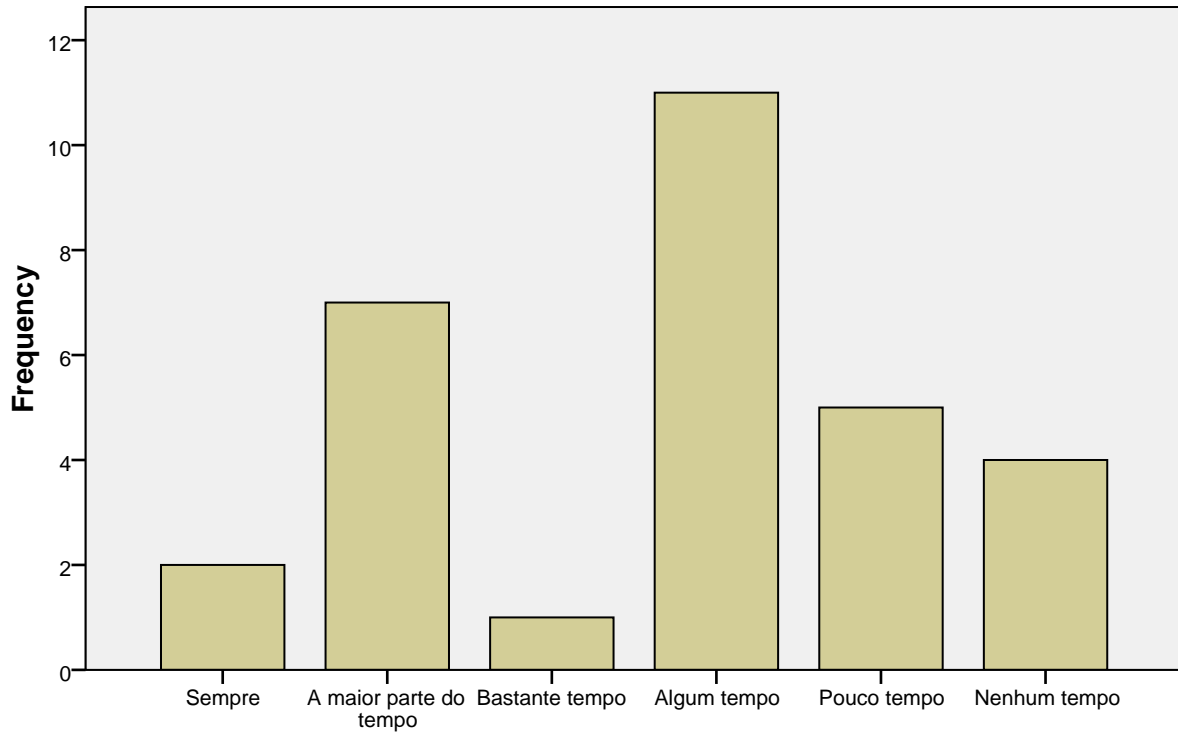
9e

9f



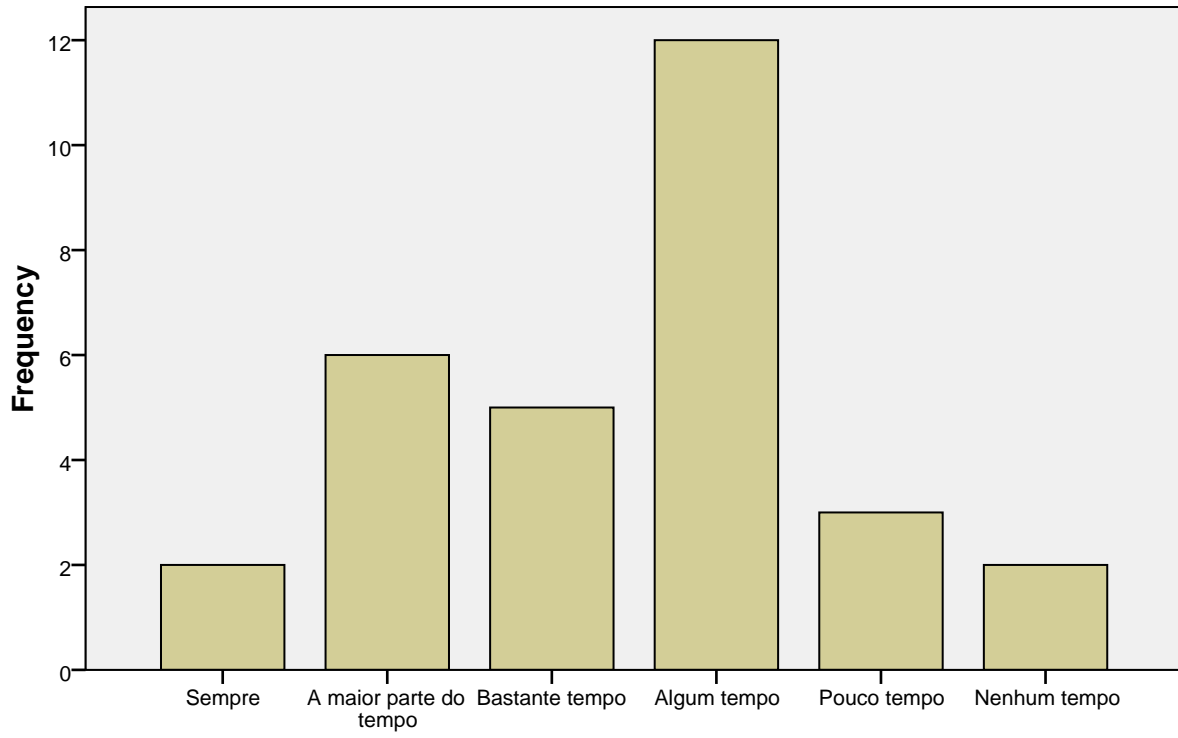
9f

9g



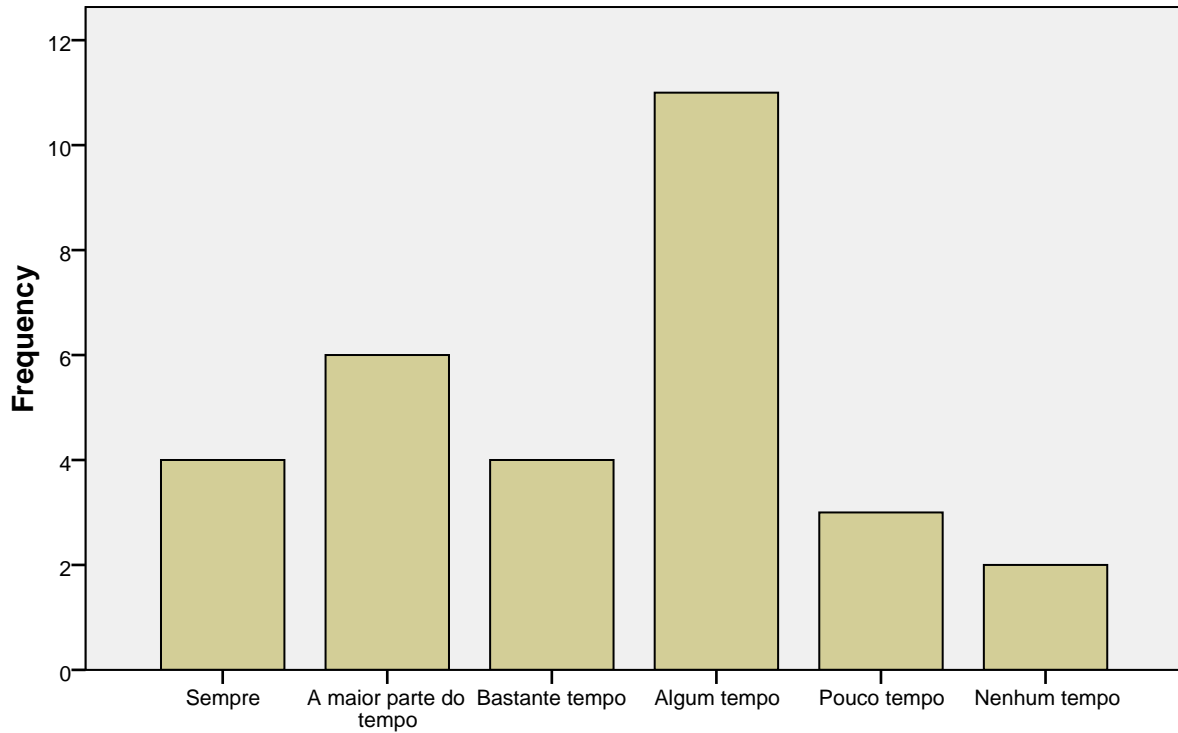
9g

9h



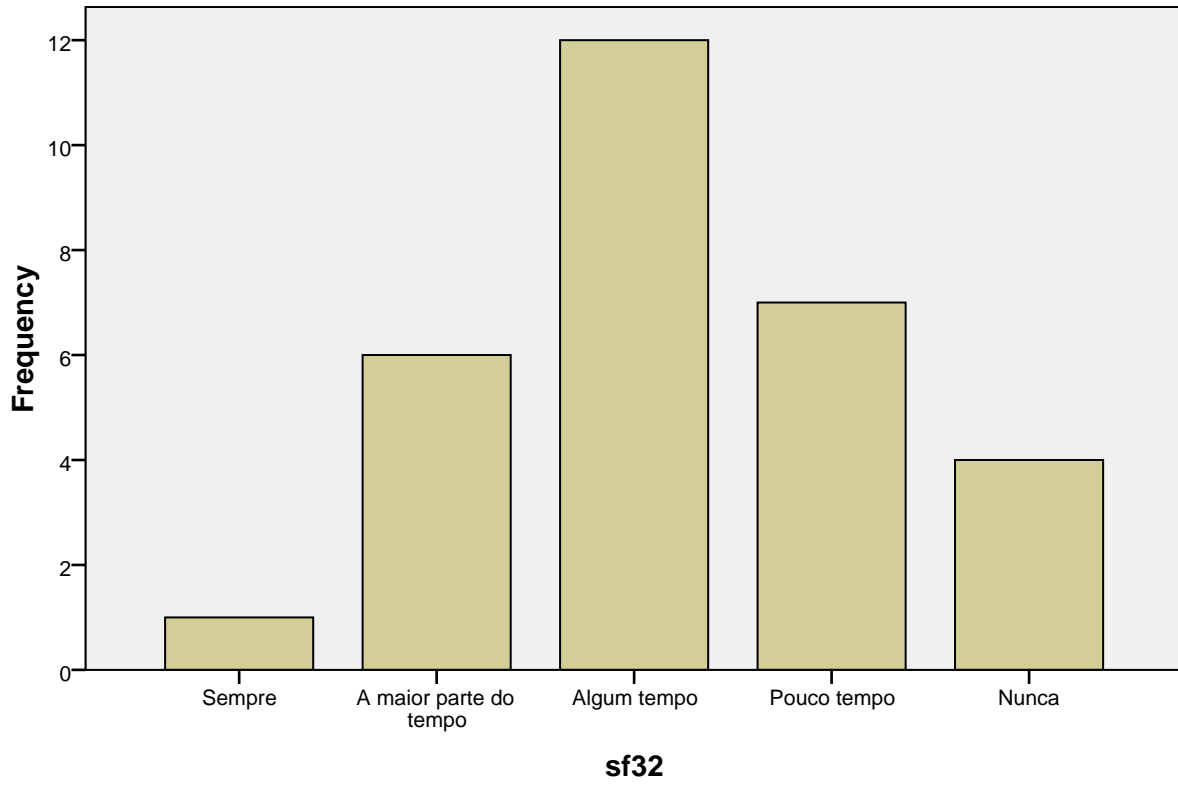
9h

9i

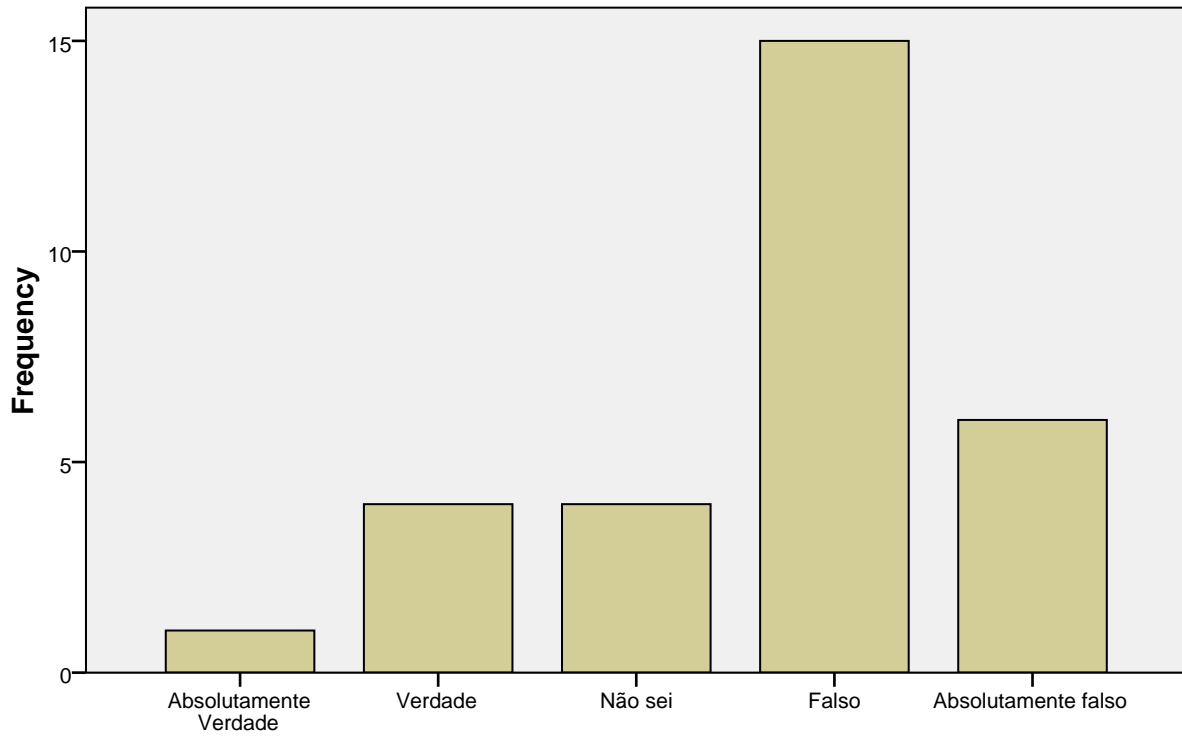


9i

sf32

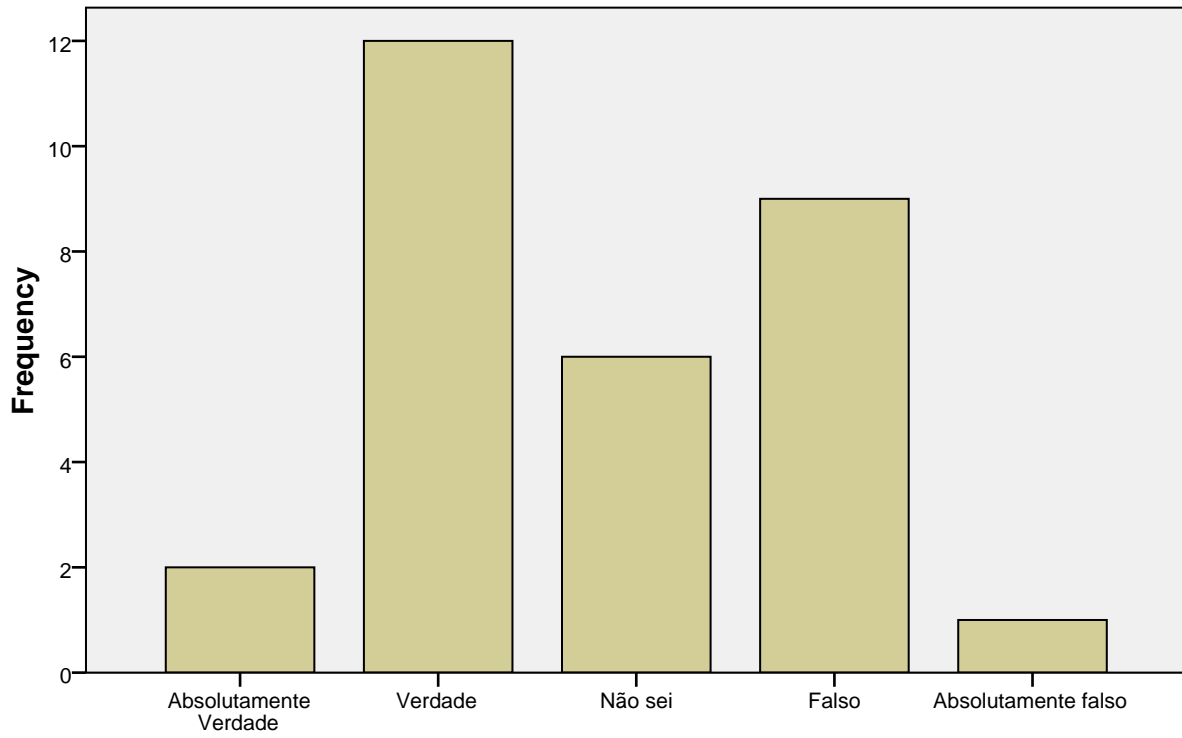


11a



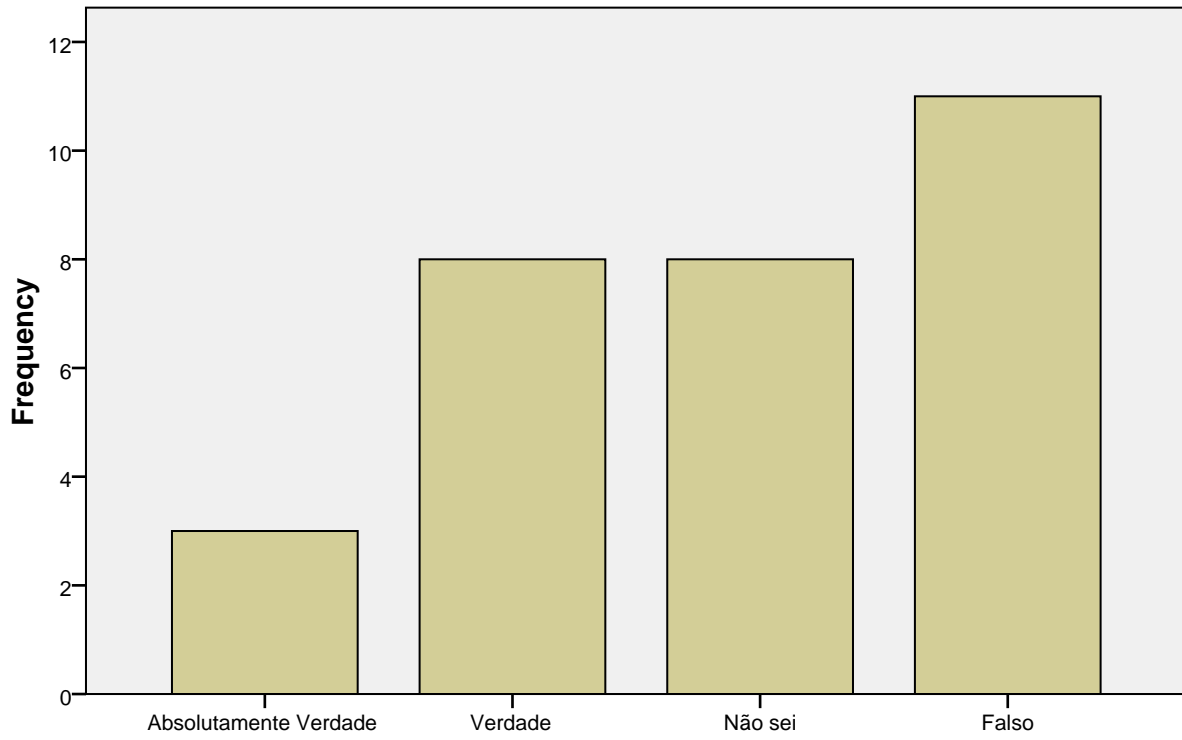
11a

11b



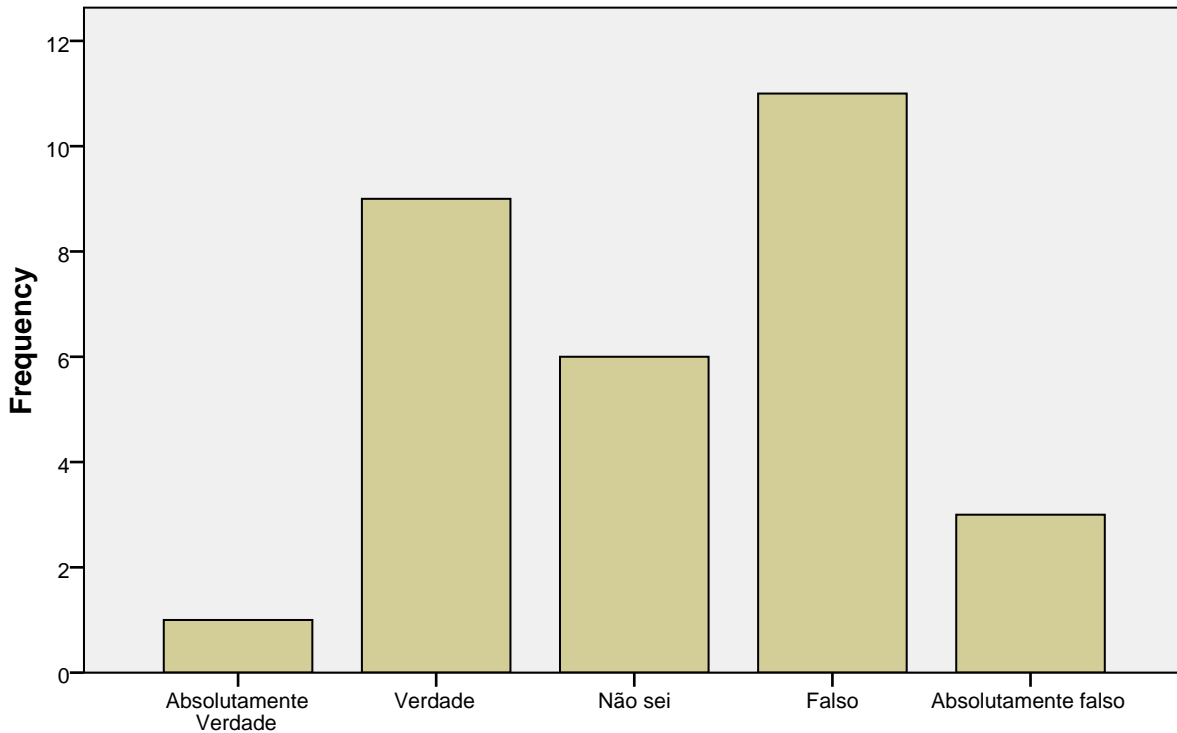
11b

11c



11c

11d



11d

DESCRIPTIVES VARIABLES=TempodesdeoDiagnóstico Idade ff DF DC SG VT FS DE SM MS
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplício\s36.s
av

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tempo desde o Diagnóstico	30	0	20	7,04	5,629
Idade	30	24	62	44,17	11,108
Função física	30	,00	100,00	55,5000	26,56644
Desempenho físico	30	,00	100,00	40,8333	41,77285

Descriptive Statistics

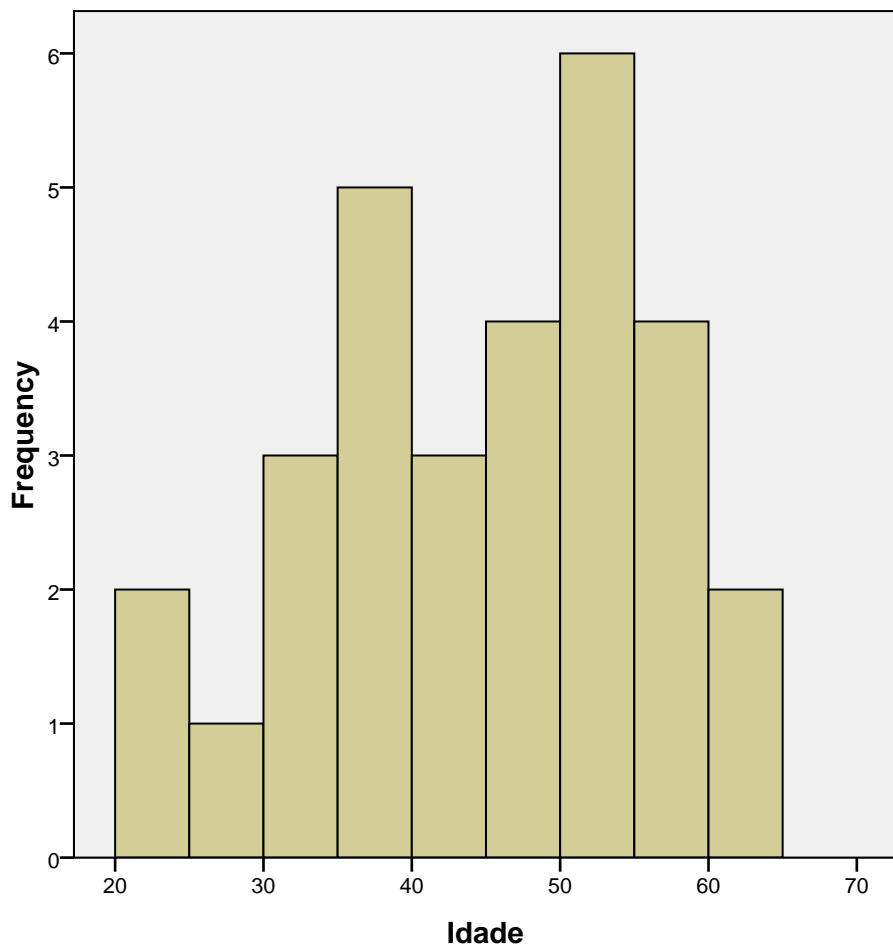
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dor corporal	12	80,00	100,00	98,3333	5,77350
Saúde Geral	30	,00	90,00	49,8500	18,37687
Vitalidade	30	5,00	85,00	44,5000	22,21952
Função Social	30	12,50	100,00	60,0000	23,07223
Desempenho Emocional	30	,00	100,00	44,4444	43,18128
Saúde Mental	30	8,00	96,00	57,3333	22,04280
Mudança de saúde	30	,00	100,00	47,5000	28,12380
Valid N (listwise)	12				

GRAPH

/HISTOGRAM=Idade.

Graph

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av



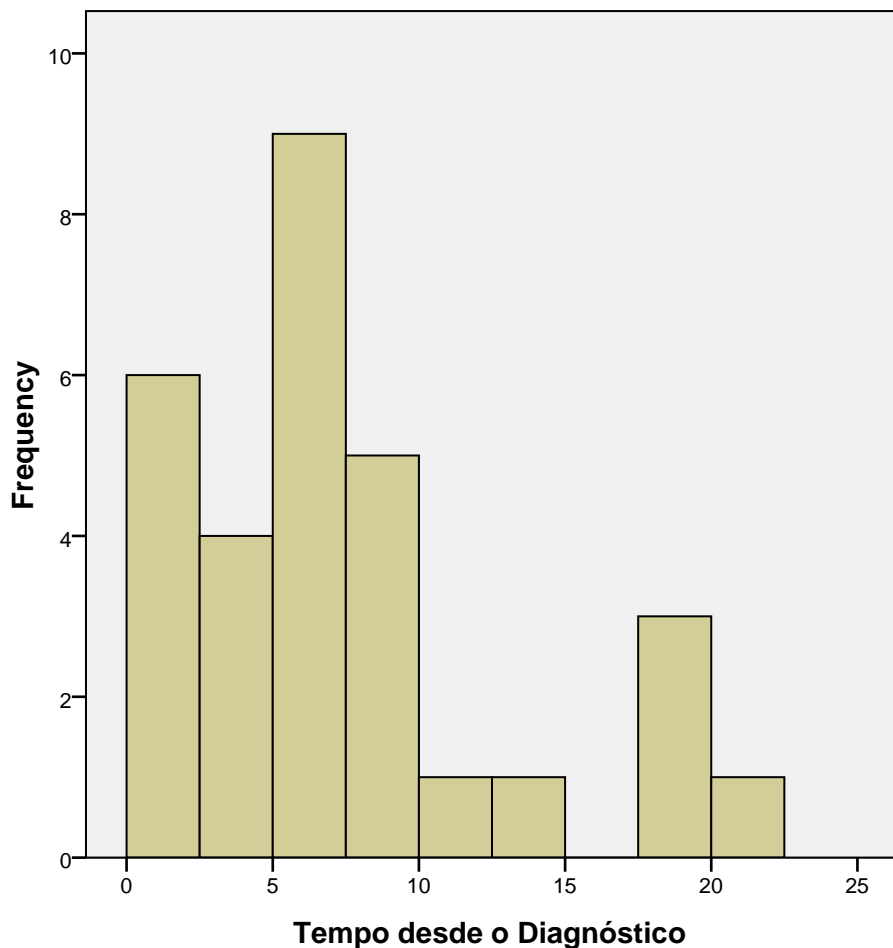
Mean =44,17
Std. Dev. =11,108
N =30

GRAPH

/HISTOGRAM=TempodesdeDiagnóstico.

Graph

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplício\s36.s
av



Mean =7,04
 Std. Dev. =5,629
 N =30

```
EXAMINE VARIABLES=Idade TempodesdeoDiagnóstico
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF
/COMPARE GROUP
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

Explore

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
 av

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Tempo desde o Diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Idade	Mean	44,17	2,028	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	40,02	
		Upper Bound	48,31	
	5% Trimmed Mean	44,33		
	Median	46,50		
	Variance	123,385		
	Std. Deviation	11,108		
	Minimum	24		
	Maximum	62		
	Range	38		
	Interquartile Range	18		
	Skewness	-,180	,427	
	Kurtosis	-1,123	,833	
Tempo desde o Diagnóstico	Mean	7,04	1,028	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,93	
		Upper Bound	9,14	
	5% Trimmed Mean	6,69		
	Median	5,75		
	Variance	31,683		
	Std. Deviation	5,629		
	Minimum	0		
	Maximum	20		
	Range	20		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	1,165	,427	
	Kurtosis	,625	,833	

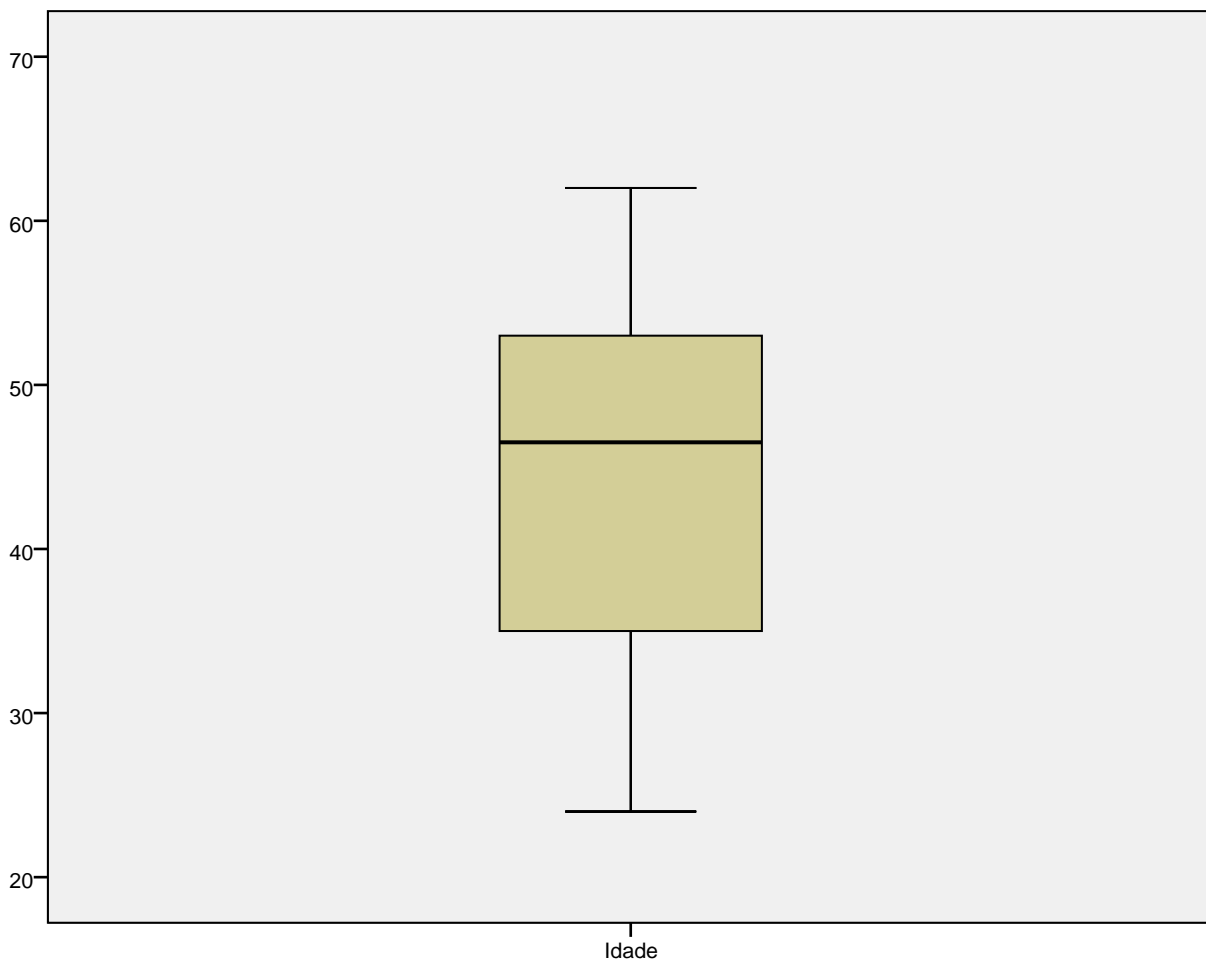
Idade

Idade Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem & Leaf

2,00	2 . 44
1,00	2 . 9
3,00	3 . 124
5,00	3 . 55556
3,00	4 . 012
4,00	4 . 6789
6,00	5 . 002333
4,00	5 . 5789
2,00	6 . 02

Stem width: 10
Each leaf: 1 case(s)



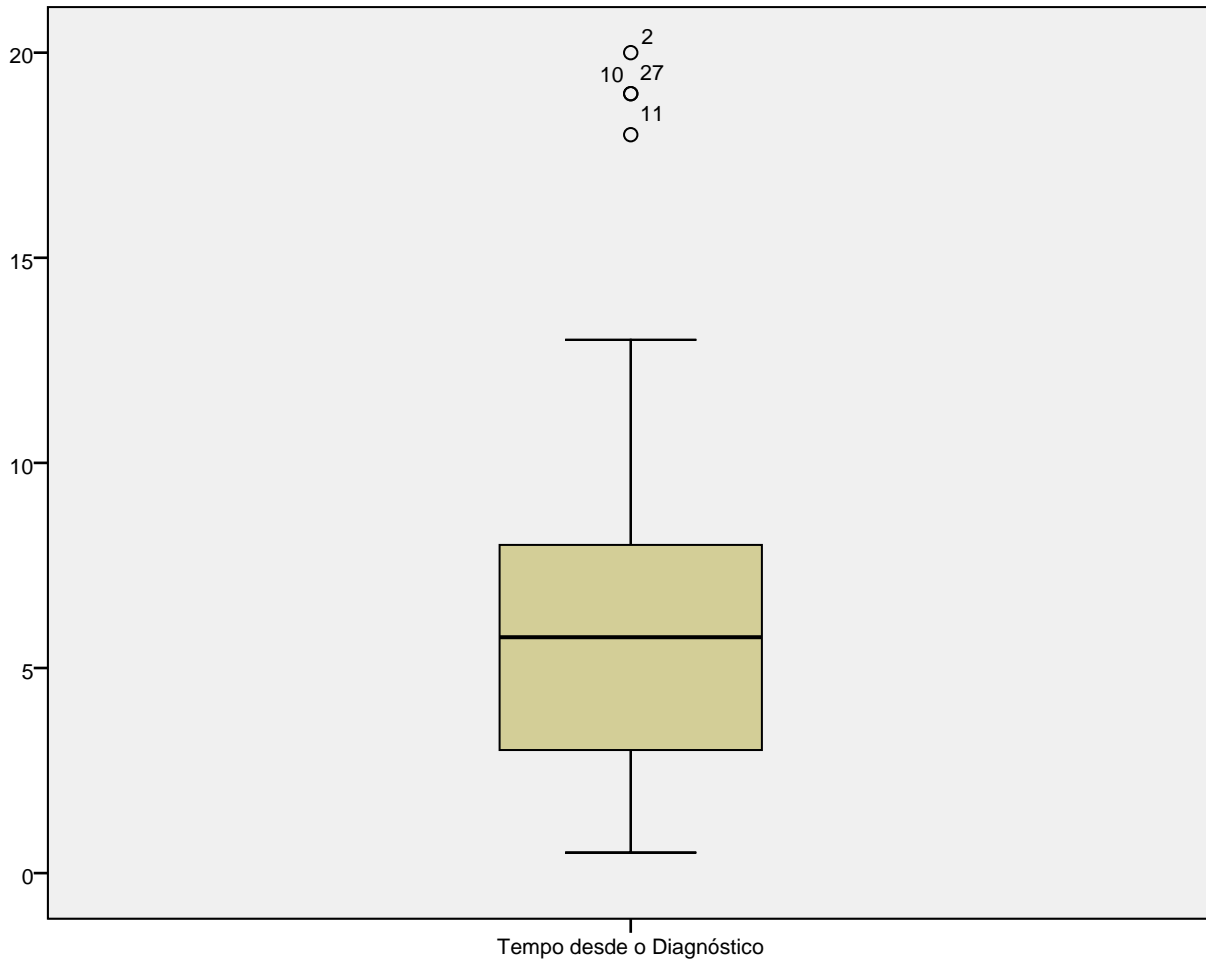
Tempo desde o Diagnóstico

Tempo desde o Diagnóstico Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem &	Leaf
5,00	0 .	00011
4,00	0 .	2333
6,00	0 .	455555
4,00	0 .	6677
5,00	0 .	88889
1,00	1 .	0
1,00	1 .	3
4,00	Extremes	(>=18)

Stem width: 10

Each leaf: 1 case(s)



```

RECODE Idade (Lowest thru 45=1) (45.000001 thru Highest=2) INTO idade45.
VARIABLE LABELS idade45 'Idade'.
EXECUTE.
RECODE TempodesdeoDiagnóstico (Lowest thru 5.9999999999999999=1) (6 thru Highest=2) INTO TDiagnostico.
VARIABLE LABELS TDiagnostico 'Tempo desde o diagnóstico'.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=idade45 TDiagnostico
  /BARCHART FREQ
  /ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=idade45 TDiagnostico
  /BARCHART FREQ
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Statistics

		Idade	Tempo desde o diagnóstico
N	Valid	30	30
	Missing	0	0

Frequency Table

Idade

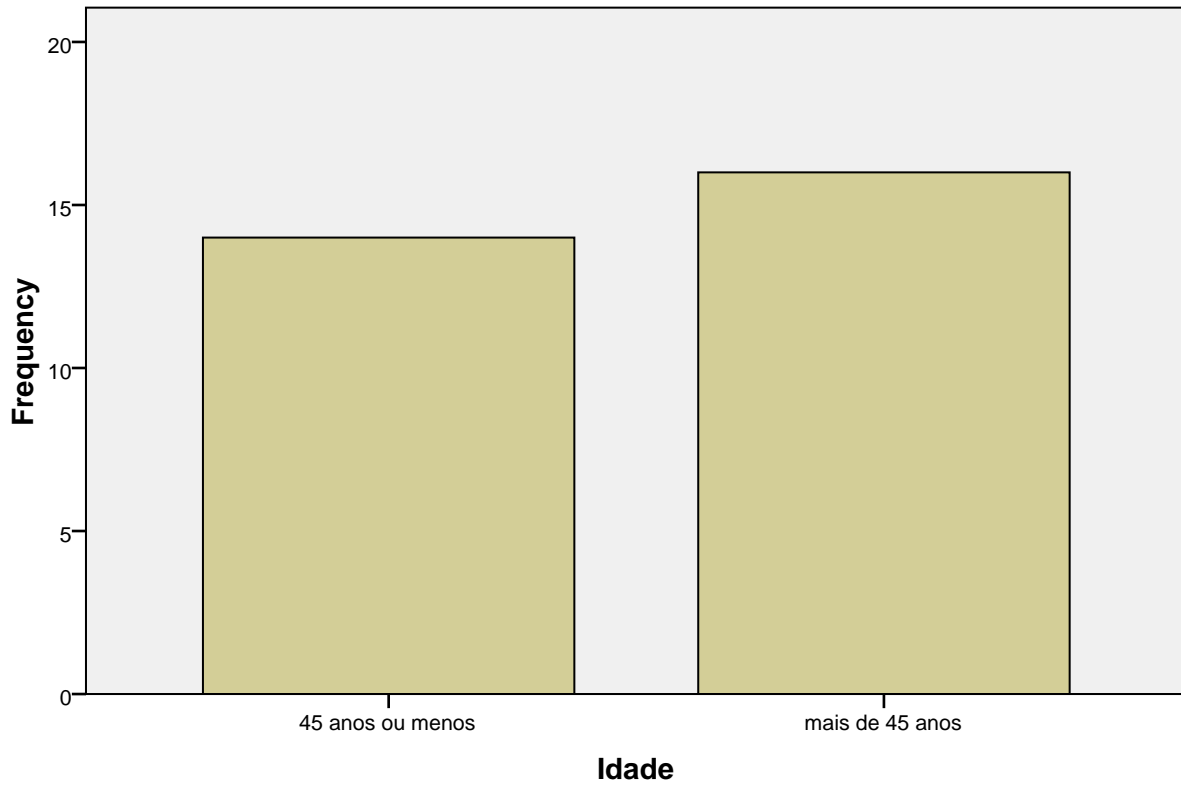
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45 anos ou menos	14	46,7	46,7	46,7
	mais de 45 anos	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tempo desde o diagnóstico

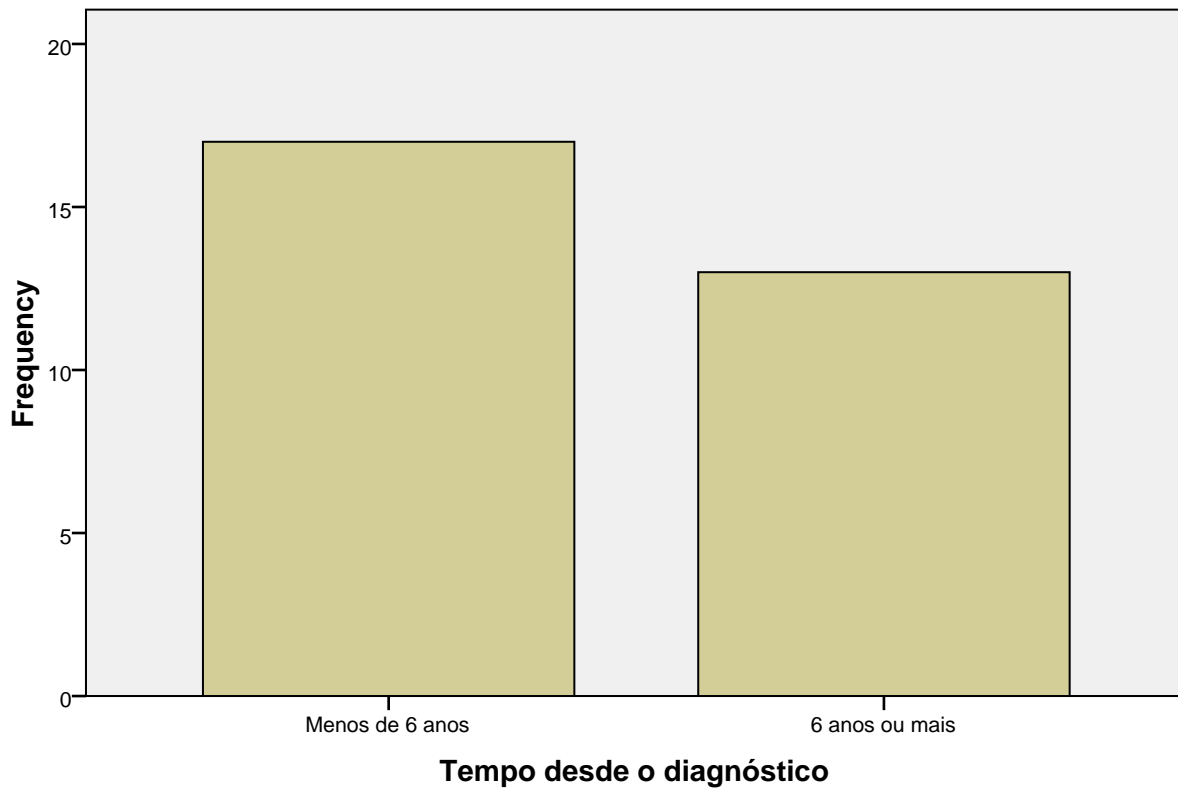
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 6 anos	17	56,7	56,7	56,7
	6 anos ou mais	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Bar Chart

Idade



Tempo desde o diagnóstico



```
MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY Sexo
/CELLS MEAN COUNT STDDEV.
```

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplício\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dor corporal * Sexo	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Report

Sexo		Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
F	Mean	55,8333	39,5833	98,1818	50,1042	45,4167	60,4167
	N	24	24	11	24	24	24
	Std. Deviation	26,68930	42,29597	6,03023	18,72512	23,90728	24,35769
M	Mean	54,1667	45,8333	100,0000	48,8333	40,8333	58,3333
	N	6	6	1	6	6	6
	Std. Deviation	28,53361	43,06004	.	18,55442	14,63443	18,81932
Total	Mean	55,5000	40,8333	98,3333	49,8500	44,5000	60,0000
	N	30	30	12	30	30	30
	Std. Deviation	26,56644	41,77285	5,77350	18,37687	22,21952	23,07223

Report

Sexo		Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
F	Mean	47,2222	57,0000	47,9167
	N	24	24	24
	Std. Deviation	44,95480	24,46648	30,32135
M	Mean	33,3333	58,6667	45,8333
	N	6	6	6
	Std. Deviation	36,51484	7,86554	18,81932
Total	Mean	44,4444	57,3333	47,5000
	N	30	30	30
	Std. Deviation	43,18128	22,04280	28,12380

MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY Estadocivil_A
/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Estado civil	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Report

Estado civil		Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
Casado	Mean	58,3333	48,3333	100,0000	50,6000	45,0000	60,0000
	N	15	15	7	15	15	15
	Std. Deviation	29,13434	42,74788	,00000	18,72374	24,05351	22,75647
Outro	Mean	52,6667	33,3333	96,0000	49,1000	44,0000	60,0000
	N	15	15	5	15	15	15
	Std. Deviation	24,41214	40,82483	8,94427	18,64825	21,06114	24,18308
Total	Mean	55,5000	40,8333	98,3333	49,8500	44,5000	60,0000
	N	30	30	12	30	30	30
	Std. Deviation	26,56644	41,77285	5,77350	18,37687	22,21952	23,07223

Report

Estado civil		Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
Casado	Mean	40,0000	59,7333	41,6667
	N	15	15	15
	Std. Deviation	47,47598	18,35938	24,39750
Outro	Mean	48,8889	54,9333	53,3333
	N	15	15	15
	Std. Deviation	39,57446	25,63331	31,14865
Total	Mean	44,4444	57,3333	47,5000
	N	30	30	30
	Std. Deviation	43,18128	22,04280	28,12380

MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY idade45
/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Idade	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Report

Idade		Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade
45 anos ou menos	Mean	61,0714	51,7857	96,6667	53,3929	50,0000
	N	14	14	6	14	14
	Std. Deviation	26,17828	42,13564	8,16497	17,37613	22,53203

Report

Idade		Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
45 anos ou menos	Mean	64,2857	47,6190	59,7143	42,8571
	N	14	14	14	14
	Std. Deviation	25,40875	42,79605	20,42408	28,46822

Report

Idade		Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade
mais de 45 anos	Mean	50,6250	31,2500	100,0000	46,7500	39,6875
	N	16	16	6	16	16
	Std. Deviation	26,76285	40,31129	,00000	19,21631	21,48401
Total	Mean	55,5000	40,8333	98,3333	49,8500	44,5000
	N	30	30	12	30	30
	Std. Deviation	26,56644	41,77285	5,77350	18,37687	22,21952

Report

Idade		Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
mais de 45 anos	Mean	56,2500	41,6667	55,2500	51,5625
	N	16	16	16	16
	Std. Deviation	20,91650	44,72136	23,83135	28,09026
Total	Mean	60,0000	44,4444	57,3333	47,5000
	N	30	30	30	30
	Std. Deviation	23,07223	43,18128	22,04280	28,12380

MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY TDiagnostico
/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dor corporal * Tempo desde o diagnóstico	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Report

Tempo desde o diagnóstico		Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade
Menos de 6 anos	Mean	55,5882	42,6471	96,6667	49,4706	42,9412
	N	17	17	6	17	17
	Std. Deviation	30,25322	44,86499	8,16497	22,03369	24,30656
6 anos ou mais	Mean	55,3846	38,4615	100,0000	50,3462	46,5385
	N	13	13	6	13	13
	Std. Deviation	22,02854	39,01840	,00000	12,97495	19,93579
Total	Mean	55,5000	40,8333	98,3333	49,8500	44,5000
	N	30	30	12	30	30
	Std. Deviation	26,56644	41,77285	5,77350	18,37687	22,21952

Report

Tempo desde o diagnóstico		Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
Menos de 6 anos	Mean	56,6176	41,1765	54,5882	50,0000
	N	17	17	17	17
	Std. Deviation	26,55980	44,92186	25,33540	30,61862
6 anos ou mais	Mean	64,4231	48,7179	60,9231	44,2308
	N	13	13	13	13
	Std. Deviation	17,56399	42,19747	17,13895	25,31848
Total	Mean	60,0000	44,4444	57,3333	47,5000
	N	30	30	30	30
	Std. Deviation	23,07223	43,18128	22,04280	28,12380

MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY Sexo
/CELLS MEAN.

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Sexo	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Report

Mean

Sexo	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional
F	55,8333	39,5833	98,1818	50,1042	45,4167	60,4167	47,2222
M	54,1667	45,8333	100,0000	48,8333	40,8333	58,3333	33,3333
Total	55,5000	40,8333	98,3333	49,8500	44,5000	60,0000	44,4444

Report

Mean

Sexo	Saúde Mental	Mudança de saúde
F	57,0000	47,9167
M	58,6667	45,8333
Total	57,3333	47,5000

MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY Estadocivil_A
/CELLS MEAN.

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Estado civil	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Report

Mean

Estado civil	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional
Casado	58,3333	48,3333	100,0000	50,6000	45,0000	60,0000	40,0000
Outro	52,6667	33,3333	96,0000	49,1000	44,0000	60,0000	48,8889
Total	55,5000	40,8333	98,3333	49,8500	44,5000	60,0000	44,4444

Report

Mean

Estado civil	Saúde Mental	Mudança de saúde
Casado	59,7333	41,6667
Outro	54,9333	53,3333
Total	57,3333	47,5000

MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY idade45
/CELLS MEAN.

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Idade	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Report

Mean

Idade	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
45 anos ou menos	61,0714	51,7857	96,6667	53,3929	50,0000	64,2857
mais de 45 anos	50,6250	31,2500	100,0000	46,7500	39,6875	56,2500
Total	55,5000	40,8333	98,3333	49,8500	44,5000	60,0000

Report

Mean

Idade	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
45 anos ou menos	47,6190	59,7143	42,8571
mais de 45 anos	41,6667	55,2500	51,5625
Total	44,4444	57,3333	47,5000

MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY TDiagnostico
/CELLS MEAN.

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Tempo desde o diagnóstico	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Report

Mean

Tempo desde o diagnóstico	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
Menos de 6 anos	55,5882	42,6471	96,6667	49,4706	42,9412	56,6176
6 anos ou mais	55,3846	38,4615	100,0000	50,3462	46,5385	64,4231
Total	55,5000	40,8333	98,3333	49,8500	44,5000	60,0000

Report

Mean

Tempo desde o diagnóstico	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
Menos de 6 anos	41,1765	54,5882	50,0000
6 anos ou mais	48,7179	60,9231	44,2308
Total	44,4444	57,3333	47,5000

T-TEST GROUPS=Sexo('F' 'M')

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS

/CRITERIA=CI(.9500).

RECODE

sf21

```

(1=6) (2=5.4) (3=4.2) (4=3.1) (5=2.2) (6=1) INTO sf21t .
VARIABLE LABELS s21t 's21 transformada'.

>Warning # 4461 in column 17. Text: s21t
>An unknown variable name was specified on the VAR LABELS command. The name
>and the label will be ignored.
EXECUTE .
DO IF (MISSING(sf21)) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (2=4.75) (3=3.5) (4=2.25) (5=1) INTO sf22t .
END IF .
DO IF (sf21 = 1) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (5=1) (2=4) (3=3) (4=2) INTO sf22t .
END IF .
IF (sf21 > 1) s22t = 6-sf22 .
EXECUTE .
RECODE
  sf1
  (5=1) (4=2) (1=5) (2=4.4) (3=3.3) INTO sf1t .
VARIABLE LABELS sf1t 'sf1 tranformada'.
EXECUTE .
COMPUTE sf34t = 6-sf34 .
EXECUTE .
COMPUTE sf36t = 6-sf36 .
EXECUTE .
COMPUTE sf23t = 7-sf23 .
EXECUTE .
COMPUTE sf27t = 7-sf27 .
EXECUTE .
COMPUTE sf20t = 6-sf20 .
EXECUTE .
COMPUTE sf26t = 7-sf26 .
EXECUTE .
COMPUTE sf30t = 7-sf30 .
EXECUTE .
COMPUTE ff = ((sf3 + sf4 + sf5 + sf6 + sf7 + sf8 + sf9 + sf10 + sf11 + sf12
-10)/(30-10) )*100.
VARIABLE LABELS FF 'Função física' .
EXECUTE .
COMPUTE DF = ((sf13 + sf14 + sf15 + sf16-4)/(8-4) )*100.
VARIABLE LABELS DF 'Desempenho físico' .
EXECUTE .
COMPUTE DC = ((sf21t + sf22t-2)/(12-2)) * 100 .
VARIABLE LABELS DC 'Dor corporal' .

```

```

EXECUTE .
COMPUTE SG = ((sf1t + sf33 + sf35 + sf34t + sf36t - 5) / (25-5)) * 100 .
VARIABLE LABELS SG 'Saúde Geral' .
EXECUTE .
COMPUTE VT = ((sf23t + sf27t + sf29 + sf31-4) / (24-4)) * 100 .
VARIABLE LABELS VT 'Vitalidade' .
EXECUTE .
COMPUTE FS = ((sf20t + sf32-2)/(10 - 2))*100 .
VARIABLE LABELS FS 'Função Social' .
EXECUTE .
COMPUTE DE = ((sf17 + sf18 + sf19-3) / (6-3)) * 100 .
VARIABLE LABELS DE 'Desempenho Emocional' .
EXECUTE .
COMPUTE SM = ((sf24 + sf25 + sf28 + sf26t + sf30t - 5) / (30 - 5)) * 100 .
VARIABLE LABELS SM 'Saúde Mental' .
EXECUTE .
COMPUTE MS = ((sf2-1) / (5 - 1)) * 100 .
VARIABLE LABELS MS 'Mudança de saúde' .
EXECUTE .
T-TEST GROUPS=Sexo('F' 'M')
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS
  /CRITERIA=CI(.9500).

RECODE
  sf21
  (1=6) (2=5.4) (3=4.2) (4=3.1) (5=2.2) (6=1) INTO sf21t .
VARIABLE LABELS s21t 's21 transformada'.

>Warning # 4461 in column 17. Text: s21t
>An unknown variable name was specified on the VAR LABELS command. The name
>and the label will be ignored.
EXECUTE .
DO IF (MISSING(sf21)) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (2=4.75) (3=3.5) (4=2.25) (5=1) INTO sf22t .
END IF .
DO IF (sf21 = 1) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (5=1) (2=4) (3=3) (4=2) INTO sf22t .
END IF .

```

```

IF (sf21 > 1) s22t = 6-sf22 .
EXECUTE .
RECODE
  sf1
  (5=1) (4=2) (1=5) (2=4.4) (3=3.3) INTO sf1t .
VARIABLE LABELS sf1t 'sf1 transformada'.
IF (sf21 > 1) s22t = 6-sf22 .
EXECUTE .
RECODE
  sf21
  (1=6) (2=5.4) (3=4.2) (4=3.1) (5=2.2) (6=1) INTO sf21t .
VARIABLE LABELS s21t 's21 transformada'.

>Warning # 4461 in column 17. Text: s21t
>An unknown variable name was specified on the VAR LABELS command. The name
>and the label will be ignored.
EXECUTE .
DO IF (MISSING(sf21)) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (2=4.75) (3=3.5) (4=2.25) (5=1) INTO sf22t .
END IF .
EXECUTE .
DO IF (sf21 = 1) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (5=1) (2=4) (3=3) (4=2) INTO sf22t .
END IF .
EXECUTE .
IF (sf21 > 1) s22t = 6-sf22 .
EXECUTE .
RECODE
  sf1
  (5=1) (4=2) (1=5) (2=4.4) (3=3.3) INTO sf1t .
VARIABLE LABELS sf1t 'sf1 transformada'.
EXECUTE .
COMPUTE sf34t = 6-sf34 .
EXECUTE .
COMPUTE sf36t = 6-sf36 .
EXECUTE .
COMPUTE sf23t = 7-sf23 .
EXECUTE .
COMPUTE sf27t = 7-sf27 .
EXECUTE .
COMPUTE sf20t = 6-sf20 .
EXECUTE .
COMPUTE sf26t = 7-sf26 .

```

```

EXECUTE .
COMPUTE sf30t = 7-sf30 .
EXECUTE .
COMPUTE ff = ((sf3 + sf4 + sf5 + sf6 + sf7 + sf8 + sf9 + sf10 + sf11 + sf12
-10)/(30-10) )*100.
VARIABLE LABELS FF 'Função física' .
EXECUTE .
COMPUTE DF = ((sf13 + sf14 + sf15 + sf16-4)/(8-4) )*100.
VARIABLE LABELS DF 'Desempenho físico' .
EXECUTE .
COMPUTE DC = ((sf21t + sf22t-2)/(12-2)) * 100 .
VARIABLE LABELS DC 'Dor corporal' .
EXECUTE .
COMPUTE SG = ((sf1t + sf33 + sf35 + sf34t + sf36t - 5) / (25-5)) * 100 .
VARIABLE LABELS SG 'Saúde Geral' .
EXECUTE .
COMPUTE VT = ((sf23t + sf27t + sf29 + sf31-4) / (24-4)) * 100 .
VARIABLE LABELS VT 'Vitalidade' .
EXECUTE .
COMPUTE FS = ((sf20t + sf32-2)/(10 - 2))*100 .
VARIABLE LABELS FS 'Função Social' .
EXECUTE .
COMPUTE DE = ((sf17 + sf18 + sf19-3) / (6-3)) * 100 .
VARIABLE LABELS DE 'Desempenho Emocional' .
EXECUTE .
COMPUTE SM = ((sf24 + sf25 + sf28 + sf26t + sf30t - 5) / (30 - 5)) * 100 .
VARIABLE LABELS SM 'Saúde Mental' .
EXECUTE .
COMPUTE MS = ((sf2-1) / (5 - 1)) * 100 .
VARIABLE LABELS MS 'Mudança de saúde' .
EXECUTE .
RECODE
  sf21
  (1=6) (2=5.4) (3=4.2) (4=3.1) (5=2.2) (6=1) INTO sf21t .
VARIABLE LABELS s21t 's21 transformada'.

>Warning # 4461 in column 17. Text: s21t
>An unknown variable name was specified on the VAR LABELS command. The name
>and the label will be ignored.
EXECUTE .
DO IF (MISSING(sf21)) .
RECODE
  sf22
  (1=6) (2=4.75) (3=3.5) (4=2.25) (5=1) INTO sf22t .
END IF .
EXECUTE .
DO IF (sf21 = 1) .

```

```

RECODE
  sf22
  (1=6) (5=1) (2=4) (3=3) (4=2) INTO sf22t .
END IF .
EXECUTE .
IF (sf21 > 1) sf22t = 6-sf22 .
EXECUTE .
RECODE
  sf1
  (5=1) (4=2) (1=5) (2=4.4) (3=3.3) INTO sf1t .
VARIABLE LABELS sf1t 'sf1 tranformada'.
EXECUTE .
COMPUTE sf34t = 6-sf34 .
EXECUTE .
COMPUTE sf36t = 6-sf36 .
EXECUTE .
COMPUTE sf23t = 7-sf23 .
EXECUTE .
COMPUTE sf27t = 7-sf27 .
EXECUTE .
COMPUTE sf20t = 6-sf20 .
EXECUTE .
COMPUTE sf26t = 7-sf26 .
EXECUTE .
COMPUTE sf30t = 7-sf30 .
EXECUTE .
COMPUTE ff = ((sf3 + sf4 + sf5 + sf6 + sf7 + sf8 + sf9 + sf10 + sf11 + sf12
-10)/(30-10) )*100.
VARIABLE LABELS FF 'Função física' .
EXECUTE .
COMPUTE DF = ((sf13 + sf14 + sf15 + sf16-4)/(8-4) )*100.
VARIABLE LABELS DF 'Desempenho físico' .
EXECUTE .
COMPUTE DC = ((sf21t + sf22t-2)/(12-2)) * 100 .
VARIABLE LABELS DC 'Dor corporal' .
EXECUTE .
COMPUTE SG = ((sf1t + sf33 + sf35 + sf34t + sf36t - 5) / (25-5)) * 100 .
VARIABLE LABELS SG 'Saúde Geral' .
EXECUTE .
COMPUTE VT = ((sf23t + sf27t + sf29 + sf31-4) / (24-4)) * 100 .
VARIABLE LABELS VT 'Vitalidade' .
EXECUTE .
COMPUTE FS = ((sf20t + sf32-2)/(10 - 2))*100 .
VARIABLE LABELS FS 'Função Social' .
EXECUTE .
COMPUTE DE = ((sf17 + sf18 + sf19-3) / (6-3)) * 100 .
VARIABLE LABELS DE 'Desempenho Emocional' .

```

```

EXECUTE .
COMPUTE SM = ((sf24 + sf25 + sf28 + sf26t + sf30t - 5) / (30 - 5)) * 100 .
VARIABLE LABELS SM 'Saúde Mental' .
EXECUTE .
COMPUTE MS = ((sf2-1) / (5 - 1)) * 100 .
VARIABLE LABELS MS 'Mudança de saúde' .
EXECUTE .
T-TEST GROUPS=Sexo('F' 'M')
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS
  /CRITERIA=CI(.9500).

T-TEST GROUPS=Estadocivil_A(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS
  /CRITERIA=CI(.9500).

```

T-Test

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Group Statistics

	Estado civil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Função física	Casado	15	58,3333	29,13434	7,52245
	Outro	15	52,6667	24,41214	6,30319
Desempenho físico	Casado	15	48,3333	42,74788	11,03745
	Outro	15	33,3333	40,82483	10,54093
Dor corporal	Casado	15	68,0000	31,59340	8,15738
	Outro	15	68,5333	24,63118	6,35974
Saúde Geral	Casado	15	50,6000	18,72374	4,83445
	Outro	15	49,1000	18,64825	4,81496
Vitalidade	Casado	15	45,0000	24,05351	6,21059
	Outro	15	44,0000	21,06114	5,43796
Função Social	Casado	15	60,0000	22,75647	5,87570
	Outro	15	60,0000	24,18308	6,24404
Desempenho Emocional	Casado	15	40,0000	47,47598	12,25824
	Outro	15	48,8889	39,57446	10,21808
Saúde Mental	Casado	15	59,7333	18,35938	4,74037
	Outro	15	54,9333	25,63331	6,61849
Mudança de saúde	Casado	15	41,6667	24,39750	6,29941
	Outro	15	53,3333	31,14865	8,04255

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Função física	Equal variances assumed	2,507	,125	,577	28
	Equal variances not assumed			,577	27,168
Desempenho físico	Equal variances assumed	,074	,787	,983	28
	Equal variances not assumed			,983	27,941
Dor corporal	Equal variances assumed	6,699	,015	-,052	28
	Equal variances not assumed			-,052	26,428
Saúde Geral	Equal variances assumed	,203	,655	,220	28
	Equal variances not assumed			,220	28,000
Vitalidade	Equal variances assumed	,358	,555	,121	28
	Equal variances not assumed			,121	27,520
Função Social	Equal variances assumed	,113	,739	,000	28
	Equal variances not assumed			,000	27,897
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	2,425	,131	-,557	28
	Equal variances not assumed			-,557	27,121
Saúde Mental	Equal variances assumed	1,019	,321	,590	28
	Equal variances not assumed			,590	25,371
Mudança de saúde	Equal variances assumed	,692	,412	-1,142	28
	Equal variances not assumed			-1,142	26,481

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Função física	Equal variances assumed	,568	5,66667	9,81415
	Equal variances not assumed	,568	5,66667	9,81415
Desempenho físico	Equal variances assumed	,334	15,00000	15,26226
	Equal variances not assumed	,334	15,00000	15,26226
Dor corporal	Equal variances assumed	,959	-,53333	10,34356
	Equal variances not assumed	,959	-,53333	10,34356
Saúde Geral	Equal variances assumed	,828	1,50000	6,82317
	Equal variances not assumed	,828	1,50000	6,82317
Vitalidade	Equal variances assumed	,904	1,00000	8,25487
	Equal variances not assumed	,904	1,00000	8,25487
Função Social	Equal variances assumed	1,000	,00000	8,57391
	Equal variances not assumed	1,000	,00000	8,57391
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	,582	-8,88889	15,95850
	Equal variances not assumed	,582	-8,88889	15,95850
Saúde Mental	Equal variances assumed	,560	4,80000	8,14098
	Equal variances not assumed	,561	4,80000	8,14098
Mudança de saúde	Equal variances assumed	,263	-11,66667	10,21592
	Equal variances not assumed	,264	-11,66667	10,21592

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Função física	Equal variances assumed	-14,43670	25,77003
	Equal variances not assumed	-14,46448	25,79781
Desempenho físico	Equal variances assumed	-16,26332	46,26332
	Equal variances not assumed	-16,26630	46,26630
Dor corporal	Equal variances assumed	-21,72115	20,65449
	Equal variances not assumed	-21,77809	20,71142
Saúde Geral	Equal variances assumed	-12,47664	15,47664
	Equal variances not assumed	-12,47665	15,47665
Vitalidade	Equal variances assumed	-15,90933	17,90933
	Equal variances not assumed	-15,92263	17,92263
Função Social	Equal variances assumed	-17,56286	17,56286
	Equal variances not assumed	-17,56577	17,56577
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	-41,57839	23,80062
	Equal variances not assumed	-41,62621	23,84843
Saúde Mental	Equal variances assumed	-11,87604	21,47604
	Equal variances not assumed	-11,95423	21,55423
Mudança de saúde	Equal variances assumed	-32,59304	9,25970
	Equal variances not assumed	-32,64727	9,31393

```
T-TEST GROUPS=idade45(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS
/CRITERIA=CI(.9500).
```

T-Test

Group Statistics

	Idade	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Função física	45 anos ou menos	14	61,0714	26,17828	6,99644
	mais de 45 anos	16	50,6250	26,76285	6,69071
Desempenho físico	45 anos ou menos	14	51,7857	42,13564	11,26122
	mais de 45 anos	16	31,2500	40,31129	10,07782
Dor corporal	45 anos ou menos	14	68,7857	29,28423	7,82654
	mais de 45 anos	16	67,8125	27,46445	6,86611
Saúde Geral	45 anos ou menos	14	53,3929	17,37613	4,64397
	mais de 45 anos	16	46,7500	19,21631	4,80408
Vitalidade	45 anos ou menos	14	50,0000	22,53203	6,02194
	mais de 45 anos	16	39,6875	21,48401	5,37100
Função Social	45 anos ou menos	14	64,2857	25,40875	6,79077
	mais de 45 anos	16	56,2500	20,91650	5,22913
Desempenho Emocional	45 anos ou menos	14	47,6190	42,79605	11,43773
	mais de 45 anos	16	41,6667	44,72136	11,18034
Saúde Mental	45 anos ou menos	14	59,7143	20,42408	5,45856
	mais de 45 anos	16	55,2500	23,83135	5,95784
Mudança de saúde	45 anos ou menos	14	42,8571	28,46822	7,60845
	mais de 45 anos	16	51,5625	28,09026	7,02256

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Função física	Equal variances assumed	,021	,885	1,077	28
	Equal variances not assumed			1,079	27,626
Desempenho físico	Equal variances assumed	,328	,571	1,363	28
	Equal variances not assumed			1,359	27,098
Dor corporal	Equal variances assumed	,093	,763	,094	28
	Equal variances not assumed			,093	26,901
Saúde Geral	Equal variances assumed	,080	,779	,987	28

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Função física	Equal variances assumed	,290	10,44643	9,69546
	Equal variances not assumed	,290	10,44643	9,68069
Desempenho físico	Equal variances assumed	,184	20,53571	15,06608
	Equal variances not assumed	,185	20,53571	15,11217
Dor corporal	Equal variances assumed	,926	,97321	10,36548
	Equal variances not assumed	,926	,97321	10,41145
Saúde Geral	Equal variances assumed	,332	6,64286	6,72817

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Função física	Equal variances assumed	-9,41382	30,30668
	Equal variances not assumed	-9,39567	30,28853
Desempenho físico	Equal variances assumed	-10,32575	51,39718
	Equal variances not assumed	-10,46666	51,53809
Dor corporal	Equal variances assumed	-20,25951	22,20594
	Equal variances not assumed	-20,39299	22,33942
Saúde Geral	Equal variances assumed	-7,13918	20,42489

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Saúde Geral	Equal variances not assumed			,994	27,960
Vitalidade	Equal variances assumed	,001	,979	1,282	28
	Equal variances not assumed			1,278	27,066
Função Social	Equal variances assumed	1,524	,227	,950	28
	Equal variances not assumed			,938	25,283
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	,055	,816	,371	28
	Equal variances not assumed			,372	27,753
Saúde Mental	Equal variances assumed	,236	,631	,547	28
	Equal variances not assumed			,552	27,993
Mudança de saúde	Equal variances assumed	,060	,808	-,842	28
	Equal variances not assumed			-,841	27,370

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Saúde Geral	Equal variances not assumed	,329	6,64286	6,68174
Vitalidade	Equal variances assumed	,210	10,31250	8,04269
	Equal variances not assumed	,212	10,31250	8,06916
Função Social	Equal variances assumed	,350	8,03571	8,45777
	Equal variances not assumed	,357	8,03571	8,57078
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	,713	5,95238	16,04306
	Equal variances not assumed	,713	5,95238	15,99442
Saúde Mental	Equal variances assumed	,589	4,46429	8,16616
	Equal variances not assumed	,585	4,46429	8,08033
Mudança de saúde	Equal variances assumed	,407	-8,70536	10,34443
	Equal variances not assumed	,408	-8,70536	10,35398

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Saúde Geral	Equal variances not assumed	-7,04493	20,33065
Vitalidade	Equal variances assumed	-6,16220	26,78720
	Equal variances not assumed	-6,24218	26,86718
Função Social	Equal variances assumed	-9,28925	25,36068
	Equal variances not assumed	-9,60612	25,67755
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	-26,91034	38,81510
	Equal variances not assumed	-26,82387	38,72864
Saúde Mental	Equal variances assumed	-12,26334	21,19191
	Equal variances not assumed	-12,08771	21,01628
Mudança de saúde	Equal variances assumed	-29,89496	12,48425
	Equal variances not assumed	-29,93656	12,52585

```
T-TEST GROUPS=Tdiagnostico(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS
/CRITERIA=CI(.9500).
```

T-Test

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Group Statistics

	Tempo desde o diagnóstico	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Função física	Menos de 6 anos	17	55,5882	30,25322	7,33748
	6 anos ou mais	13	55,3846	22,02854	6,10962
Desempenho físico	Menos de 6 anos	17	42,6471	44,86499	10,88136
	6 anos ou mais	13	38,4615	39,01840	10,82176
Dor corporal	Menos de 6 anos	17	62,7059	29,03396	7,04177

Group Statistics

	Tempo desde o diagnóstico	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dor corporal	6 anos ou mais	13	75,5385	25,44476	7,05711
Saúde Geral	Menos de 6 anos	17	49,4706	22,03369	5,34395
	6 anos ou mais	13	50,3462	12,97495	3,59860
Vitalidade	Menos de 6 anos	17	42,9412	24,30656	5,89521
	6 anos ou mais	13	46,5385	19,93579	5,52919
Função Social	Menos de 6 anos	17	56,6176	26,55980	6,44170
	6 anos ou mais	13	64,4231	17,56399	4,87137
Desempenho Emocional	Menos de 6 anos	17	41,1765	44,92186	10,89515
	6 anos ou mais	13	48,7179	42,19747	11,70347
Saúde Mental	Menos de 6 anos	17	54,5882	25,33540	6,14474
	6 anos ou mais	13	60,9231	17,13895	4,75349
Mudança de saúde	Menos de 6 anos	17	50,0000	30,61862	7,42611
	6 anos ou mais	13	44,2308	25,31848	7,02208

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Função física	Equal variances assumed	4,471	,044	,020	28
	Equal variances not assumed			,021	27,958
Desempenho físico	Equal variances assumed	1,810	,189	,268	28
	Equal variances not assumed			,273	27,471
Dor corporal	Equal variances assumed	,140	,711	-1,264	28
	Equal variances not assumed			-1,287	27,411
Saúde Geral	Equal variances assumed	3,473	,073	-,127	28
	Equal variances not assumed			-,136	26,528
Vitalidade	Equal variances assumed	1,543	,224	-,433	28
	Equal variances not assumed			-,445	27,823
Função Social	Equal variances assumed	2,819	,104	-,916	28
	Equal variances not assumed			-,966	27,529

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Função física	Equal variances assumed	,984	,20362	9,96127
	Equal variances not assumed	,983	,20362	9,54809
Desempenho físico	Equal variances assumed	,791	4,18552	15,64315
	Equal variances not assumed	,787	4,18552	15,34648
Dor corporal	Equal variances assumed	,217	-12,83258	10,15159
	Equal variances not assumed	,209	-12,83258	9,96942
Saúde Geral	Equal variances assumed	,900	-,87557	6,88860
	Equal variances not assumed	,893	-,87557	6,44265
Vitalidade	Equal variances assumed	,668	-3,59729	8,30364
	Equal variances not assumed	,660	-3,59729	8,08242
Função Social	Equal variances assumed	,368	-7,80543	8,52447
	Equal variances not assumed	,342	-7,80543	8,07625

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Função física	Equal variances assumed	-20,20111	20,60835
	Equal variances not assumed	-19,35608	19,76332
Desempenho físico	Equal variances assumed	-27,85801	36,22905
	Equal variances not assumed	-27,27762	35,64866
Dor corporal	Equal variances assumed	-33,62717	7,96201
	Equal variances not assumed	-33,27378	7,60862
Saúde Geral	Equal variances assumed	-14,98622	13,23509
	Equal variances not assumed	-14,10582	12,35469
Vitalidade	Equal variances assumed	-20,60652	13,41195
	Equal variances not assumed	-20,15810	12,96353
Função Social	Equal variances assumed	-25,26701	9,65615
	Equal variances not assumed	-24,36164	8,75078

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	,329	,571	-,468	28
	Equal variances not assumed			-,472	26,746
Saúde Mental	Equal variances assumed	1,983	,170	-,775	28
	Equal variances not assumed			-,815	27,668
Mudança de saúde	Equal variances assumed	,563	,459	,550	28
	Equal variances not assumed			,564	27,785

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	,644	-7,54148	16,12839
	Equal variances not assumed	,641	-7,54148	15,98986
Saúde Mental	Equal variances assumed	,445	-6,33484	8,17800
	Equal variances not assumed	,422	-6,33484	7,76875
Mudança de saúde	Equal variances assumed	,587	5,76923	10,48878
	Equal variances not assumed	,577	5,76923	10,22041

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	-40,57899	25,49603
	Equal variances not assumed	-40,36454	25,28159
Saúde Mental	Equal variances assumed	-23,08671	10,41703
	Equal variances not assumed	-22,25700	9,58732
Mudança de saúde	Equal variances assumed	-15,71605	27,25451
	Equal variances not assumed	-15,17361	26,71207

MEANS TABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY Sexo Estadocivil_A idade45 TDiagnostico
/CELLS MEAN.

Means

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplício\s36.s
av

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Função física * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Sexo	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função física * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Estado civil	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função física * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Vitalidade * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Idade	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função física * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho físico * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Dor corporal * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Geral * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Vitalidade * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Função Social * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Desempenho Emocional * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Saúde Mental * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
Mudança de saúde * Tempo desde o diagnóstico	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Função física Desempenho físico Dor corporal Saúde Geral Vitalidade Função Social Desempenho Emocional Saúde Mental I

Mean

Sexo	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional
F	55,8333	39,5833	69,9583	50,1042	45,4167	60,4167	47,2222
M	54,1667	45,8333	61,5000	48,8333	40,8333	58,3333	33,3333
Total	55,5000	40,8333	68,2667	49,8500	44,5000	60,0000	44,4444

Função física Desempenho físico Dor corporal Saúde Geral Vitalidade Função Social Desempenho Emocional Saúde Mental I

Mean

Sexo	Saúde Mental	Mudança de saúde
F	57,0000	47,9167
M	58,6667	45,8333
Total	57,3333	47,5000

Função física Desempenho físico Dor corporal Saúde Geral Vitalidade Função Social Desempenho Emocional Saúde Mental I

Mean

Estado civil	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional
Casado	58,3333	48,3333	68,0000	50,6000	45,0000	60,0000	40,0000
Outro	52,6667	33,3333	68,5333	49,1000	44,0000	60,0000	48,8889
Total	55,5000	40,8333	68,2667	49,8500	44,5000	60,0000	44,4444

Função física Desempenho físico Dor corporal Saúde Geral Vitalidade Função Social Desempenho Emocional Saúde Mental I

Mean

Estado civil	Saúde Mental	Mudança de saúde
Casado	59,7333	41,6667
Outro	54,9333	53,3333
Total	57,3333	47,5000

Função física Desempenho físico Dor corporal Saúde Geral Vitalidade Função Social Desempenho Emocional Saúde Mental I

Mean

Idade	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
45 anos ou menos	61,0714	51,7857	68,7857	53,3929	50,0000	64,2857
mais de 45 anos	50,6250	31,2500	67,8125	46,7500	39,6875	56,2500
Total	55,5000	40,8333	68,2667	49,8500	44,5000	60,0000

Função física Desempenho físico Dor corporal Saúde Geral Vitalidade Função Social Desempenho Emocional Saúde Mental I

Mean

Idade	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
45 anos ou menos	47,6190	59,7143	42,8571
mais de 45 anos	41,6667	55,2500	51,5625
Total	44,4444	57,3333	47,5000

Função física Desempenho físico Dor corporal Saúde Geral Vitalidade Função Social Desempenho Emocional Saúde Mental I

Mean

Tempo desde o diagnóstico	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
Menos de 6 anos	55,5882	42,6471	62,7059	49,4706	42,9412	56,6176
6 anos ou mais	55,3846	38,4615	75,5385	50,3462	46,5385	64,4231
Total	55,5000	40,8333	68,2667	49,8500	44,5000	60,0000

Função física Desempenho físico Dor corporal Saúde Geral Vitalidade Função Social Desempenho Emocional Saúde Mental I

Mean

Tempo desde o diagnóstico	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
Menos de 6 anos	41,1765	54,5882	50,0000
6 anos ou mais	48,7179	60,9231	44,2308
Total	44,4444	57,3333	47,5000

```
T-TEST GROUPS=Sexo('F' 'M')
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=ff DF DC SG VT FS DE SM MS
/CRITERIA=CI(.9500).
```

T-Test

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Função física	F	24	55,8333	26,68930	5,44793
	M	6	54,1667	28,53361	11,64880
Desempenho físico	F	24	39,5833	42,29597	8,63363
	M	6	45,8333	43,06004	17,57919
Dor corporal	F	24	69,9583	28,64851	5,84785
	M	6	61,5000	25,49314	10,40753
Saúde Geral	F	24	50,1042	18,72512	3,82225
	M	6	48,8333	18,55442	7,57481
Vitalidade	F	24	45,4167	23,90728	4,88005
	M	6	40,8333	14,63443	5,97448
Função Social	F	24	60,4167	24,35769	4,97199
	M	6	58,3333	18,81932	7,68295
Desempenho Emocional	F	24	47,2222	44,95480	9,17636
	M	6	33,3333	36,51484	14,90712
Saúde Mental	F	24	57,0000	24,46648	4,99420
	M	6	58,6667	7,86554	3,21109
Mudança de saúde	F	24	47,9167	30,32135	6,18932
	M	6	45,8333	18,81932	7,68295

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Função física	Equal variances assumed	,021	,885	,135	28
	Equal variances not assumed			,130	7,350
Desempenho físico	Equal variances assumed	,002	,964	-,323	28
	Equal variances not assumed			-,319	7,607
Dor corporal	Equal variances assumed	1,404	,246	,659	28
	Equal variances not assumed			,709	8,472
Saúde Geral	Equal variances assumed	,025	,875	,149	28
	Equal variances not assumed			,150	7,761
Vitalidade	Equal variances assumed	1,769	,194	,446	28

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Função física	Equal variances assumed	,893	1,66667	12,33648
	Equal variances not assumed	,900	1,66667	12,85980
Desempenho físico	Equal variances assumed	,749	-6,25000	19,36812
	Equal variances not assumed	,758	-6,25000	19,58488
Dor corporal	Equal variances assumed	,515	8,45833	12,83088
	Equal variances not assumed	,498	8,45833	11,93793
Saúde Geral	Equal variances assumed	,883	1,27083	8,53295
	Equal variances not assumed	,885	1,27083	8,48454
Vitalidade	Equal variances assumed	,659	4,58333	10,28488

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Função física	Equal variances assumed	-23,60347	26,93680
	Equal variances not assumed	-28,45081	31,78414
Desempenho físico	Equal variances assumed	-45,92379	33,42379
	Equal variances not assumed	-51,82244	39,32244
Dor corporal	Equal variances assumed	-17,82453	34,74119
	Equal variances not assumed	-18,80589	35,72256
Saúde Geral	Equal variances assumed	-16,20812	18,74978
	Equal variances not assumed	-18,39992	20,94159
Vitalidade	Equal variances assumed	-16,48429	25,65096

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Vitalidade	Equal variances not assumed			,594	12,671
Função Social	Equal variances assumed	,373	,547	,195	28
	Equal variances not assumed			,228	9,695
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	1,451	,238	,698	28
	Equal variances not assumed			,793	9,219
Saúde Mental	Equal variances assumed	4,868	,036	-,163	28
	Equal variances not assumed			-,281	25,724
Mudança de saúde	Equal variances assumed	1,429	,242	,160	28
	Equal variances not assumed			,211	12,455

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Vitalidade	Equal variances not assumed	,563	4,58333	7,71423
Função Social	Equal variances assumed	,847	2,08333	10,71015
	Equal variances not assumed	,825	2,08333	9,15142
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	,491	13,88889	19,88586
	Equal variances not assumed	,447	13,88889	17,50508
Saúde Mental	Equal variances assumed	,872	-1,66667	10,23436
	Equal variances not assumed	,781	-1,66667	5,93744
Mudança de saúde	Equal variances assumed	,874	2,08333	13,05798
	Equal variances not assumed	,836	2,08333	9,86587

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Vitalidade	Equal variances not assumed	-12,12629	21,29296
Função Social	Equal variances assumed	-19,85542	24,02208
	Equal variances not assumed	-18,39451	22,56117
Desempenho Emocional	Equal variances assumed	-26,84545	54,62323
	Equal variances not assumed	-25,56717	53,34494
Saúde Mental	Equal variances assumed	-22,63080	19,29746
	Equal variances not assumed	-13,87761	10,54428
Mudança de saúde	Equal variances assumed	-24,66473	28,83140
	Equal variances not assumed	-19,32574	23,49241

NPART TESTS

```
/M-W= ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY Estadocivil_A(1 2)
/MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplício\s36.s
av

Mann-Whitney Test

Ranks

	Estad...	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Função física	Casado	15	15,97	239,50
	Outro	15	15,03	225,50
	Total	30		
Desempenho físico	Casado	15	17,40	261,00
	Outro	15	13,60	204,00
	Total	30		
Dor corporal	Casado	15	15,47	232,00
	Outro	15	15,53	233,00
	Total	30		

Ranks

	Estad...	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Saúde Geral	Casado	15	15,50	232,50
	Outro	15	15,50	232,50
	Total	30		
Vitalidade	Casado	15	15,43	231,50
	Outro	15	15,57	233,50
	Total	30		
Função Social	Casado	15	15,50	232,50
	Outro	15	15,50	232,50
	Total	30		
Desempenho Emocional	Casado	15	14,43	216,50
	Outro	15	16,57	248,50
	Total	30		
Saúde Mental	Casado	15	16,47	247,00
	Outro	15	14,53	218,00
	Total	30		
Mudança de saúde	Casado	15	13,53	203,00
	Outro	15	17,47	262,00
	Total	30		

Test Statistics^b

	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
Mann-Whitney U	105,500	84,000	112,000	112,500	111,500	112,500
Wilcoxon W	225,500	204,000	232,000	232,500	231,500	232,500
Z	-,291	-1,234	-,021	,000	-,042	,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,771	,217	,983	1,000	,967	1,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,775 ^a	,250 ^a	1,000 ^a	1,000 ^a	,967 ^a	1,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Estado civil

Test Statistics^b

	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
Mann-Whitney U	96,500	98,000	83,000
Wilcoxon W	216,500	218,000	203,000
Z	-,698	-,605	-1,271
Asymp. Sig. (2-tailed)	,485	,545	,204
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,512 ^a	,567 ^a	,233 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Estado civil

NPAR TESTS

```
/M-W= ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY idade45(1 2)  
/MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplício\s36.s
av

Mann-Whitney Test

Ranks

	Idade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Função física	45 anos ou menos	14	17,36	243,00
	mais de 45 anos	16	13,88	222,00
	Total	30		
Desempenho físico	45 anos ou menos	14	17,64	247,00
	mais de 45 anos	16	13,62	218,00
	Total	30		
Dor corporal	45 anos ou menos	14	15,43	216,00
	mais de 45 anos	16	15,56	249,00
	Total	30		
Saúde Geral	45 anos ou menos	14	16,93	237,00
	mais de 45 anos	16	14,25	228,00
	Total	30		
Vitalidade	45 anos ou menos	14	18,07	253,00
	mais de 45 anos	16	13,25	212,00
	Total	30		
Função Social	45 anos ou menos	14	17,04	238,50
	mais de 45 anos	16	14,16	226,50
	Total	30		
Desempenho Emocional	45 anos ou menos	14	16,07	225,00
	mais de 45 anos	16	15,00	240,00
	Total	30		
Saúde Mental	45 anos ou menos	14	16,82	235,50
	mais de 45 anos	16	14,34	229,50
	Total	30		
Mudança de saúde	45 anos ou menos	14	14,14	198,00
	mais de 45 anos	16	16,69	267,00
	Total	30		

Test Statistics^b

	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
Mann-Whitney U	86,000	82,000	111,000	92,000	76,000	90,500
Wilcoxon W	222,000	218,000	216,000	228,000	212,000	226,500
Z	-1,085	-1,302	-,043	-,834	-1,502	-,906
Asymp. Sig. (2-tailed)	,278	,193	,966	,404	,133	,365
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,294 ^a	,224 ^a	,984 ^a	,423 ^a	,142 ^a	,377 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Idade

Test Statistics^b

	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
Mann-Whitney U	104,000	93,500	93,000
Wilcoxon W	240,000	229,500	198,000
Z	-,350	-,774	-,821
Asymp. Sig. (2-tailed)	,726	,439	,412
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,759 ^a	,448 ^a	,448 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Idade

NPAR TESTS

```
/M-W= ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY TDiagnostico(1 2)
/MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av

Mann-Whitney Test

Ranks

	Tempo desde ...	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Função física	Menos de 6 anos	17	15,50	263,50
	6 anos ou mais	13	15,50	201,50
	Total	30		
Desempenho físico	Menos de 6 anos	17	15,79	268,50
	6 anos ou mais	13	15,12	196,50
	Total	30		

Ranks

	Tempo desde ...	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dor corporal	Menos de 6 anos	17	13,56	230,50
	6 anos ou mais	13	18,04	234,50
	Total	30		
Saúde Geral	Menos de 6 anos	17	14,97	254,50
	6 anos ou mais	13	16,19	210,50
	Total	30		
Vitalidade	Menos de 6 anos	17	15,12	257,00
	6 anos ou mais	13	16,00	208,00
	Total	30		
Função Social	Menos de 6 anos	17	14,15	240,50
	6 anos ou mais	13	17,27	224,50
	Total	30		
Desempenho Emocional	Menos de 6 anos	17	14,76	251,00
	6 anos ou mais	13	16,46	214,00
	Total	30		
Saúde Mental	Menos de 6 anos	17	14,82	252,00
	6 anos ou mais	13	16,38	213,00
	Total	30		
Mudança de saúde	Menos de 6 anos	17	16,29	277,00
	6 anos ou mais	13	14,46	188,00
	Total	30		

Test Statistics^b

	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
Mann-Whitney U	110,500	105,500	77,500	101,500	104,000	87,500
Wilcoxon W	201,500	196,500	230,500	254,500	257,000	240,500
Z	,000	-,219	-1,422	-,378	-,273	-,976
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000	,827	,155	,706	,785	,329
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1,000 ^a	,837 ^a	,170 ^a	,711 ^a	,805 ^a	,341 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tempo desde o diagnóstico

Test Statistics^b

	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
Mann-Whitney U	98,000	99,000	97,000
Wilcoxon W	251,000	252,000	188,000
Z	-,551	-,484	-,587
Asymp. Sig. (2-tailed)	,582	,628	,557
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,621 ^a	,650 ^a	,592 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tempo desde o diagnóstico

```
RECODE Sexo ('F'=1) ('M2'=2) INTO Sexo2.
```

```
>Warning # 4624 in column 28. Text: )
```

```
>The preceding RECODE specifies a value to be recoded that is longer than some
>variable(s) in the recode. The shorter values will be padded with blanks for
>the comparison.
```

```
VARIABLE LABELS Sexo2 'Sexo'.
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE Sexo ('F'=1) ('M'=2) INTO Sexo2.
```

```
VARIABLE LABELS Sexo2 'Sexo'.
```

```
EXECUTE.
```

```
NPAR TESTS
```

```
 /M-W= ff DF DC SG VT FS DE SM MS BY Sexo2(1 2)
```

```
 /MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

```
[DataSet1] C:\Documents and Settings\u729108\Ambiente de trabalho\Susana Simplicio\s36.s
av
```

Mann-Whitney Test

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Função física	Feminino	24	15,56	373,50
	Masculino	6	15,25	91,50
	Total	30		
Desempenho físico	Feminino	24	15,29	367,00
	Masculino	6	16,33	98,00
	Total	30		
Dor corporal	Feminino	24	16,02	384,50

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dor corporal	Masculino	6	13,42	80,50
	Total	30		
Saúde Geral	Feminino	24	15,50	372,00
	Masculino	6	15,50	93,00
	Total	30		
Vitalidade	Feminino	24	15,88	381,00
	Masculino	6	14,00	84,00
	Total	30		
Função Social	Feminino	24	15,75	378,00
	Masculino	6	14,50	87,00
	Total	30		
Desempenho Emocional	Feminino	24	16,12	387,00
	Masculino	6	13,00	78,00
	Total	30		
Saúde Mental	Feminino	24	15,71	377,00
	Masculino	6	14,67	88,00
	Total	30		
Mudança de saúde	Feminino	24	15,58	374,00
	Masculino	6	15,17	91,00
	Total	30		

Test Statistics^b

	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social
Mann-Whitney U	70,500	67,000	59,500	72,000	63,000	66,000
Wilcoxon W	91,500	367,000	80,500	93,000	84,000	87,000
Z	-,078	-,271	-,667	,000	-,468	-,315
Asymp. Sig. (2-tailed)	,938	,787	,505	1,000	,640	,753
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,940 ^a	,820 ^a	,527 ^a	1,000 ^a	,667 ^a	,781 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Sexo

Test Statistics^b

	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de saúde
Mann-Whitney U	57,000	67,000	70,000
Wilcoxon W	78,000	88,000	91,000
Z	-,818	-,261	-,108
Asymp. Sig. (2-tailed)	,413	,794	,914
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,462 ^a	,820 ^a	,940 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Sexo