

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

DM
MARQ/T.M.1

**RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS:
EXAUSTÃO VITAL, STRESS, FADIGA E
DEPRESSÃO**

**TERESA M. P. F. S. MARQUES
LISBOA, 1999**



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de
Documentação

Registo:

Data: 13/11/2003

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Dissertação de mestrado realizada sob orientação
do **Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro,**
apresentada no **Instituto Superior de Psicologia**
Aplicada para obtenção do grau de **Mestre** na
especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme
Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar
Satisfação ao ponto “b” do nº2 do Artº5 do Decreto
Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

Agradecimentos

Ao Prof. José Luís Pais Ribeiro, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pelo tema proposto e pela orientação.

Aos formandos dos cursos técnico-profissionais que amavelmente participaram no estudo, respondendo aos questionários.

Aos amigos, sem eles nada é possível.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Exaustão Vital.....	3
Exaustão Vital: evolução do conceito.....	3
Exaustão Vital, perda de controle e doença cardiovascular.....	5
Exaustão Vital precede enfarte do miocárdio?.....	7
Exaustão Vital reflecte estado subclínico de doença?.....	11
Exaustão como precursor de morte cardíaca.....	13
Fadiga.....	19
O que é a fadiga?.....	19
Fadiga, um problema antigo.....	20
Fadiga e Síndrome de Fadiga Crónica.....	21
Fadiga, Exaustão Vital e doença cardiovascular.....	29
Depressão.....	30
Definição de depressão.....	31
Depressão e distímia.....	32
Depressão, Exaustão Vital e Doença Cardíaca.....	34
Depressão e Síndrome de Fadiga Crónica.....	38
Stress.....	41
Noção de Stress.....	41

Stress e Comportamento Tipo A.....	45
Stress, Comportamento Tipo A e Doença Coronária.....	47
Stress e Exaustão Vital.....	49
Stress e Psicanálise.....	50
Exaustão Vital: a tristeza (im)possível.....	51
Métodos.....	58
Participantes.....	58
Material.....	59
Escala de Exaustão Vital.....	59
• Construção da Entrevista, formato e cotação.....	63
• Correspondência entre a Entrevista e o Questionário.....	65
• Poder discriminativo do Questionário e da Entrevista.....	66
• Fidelidade da Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital...67	
• Validade da Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital.....	68
• Adaptação da Entrevista para Escala de Concordância.....	68
• Tradução da Escala para Língua Portuguesa.....	71
• Folha de Instruções da Escala.....	73
• Pré-Teste e versão final da Escala de Exaustão Vital.....	73
• Cotação da Escala.....	74
Escala de Percepção de Stress.....	75
• Formato da Escala e sua cotação.....	76

• Fielidade e Validade da Escala de Percepção de Stress.....	77
Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung.....	77
• Descrição da Escala.....	77
• Fielidade e Confiança da Escala.....	78
Procedimento.....	80
Resultados.....	82
Caracterização da Amostra.....	83
Tratamento Estatístico.....	87
Apresentação e Análise dos Resultados.....	91
Consistência Interna das Escalas.....	91
Resultados na Escala de Exaustão Vital.....	92
Relação entre Exaustão Vital e Depressão.....	99
Relação entre Exaustão Vital e Fadiga.....	101
Relação entre Exaustão Vital e Stress.....	104
Discussão.....	107

Referências

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

Anexo 4

• Fielidade e Validade da Escala de Percepção de Stress.....	77
Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung.....	77
• Descrição da Escala.....	77
• Fielidade e Confiança da Escala.....	78
Procedimento.....	80
Resultados.....	82
Caracterização da Amostra.....	83
Tratamento Estatístico.....	87
Apresentação e Análise dos Resultados.....	91
Consistência Interna das Escalas.....	91
Resultados na Escala de Exaustão Vital.....	92
Relação entre Exaustão Vital e Depressão.....	99
Relação entre Exaustão Vital e Fadiga.....	101
Relação entre Exaustão Vital e Stress.....	104
Discussão.....	107
Referências	
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	
Anexo 4	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Alpha de Cronbach das Escalas de Exaustão Vital, Depressão, Fadiga e Stress.....	91
TABELA 2: Distribuição dos Respondentes por Níveis de Exaustão.....	93
TABELA 3: T de Student para Amostras Independentes-Diferença entre sexos Feminino e Masculino na Variável Exaustão Vital.....	94
TABELA 4: Distribuição do sexo Feminino e do sexo Masculino por Níveis de Exaustão.....	95
TABELA 5: T de Student para Amostras Independentes-Diferenças entre Idades na Variável Exaustão Vital.....	96
TABELA 6: Distribuição dos Respondentes com Idade < 35 anos e com Idade > 35 anos por Níveis de Exaustão.....	98
TABELA 7: Distribuição dos Respondentes com diferentes níveis de exaustão Pelos quatro níveis de Depressão.....	99
TABELA 8: Correlação de Spearman entre Exaustão e Depressão para cada Um dos grupos com diferentes níveis de Exaustão.....	100
TABELA 9: Estatística Descritiva à Escala de Fadiga (questão 10 e total).....	101
TABELA 10: Distribuição Percentual dos três grupos com diferentes níveis de Exaustão pelos diferentes níveis de Fadiga (questão 10).....	102
TABELA 11: Distribuição Percentual dos três grupo com diferentes níveis de exaustão pelos diferentes níveis de Fadiga (total).....	103
TABELA 12: Correlação de Spearman entre Exaustão Vital e Fadiga para Cada um dos grupos com diferentes níveis de exaustão.....	103

TABELA 13: Estatística Descritiva à Escala de Stress.....	104
TABELA 14: Distribuição Percentual de Diferentes Níveis de Exaustão/Stress.....	105
TABELA 15: Correlação de Spearman entre Exaustão e Stress para cada um dos	
Grupos com diferentes níveis de Exaustão.....	105
GRÁFICO 1: Caracterização da Amostra Total relativamente ao	
Sexo.....	83
GRÁFICO 2: Caracterização da Amostra Total relativamente à Idade.....	84
GRÁFICO 3: Caracterização das sub-amostras relativamente ao	
Sexo.....	85
GRÁFICO 4: Caracterização das sub-amostras relativamente à idade.....	86
GRÁFICO 5: Teste de Shapiro para Exaustão Vital.....	87
GRÁFICO 6: Teste de Shapiro para Depressão.....	88
GRÁFICO 7: Teste de Shapiro para Stress.....	88
GRÁFICO 8: Teste de Shapiro para Fadiga.....	89
GRÁFICO 9: Média e Desvio Padrão para Exaustão Vital.....	92
GRÁFICO 10: Distribuição dos respondentes por níveis de exaustão.....	93
GRÁFICO 11: Diferenças entre sexo feminino e sexo masculino na exaustão vital.....	94
GRÁFICO 12: Distribuição do sexo feminino e do sexo masculino	
Por Níveis de Exaustão Vital.....	96
GRÁFICO 13: Diferenças entre idades na Exaustão Vital.....	97
GRÁFICO 14: Distribuição dos respondentes com idades < 35 anos e com	
Idades >35 anos por Níveis de Exaustão Vital.....	98
GRÁFICO 15: Distribuição dos Respondentes com diferentes níveis de	
Exaustão pelos quatro níveis de Depressão.....	100

Resumo

A Exaustão Vital é um estado caracterizado por uma fadiga fora do comum, um aumento da irritabilidade e sentimentos de desmoralização, que tem vindo a ser evidenciado como sendo preditivo, a curto prazo, de enfarte do miocárdio e de morte súbita.

Este conceito relativamente recente toca-se em muitos aspectos com outros conceitos, como por exemplo o stress, a fadiga e a depressão, de tal forma, que muitos autores que o investigam têm questionado a delimitação da sua identidade. No entanto, encontramos várias investigações, na literatura, no sentido de averiguar como podemos discriminar a Exaustão Vital destes outros conceitos, e outros.

A verdade é que, a maioria dos pacientes de enfarte miocárdio e morte súbita, foi a uma consulta de Cardiologia no mês que antecedeu o acontecimento cardíaco, mas, por a sintomatologia apresentada ser muito inespecífica, muitas vezes é desconsiderada pelo Cardiologista...

A necessidade de se identificar o conceito e de perceber as suas relações com as variáveis que lhe estão próximas é então fundamental para que adequados diagnósticos e intervenções possam ser conseguidos.

O presente estudo propõe-se responder ao problema relativo a esta dificuldade de identificar o conceito de exaustão vital e de perceber formas de relacionamento com algumas variáveis psicológicas, nomeadamente a fadiga, o stress e a depressão.

Para o efeito, recolheu-se uma amostra de 181 participantes e esta foi dividida em três sub-amostras: uma respondeu à Escala de Exaustão Vital e à Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung, outra respondeu à Escala de Exaustão Vital e à Escala de Gravidade da Fadiga e a terceira sub-amostra respondeu à Escala de Exaustão Vital e à Escala de Percepção de Stress.

Com uma amostra total de 181 respondentes à Escala de Exaustão Vital foi possível verificar que o formato e a tradução para língua portuguesa conferiram à escala uma boa consistência interna, avaliada pelo coeficiente de Alpha de Cronbach.

Relativamente à Exaustão Vital a análise estatística dos resultados permitiu verificar que o sexo feminino se encontra significativamente mais exausto do que o sexo masculino e ainda que o grupo dos participantes com idade superior a 35 anos se encontra significativamente mais exausto que o grupo de participantes com idade inferior ou igual a 35 anos.

Relativamente à relação entre variáveis, a análise dos resultados evidenciou a existência de correlações significativas entre elevados scores de exaustão e elevados níveis de stress e de fadiga. Relativamente à relação entre depressão e exaustão vital não foi evidenciada uma correlação significativa entre elevados scores de exaustão vital e elevados scores de depressão, tal como era esperado pelos investigadores do presente estudo.

Os resultados parecem sugerir que na população portuguesa a exaustão vital tenha uma distribuição diferente da descrita na literatura para outras populações como nomeadamente a holandesa, relativamente às variáveis sexo e idade.

A análise das correlações parece ainda sugerir que a Exaustão Vital se trate de um momento privilegiado, a nível de intervenção clínica, para prevenção do enfarte do miocárdio. Este estudo sugere uma interpretação inovadora, com base na teoria psicanalítica, para este estado e propõe uma estratégia de intervenção.

INTRODUÇÃO

Problema

A Psicologia da Saúde consiste numa área de intervenção clínica que surge do encontro entre manifestações físicas, psíquicas e sociais em cada indivíduo. Após anos a “partir” o indivíduo, surge uma perspectiva biopsicossocial que se decide a considerar o indivíduo como um todo complexo, ou seja, a preocupar-se de facto com a sua saúde enquanto estado de completo bem-estar físico, psicológico e social.

Diferentes núcleos de estudo e intervenção têm vindo a ser levados a cabo pela Psicologia da Saúde: intervenção no doente canceroso, intervenção na dor, intervenção no doente crónico, intervenção no doente cardiológico, entre outras.

Neste âmbito, o presente estudo focaliza-se na investigação de um estado que tem vindo a ser intensamente investigado pela Psicologia Cardiológica, principalmente durante os últimos dez anos. Chama-se Exaustão Vital e caracteriza-se essencialmente por uma fadiga fora do comum, um aumento da irritabilidade e sentimentos de desmoralização. Este estado tem vindo a ser evidenciado como sendo preditivo, a curto prazo, de enfarte do miocárdio e morte súbita.

A nível conceptual têm sido evidenciadas algumas dificuldades no sentido de discriminar este estado de outras perturbações tais como a depressão, o stress e a fadiga, entre outros, uma vez que o próprio estado reúne características de cada uma destas variáveis.

Sendo difícil a definição do conceito, é difícil o seu diagnóstico, e sem esta dificuldade de uma intervenção que responda de facto às necessidades destes pacientes torna-se ainda maior. É um facto que a maioria dos pacientes cerca de um mês antes de desenvolverem um enfarte do miocárdio consultam o seu cardiologista, e devido a os sintomas que relatam serem atípicos de uma perturbação diagnosticável, é-lhes dada pouca atenção...

Surge então a necessidade de estudos mais aprofundados que ajudem a clarificar e perceber, por um lado, como se relaciona a Exaustão Vital com variáveis que lhe estão próximas, e por outro lado, como pode ser interpretada essa relação na construção de estratégias de intervenção adequadas.

Este estudo propõe-se investigar de que forma se relaciona a Exaustão Vital com as variáveis Depressão, Fadiga e Stress, na população portuguesa. Para o efeito foram utilizados quatro instrumentos: Escala de Exaustão Vital, Escala de auto-avaliação de Depressão de Zung, Escala de Gravidade da Fadiga e Escala de Percepção de Stress.

Trata-se de um estudo exploratório na população portuguesa, em que é esperado que as variáveis se comportem de forma semelhante à observada em outras populações, como por exemplo a holandesa.

O presente estudo apresenta ainda uma possibilidade de interpretação do estado de Exaustão Vital com base numa perspectiva psicanalítica, propondo aspectos a ter em conta na intervenção com pacientes com Exaustão Vital.

Mais uma vez se defende a necessidade de uma intervenção multidisciplinar. Mas dentro da intervenção psicológica, propõe-se que esta seja também ela mais eclética, no sentido de englobar não só estratégias cognitivo-comportamentais eficazes na mudança de comportamentos como também considerar “o lado afectivo da Exaustão Vital”.

Revisão Teórica

Exaustão Vital

Exaustão Vital: evolução do conceito

Exaustão Vital é um estado caracterizado por fadiga fora do comum, um aumento da irritabilidade e sentimentos de desmoralização (Appels, Falger & Schouten, 1993). Os sujeitos que se encontram neste estado referem frequentemente sentimentos de perda de energia, perda da libido, aumento de irritabilidade e sentimentos de derrota. (Appels, Falger & Schouten, 1993)

Este estado tem vindo a ser evidenciado como sendo preditivo, a curto prazo, de enfarte do miocárdio e de morte súbita.

O termo Exaustão Vital surge na tentativa de definir um estado que tem sido muito difícil de identificar, como podemos observar ao longo da literatura. Inúmeros termos são referidos para referir este estado, tais como “fadiga fora do normal”, “mal-estar geral”, “exaustão”, “falta de energia”, “letargia” (Appels, 1988), “fadiga inadequada” (Appels & Otten, 1992), “cansaço fora do normal” (Appels, Falger & Schouten, 1993) o que por si só revela já alguma incerteza a nível conceptual.

Este novo conceito de Exaustão Vital tem vindo a ser relacionado com inúmeros outros como “perda de controle”, “comportamento tipo A” (Appels, 1988; Appels et al., 1994), depressão mascarada, life-events, hostilidade, negação da fadiga, “burn-out”, depressão, stress (Appels et al., 1994).

Os textos de cardiologia dão diferentes explicações para as causas deste cansaço que precede o enfarte do miocárdio e a morte súbita, tais como: disfunção ventricular esquerda que leva a um rendimento cardíaco inadequado; falha do coração; depressão; efeitos secundários dos medicamentos cardiovasculares; ansiedade; angina de peito; problemas de sono e tensão psicológica prolongada (Brandenburg, Fuster, Giuliani & McGoon, 1987; Braunwald, 1988; Hurst, Schlant, Rackley, Sonnenblick & Wenger, 1990 cit in Meesters & Appels, 1996b).

Apesar de serem dadas várias explicações para este estado, é um facto que metade das pessoas que teve um enfarte do miocárdio ou que sofreu morte súbita, tinha feito uma consulta com o seu médico nas semanas que antecederam o incidente (Solomon, 1969 cit in Appels, 1988). Os sintomas apresentados por estes pacientes são vagos e difíceis de avaliar e interpretar, e essa é a principal razão pela qual passam frequentemente despercebidos, são considerados sem importância. Este facto causa sofrimento aos médicos responsáveis, pacientes e familiares.

Os cardiologistas tendem a atribuir este “cansaço fora do normal” a doenças do coração, enquanto que os psicólogos e familiares tendem a atribuí-lo a situações de stress. (Appels, 1988) A verdade é que ambas as atribuições carecem de uma base empírica e a definição de “Exaustão Vital” necessita de ser avaliada de uma forma mais objectiva.

Foi no sentido de responder a esta necessidade que em 1982 se realizou um estudo em Roterdão que ficou conhecido por “Rotterdam Civil Servants Study” (RCSS) (Appels, 1988). Este estudo originou a primeira medida de Exaustão Vital, o Questionário de Maastricht. Este questionário, constituído de 14 itens com boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,81) evidenciou um poder preditivo de curta duração.

Este Questionário de Maastricht consistiu a primeira forma de avaliar Exaustão Vital e de distinguir este conceito dos outros anteriormente referidos. (ver Material)

Exaustão Vital, perda de controle e doença cardiovascular

Há muitos anos que se encontra presente na investigação cardiovascular a noção de que uma necessidade de controle ou a perda de controle, se relaciona com a etiologia da doença coronária.

Um dos principais contributos para este relacionamento foi a definição do comportamento tipo A (Friedman & Rosenman, 1959 cit in Appels, 1989). Segundo os autores, o comportamento tipo A consiste num tipo característico de resposta a stressores do ambiente que ameaçam a noção que o indivíduo tem, de controle sobre o ambiente.

No entanto, este tipo de padrão comportamental parece ter uma performance acrescida para atingir e manter o controle sobre o ambiente quando este mesmo controle é desafiado ou ameaçado.

Em 1977, David Glass afirma explicitamente que a perda de controle pode constituir um factor determinante para o desenvolvimento do enfarte do miocárdio e morte cardíaca súbita (Appels, 1989).

Segundo o autor, “os indivíduos com comportamento tipo A exercem esforços muito superiores aos dos seus correlativos tipo B, no sentido de controlarem acontecimentos stressantes que são percebidos como ameaçadores ao seu sentido de controle. Estas tentativas de coping activas, eventualmente extinguem-se, pois se não forem recompensadas, o implacável esforço do indivíduo com comportamento tipo A, leva à frustração e à exaustão

psíquica, que culmina numa redução dos esforços de controle” (Glass, 1977 cit in Appels, 1989).

Esta descrição ilustra a noção de que indivíduos com comportamento tipo A, que sofrem de doença cardiovascular, passam por um estado de frustração e exaustão que antecedeu o enfarte do miocárdio. Glass descreveu este estado como *depressão precursora* (prodromal depression) e sugere que se caracteriza por uma mudança de uma hiper-reatividade inicial para uma subsequente hipo-reatividade, caracterizada esta última por uma sensação de desamparo e abandono.

Ad Appels (1989) concorda com as afirmações de Glass, pois a observação clínica de pacientes com enfarte do miocárdio revela não só a presença de comportamento tipo A na maioria dos casos, como também uma história de frustração, desmoralização e exaustão psíquica, que parece caracterizar o ano que precede o enfarte do miocárdio.

Por esta razão, o autor defende que um indivíduo com comportamento tipo A bem sucedido, não apresenta risco acrescido para o desenvolvimento do enfarte do miocárdio, mas apenas aquele indivíduo que perdeu controle sobre o seu ambiente é que se encontra em risco elevado.

Esta posição é reforçada por Consoli (1990) (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998) ao definir dois subgrupos dentro do grupo dos indivíduos com comportamento tipo A: “carismático” e “defensivo”, sendo este último o de verdadeiro risco para as doenças cardiovasculares.

À medida que se ia avançando um pouco mais no conhecimento sobre quais os factores premonitórios do enfarte do miocárdio, mais se ia procurando, e os esforços foram-se concentrando no sentido de caracterizar esta falência, esta frustração, esta exaustão. Foi então

que se definiu o termo de Exaustão Vital como caracterizando um estado de fadiga fora do comum, falta de energia, aumento da irritabilidade e sentimentos de desmoralização.

Exaustão Vital precede Enfarte do Miocárdio?

Como já foi referido anteriormente, o Enfarte do Miocárdio é um dos acontecimentos mais relacionados com a Exaustão Vital: a exaustão vital é apontada como um indicador a curto prazo do Enfarte do Miocárdio. (Meester & Appels, 1996 a)

No Rotterdam Civil Servants Study (Appels, 1988), acima referido, o objectivo não consistia apenas em criar o Questionário de Maastricht, mas também em avaliar a forma como a Exaustão Vital seria preditora de Enfarte do Miocárdio. Os participantes do estudo eram funcionários públicos da cidade de Roterdão que participaram num check-up de saúde voluntário.

Dois grupos de idades diferentes foram convidados: um grupo mais novo, com idades compreendidas entre os 39 e os 45 anos e um grupo de idade superior, entre os 54 e os 65 anos. O check-up incluía medir a tensão arterial, colesterol, e número de cigarros fumados. A presença de angina de peito era acedida pelo "Rose Questionnaire". Um electrocardiograma em repouso completava o screening cardiovascular.

Os sentimentos de exaustão/depressão/mal-estar geral eram acedidos por um conjunto inicial de 58 itens a que os autores chamaram Questionário de Maastricht. Os participantes foram seguidos por um período médio de 4,2 anos, e de entre 3269 participantes do sexo masculino sem doença coronária ou do coração na altura do screening, ocorreram 59 enfartes do miocárdio bem documentados. Cada um desses casos foi emparelhado (relativamente à idade, tensão arterial, colesterol e consumo de tabaco) com três outros em quem não se tinha verificado enfarte do miocárdio, consistindo estes últimos o grupo de controle.

A comparação dos scores médios entre o grupo de casos de Enfarte do Miocárdio e o grupo de controle evidencia que os grupos são equivalentes relativamente aos factores idade, tensão arterial, colesterol e consumo do tabaco , mas significativamente diferentes na direcção prevista pelos resultados do Questionário de Maastricht. Ou seja, o grupo de casos com Enfarte do Miocárdio tinham valores superiores relativamente à Exaustão Vital.

Estes resultados poderiam levar-nos a pensar que a exaustão vital seria então um preditor independente para o acontecimento de enfarte do miocárdio, mas a verdade é que de todos os sujeitos que segundo o Questionário de Maastricht estariam em risco de desenvolver doenças coronárias ou do coração, apenas 5% o fizeram, donde os autores concluem que provavelmente uma condição cardíaca deteriorada em conjunção com um estado de exaustão vital constituirão factores que se reforçam mutuamente e que estarão envolvidos no conjunto de factores responsáveis pela “queda em espiral” que leva ao enfarte do miocárdio. (Appels, 1988)

Este estudo foi repetido entre 1972 e 1974, utilizando a base de dados do “Kaunas-Rotterdam Intervention Study”. Aqui, 3365 participantes do sexo masculino participaram num screening cardiovascular. Este grupo foi seguido durante um período médio de 9.5 anos.

Aqueles que estavam exaustos no momento do screening revelaram estar em alto risco durante o início do período de follow-up. Os rácios entre a exaustão e o tempo de follow-up foram descendo de forma que aos 40 meses após o screening, a associação entre exaustão e risco de morte cardíaca já não era significativa.

Estes resultados suportam a hipótese que os sentimentos de exaustão aumentam o risco de morte cardíaca em homens sem doença coronária ou do coração. (Appels et al., 1994)

A principal descoberta destes estudos prospectivos foi apoiada num estudo por Siegrist et al. em 1990 (Appels et al., 1994) que seguiu 416 trabalhadores com idades compreendidas entre 25 e 55 anos, durante 6.5 anos. Verificou-se que um estado de coping exaustivo, que reflectia esforços continuados mas frustrantes e sentimentos negativos associados tais como irritabilidade desproporcional e incapacidade de se retirar das obrigações do trabalho, aumentavam o risco de enfarte do miocárdio em mais de 300% quando controlados todos os factores de risco clássicos.

Um outro estudo que marca a evidência de que sentimentos de exaustão precedem doença cardíaca manifesta em sujeitos do sexo masculino aparentemente saudáveis é o estudo de Ladwig em 1989. (Appels et al., 1994).

Neste estudo investiga-se quantas vezes, pacientes com enfarte do miocárdio, tinham visitado os seus médicos nos 180 dias que precederam o seu primeiro enfarte do miocárdio. Este estudo foi realizado utilizando a base de dados da companhia de seguros. Verificou-se que apenas 9% de todos os pacientes não tinham contactado os seus médicos durante esse período. Um aumento acentuado é observado durante as últimas semanas que antecederam a hospitalização. O autor rotulou este estágio como “um estágio desorganizado da doença”, pois por ser muito vago, o quadro clínico induz a avaliação de falsos negativos.

Todos estes estudos foram realizados apenas com participantes do sexo masculino. Em 1993, na Holanda, realizou-se o primeiro estudo relativamente à Exaustão Vital realizado com mulheres (Appels, Falger & Schouten, 1993). O principal objectivo deste estudo era o de testar a hipótese de que a Exaustão Vital está também associada com um aumento de risco para primeiro enfarte do miocárdio, em mulheres.

O estudo foi realizado com 79 casos de primeiro enfarte do miocárdio, mulheres hospitalizadas no departamento de cardiologia e com 90 mulheres no grupo de controle (mulheres hospitalizadas nos departamentos de cirurgia geral e cirurgia ortopédica dos mesmos hospitais que as que tinham sofrido enfarte do miocárdio, e durante o mesmo período de tempo. As mulheres do grupo de controle que tinham sofrido de enfarte do miocárdio no passado, foram excluídas.

Entre o grupo de mulheres com enfarte do miocárdio e o grupo de controle não se encontraram diferenças significativas no que diz respeito à idade, estado civil, número de crianças, estado relativamente à menopausa, uso de contraceptivos orais e a prevalência de dor não-anginal. O consumo de tabaco, elevado consumo de café, angina de peito e história de hipertensão ou diabetes foram mais prevalentes no grupo de casos que no grupo de controle. A média de exaustão vital entre o grupo de casos e o grupo de controle diferiu significativamente na direcção prevista.

Definindo exaustos como aqueles com resultados no Questionário de Maastricht acima da mediana, 63% do grupo de casos e 39 % do grupo de controle estavam exaustos antes da hospitalização.

Dos dados biográficos relacionados com a infância e a adolescência, conflitos duradouros, desemprego e problemas financeiros na família foram significativamente associados com a Exaustão Vital. Apesar de nenhuma das variáveis relacionadas com o trabalho se associar com a Exaustão Vital, as mulheres que na altura da investigação acumulavam simultaneamente um emprego e o trabalho de donas de casa tinham scores de Exaustão Vital significativamente mais elevados que as que trabalhavam mas não faziam o trabalho de dona de casa.

A principal descoberta deste estudo foi a de que a Exaustão Vital precede o aparecimento de um primeiro Enfarte do Miocárdio não-fatal em mulheres adultas.

O estudo revelou ainda que a associação entre a Exaustão Vital e o Enfarte do Miocárdio não foi devido à exaustão ser um efeito lateral de um factor de risco somático que foi incluído ou de doença do coração manifesta. No entanto, os autores afirmam que enquanto o mecanismo bioquímico ou fisiológico inerente a esta relação continuar desconhecido, é prudente referirmos a exaustão vital como um *“indicador de risco em vez de um factor de risco”*. (Appels, Falger & Schouten, 1993).

Os dados recolhidos nos estudos aqui apresentados parecem apontar para o facto de que um estado de exaustão precede doença cardíaca manifesta tanto no sexo masculino como no sexo feminino. No entanto, relativamente à Exaustão Vital e à sua relação com doenças coronárias ou do coração, as dúvidas continuam...

Exaustão Vital reflecte estado subclínico de doença cardíaca?

Todos os dados que encontramos na literatura parecem apontar para uma relação entre a Exaustão Vital e as doenças coronárias e do coração: a Exaustão Vital precede as doenças do coração. No entanto, várias perguntas se mantêm: Será que a Exaustão Vital se trata de um estado clínico independente das doenças do coração, ou uma manifestação destas quando ainda estão num estado subclínico?

Para averiguar esta importante questão, foi investigada a associação entre exaustão vital e quantidade de arteriosclerose em doentes com angioplastia, as alterações nos scores de exaustão nos momentos antes e depois da angioplastia e o desenvolvimento clínico após angioplastia com sucesso entre sujeitos exaustos e não-exaustos. (Kop et al., 1996)

Os pacientes indicados para angioplastia (n=127; idade média de 55,6 anos) foram avaliados relativamente à exaustão vital antes da angioplastia coronária e duas semanas após a descarga. A ocorrência de novos incidentes cardíacos foi registada durante 1,5 anos de follow-up e verificou-se uma relação significativa entre o número de veias doentes e os resultados obtidos através do Questionário de Maastricht, antes e depois da angioplastia. Os resultados indicaram a existência de uma relação entre a gravidade da doença coronária e a exaustão vital, mas indicaram também que a arteriosclerose oferece uma explicação insuficiente para a exaustão. Não foi observada uma associação entre exaustão vital e ejeção da fracção ventricular esquerda.

A angioplastia resultou numa diminuição dos sentimentos de exaustão. No entanto, quando os resultados do Questionário de Maastricht destes doentes foram comparados com a distribuição dos resultados do mesmo questionário na população global, verificou-se que 74% dos Participantes estava exausto antes do tratamento e que 60% estavam ainda exaustos depois da revascularização bem sucedida.

Esta observação sugere que apesar da recuperação da aspensão diminuir os sentimentos de cansaço, mais de metade destes pacientes continuam exaustos. Durante o follow-up, um novo incidente cardíaco (definido como morte cardíaca, enfarte do miocárdio, cirurgia coronária de bypass ou nova angina com isquémia documentada) ocorreu em 29 doentes (23%). Verificou-se que a exaustão vital estava significativamente associada com novos acontecimentos cardíacos.

As principais conclusões deste estudo são que a exaustão vital está fracamente associada com a extensão e quantidade da doença coronária, não está associada com a ejeção da fracção ventricular esquerda mas que influencia o desenvolvimento clínico da doença (Kop et al, 1996).

Exaustão como precursor de morte cardíaca

Entre 1972 e 1974 foi efectuado um programa de screening cardiovascular em Kaunas (Lituânia) e em Roterdão (Holanda) já referenciado no presente estudo. Em cada cidade, uma amostra aleatória de indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 45 e os 59 anos foram convidados a participar num programa de screening cardiovascular.

Em Roterdão participaram 3365 indivíduos do sexo masculino. Esta amostra foi verdadeiramente representativa da população de Roterdão tendo em conta a ocupação e a educação. Esta amostra foi seguida durante um período médio de 9,5 anos.

Apesar de neste estudo não ter sido feito nenhum acesso directo à Exaustão Vital, todos os participantes responderam à Escala de Stress de Reeder (Reeder, Chapman & Coulson, 1968 cit in Appels & Otten, 1992), uma escala que hoje em dia é considerada desactualizada para avaliar stress. No entanto, contém um item muito próximo do conceito de exaustão. O item é: “No fim do dia estou completamente exausto mentalmente e fisicamente”. As categorias de resposta eram “Isto descreve-me muito bem, razoavelmente bem, não muito bem, não me descreve”.

Os sujeitos foram divididos em três grupos. O primeiro, o grupo de referência, era constituído por aqueles que afirmaram que a frase não os descrevia. O segundo grupo, era constituído por aqueles que escolheram uma categoria mediana e o terceiro grupo constituído por aqueles que afirmaram sentir-se muito bem descritos pela afirmação.

Da amostra foram excluídos alguns participantes. Os critérios de exclusão foram (1) presença de angina de peito acedida pelo Questionário Rose; (2) electrocardiograma indicativo de um antigo enfarte do miocárdio; e (3) electrocardiograma indicativo de isquémia reversível.

Estas exclusões foram realizadas com o intuito de a fadiga crónica apresentada entre os participantes que entraram na análise dos dados não poder ser atribuída a isquémia reversível ou irreversível do ventrículo esquerdo. Foram também excluídos os participantes com falta de alguma avaliação no início do screening ou no follow-up (n=252), todas as mortes não-cardíacas (n=172) e todas as doenças do coração não-fatais. Entre os participantes que estavam sem doença cardiovascular no início, 69 indivíduos morreram de enfarte do miocárdio. Estes devem ser comparados com os 2251 participantes da amostra que permaneceram livres de doença cardiovascular.

Os resultados evidenciam que 7% dos participantes afirmou sentir-se completamente exausto mentalmente e fisicamente no final do dia. Cinquenta e quatro por cento teve um score intermédio e 39% escolheu a opção de que esta afirmação não os caracterizava.

A incidência cumulativa de morte cardíaca revelou ser de 45/1000 no grupo exausto, 30/1000 no grupo intermédio e 26/1000 no grupo que não estava exausto. Uma análise de regressão de Cox evidenciou uma interação altamente significativa entre a duração do follow-up e a exaustão, sobre o risco de morte cardíaca: aqueles que se sentiam exaustos no momento do screening verificou-se estarem em elevado risco durante o início do período de follow-up (momentos de observação aos 10, 20, 30 e 40 meses).

A análise de resultados evidenciou ainda que comparando os não-exaustos com aqueles que afirmaram sentir-se completamente exaustos no final do dia, estes últimos têm pelo menos 84% mais risco de morrer dentro de 10 meses. Este risco excessivo decresce para 19 por cento aos 40 meses de follow-up, momento em que a associação entre exaustão e morte cardíaca deixa de ser significativa.

A discussão destes resultados leva-nos a crer que os sentimentos de exaustão se encontram entre os precursores de morte cardíaca. (Appels & Otten, 1992) Os autores

consideraram a possibilidade de a exaustão consistir um estado subclínico da doença cardiovascular não detectada por angina de peito ou desvios no electrocardiograma, mas outro tipo de testes mais profundos como angiografia coronária ou electrocardiograma de esforço eram impossíveis de concretizar numa amostra desta dimensão.

Os autores lamentam ainda o facto de não terem sido aplicadas outras escalas para medir depressão, fadiga, stress no trabalho ou de life-events, pois por essa razão não foi possível caracterizar melhor este sentimento de exaustão. (Appels & Otten, 1992).

Em 1996 (Kop, 1996) foi realizado um estudo com o intuito de averiguar a existência de uma correlação entre a gravidade da doença coronária e os sentimentos de exaustão, pois os estudos anteriormente realizados nunca tinham evidenciado se a relação encontrada entre a exaustão vital e o enfarte do miocárdio se deveria a doença coronária previamente instalada.

Para examinar esta questão, avaliou-se a correlação entre a gravidade da doença coronária e funcionamento ventricular esquerdo, por um lado, e sentimentos de exaustão por outro, em 307 paciente que se submeteram a uma angiografia coronária.

Os resultados evidenciaram a ausência de uma relação entre a doença coronária e os sentimentos de exaustão avaliados pelo Questionário de Maastricht ($F=1.17$; $p=0.15$). Relativamente ao funcionamento ventricular esquerdo, verificou-se que um fraco funcionamento também não estava relacionado com os resultados do Questionário de Maastricht.

Os resultados desta investigação evidenciaram, no entanto, que variáveis clínicas como duração das queixas, performance a nível de exercício físico, doença vascular periférica e dispneia; o uso de medicação como nitratos, agentes bloqueadores- β , antagonistas de cálcio e

diuréticos; características demográficas como género e educação, estavam relacionados com os resultados do Questionário de Maastricht.

A análise de regressão evidenciou que as variáveis demográficas (níveis mais baixos de educação, camadas mais jovens e género feminino) eram os preditores predominantes de exaustão. Outros factores altamente correlacionados com os scores de exaustão eram a dispneia, doença vascular periférica e o uso de medicação ($R^2=0.13$; $F=4.8$; $p<0.001$)

Kop et al (1996) concluíram que nem a extensão da doença coronária, nem função cardíaca do ventrículo esquerdo deficitária, estão relacionados com sentimentos de exaustão vital em pacientes referenciados para angiografia coronária.

Deste modo, os autores afirmam que a associação que tem vindo a ser evidenciada ao longo das investigações, entre exaustão vital e futuros enfartes do miocárdio, provavelmente não estará a ser causada por doença coronária subjacente.

Em 1994, a mesma equipa de investigadores (Kop et al., 1996) tinha já demonstrado que a exaustão vital possui valor prognóstico para novos acontecimentos cardíacos em pacientes com angioplastia coronária bem sucedida, durante um ano e meio de follow-up.

Os resultados desta investigação revelaram que novos acontecimentos cardíacos aconteciam em 35% dos paciente exaustos, comparativamente a 17% que aconteceram em pacientes não exaustos ($OR=2.7$; $p<0.02$).

Este valor preditivo continuou a ser significativo quando a gravidade da doença coronária foi controlada, facto que oferece suporte à noção de que a exaustão vital possui valor prognóstico independente de doença coronária subjacente.

Os autores relevam a importância de a exaustão vital ser distinguida do cansaço em esforço, típico dos doentes coronários, que é causado por insuficiente suprimento coronário.

Apesar de terem já sido realizados vários estudos com o intuito de perceber exactamente do que se trata a “Exaustão Vital”, a verdade é que as dúvidas permanecem e continuam as perguntas sem resposta:

- a) Será a exaustão vital o fim de um processo de stress?;
- b) Será que a exaustão vital reflecte, de facto, um estado subclínico de doença cardíaca?;
- c) Será a exaustão vital sinónimo de depressão?
- d) Qual a relação entre a exaustão vital e a fadiga?

Appels et al. (1994) defendem que, apesar da necessidade de mais investigação ser evidente, alguns factos podem clarificar esta noção de exaustão vital. Por um lado, acredita-se que episódios recorrentes de arteriosclerose em placas, resultante em trombose, conduz gradualmente a oclusão coronária.

Este processo coincide na maioria dos pacientes com sintomas de fadiga. E nos estudos realizados (Appels & Mulder, 1989) os níveis de correlação mais elevados com a exaustão são apresentados em pacientes com angina instável, parecendo que num futuro próximo, os pacientes com doença coronária têm uma dificuldade evidente em encontrar um processo de cura normal, o que caracteriza os pacientes com exaustão.

Uma das características comportamentais mais evidentes dos indivíduos exaustos prende-se com a tendência para evitar companhia, comportamento este que pode ser interpretado como uma tentativa de proteger o organismo contra qualquer tipo de estimulação, como um “grito por descanso” (Appels et al., 1994), ou como uma desistência

total, depressiva, uma falência das defesas que sempre protegeram este indivíduo, e que agora falharam.

Se pensarmos na exaustão vital como um acontecimento que marca o final de um processo de stress, podemos considerar a descoberta de Lulof em 1990 (Appels et al., 1994) um contributo importante. O autor evidenciou uma activação das plaquetas reduzida durante o stress em sujeitos exaustos com comportamento tipo A. Sabendo que, durante momentos de stress, um aumento na actividade das plaquetas, consiste numa reacção protectora de saúde, podemos pensar que o indivíduo exausto com comportamento tipo A “desiste” de se proteger.

Mais uma vez se evidencia uma falência dos mecanismos de adaptação ao stress em sujeitos exaustos, ou, adoptando uma perspectiva mais dinâmica, podemos pensar numa falência de mecanismos de defesa que obrigam o sujeito à perfeição, e que não resistem a determinado acontecimento de vida (aspecto mais desenvolvido no capítulo sobre stress)

Assim, pensando na Exaustão Vital como um estado que precede muitos casos de enfarte do miocárdio e morte súbita, torna-se urgente perceber quais as variáveis intervenientes neste processo e formas de as perceber e trabalhar no sentido de prevenir a doença.

O presente trabalho propõe-se clarificar um pouco melhor as relações existentes entre a Exaustão Vital e algumas das variáveis mais evidenciadas na bibliografia: Fadiga, Stress e Depressão.

Ao longo dos capítulos serão apresentados dois tipos de explicação para este estado de exaustão vital: uma explicação com base numa perspectiva mais cognitivo-comportamental, a mais encontrada neste campo da Psicologia da Saúde e uma explicação com base numa perspectiva mais psicanalítica que tenta perceber a exaustão vital como uma falência de defesas do ego e que apela a uma intervenção a nível afectivo.

Fadiga

O que é a fadiga?

A fadiga é uma queixa frequente em doentes que procuram o médico de clínica geral. Cerca de 25% dos pacientes que procuram uma consulta de clínica geral referem a fadiga como um problema *major*. (Fuller & Morrison, 1999).

A fadiga trata-se de um sintoma inespecífico de muitas doenças e síndromes identificáveis, incluindo doenças auto-imunes, diabetes, hipotireoidismo, infecções (como por exemplo VIH, hepatite b e c), doenças malignas, esclerose múltipla, miastenia gravis, perturbações psiquiátricas, consumo de drogas e doenças cardíacas, pulmonares ou hepáticas crónicas. (Fuller & Morrison, 1999)

Várias definições têm sido apresentadas para a fadiga: umas definições mais fisiológicas, outras mais comportamentais das quais a mais comum e mais geral para a fadiga é: “fadiga evidencia um estado representado por uma perda na eficiência e um desinvestimento geral no trabalho” (Mital & Kumar, 1994). Esta definição para um sintoma difícil de definir é, segundo os autores, uma definição tão válida nos nossos dias como há 20 ou 30 anos.

Outra definição de fadiga de uma perspectiva mais fisiológica “fraqueza é uma capacidade diminuta de músculos em repouso exercerem força máxima enquanto que fadiga é uma perda da capacidade máxima de gerar força que vai-se desenvolvendo durante o exercício físico/actividade muscular”. (Chalder et al., 1992)

A percepção de fadiga é, no entanto, tão relevante a nível clínico, como a fadiga fisiológica. Muitos sinónimos são utilizados para descrever a fadiga e por serem utilizadas palavras diferentes, acabam por ter significados diferentes para diferentes pessoas. Por exemplo, alguns termos utilizados são “exaustão”; “fadiga geral”; “sensação de cansaço permanente” ou ainda “sinto-me fraco”.

É quando nos debruçamos sobre a questão de uma nomenclatura própria que voltamos à necessidade de definir o sintoma.

Segundo Chalder et al. (1992), a fadiga pode ser representada como um fenómeno único, ou uma variável discreta, mas será provavelmente mais adequado considerá-la uma dimensão contínua que é experienciada por cada indivíduo como um sentimento interno subjectivo.

Fadiga, um problema antigo

Nos últimos anos, vários estudos têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de identificar uma definição precisa do que é a fadiga e formas adequadas e precisas para a medir, apesar desta procura continuar. (Mital & Kumar, 1994)

No entanto, de um modo geral, a fadiga humana pode ser classificada em dois grupos: fadiga física e fadiga mental, havendo um esforço por parte dos autores para considerar o indivíduo como um todo. Esta noção é importante, se pensarmos que as primeiras investigações relativamente à fadiga foram movidas por pedidos realizados por empresas que se preocupavam com a performance dos seus trabalhadores.

Já no século XVIII, a literatura médica fazia descrições de doentes com fadiga que não podiam ser categorizados como tendo qualquer outro tipo de doença conhecida e que não se encaixavam em nenhum quadro clínico (Fuller & Morrison, 1994). Segundo os autores, alguns destes doentes encaixariam na categoria mais recentemente conhecida como síndrome de fadiga crónica.

Sendo a fadiga o sétimo problema mais frequente na clínica geral, torna-se urgente percebê-la um pouco melhor. De entre as muitas causas, a síndrome de fadiga crónica tem vindo a ser apontada na literatura com muita insistência, uma doença debilitante que pode atingir pessoas de todas as idades e cujo diagnóstico consiste num desafio, razão pela qual muitos médicos continuam cépticos sobre a sua validade. (Fuller & Morrison, 1994)

Iremos seguidamente debruçar-nos um pouco sobre a sua definição.

Fadiga e Síndrome de Fadiga Crónica

O Síndrome de Fadiga Crónica, também conhecida como Síndrome de Disfunção Imune e Fadiga Crónica é um síndrome de causa desconhecida, que embora caracterizado por fadiga crónica, consiste numa combinação de sintomas que inclui fraqueza, febre, garganta seca, nódulos linfáticos dolorosos, artralgia, déficits de memória, confusão, mau-estar após o exercício físico, dores de cabeça e perturbações do sono (Komaroff & Buchwald, 1991 cit in Schluederberg et al.,1992).

Este nome “Síndrome de Fadiga Crónica” foi proposto para substituir a designação “Síndrome do vírus crónico Epstein-Barr”: um complexo de sintomas mal definido, caracterizado principalmente por *fadiga debilitante crónica ou recorrente e várias combinações de outros sintomas, incluindo garganta seca, dor e sensibilidade nos nódulos linfáticos, dor de cabeça, mialgia e artralgia*” (Holmes et al., 1988).

Esta substituição do nome deve-se ao facto de ter sido acusada de duvidosa a relação causal entre os sujeitos em que foi detectada a presença de infecção viral através de testes serológicos e os sujeitos que apresentam este conjunto de sintomas.

O Síndrome do vírus crónico de Epstein-Barr, também conhecido como Mononucleose crónica é um síndrome de causa desconhecida que consiste numa combinação de sintomas não específicos: fadiga grave, fraqueza, mau estar, febre subjectiva, garganta seca, nódulos linfáticos dolorosos, declínio na memória, confusão, depressão, decréscimo na capacidade de concentração em tarefas, e várias outras queixas, com considerável ausência de “anormalidades físicas ou laboratoriais” (Holmes et al., 1988).

Este síndrome foi relacionado com o vírus de Epstein-Barr, porque muitos pacientes, embora não todos, apresentavam níveis de anti-corpos, ao referido vírus, que sugeriam reacção a uma infecção latente.

No entanto, alguns estudos vêm evidenciar a pertinência de fortes dúvidas na relação entre a infecção viral de Epstein-Barr e a sintomatologia dos pacientes que tinham sido diagnosticados com o Síndrome do vírus crónico de Epstein-Barr (Holmes et al., 1987; Buchwald, Sullivan & Komaroff, 1987 cit in Holmes et al., 1988).

Estes estudos afirmam que o facto de se fazer o teste serológico como único meio de diagnóstico deste síndrome, permite que em pessoas com Síndrome de Fadiga Crónica, que tenham testes serológicos positivos relativamente ao vírus de Epstein-Barr, não seja devidamente investigada a causa dos sintomas de fadiga, fraqueza e febre.

Esta razão, aliada ao facto de ser desapropriado usar um nome para o síndrome, que implique um agente causal específico, levou os autores a publicarem a designação de Síndrome de Fadiga Crónica: um síndrome que não implica uma relação causal com o vírus de Epstein-Barr.

O Síndrome de Fadiga Crónica é um conceito operacional, delineado com o objectivo de facilitar a investigação, que os médicos devem reconhecer não necessariamente como uma só doença, mas como um síndrome: um complexo de sintomas potencialmente relacionados que tendem a ocorrer em conjunto, e que podem ter diversas causas. (Holmes et al., 1988).

No entanto, apesar de se tratar de um constructo criado “a favor” da investigação, uma das maiores críticas que lhe foi apontada, foi precisamente a de consistir um obstáculo para a investigação o facto de relativamente a este síndrome não existir uma definição de caso objectiva.

Depois de muito trabalho, foi desenvolvido pelo Centers for Disease Control (CDC), uma definição de caso para fins de investigação: A Definição de Caso CDC, que seguidamente descrevemos.

Para que um caso se inclua na Definição de caso para Síndrome de Fadiga Crónica, precisa cumprir simultaneamente dois tipos de critérios: critérios *major* e critérios *minor*. Existem dois critérios *major*:

1. Novo início de fadiga debilitante persistente ou recorrente, numa pessoa sem história destes sintomas, que não se resolve com descanso absoluto, e que é suficientemente grave para reduzir ou impedir a actividade diária comum para menos de 50% da actividade pré-mórbida do paciente, durante pelo menos 6 meses.
2. Fadiga que não é explicada pela presença de outras evidência clínicas ou doença psiquiátrica.

Os critérios *minor* que têm de ser cumpridos consistem em pelo menos seis sintomas mais pelo menos dois sinais, ou pelo menos oito sintomas da lista que se segue:

Sintomas:

- Febres baixas ou arrepios
- Garganta seca
- Adenopatia dolorosa (posterior ou anterior, cervical ou axilar)
- Fraqueza muscular generalizada
- Mialgias
- Fadiga generalizada prolongada depois de níveis de actividade física

previamente tolerados

- Dores de cabeça generalizadas
- Artralgia migratória sem edema ou vermelhidão
- Queixas neuropsicológicas
- Perturbações do sono
- Complexo de sintomas principal desenvolvido de algumas horas a alguns dias

Sinais Físicos:

- Febre baixa
- Faringite
- Nódulos linfáticos anteriores, posteriores, cervicais ou axilares palpáveis ou

sensíveis.

Depois de haver uma definição de caso com critérios de inclusão e exclusão bem especificados, poderíamos pensar que o Síndrome de Fadiga Crónica estaria bem delimitado e bem definido. No entanto, em 1991, os resultados obtidos com a utilização da Definição de Caso foram debatidos em workshop (Schluederberg et al., 1992) e muitas questões foram levantadas:

- Existem Ambiguidades na definição?

Alguns dos investigadores levantaram, entre outras, questões relativas ao primeiro critério *major*: como se estima a relação entre níveis de actividade pré-mórbida e níveis de actividade actual? Foram também apontados problemas na definição de critérios *minor*, tais como fraqueza muscular, queixas neuropsicológicas e perturbações do sono, pois foram considerados problemas associados com a natureza evanescente dos sinais físicos.

- Os critérios definem um grupo único de doentes ?

Relativamente a esta questão, os resultados evidenciam a existência de uma forte associação entre a presença de Síndrome de Fadiga Crónica e presença de uma doença infecciosa. O stress psíquico foi também identificado como fortemente associado ao Síndrome de Fadiga Crónica.

Parece então que dentro do grupo de pacientes que vai ao encontro dos critérios exigidos para a definição de caso de Síndrome de Fadiga Crónica, deverão ainda ser identificados diferentes sub-grupos.

- A Definição de Caso deverá ser revista?

Com ligação ao ponto anterior, o debate desta questão levou à conclusão de que o estudo de sub-grupos bem caracterizados seria promotor de uma intervenção integrada, que tem em conta factores relacionados com a comorbilidade e possíveis factores patogénicos comuns, em pacientes com stress psíquico e com Síndrome de Fadiga Crónica.

Os investigadores concluíram que uma intervenção deste tipo levará a uma melhor compreensão dos factores que estão por trás do Síndrome de Fadiga Crónica.

- Quais as perturbações psiquiátricas que devem ser excluídas e quais as que são incluídas?

As perturbações psiquiátricas que devem ser excluídas do diagnóstico de Síndrome de Fadiga Crónica são a esquizofrenia, perturbação bipolar, depressão psicótica e abuso de substâncias.

As perturbações que devem ser incluídas na definição de caso, devendo, no entanto, ser claramente identificadas para análise separada são grandes episódios depressivos (não incluindo aqueles com características psicóticas), ataques de pânico (com ou sem agorafobia), perturbação ansiosa generalizada, e perturbação somatoforme.

Estas perturbações psiquiátricas deveriam ainda ser distinguidas pelo momento em que se iniciaram (por exemplo, um episódio isolado e bem delimitado bem antes do início da fadiga crónica; episódios crónicos e recorrentes bem anteriores ao início da fadiga crónica; activos no momento do início da fadiga crónica; claramente começando depois da fadiga crónica) e pela resposta (se houver) da perturbação à terapia (ou seja, será que a

perturbação psiquiátrica melhora e a fadiga crónica e sintomas somáticos associados melhoram também?). Confirmação da data do início pelo médico ou por registos médicos é aconselhável.

- Como podem os pacientes com perturbações psiquiátricas ser identificados?

Existem diferentes instrumentos que podem ajudar o clínico a identificar os doentes que podem sofrer de uma perturbação psiquiátrica primária daqueles que têm uma perturbação que pode ser tratada e que está associada com a fadiga crónica. O General Health Questionnaire foi desenhado com este objectivo, e combinações de instrumentos como sejam o Zung Self-rating Anxiety Scale, o Symptom Checklist 90 e o Inventário de Depressão de Beck, levam pouco tempo a preencher e são considerados eficazes na identificação de pacientes com fadiga crónica que sofrem de diferentes tipos de mau-estar psicológico. Os pacientes identificados por estes instrumentos podem ser indicados para avaliação psiquiátrica, e se necessário, para tratamento.

Os investigadores sentiram a necessidade de usar pelo menos um instrumento de entrevista estruturada, como o Diagnostic Interview Schedule Version IIIA, baseado no critério para 16 perturbações psiquiátricas no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (DSM-III), ou o Structured Clinical Interview para o DSM-III-R, antes de cada paciente entrar para um estudo de Síndrome de Fadiga Crónica.

- Como se deve lidar com perturbações médicas confusas?

Novamente a resposta encontrada pelos investigadores na workshop realizada vai no sentido de identificar claramente sub-grupos que possam ser analisados separadamente.

- Na ausência de testes específicos para o Síndrome da Fadiga Crónica, como podemos avaliar a gravidade da doença?

Idealmente, ambos os tipos de informação, objectiva e subjectiva, deviam ser recolhidos para aceder a estado clínico e à sua incapacidade; no entanto, nenhum teste laboratorial provou ser válido para este propósito, e poucas medidas objectivas existem para medir a fadiga, alteração do humor, estado de funcionalidade, perturbação do sono, bem-estar geral e dor – os domínios de interesse do Síndrome de Fadiga Crónica. Os clínicos devem assim basear-se nos auto-relatos dos seus pacientes, tendo em conta que, dentro do possível, devem fazê-lo de forma a que essa avaliação possa ser reproduzida.

Como conclusão da workshop realizada em 1991, os investigadores evidenciaram a necessidade da investigação clínica e laboratorial na etiologia e patogénese do Síndrome de Fadiga Crónica continuar a envolver um largo leque de áreas potencialmente relevantes, incluindo imunologia, virologia, neuroendocrinologia, psicologia e psiquiatria.

A investigação é necessária para desenvolver instrumentos melhores para aceder ao estado clínico e incapacidades no doente com Síndrome de Fadiga Crónica. Uma intervenção integrada e multidisciplinar constitui a maior promessa para responder ao desafio do Síndrome de Fadiga Crónica (Schluederberg et al., 1992).

Fadiga, Exaustão Vital e Doença Cardiovascular

Um excesso de fadiga e sentimentos de mau-estar generalizado têm sido apontados por vários investigadores, como sendo precursores de morte cardíaca. Estimativas da percentagem de pessoas que experienciaram “fadiga excessiva” ou “falta de energia” antes de um acontecimento cardíaco variam entre 30 e 56 por cento (Appels & Otten, 1992). Apesar da alta prevalência evidenciada, a natureza exacta destes sentimentos não foi ainda identificada em profundidade.

Sabemos que existem muitas causas para a fadiga. As causas mais frequentes são ansiedade, tensão emocional e depressão. (Appels e Otten, 1992) De um modo geral, a fadiga devida a doença do coração está relacionada com o esforço enquanto que a fadiga relacionada com ansiedade está constantemente presente.

A Exaustão inclui sintomas de profunda fadiga. Pode reflectir isquémia do miocárdio e os sentimentos de exaustão provaram ser preditivos de futuro enfarte do miocárdio (Appels e Mulder, 1988 cit in Appels e Otten, 1992)

Uma característica psicológica de um subgrupo de vítimas coronárias que pode ser relacionado com a exaustão consiste na insensibilidade a sintomas corporais. Um cardiologista britânico (Nixon, 1986 cit in Appels et al, 1994) que ofereceu descrições vivas de fadiga pré-enfarte, reparou que muitos pacientes com enfarte do miocárdio são “cegos às cores” da exaustão e aos efeitos somáticos. Esta afirmação é suportada por uma observação de que indivíduos jovens com comportamento Tipo A dispõem um esforço superior num teste de trabalho árduo do que os indivíduos Tipo B (Carver, Coleman & Gluss, 1976 cit in Appels et al., 1994).

Os autores desta investigação observaram ainda que os scores de fadiga dos Tipo A eram inferiores relativamente aos Tipo B. Estes resultados foram discutidos em termos de supressão de fadiga como uma resposta instrumental para conseguir controle sobre o ambiente.

Appels et al. (1994) relevam a importância de se estudar mais profundamente esta insensibilidade aos sintomas corporais em doentes coronários. Segundo os autores, este facto pode explicar parcialmente a razão pela qual algumas pessoas excedem as suas forças e não experienciam fadiga excepto quando atingem o ponto de exaustão.

Torna-se então importante distinguir fadiga de exaustão; torna-se importante perceber de que forma os dois conceitos se relacionam, como evoluem. Que mecanismos estão por trás do funcionamento destes indivíduos. É neste sentido que o presente estudo oferece o seu contributo.

Depressão

Definição de depressão

Iniciamos este capítulo com a definição de depressão (episódio depressivo major), pelo facto de ela se tocar em muitos aspectos com os outros conceitos (exaustão vital e fadiga) no presente estudo discutidos.

Passamos então a apresentar a definição de Episódio Depressivo Major como apresentado na Mini DSM-IV (1996):

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é: (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou interesse.

(1) humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). Nota: em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável

(2) diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as actividades durante a maior parte do dia (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição dos outros);

(3) perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo, um aumento de mais de 5% do peso corporal num mês) ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

(4) insónia ou hipersónia quase todos os dias

(5) agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato de se sentir agitado ou lento)

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

(7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente)

(8) *diminuição da capacidade de pensamento, ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato ou observação de outros);*

(9) *pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.*

B. *Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto*

C. *Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social ocupacional ou qualquer outra área importante.*

D. *Os sintomas não são provocados pelo efeito fisiológico directo de uma substância (por exemplo, abuso de droga, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo).*

E. *Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são marcados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou inibição psicomotora.*

Depressão e distímia

A distímia é actualmente concebida como uma categoria diagnóstica independente na área das perturbações do humor, mas o conceito é controverso tanto do ponto de vista teórico como clínico. (Arriaga, Cavaglia & Lara, 1998)

No que diz respeito à relação entre a depressão e a doença cardiológica, a distímia continua a ser referida levantando alguma confusão entre os conceitos de depressão e distímia (Kopp et al., 1998; Johnson, DeLuca & Natelson, 1996)

Pareceu-nos então importante, no contexto da presente investigação, tentar clarificar e distinguir este conceito da nossa variável depressão.

O conceito de distímia surge na tentativa de agrupar um conjunto clinicamente heterogéneo de estados depressivos, baseada na existência de uma relação estreita com factores caracteriais ou de personalidade.

Inicialmente, foi descrita como “uma forma crónica de melancolia” (Kahlbaum, 1863 cit in Arriaga, Cavaglia & Lara, 1998), como um “temperamento depressivo” (Kraepelin, 1921 cit in Arriaga, Cavaglia & Lara, 1998) e ainda como “psicopatía depressiva” (Schneider, 1923 cit in Arriaga, Cavaglia & Lara, 1998).

No entanto, apesar de terem sido vários os contributos para a construção deste conceito, foi Akiskal (Akiskal, 1978 cit in Arriaga, Cavaglia & Lara, 1998) com os seus trabalhos que veio influenciar decisivamente a individualização da distímia como entidade clínica pertencente ao grupo das perturbações do humor.

Uma das principais características deste conceito reside no facto de a distímia se iniciar de forma insidiosa, pelo que passou a ser excluída a possibilidade dela ser diagnosticada se ocorrer na sequência de um episódio depressivo *major*.

Apesar dos esforços no sentido de individualizar a distímia, vários dados apontam no sentido de confirmar a existência de importante áreas de sobreposição entre a distímia e reconhecidas formas de doença afectiva, como a depressão *major* e a perturbação bipolar. Parece também que algumas características biológicas da distímia parecem corresponder preferencialmente a marcadores de *traço* (e não a marcadores de *estado*) da doença afectiva.

Assumindo que a distímia é no essencial idêntica a outras formas de doença afectiva, surge a questão: qual o sentido da sua individualização? (Arriaga, Cavaglia & Lara, 1998)

Pensamos que a definição de conceitos clínicos e teóricos é cada vez mais complexa, uma vez que na maioria dos casos, as perturbações são conjuntos heterogêneos de sintomas que exigem uma abordagem multidisciplinar integrada. A Psicologia da Saúde vive precisamente neste campo: o de perceber uma sintomatologia num contexto biopsicossocial, tentando propor a solução mais adequada às necessidades de cada sujeito. Apesar de difícil, é no entanto fundamental percebermos de que forma se delimita cada entidade clínica para que possamos perceber a forma como interagem.

Depressão, exaustão vital e doença cardíaca

A literatura evidencia que a depressão e a exaustão vital constituem fortes indicadores de risco para um primeiro acontecimento cardíaco e para acontecimentos cardíacos recorrentes (Kopp et al., 1998)

A depressão e a exaustão vital têm sintomas importantes em comum, principalmente a fadiga e a irritabilidade, o que novamente nos faz levantar questões conceptuais relativamente à distinção (ou não) dos dois conceitos.

Ao longo dos anos, vários autores têm trabalhado na especificação de precursores mentais do enfarte do miocárdio. No entanto, a proximidade deste novo factor, a exaustão vital, relativamente à depressão faz por vezes pôr em causa todo este trabalho.

Ad Appels (1989) chega mesmo a perguntar-se se com o seu trabalho e o dos seus colegas estarão a contribuir para a “eterna peste da psicologia”, em que cada psicólogo formula um novo conceito e uma nova escala para o avaliar, em vez de colocar uma hipótese com base em teorias da personalidade estabelecidas e testá-la através de uma escala bem documentada.

O referido autor questiona-se ainda se não estará a cair numa “armadilha semântica” quando os doentes coronários respondem à questão se se tinham sentido deprimidos antes do enfarte do miocárdio com: “Não, mas eu sentia-me terrivelmente cansado e triste”, e os cardiologistas que os atendem não diagnosticam depressão...

No entanto, ele continua afirmando que crê a exaustão vital tratar-se de uma descrição adequada e independente da depressão, pois os sentimentos de culpa e baixa auto-estima não foram identificados como preditores do enfarte do miocárdio, mas antes, os sentimentos identificados foram uma fadiga fora do comum, falta de energia e irritação. (Appels, 1989)

Assim, diversos estudos têm sido realizados na tentativa de perceber em que se tocam e em que diferem depressão e exaustão vital. Passaremos a apresentar os que considerámos mais pertinentes.

Na tentativa de distinguir exaustão de depressão, van Diest & Appels em 1991 usaram o Perfil de Estados de Humor (Profil Mood States) para avaliar sentimentos de humor depressivo, vigor e fadiga em 12 sujeitos exaustos e 10 sujeitos não-exaustos. Os sintomas de depressão afectivos, cognitivos motivacionais e somáticos foram acedidos pelo Inventário de Depressão de Beck. (Appels et al., 1994)

A investigação evidenciou diferenças significativas em relação à perda de vigor e fadiga excessiva. Um humor depressivo, o sintoma chave das perturbações depressivas, quase não foi mencionado pelos sujeitos exaustos durante as três semanas de observação. Ambos os grupos diferiram significativamente em relação às suas médias no Inventário de Depressão de Beck. Apenas um sujeito exausto revelou um humor deprimido, e nenhum revelou perda de peso, perda de apetite, ideação suicida, culpa ou sensação de punição (van Diest & Appels, 1991 cit in Appels et al., 1994)

Os autores, na tentativa de responderem à questão que se levanta relativamente à distinção entre depressão e exaustão vital evidenciam que a perda de interesse ou prazer é comum, mas um humor depressivo é raro entre os indivíduos exaustos. Os referidos autores afirmam que quase todos os sujeitos deprimidos estão exaustos, enquanto que apenas cerca de metade dos exaustos estão deprimidos.

No Estudo dos Trabalhadores Civis de Roterdão (Meesters & Appels, 1994) verificou-se que os itens que perguntavam acerca de um abaixamento da auto-estima ou sentimentos de culpa não eram preditores do enfarte do miocárdio.

Uma outra evidência encontrada na literatura para diferenciar a exaustão vital da depressão é a de que a depressão parece oferecer um risco acrescido de enfarte do miocárdio a longo prazo, enquanto que a exaustão vital parece ser um indicativo deste acréscimo de risco a curto-prazo. (Kopp et al., 1998)

Na tentativa de adquirir mais conhecimentos acerca de possíveis diferenças entre depressão e exaustão vital foi realizado um estudo que investigou se a sintomatologia depressiva e a exaustão vital se relacionavam de forma diferente com factores de risco comportamentais para as doenças cardiovasculares (Kopp et al., 1998)

Neste estudo foram encontradas diferenças significativas entre sexos: as mulheres tiveram resultados significativamente superiores aos dos homens relativamente à depressão e à exaustão vital.

A correlação entre a depressão e a exaustão vital foi fortemente significativa ($r=.6198$) porque ambas as medidas de avaliação (Inventário de Depressão de Beck Reduzido e Questionário de Maastricht para Exaustão Vital reduzido) partilham uma variância substancialmente comum ($r^2=0,3841$)

Relativamente a esta correlação, ela já tinha sido referida anteriormente. Appels et al. (1994) referiram que o Questionário de Maastricht incluía algumas características bem conhecidas da depressão tais como indiferença, fadiga, perda da libido ou acordar exausto.

Os autores referem que nove das 23 questões do entrevista de Maastricht são idênticas às questões utilizadas para aceder à depressão de acordo com os critérios da DSM-III-R. Para responder à questão que se levantava face a esta forte associação (que evidenciava a hipótese de a exaustão se confundir na associação da depressão com a doença coronária), os autores afirmaram que se a exaustão reflecte um estado subclínico de doença cardíaca, então a depressão pode ser preditiva de futura doença do coração devido à sua associação com a exaustão (Appels et al., 1994)

Voltando ao estudo de Kopp et al. (1998), os resultados evidenciaram que o taxa de indivíduos que estavam exaustos acima do score médio de exaustão, mas não acima do score médio de depressão (18,1%) era significativamente superior à de indivíduos que estavam deprimidos mas não exaustos.

As conclusões do referido estudo apontam no sentido de a sintomatologia depressiva e a exaustão vital estarem associadas de forma diferente com critérios externos. Segundo os autores, a exaustão vital está mais ligada com história de auto-relatos de tratamento a perturbações cardíaco-vasculares e com auto-relatos de dias de doença cardiovascular no ano que precede o questionário, do que a sintomatologia depressiva. (Kopp et al., 1998)

Estes autores referem ainda que, devido ao facto de ter sido evidenciado que a sintomatologia depressiva e a exaustão vital se associam de forma diferente com factores comportamentais de risco para perturbações cardiovasculares, se torna importante para futuras intervenções preventivas e de reabilitação, considerar a exaustão vital e a depressão como factores psicossociais de risco distintos para as doenças cardiovasculares.

Podemos então pensar que no estudo de Kopp et al.(1998), a exaustão vital terá estado mais relacionada com descrição de sintomatologia mais somática, física, relativa à doença cardiovascular, do que a sintomatologia depressiva.

Esta associação é sugerida em outro estudo (Johnson, DeLuca & Natelson, 1996) que passamos a descrever.

Depressão e Síndrome de Fadiga Crónica

Em 1996 foi realizado um estudo comparativo que trabalhou três variáveis: síndrome de fadiga crónica, esclerose múltipla e depressão.

Devido ao facto de a depressão ser frequentemente observada no síndrome de fadiga crónica, os autores deste estudo decidiram investigar se o padrão de sintomas depressivos era similar num grupo de indivíduos com síndrome de fadiga crónica e num grupo de indivíduos deprimidos. Foi ainda criado um grupo de controle constituído por indivíduos com esclerose múltipla, pois esta doença é uma doença que provoca fadiga de etiologia orgânica conhecida. (Johnson, DeLuca & Natelson, 1996)

Os autores levantam então uma questão que se prende com a “qualidade” dos sintomas depressivos. A questão está em que, apesar de os indivíduos com síndrome de fadiga crónica poderem responder aos critérios para perturbação depressiva numa escala de auto-preenchimento de sintomas depressivos, o tipo de sintomas que eles relatam podem ser de natureza bastante diferente daqueles que podemos observar na depressão clínica.

Estas diferenças podem sugerir que os sintomas somáticos elevem artificialmente os sintomas depressivos em populações com perturbações orgânicas (Cavanaugh et al., 1982;

William & Richardson, 1993; Nyenhuis et al., 1995 cit in Johnson, DeLuca & Natelson, 1996)

Assim, no referido estudo, foi usado o Inventário de Depressão de Beck para determinar a extensão e o padrão de sintomatologia depressiva entre três populações diferentes com fadiga: síndrome de fadiga crónica, esclerose múltipla e depressão. O objectivo do estudo era o de determinar se o padrão de sintomas depressivos no grupo com síndrome de fadiga crónica era mais semelhante ao de uma doença de fadiga com base neurológica (esclerose múltipla), ou se era mais semelhante ao de uma doença de fadiga com base psiquiátrica (depressão).

Foi utilizado o método de Huber et al. (1990) (cit in Johnson, DeLuca & Natelson, 1996) para dividir o Inventário de Depressão de Beck em quatro categorias: sintomas de humor, de auto-repreensão, sintomas somáticos e sintomas vegetativos, para ser possível a comparação destas características específicas da depressão.

A categoria de sintomas de humor era constituída pelas questões relacionadas com o sentir-se triste; desencorajado relativamente ao futuro; insatisfação; chorar; irritabilidade; perda de interesse nos outros.

A categoria de sintomas de auto-repreensão consistia em sentimentos relacionados com culpa; sentir-se um falhanço; merecer castigo; desapontamento consigo próprio, auto-culpabilização; indecisão.

As questões relacionadas com sintomas somáticos referiam-se à aparência física, capacidade de trabalhar, fadiga e preocupação com a saúde.

Os sintomas vegetativos consistiam em problemas relacionados com o sono, apetite, perda de peso e desinteresse sexual.

A amostra era constituída por 48 indivíduos com síndrome de fadiga crónica, 27 com esclerose múltipla e 27 com depressão.

Os resultados do estudo sugerem que existem importantes diferenças na natureza dos sintomas depressivos observados entre os indivíduos com síndrome de fadiga crónica e esclerose múltipla, por um lado, e indivíduos com depressão *major* ou distímia, por outro.

Relativamente aos sintomas somáticos e de auto-repreensão, o grupo com síndrome de fadiga crónica e o grupo com esclerose múltipla tiveram resultados semelhantes, e ambos diferiram significativamente do grupo com depressão. Estes resultados sugerem que os sintomas de auto-repreensão e os sintomas somáticos são os que melhor discriminam a síndrome de fadiga crónica da depressão.

Relativamente aos sintomas relacionados com o humor, verificou-se que quando elevados, eram indicativos de depressão *major* nos sujeitos com síndrome de fadiga crónica. (Johnson, De Luca & Natelson, 1996)

Um outro estudo realizado com indivíduos com síndrome de fadiga crónica e indivíduos com depressão, em que foi observado que o grupo com depressão relatava de uma forma significativamente superior a gravidade da culpa e baixa auto-estima quando comparados com o grupo com síndrome de fadiga crónica. (Powell et al., 1990 cit in Johnson, De Luca & Natelson, 1996)

Os autores lançaram a hipótese de os pacientes com síndrome de fadiga crónica utilizarem atribuições externas enquanto que os paciente deprimidos utilizam atribuições internas, e que este estilo de atribuição protege os pacientes com síndrome de fadiga crónica de um humor depressivo, aumentando simultaneamente a sua vulnerabilidade aos sintomas somáticos.

Um outro estudo foi realizado com o intuito de avaliar as relações entre depressão, síndrome de fadiga crónica e pacientes com doença infecciosa aguda. (Vollmer-Conna et al., 1997) Verificou-se que os pacientes com síndrome de fadiga crónica bem como os com doença infecciosa aguda relatavam alterações de humor menos graves que os indivíduos com depressão.

Apesar destes últimos estudos se referirem a comparações entre a depressão e a síndrome de fadiga crónica, talvez o processo de interacção entre depressão e exaustão vital não esteja muito longe. Pensamos que estes estudos vêm precisamente reforçar a ideia apresentada nos estudos realizados com a exaustão vital e a depressão cuja relação e discriminação é explicada com base na qualidade dos sintomas depressivos descritos por indivíduos exaustos e indivíduos deprimidos. (van Diest & Appels, 1991 cit in Appels et al., 1994; Cavanaugh et al., 1982; William & Richardson, 1993; Nyenhuis et al., 1995 cit in Johnson, DeLuca & Natelson, 1996; Kopp et al., 1998)

Talvez possamos pensar que os indivíduos exaustos recorrem a sintomas somáticos devido a uma incapacidade de recorrer a sintomas de expressão de afecto...

Stress

Noção de stress

Segundo Selye, o stress é “a resposta não específica do organismo a qualquer necessidade. Por definição, não pode ser evitado. A completa liberdade em relação ao stress é a morte.” (Selye, H., 1956)

Existem diferentes abordagens face ao stress descritas na literatura. No presente trabalho, passaremos a referir uma abordagem fisiológica e de seguida, as abordagens psicológicas face ao stress, que considerámos mais pertinentes para o desenvolvimento do mesmo.

Em 1946, Selye (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998) verifica, nos ratos expostos a um agente causador de stress, uma hipertrofia do córtex supra-renal, responsável por um conjunto de modificações a que chamou “síndrome geral de adaptação”. Esta síndrome evoluiria em três fases, como podemos observar na figura 1.

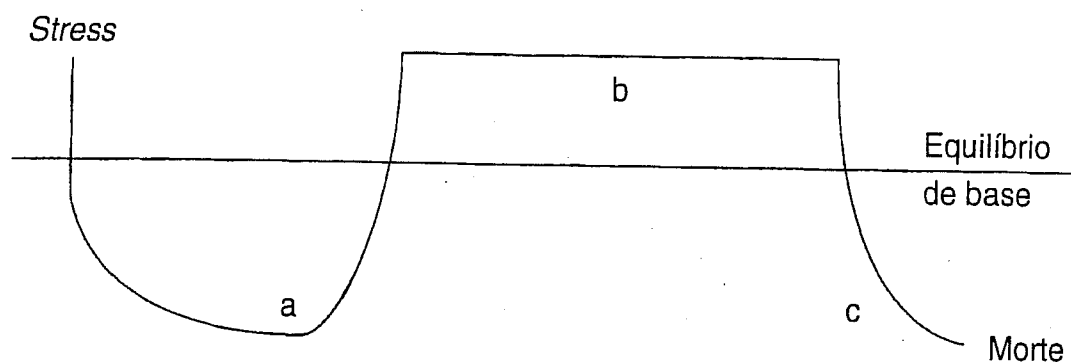


Figura 1

Segundo Selye (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998), o organismo sofre um choque quando é exposto à situação de stress e é acompanhado por alterações hemodinâmicas (aumento do débito cardíaco e da tensão arterial, das resistências vasculares globais,

vasodilatação muscular, alterações lipídicas e da hemostase, bem como aumento da vigilância). A este conjunto de modificações corresponde a fase de alarme.

Segue-se a fase de adaptação em que o organismo se adapta ao agente stressor através da mobilização dos seus recursos energéticos e da preparação para a acção, o que lhe permite lutar contra esse agente stressor.

Se a exposição ao stressor se mantiver de forma prolongada e o organismo esgotar os seus recursos energéticos, reaparece a fase inicial que evolui até à morte sem se modificar, sendo esta última fase denominada de fase de esgotamento ou de descompensação.

Passamos agora a referir algumas abordagens psicológicas face ao stress:

- Em 1962, Schachter (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998) elabora a teoria da atribuição das emoções que enuncia que a emoção é criada pela nossa avaliação dos acontecimentos internos ou externos. Relativamente ao stress, isto permite-nos afirmar que o carácter stressante de um acontecimento está estreitamente ligado a uma avaliação por parte do indivíduo.

Segundo o autor, a emoção é desencadeada por uma interacção entre a activação fisiológica e a avaliação cognitiva de uma situação.

- Lazarus e Coyne, em 1980 (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998), criam o conceito de apreciação cognitiva (appraisal), segundo o qual, a estratégia adaptativa (coping) do indivíduo face ao agente stressor é essencialmente determinada pela avaliação do acontecimento de stress, das consequência possíveis deste agente, bem como dos recursos pessoais do indivíduo para o enfrentar.

De acordo com este modelo, são quatro os mecanismos psicológicos fundamentais que permitem ao indivíduo a sua reacção ao stress: (1) procura de informação sobre as características do agente de stress; (2) o desencadear de acções que podem actuar directamente sobre o agente de stress; (3) a inibição de acções que podem causar qualquer dano ao indivíduo; (4) a elaboração de processos psicológicos que permitem a regulação de emoções (auto-regulação emocional e regulação da relação pessoa-ambiente).

O modelo proposto evidencia uma concepção dinâmica do stress em que “o estímulo toma apenas o valor que o indivíduo lhe atribui”, e em que as variáveis ambientais e pessoais face ao agente de stress não são fixas, mas sim, encontram-se em redefinição e reorganização permanentes.

Assim, tentando resumir estas abordagens face ao stress, podemos afirmar que: (1) o sujeito tem que se adaptar ao stressor encontrando um equilíbrio fisiológico para sobreviver (Selye, 1946 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998); (2) é a percepção individual de stress que define o grau de stress de cada acontecimento (Schachter, 1962 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998); (3) o sujeito utiliza processos psicológicos que permitem a regulação de emoções para se adaptar ao stress (Lazarus & Coyne, 1980 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998).

Ou seja, podemos pensar que na tentativa de sobreviver, o sujeito adapta-se aos diferentes agentes stressores que possuem o valor que o próprio sujeito lhes atribui, e que essa adaptação pode passar por um controle das emoções. Nada nos impede de pensar que a estratégia para este controle ser eficaz seja o isolamento dos afectos.

Lazarus e Coyne em 1980 (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998), afirmam ainda que esta regulação das emoções se trata de um processo dinâmico de constante reorganização. Podemos pensar também que haverá momentos de vida em que o sujeito poderá não possuir a mesma capacidade de se organizar...

Stress e Comportamento Tipo A

A partir do momento em que Friedman e Rosenman, em 1959, definem um padrão particular de comportamento – o comportamento tipo A – que consituiria um factor de risco importante nas perturbações cardiovasculares, passou a admitir-se que as doenças cardiológicas não dependem unicamente de factores de risco biológicos. (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998)

Portanto, a grande contribuição desta definição de Padrão de Comportamento Tipo A foi a de “pela primeira vez na história da Medicina, num método integralmente baseado no estudo do comportamento parece conseguir prever, com sensibilidade e independentemente de outros sinais paraclínicos, a futura aparição de uma doença somática (Dembrosky, cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998).

Segundo Dembrosky, este padrão de comportamento consiste numa forma rígida e inabalável que o sujeito tem de avaliar a sua auto-estima.

Quando esta esta auto-estima e forma de a proteger é ameaçada no seu processo e/ou eficácia, o sujeito reage numa “fuga para a frente”, com hipercontrolo dos outros e dos acontecimentos, imediatismo agressivo, competição aberta e sensação consciente e desejada de pressa e urgência.

Assim, este padrão de comportamento tipo A resulta de uma “fuga para a frente” face a uma ameaça à auto-estima e vulnerabiliza o órgão-alvo: o coração.

“Num terreno predisposto e *numa personalidade não-depressível* se a ‘fuga’ for impossível e a perda de auto-estima incontrollável e irreversível, então o custo é exagerado e a doença coronária é iminente, mesmo na ausência absoluta de qualquer outro factor de risco, mormente em indivíduos jovens” (Cardoso, 1998 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998).

As características do Tipo A foram objecto de numerosos estudos, e em 1984 Avard construiu uma “ficha sinalética” (Avard, 1984 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998):

- Estilo pessoal: organizado, ordenado, seguro de si, ambicioso, impaciente, consciente da urgência do tempo, tendência à auto-acusação, repressão das emoções, traços obsessivos marcados.
- Estilo relacional: competitivo, agressivo, hostil, débito verbal explosivo, musculatura facial tensa.
- Interação com o ambiente: necessidade de controlo dos acontecimentos, obstinação na realização dos objectivos, incapacidade de se descontraír, maior insatisfação no trabalho, preferência por trabalhar sozinho face ao desafio.
- Nível de vigilância: ritmo de actividade acelerado, hiperactividade.

Sabendo-se que o padrão A é, pelo menos em parte, determinado pela hiperactividade autónoma, verificando que ele por sua vez reforça e mantém esta hiperactividade devido ao facto de se confrontar regularmente com situações de stress, impondo-se objectivos cada vez mais ambiciosos, o que poderia determinar um aumento do risco cardiovascular e uma maior vulnerabilidade ao stress (Dantzer, 1989 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998).

Stress, Comportamento Tipo A e Doença Coronária

As relações entre stress, comportamento tipo A e doença coronária são verdadeiramente complexas. Behling e McFillen definem quatro possibilidades (Behling & Mc Fillen, 1983 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998).

Numa primeira hipótese, o stress dos acontecimentos de vida (Life Events) iria por si só provocar a doença coronária, tal como o faria um comportamento de tipo A (Life Style), sem agente de stress importante. Nesta hipótese, stress e padrão A constituiriam causas independentes levando ao mesmo resultado, sendo, no entanto, na maioria dos casos, a acção complementar destes dois factores o que desencadearia a doença

Para Jenkins (1976) (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998), acontecimentos de vida e estilos de vida são factores independentes e resultam em perturbações distintas.

Uma terceira hipótese refere-se a o Tipo A se colocar em situações ricas em acontecimentos de stress. Neste caso, os *Life Events* não seriam mais do que a consequência do *Life Style* do Tipo A.

Por fim, uma quarta hipótese que enuncia que os componentes do padrão tipo A modulariam a forma de reagir aos acontecimentos de vida, forma essa que, para as mesmas situações, seria diferente da do tipo B.

Ao longo dos últimos dez anos, novos estudos de elevado nível científico foram realizados com indivíduos que apresentavam o padrão tipo A. Estes estudos permitiram demonstrar uma grande heterogeneidade entre os indivíduos tipo A e descobrir uma série de componentes psicopatológicos complementares que predis põem às perturbações cardiovasculares:

- Comportamento tipo A antes do enfarte
- Hostilidade latente e cólera reentrada
- Exaustão Vital e depressão
- Stress e isolamento social durante o enfarte
- Perturbações de pânico e ansiedade fóbica
- Comportamento tipo B após o enfarte

Assim, parece que as últimas investigações apontam para uma definição de comportamento tipo A como alguém que ‘procura o stress’, cujo estilo de vida o coloca em situações ricas em acontecimentos de stress, o que irá reforçar e manter a sua hiperactividade autónoma, levando a um aumento do risco cardiovascular.

No entanto, parece encontrar-se uma grande heterogeneidade entre os indivíduos tipo A. Segundo Consoli (1990) (cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998), existem dois perfis distintos de valores preditivos opostos:

- o subgrupo “carismático”, testemunhando um dinamismo natural e de qualidades relacionais positivas;
- o subgrupo “defensivo” que se protege de uma baixa auto-estima por uma necessidade constante de rivalidade, de objectivos cada vez mais ambiciosos e de uma luta desesperada contra o tempo. Este subgrupo seria, segundo o autor, o verdadeiro grupo de risco para as doenças cardiovasculares.

Provavelmente, este subgrupo “defensivo” será aquele em que poderemos encontrar a hostilidade latente, a exaustão vital, o isolamento social durante o enfarte, as perturbações de pânico e/ou a ansiedade fóbica.

Stress e Exaustão Vital

Em 1989, Falger (Appels et al., 1994) observou fortes associações entre a exaustão e vários acontecimentos de vida stressantes ao longo da vida: “conflitos familiares prolongados” e “problemas financeiros prolongados” durante a infância; “desemprego do pai”, “conflitos graves com supervisores ou subordinados”, “trabalho de horas extraordinárias excessivo”, “problemas graves com a educação dos filhos”, “graves problemas conjugais”, “doença grave ou morte num membro da família”, “conflitos graves com membros da família” e “problemas financeiros graves”.

De todos estes acontecimentos o “trabalho de horas extraordinárias excessivo” foi o que se verificou estar mais fortemente associado com a exaustão. Este acontecimento de vida discriminou significativamente entre casos e controles.

Este dado da investigação indica que os sentimentos de exaustão não são apenas causados por acontecimentos que o sujeito não consegue controlar, ou por outras formas que causam stress mental, mas são também causados por factores físicos como tendo dois empregos, ou trabalhar horas em excesso, o que priva as pessoas de terem tempo suficiente para relaxar (Falger & Schouten, 1992 cit in Appels et al., 1994)

Um padrão similar de associações foi observado no estudo realizado com vítimas de enfarte miocárdio do sexo feminino (Appels, Falger & Schouten, 1993). Verificou-se que os sentimentos de exaustão vital estavam positivamente associados com um número de acontecimentos de vida condições crónicas mais adversas tais como “conflitos graves no trabalho com supervisores”, “conflitos graves com subordinados”, “horas extraordinárias prolongadas”, “problemas graves com a educação dos filhos”, “problemas conjugais graves” e “problemas financeiros prolongados”.

É importante ainda ter atenção ao facto de que “problemas financeiros prolongados” mostraram aumentar o risco de enfarte do miocárdio quer no sexo masculino quer no sexo feminino.

Ruberman et al. (1984) relataram que uma importante crise financeira no ano precedente aumenta o risco de mortalidade após um enfarte do miocárdio (Appels et al., 1994)

A relação entre o comportamento tipo A e a Exaustão Vital foi também estudada. Falger, em 1989 (Falger , 1989 cit in Appels et al., 1994) descobriu que a exaustão estava positivamente associada ao comportamento tipo A, tendo a exaustão vital sido avaliada através da Entrevista Estruturada. Os scores médios de exaustão vital dos indivíduos com comportamento tipo A foram de 13.3 com um desvio-padrão de 10.2 e os indivíduos com comportamento tipo B tiveram scores médios de 9.9 com um desvio-padrão de 9.7 ($t=3.51$; $p<0001$).

No estudo realizado por Meesters & Appels (1996) os resultados evidenciaram que a exaustão vital está associada ao comportamento tipo A. Os indivíduos com comportamento tipo A apresentam níveis superiores de exaustão comparativamente aos indivíduos com comportamento tipo B. Neste estudo verificou-se também que a exaustão vital estava positivamente associada com diferentes dimensões de hostilidade. Estes resultados sugerem que os sujeitos com comportamento tipo A e as pessoas hostis estão em risco de sofrer de exaustão vital.

Stress e Psicanálise

A abordagem psicanalítica do stress permite uma abordagem de um ponto de vista global. O stress é considerado uma agressão a vários níveis, consciente e inconsciente. Para

esta abordagem o stress não é apenas considerado como um acontecimento exterior mas também um acontecimento interior que põe à prova o Ego.

O stress pode então ser encarado como a ponte de um iceberg que se estende até às profundezas da personalidade e que se refere às seguintes noções psicanalíticas: traumatismo psíquico inicial, re-organização pós-golpe do traumatismo, experiência de perda narcísica, entre outras. (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998)

O movimento psicanalítico actual debruça-se cada vez mais pelas interações precoces pais-criança. Nesta teoria, a falta de internalização psíquica de imagens parentais tranquilizadoras, com as quais o indivíduo se possa identificar no caso de crises emocionais, seria em grande parte responsável por uma vulnerabilidade individual às diversas agressões externas e internas.

Essas agressões iriam fragilizar o indivíduo, predispondo-o a expressar a sua angústia, consciente e inconscientemente, sob a forma de descompensação psíquica (ansiedade, depressão, delírio, etc.) ou de descarga somática grave (enfarte, morte súbita, etc.). (Triffaux, 1993 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998)

Exaustão Vital: a tristeza (im)possível

Ao longo deste trabalho foram apresentados diferentes estudos na tentativa de clarificar variáveis importantes relacionadas com doenças cardiovasculares: exaustão vital, depressão, fadiga e stress.

Neste capítulo, serão relevados alguns aspectos já referidos, na tentativa de os perceber não apenas segundo uma perspectiva menos cognitivo-comportamental, como tem sido feito até agora, mas sim utilizando também uma perspectiva mais psicanalítica.

Deste modo, algumas afirmações proferidas por alguns autores ao longo da revisão teórica, podem ser interpretadas tendo em conta aspectos afectivos que segundo uma abordagem puramente cognitivo-comportamental, não poderiam ser considerados.

Ao longo do capítulo referente à Fadiga, quando observamos os estudos que relacionam a fadiga com a doença cardiovascular, houve algumas afirmações que nos deixaram a pensar. Uma dessas foi a afirmação que defende que os scores de fadiga dos sujeitos com comportamento tipo A são inferiores aos tipo B possivelmente porque os primeiros fazem uma '*supressão da fadiga*' como uma resposta instrumental para conseguir controle sobre o ambiente. (Carver, Coleman & Gluss, 1976 cit in Appels et al., 1994) Relativamente a este facto, Appels et al. (1994) referem a importância de se perceber melhor a razão pela qual *algumas pessoas excedem as suas forças e não experimentam fadiga excepto quando atingem o ponto de exaustão*.

Vamos agora relembrar alguns aspectos relativos à depressão. Um estudo em particular suscitou a nossa atenção, o de Kopp et al. (1998). Segundo estes autores, os sujeitos exaustos tendem a descrever o seu estado com base numa *sintomatologia mais somática*, relativa à doença cardiovascular, do que os sujeitos deprimidos.

Resultados semelhantes a este voltam a ser observados num estudo que compara a depressão com outras doenças fatigantes (síndrome de fadiga crónica e esclerose múltipla).

Neste estudo, observamos que os *sujeitos deprimidos referem sentimentos de humor* ao responderem a uma escala de depressão, enquanto que os *sujeitos com síndrome de fadiga crónica ou com esclerose múltipla relatam mais sintomas somáticos* e de auto-repreensão quando respondem à mesma escala.

Ainda relativamente à depressão, no estudo de van Diest & Appels verificou-se que em três semanas de observação os sujeitos exaustos *quase não mencionaram um humor depressivo*, o que discriminou este grupo dos não-exaustos.

No decorrer da revisão teórica e já no capítulo relativo ao stress, gostaríamos de ressaltar algumas noções importantes: a de *adaptação a um stressor com o objectivo de sobrevivência* e ainda a noção de que *a adaptação pode passar por um controle das emoções, controle esse susceptível de constantes reorganizações (e estas por sua vez susceptíveis de falhar...)*

Ainda relativamente ao stress e ao comportamento tipo A, em 1998, Cardoso (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998) afirma que este padrão de comportamento resulta de uma *'fuga para a frente' face a uma ameaça à auto-estima*. O autor afirma ainda que estes sujeitos possuem uma *personalidade não-depressível* e que se *a fuga for impossível e a perda de auto-estima incontrollável e irreversível, então o custo é exagerado e a doença coronária é iminente...*

Bem, foi ao analisarmos os dados que dispunhamos de uma forma mais global, que nos pareceu encontrar várias semelhanças nas variáveis que analisámos.

Se por um lado, relativamente à fadiga, os indivíduos que experimentam exaustão tendem a negar qualquer tipo de fadiga *excepto quando atingem o ponto de exaustão*; relativamente ao stress, os sujeitos com comportamento tipo A tendem a correr numa fuga desenfreada face a uma ameaça à auto-estima, e *quando a fuga é impossível a doença coronária é iminente. É uma verdadeira fuga pela sobrevivência...*

Quando pensamos na depressão, vemos que os sujeitos exaustos *não referem sintomas de humor* nas escalas de depressão, da mesma forma que os indivíduos com síndrome de fadiga crónica *tendem a relatar sintomas somáticos*.

Por fim, gostaríamos apenas de lembrar Lipowsky (Lipowsky, 1998 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998) que define somatizadores como *indivíduos que exprimem e comunicam o seu distress emocional não com palavras mas com sintomas somáticos*.

Foi ao juntarmos todos estes “bocadinhos” que nos surgiu a hipótese de a Exaustão Vital poder constituir um estado limite (mediador) entre um tipo de funcionamento evitante em pleno (quer seja face a um agente stressor, à fadiga ou à depressão), e o desespero que o sujeito sente pela falência desse mesmo funcionamento. Como estes indivíduos *exprimem e comunicam o seu distress emocional não com palavras mas com sintomas somáticos*, ‘fazem’ a única coisa que está ao seu alcance e que equivale a um grande desespero: um enfarte do miocárdio!

Assim, a Exaustão Vital acontece quase como um último grito de ajuda, antes de o sujeito dar a estocada final (o enfarte do miocárdio ou a morte súbita) exprime por palavras o que consegue: um sintoma, um enorme cansaço de ter passado a sua vida a fugir, um pedido de ajuda para quem o conseguir perceber...

É quase como no acto suicida, a pessoa que antes de se mandar do precipício, telefona a alguém a dizer que se vai atirar e espera que a venham salvar... Gronstein (1999) refere-se a este aspecto quando afirma que as crianças autistas “morrem” a nível psíquico por não conseguirem suportar a dor, a tristeza, o vazio do “Buraco Negro”, nome que o autor utiliza para se referir à falha básica ou traumatismo inicial.

Se assim for, a Exaustão Vital torna-se então *o momento crucial* a nível de intervenção, já que este conjunto de sintomas consiste, a nível de funcionamento intrapsíquico, o momento de resposta mais saudável.

Talvez então, se em conjunto com a terapia medicamentosa, com as indicações a nível de comportamentos adequados, for oferecido um suporte afectivo a estes pacientes, que lhes permita de forma segura exprimir sentimentos, tristeza, talvez assim consigam mudar o seu modo de funcionamento de fuga constante, fugindo agora, e pela última vez, do enfarte do miocárdio.

Passamos a apresentar as variáveis intervenientes no estudo.

As variáveis principais de investigação são:

- Exaustão Vital
- Stress
- Fadiga
- Depressão

As variáveis de control são:

- Sexo
- Idade

As Questões de Investigação são as seguintes:

Questão de Investigação Geral : Existem diferenças significativas entre sexos e entre diferentes idades relativamente aos valores de Exaustão Vital e existe correlação significativa entre a Exaustão Vital e a Fadiga; entre a Exaustão Vital e o Stress; e não existe correlação significativa entre valores de exaustão na Escala de Exaustão Vital e valores de Depressão na Escala de Auto-Avaliação de Zung.

Questão de Investigação 1: O sexo feminino apresenta resultados obtidos na Escala de Exaustão Vital superiores em relação ao sexo masculino.

Questão de Investigação 2: Os respondentes mais jovens (idade <35 anos) apresentam resultados obtidos na Escala de Exaustão Vital superiores aos respondentes menos jovens (idade ≥ 35 anos).

Questão de Investigação 3: Os resultados da Escala de Exaustão Vital que indicam exaustão estão significativamente correlacionados com resultados mais elevados obtidos na Escala de Percepção de Stress.

Questão de Investigação 4: Os resultados obtidos na Escala de Exaustão Vital que indicam exaustão estão significativamente relacionados com os resultados obtidos na Escala de Gravidade da Fadiga que indicam maior gravidade de fadiga.

Questão de Investigação 5: Os resultados obtidos na Escala de Exaustão Vital que indicam exaustão não estão significativamente relacionados com os resultados obtidos na Escala de Auto-avaliação de Zung que indicam Depressão.

Questão de Investigação 6: Os resultados obtidos na Escala de Exaustão Vital que indicam exaustão estão significativamente relacionados, através de uma correlação negativa, com os resultados obtidos nos itens 1, 3, 17 e 19 da Escala de Auto-avaliação de Zung que indicam baixa auto-estima e humor deprimido.

Este estudo é de tipo exploratório, uma vez que se propõe investigar de que forma se comportam as variáveis Exaustão Vital, Stress, Fadiga e Depressão, na população portuguesa.

MÉTODOS

Participantes

Participaram no estudo indivíduos saudáveis com idades de 16 e mais anos, de ambos os sexos, com nível de literacia suficiente para responder aos questionários. A amostra de conveniência é constituída por 181 respondentes.

- **Condições de Exclusão**

1. Doença cardiológica diagnosticada
2. Doença psiquiátrica diagnosticada

Material

Escala de Exaustão Vital

Exaustão Vital é um estado caracterizado por fadiga fora do comum, um aumento da irritabilidade e sentimentos de desmoralização. Este estado tem vindo a ser evidenciado como sendo preditivo, a curto prazo, de enfarte do miocárdio e de morte súbita. No entanto, desconhece-se qual o mecanismo fisiológico que está por trás desta associação da fadiga com a futura doença do coração.

Surge então a necessidade de um instrumento de avaliação destes sentimentos que permita a maior precisão possível. Assim, será possível, através deste instrumento, identificar sujeitos que estão a correr elevados riscos de vir a contrair doença do coração.

Meesters & Appels (1996a) descrevem que num momento inicial em que tentaram avaliar os percussores mentais do enfarte do miocárdio, assumiram que os sentimentos de fadiga e de perda de energia reflectiam o Estádio de Exaustão do Síndrome de Adaptação Geral, descrito por Selye (Selye, 1967 cit in Meesters & Appels, 1996a)

Tendo a sensação de que deveriam evitar uma selecção de itens prematura, pois a natureza destes sintomas percussores não estava ainda bem documentada, os autores decidiram entrevistar um grande número de sujeitos vítimas de doença coronária e as suas mulheres, perguntando-lhes acerca de sentimentos e mudanças comportamentais experimentadas no ano precedente ao acidente coronário, e usaram os relatos destes sujeitos e suas mulheres para construir um conjunto de itens, devendo esta ser avaliada em estudos epistemiológicos.

Durante estas entrevistas, a maioria dos doentes afirmou ter sentido fadiga, indiferença e perda de energia antes do enfarte, enquanto que as suas mulheres frequentemente apontaram um aumento na irritabilidade como a maior mudança comportamental que tinham notado nos seus maridos.

Muitos destes sintomas pareciam indicar depressão. No entanto, alterações do humor (sentir-se triste, nostálgico ou deprimido), um abaixamento da auto-estima e sentimentos de culpa estavam geralmente ausentes. Deste modo, surgiu a denominação de “Exaustão Vital”, conceito definido como um estado caracterizado por 1) fadiga fora do comum e falta de energia, 2) aumento da irritabilidade e 3) sentimentos de desmoralização. (Meesters & Appels, 1996a)

Com base no conjunto de itens formado com as respostas dos sujeitos entrevistados, foram formuladas 63 questões que foram subsequentemente testadas em dois estudos. Destas 63 questões, 37 demonstraram ser discriminativas entre casos de doença coronária e controles saudáveis (Verhagen, Nass, Appels et al., 1980; Appels, 1980 cit in Meesters & Appels, 1996). Este conjunto de itens foi denominado de Forma A do Questionário de Maastricht (QM), um nome escolhido pela sua neutralidade.

A necessidade de continuar o estudo desta relação entre exaustão vital e doença coronária era “vital” e em 1979 iniciou-se um estudo longitudinal organizado pela “Municipal Health Authority” da cidade de Roterdão, na Holanda. Este estudo chamou-se Estudo dos Trabalhadores Civis de Roterdão e nele participaram 3877 trabalhadores do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 39 e os 65 anos de idade.

Neste estudo foi efectuado um exame médico a cada sujeito, e todos eles responderam à Forma A do QM acrescida de 21 novos itens, derivados de uma nova série de entrevistas clínicas. Estes sujeitos foram seguidos durante um período de tempo médio de 4.2 anos, e os resultados sugeriram fortemente que a exaustão constitui um indicador de risco a curto-prazo, e ainda que a Exaustão Vital estaria apenas relacionada com futura doença coronária ou do coração (Appels & Mulder, 1988; Appels & Schouten, 1991 cit in Meesters & Appels, 1996).

O Questionário utilizado neste estudo (com 58 itens) foi submetido a uma análise dos itens, e depois de escolhidos os itens preditivos de enfarte do miocárdio, chegou-se a uma forma final do questionário, a que chamaram Forma B do QM, com 21 itens. (Appels, Hoppener and Mulder, 1987, cit in Meesters & Appels, 1996).

Nesta Forma B do QM, as categorias de resposta são “*Sim*”, “*?*” ou “*Não*”. Cada confirmação de uma queixa é cotada de 2, todos os pontos de interrogação são cotados de 1 e uma resposta negativa é cotada de zero.

Assim, a amplitude de respostas é 0 – 42. No Estudo dos Trabalhadores Civis de Roterdão, o resultado médio na Forma B do QM foi de 8,82. O desvio-padrão foi de 8,67. Estas estatísticas podem ser usadas para calcular um ponto para dividir os sujeitos entre sub-grupos de “exaustos” e “não-exaustos”.

Este ponto de separação pode ser formado através de um resultado que seja igual ou superior a um desvio-padrão acima da média, o que corresponde a um resultado de 17 ou superior, na Forma B do QM.

Em 1989 a Forma B do QM foi usada por Falger (Meesters & Appels, 1996). Foi o estudo mais exaustivo com este questionário, e nele foram comparados 133 casos de homens com enfarte do miocárdio, com 133 controles (participantes vizinhos de residência dos indivíduos com enfarte do miocárdio) e com 192 controles (participantes hospitalizados com outras perturbações que não enfarte do miocárdio). Os resultados mostraram que sintomas de exaustão constituem um risco indicador de enfarte do miocárdio, e mostraram ainda que resultados elevados de exaustão estão também presentes noutros grupos de doentes.

No entanto, apesar de alguns estudos indicarem que o QM tem validade preditiva (Appels & Mulder, 1988; Kop et al., 1994 cit in Meesters & Appels, 1996), o seu valor para a selecção de sujeitos para investigações clínicas ou laboratoriais é questionável, porque apresenta algumas falhas grandes. Os resultados elevados obtidos através do questionário não são necessariamente indicativos de uma falha na adaptação resultante de excesso de trabalho prolongado ou problemas de longa duração que não se conseguem resolver.

Estes resultados elevados podem também reflectir uma tendência geral para a queixa, ou para problemas somáticos ou mentais existentes há muito tempo. Isto causa um decréscimo na especificidade do instrumento. A avaliação não pode ser corrigida se o sujeito não interpreta a questão de uma forma correcta, ou se não deixamos espaço para o registo de expressões idiossincráticas. E finalmente, o questionário dificilmente regista características qualitativas importantes, ou não as regista de todo.

Estas deficiências no QM foram descobertas por van Diest (Meesters & Appels, 1996) durante a preparação de um estudo fisiológico do sono de homens exaustos e não-exaustos. O referido investigador precisava de amostras cuidadosamente seleccionadas, por isso pediu a vários especialistas para entrevistarem as amostras de 15 homens exaustos e 10 homens não-exaustos, que ele tinha seleccionado com base no questionário.

Através da entrevista descobriu-se que dois dos 15 homens exaustos, sofriam de uma doença somática grave; três eram não-representativos porque as suas queixas não reflectiam uma quebra na adaptação a stress prolongado, por causa da sua natureza crónica; e um dos homens exaustos não estava mesmo exausto e tinha sido incluído no grupo dos homens exaustos (van Diest & Appels, 1994 cit in Meesters & Appels, 1996).

Foi a partir deste momento que se iniciou o desenvolvimento de uma entrevista estruturada para usar em estudos não-epidemiológicos: a Entrevista Maastricht para Exaustão Vital (EMEV).

Construção da Entrevista, formato e cotação

A parte central da entrevista é constituída por 19 itens da Forma B do MQ. Um item que questionava sobre as dificuldades em adormecer foi retirado, pois tinha provado ser pouco preditivo no Estudo de Roterdão. Foi também retirado o item "I feel fine" porque não era adequado ao novo formato.

Foram acrescentados dois itens que questionam acerca de um aumento da irritabilidade, por se terem demonstrado muito discriminativas nos estudos de caso-controle. Foi também acrescentada a pergunta "Evita o seu trabalho habitual como se agora este se tratasse de uma montanha para escalar?".

Este item provou ser preditivo de Enfarte do Miocárdio no estudo prospectivo, mas não foi incluído na forma B do MQ porque se verificou que os sujeitos sem emprego tinham alguma dificuldade em responder a esta questão. Finalmente, dividiu-se o item "Sente-se abatido ou derrotado?" em duas questões separadas, para cobrir este aspecto da Exaustão Vital por mais questões. Assim, a entrevista tem 23 questões.

A entrevista começa com questões muito gerais acerca dos três aspectos da exaustão vital: perda de energia; aumento da irritabilidade e sentimentos de desmoralização. A primeira questão é seguida por uma outra acerca da duração da queixa. Esta questão adicional é repetida depois das questões seguintes até que a duração da queixa de exaustão fique clara. Estes itens são cotados de forma dicotômica conforme estão ausentes ou presentes. Quando o entrevistador não consegue decidir se a queixa existe ou não, adiciona-se um ponto de interrogação ao item. Os itens que tiverem sido cotados com um ponto de interrogação durante a entrevista devem ser repetidos no fim da entrevista. No caso de a resposta permanecer pouco clara, a queixa deve ser cotada como ausente.

A entrevista pode ser usada para obter um de dois tipos de classificação: por categorias ou por dimensões. A classificação por dimensões considera a exaustão como um continuum, com um range que varia entre um resultado mínimo de 0 (zero) e um resultado máximo de 23.

A classificação por dimensões pode ser convertida na classificação por categorias, utilizando um determinado resultado como grau de admissão. Os autores recomendam o posicionamento deste “resultado de admissão” entre 7 e 8. Este “resultado de admissão” corresponde ao resultado médio mais um desvio-padrão do questionário utilizado no Estudo dos Trabalhadores Civis de Roterdão, e separa exaustos de não-exaustos.

A Entrevista Maastricht para Exaustão Vital (Anexo 1) é acompanhada de uma série de instruções (Anexo 2) acerca da forma como a entrevista deve ser cotada e administrada. Uma das recomendações tem o intuito de excluir dos estudos experimentais, sujeitos que tenham tido sentimentos de exaustão por mais de 18 meses. Queixas de existência prolongada podem reflectir características da personalidade estáveis ou estados somáticos ou psiquiátricos prolongados, como sejam a dor, o síndrome de fadiga crónica e a depressão.

O objectivo da EMEV é aceder a um colapso recente na adaptação ao stress. A inclusão de sujeitos cujas queixas tivessem uma duração superior a 18 meses num estudo experimental faria com que o grupo de participantes fosse menos representativo que o grupo experimental formado por sujeitos que se encontram em risco elevado para enfarte do miocárdio.

Correspondência entre a Entrevista e o Questionário

Para investigar a correspondência entre o questionário e a entrevista calculou-se a correlação entre os resultados destas formas de avaliação: as percentagens de sujeitos que são classificados como exaustos ou não-exaustos pelo questionário, e os que são classificados como exaustos e como não-exaustos pela entrevista. Sujeitos com resultados abaixo do valor que resulta da soma de um desvio-padrão à média do grupo de referência do Estudo dos Trabalhadores Civis de Roterdão (Appels & Mulder, 1988 cit in Meesters & Appels, 1996), no QM, foram considerados “exaustos”.

Tal como era esperado, os resultados da entrevista estavam muito correlacionados com os resultados do questionário, sendo o coeficiente de correlação de 0.74. No estudo realizado, 38 dos 80 casos (45%) são classificados como exaustos pelo questionário e apenas 32 (40%) pela entrevista. Dos 167 controles, 44 sujeitos (26%) foram classificados como exaustos pelo questionário e 14 (8%) pela entrevista. Apenas 10 dos 44 controles(23%) que estavam exaustos, através da classificação feita pelo QM, foram também classificados como exaustos pela entrevista. Estes resultados mostram que mais sujeitos são classificados como exaustos pelo questionário do que pela entrevista.

Poder discriminativo do questionário e da entrevista

O poder discriminativo da entrevista e do questionário foi investigado através de um teste t e uma regressão de análise múltipla, controlando a idade como possível fonte de confusão. Verificou-se que a entrevista discrimina melhor entre os casos e os controles do que o questionário.

No entanto, pensa-se que este poder discriminativo da entrevista pode ter sido sobrestimado, uma vez que os investigadores que realizaram as entrevistas cujos resultados as revelam mais específicas na avaliação da Exaustão Vital, eram investigadores conheciam o estado de doença cardíaca de cada um dos entrevistados (Meesters & Appels, 1996) .

Por outro lado, a entrevista introduz ainda um problema de objectividade na avaliação das respostas, uma vez que esta fica muito dependente do entrevistador. Na tentativa de diminuir esta subjectividade, os autores criaram uma lista de instruções muito específicas para a forma como a entrevista deveria ser administrada e cotada.

Fidelidade da Entrevista de Maastricht para a Exaustão Vital

Para avaliar a Fidelidade e a Validade da Entrevista, foi realizado um estudo com 81 participantes dos sexo masculino que tinham tido um primeiro Enfarte do Miocárdio e com um grupo de controle de 168 homens saudáveis (Meesters & Appels , 1996 (b))

Aos participantes que tinham sido hospitalizados devido ao Enfarte Miocárdio era perguntado como se tinham sentido nos meses anteriores ao enfarte e ao grupo de controle era perguntado como se tinham sentido durante os últimos meses. A idade média do grupo de participantes hospitalizados era de 55,6 anos (desvio-padrão de 6,8) e a idade média do grupo de controle era de 54,9 anos (desvio-padrão de 6,9). Os participantes e controles que concordavam em participar no estudo recebiam um conjunto de questionários e posteriormente eram entrevistados em casa.

Os questionários enviados eram vários e entre eles encontrava-se A Forma B do Questionário de Maastricht (Appels, Höppener and Mulder, 1978 cit in Meesters & Appels, 1996(b)). Passadas cerca de quatro semanas da hospitalização, no caso dos participantes, e quatro semanas do envio dos questionários, no caso do grupo de controle, os investigadores entrevistavam-nos em casa (Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital e Entrevista Estruturada para acesso ao Comportamento tipo A (Roseman, 1979) cit in Meesters & Appels, 1996(b)).

A análise do alfa de Cronbach revelou ser de 0,90 no grupo de participantes e de 0,86 no grupo de controle. Estes valores estatísticos indicam que a entrevista possui consistência interna adequada.

Validade da Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital

A análise de regressão revelou não existir uma interação significativa entre idade e Exaustão Vital sobre o risco de Enfarte do Miocárdio. O risco de Exaustão Vital, da forma a que a entrevista dá acesso, controlado relativamente às variáveis angina de peito e factores de risco clássicos (idade, consumo de tabaco e história familiar de doenças coronárias e do coração), é de 8,11.

Estes resultados evidenciam que a entrevista é potente para identificar sujeitos em alto risco de Enfarte do Miocárdio. Deste modo, a Entrevista pode ser considerada um indicador válido deste estado precursor.

Adaptação da Entrevista para Escala de Concordância

Estando cientes de todas as vantagens de aplicação da Entrevista (em detrimento do Questionário de Maastricht), as limitações físicas desta investigação (tempo e número de investigadores) impediram a entrevista oral e individual a cada um dos participantes. Surgiu então a necessidade de adaptar a Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital para uma Escala de Concordância de auto-preenchimento, a que chamámos Escala de Exaustão Vital.

1º Adaptação de questões a afirmações.

A Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital (EMEV) é constituída por 24 itens:

a) As 23 primeiras questões cujas respostas são cotadas por “+”, “-” ou “?”, consoante a resposta for afirmativa, negativa ou uma dúvida relativamente à presença do sintoma. Destas questões, as quatro primeiras têm uma questão acoplada cujo objectivo é que o respondente indique há quanto tempo vem sentindo o sintoma.

b) Uma questão (nº 24) que tem a função de recapitular as respostas dadas pelo respondente. Ou seja, aqui, o entrevistador deve reformular algumas afirmações do respondente, clarificando a forma como este se definiu ao longo da entrevista e também há quanto tempo este conjunto de sintomas se vem manifestando. O entrevistador tem ainda a função de avaliar a aplicabilidade desta questão, pois ela não é obrigatória; depende do discurso do respondente e do decorrer da entrevista.

Por fim, a entrevista deve ser cotada: zero para respostas negativas; um para respostas positivas e as interrogações devem ser repetidas no final da entrevista; se a resposta se

mantiver uma interrogação a queixa deve ser considerada ausente, e cotada com zero.

Para a construção da Escala de Exaustão Vital, introduzimos algumas alterações:

a) As 23 primeiras questões foram transformadas em vinte e três afirmações, das quais as números 2; 8; 10; 16 e 22 estão formuladas na negativa (ausência da queixa ou sintoma) estando as restantes formuladas na positiva (presença da queixa ou sintoma). À frente de cada uma das afirmações está uma escala de Lickert de 7 categorias que variam entre:

1-discordo totalmente

2-discordo muito

3-discordo moderadamente

4-não concordo nem discordo

5-concordo moderadamente

6-concordo muito

7-concordo completamente.

A legenda para as categorias encontra-se na parte superior de cada uma das folhas da escala (Ver anexo 1).

As quatro questões acopladas transformaram-se num pedido para o respondente indicar há quanto tempo (em meses) vem sentindo o sintoma acima referido, caso tenha concordado com a presença do sintoma.

b) A questão nº 24 da EMEV foi retirada da Escala de Exaustão Vital por um lado pelo seu carácter alternativo; por outro lado por ser necessário o parecer do entrevistador para decidir se ela deveria ou não ser incluída na entrevista.

c) A cotação será feita de acordo com a escala de concordância: seis pontos para o *concordo completamente* nas afirmações feitas pela positiva/ presença de sintoma (1; 3; 4; ; 5; 6; 7; 9; 11; 12; 13; 14; 15; 17; 18; 19; 20; 21; 23), e zero pontos para o *discordo completamente*. Nas afirmações feitas pela negativa/ ausência de sintoma (2; 8; 10; 16; 22) serão zero pontos para o *concordo completamente* e seis pontos para o *discordo completamente*. Deste modo, os scores variam entre zero e 138. O “ponto de admissão” foi calculado da mesma forma que Meesters & Appels (1996 b) calcularam para a entrevista e questionário: média mais um desvio-padrão. Onde ficámos com os sujeitos exaustos com resultados a partir de ; não exaustos com resultados inferiores a e “no limiar da exaustão” com resultados compreendidos entre 26 e 75.

Tradução da Escala para Língua Portuguesa

A versão da Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital (Meesters and Appels, 1996 (a)) está escrita em inglês, por isso, o segundo trabalho foi traduzi-la para português. Sabendo que “testes escritos em inglês e traduzidos segundo regras lexicais não mantêm sentido idêntico” (Ribeiro, 1999), iniciámos o processo de tradução com uma tradução para português elaborada por uma tradutora bilingue (nacionalidade portuguesa, ex-residente em Londres), mas essa tradução sofreu algumas alterações. Segundo Guyatt (1993) (cit in Ribeiro, 1999), quando se procede a uma tradução, o questionário na língua original deve ser

apenas utilizado como guia. Deste modo, optámos pela estratégia de desenvolvimento de questionários a que Guyatt chamou a *estratégia Volvo* (Ribeiro, 1999). Esta estratégia baseia-se em três questões fundamentais:

a) Os domínios do instrumento original também são domínios importantes na cultura e língua para que se pretende traduzir.

Considerámos que todos os domínios da EMEV eram importantes na cultura e língua portuguesas.

b) A estratégia para formular as questões também funciona bem nesta cultura e língua.

Considerámos que a estratégia funcionaria bem na cultura e língua portuguesas; a estratégia de formular as questões foi alterada por uma questão prática da investigação, como anteriormente descrito. Pensamos que o novo formato da escala funciona bem nesta cultura e língua.

c) A estratégia para responder é também adequada.

A estratégia para responder sofreu as adaptações inerentes à transformação de uma entrevista numa escala de auto-preenchimento. Consideramo-la adequada à cultura e língua portuguesas.

Esta estratégia não se limita assim a uma tradução rigorosa com base em dimensões lexicais e por essa razão a versão final da Escala de Exaustão Vital não coincidiu com a tradução inicial. De todos os itens, o item nº 18 foi o que mais dificuldades nos apresentou na tradução, por utilizar uma expressão inglesa que não tem equivalência na língua portuguesa: “Do you shrink from your regular work as if it were a mountain to climb?”.

Folha de Instruções do Teste

Foi criada uma folha de rosto com as instruções para o preenchimento da escala, em que se apela à sinceridade das respostas dos participantes e se apresenta uma definição geral do tema estudado (Exaustão Vital). Esta folha de instruções, inicialmente muito simples, foi a única que sofreu alterações após a passagem da escala no momento de pré-teste.

Pré-Teste e Versão Final da Escala de Exaustão Vital

Chegámos então a um formato da escala que considerámos adequado: esta escala foi distribuída por 20 participantes. Era pedido que à mínima dúvida relativamente ao preenchimento ou compreensão das afirmações a afirmação fosse assinalada, para que o participante fosse elucidado no final do preenchimento. Não houve afirmações assinaladas. No entanto, várias dúvidas foram apresentadas relativamente à forma de preenchimento do teste:

1. Os participantes apontaram o facto de a legenda para a escala de Lickert não estar presente em todas as folhas da escala, tornar o preenchimento da mesma mais confuso e demorado. Alterámos o formato e incluímos uma legenda em cada folha.
2. As afirmações em que é pedido ao participante que indique *há quanto tempo vem sentido o sintoma*, foram também alvo de muitas dúvidas. Por essa razão, decidimos incluir um exemplo para o esclarecimento do preenchimento.

Depois de efectuadas as alterações a escala foi novamente passada a outros 20 participantes, não tendo estes apresentado qualquer dúvida. Ficámos então com o formato final da Escala de Exaustão Vital.

Cotação da Escala

Da mesma forma que na Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital e no Questionário de Maastricht para Exaustão Vital os autores recomendam um “resultado de admissão” entre 7 e 8 (resultado médio somado a um desvio-padrão, dos resultados obtidos através do questionário utilizado no Estudo dos Trabalhadores Civis de Roterdão), resultado esse que separa exaustos de não-exaustos, também na nossa Escala de Exaustão Vital seguimos a mesma estratégia:

- Na EMEV e no QM cada pergunta a que corresponda uma “resposta exausta” é cotada de 1. Na Escala de Exaustão Vital, numa afirmação positiva de exaustão as cotações são as seguintes:

- 1- discordo completamente – cotação=0
- 2- discordo muito – cotação=1
- 3- discordo moderadamente – cotação=2
- 4- não concordo nem discordo – cotação=3
- 5- concordo moderadamente – cotação=4
- 6- concordo muito – cotação=5
- 7- concordo completamente – cotação=6

- Na EMEV e no QM, os resultados variam num range de 0 a 23.

Na Escala de Exaustão Vital os resultados variam num range de 0 a 138.

Escala de Percepção de Stress

A Escala de Percepção de Stress foi criada para avaliar em que grau determinadas situações de vida são consideradas como causadoras de stress. A Escala de Percepção de Stress é sugerida para avaliar o papel de stress não-específico na etiologia de stress como doença e alterações do comportamento e como uma medida de níveis de stress experienciados.

A Escala de Percepção de Stress é uma escala de 14 itens que avalia o grau em que determinadas situações de vida são consideradas como geradoras de stress. Os itens desta escala foram construídos de forma a detectarem o grau em que os respondentes consideram as suas vidas imprevisíveis, incontroláveis e sobrecarregadas. Estes três factores têm sido repetidamente referidos como componentes centrais na experiência de stress. (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983)

Esta escala é uma escala económica que pode ser administrada em alguns minutos apenas e é fácil de cotar.

Segundo os autores, a Escala de Percepção de Stress, tem uma validade preditiva que se espera diminuir rapidamente, quatro a oito semanas depois da passagem da escala. Isto devido aos níveis de percepção de stress serem influenciados pelos acontecimentos do dia a dia, acontecimentos importantes e mudanças nas capacidades de coping.

Os autores defendem que a Escala de Percepção de Stress constitui um melhor preditor de comportamentos de saúde do que medidas globais de stressores objectivas, tais como as escalas de life-events. E explicam este facto, afirmando que um instrumento de percepção de stress fornece uma avaliação mais directa do nível de stress experimentado pelo respondente. Os autores defendem que provavelmente será este nível de stress estimado pelo respondente e não a ocorrência objectiva de acontecimentos que determinam a sua resposta a um stressor.

Para além disso, esta nova escala é mais global que as escalas de life-events. Ou seja, é sensível ao stress crónico derivado de situações de vida que decorrem, a stress derivado de expectativas relacionadas com acontecimentos futuros, a stress derivado de acontecimentos não listados numa escala de life-events, e a reacções a acontecimentos específicos não incluídos em escala alguma.

Formato da escala e sua cotação

A Escala de Percepção de Stress é constituída por 14 itens.

Destes 14 itens, sete são positivos (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13). Estes itens devem ser cotados, invertendo os scores de frequência.

Resposta 0 = 4 pontos

Resposta 1 = 3 pontos

Resposta 2 = 2 pontos

Resposta 3 = 1 ponto

Resposta 4 = 0 pontos

Os itens são de fácil compreensão, e as respostas alternativas são também de fácil acesso.

Fidelidade e Validade da Escala de Percepção de Stress

A Escala de Percepção de Stress mostrou consistência interna adequada e também ter correlação com scores de life-events, sintomatologia física e depressiva, utilização de serviços de saúde, ansiedade social e manutenção de redução de consumo de tabaco.

Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung

A Escala de Auto-Avaliação de Zung surge na tentativa de organizar e sistematizar critérios de classificação que permitam um diagnóstico seguro da depressão; tarefa difícil já que as várias dimensões desta perturbação (a sua etiologia, a idade, meio ambiente e história clínica do sujeito) a dificultam.

Descrição da Escala

Esta escala é constituída por 20 itens: 10 itens conotados de forma sintomática positiva e 10 itens conotados de forma sintomática negativa.

Pede-se ao paciente que avalie cada um dos vinte itens em relação à forma como se aplicam a si próprio na altura do teste, utilizando quatro categorias de avaliação: raramente, por vezes, muitas vezes, quase sempre. Estas quatro categorias conferem valor discriminativo

à escala uma vez que permitem que pacientes menos deprimidos tenham resultados inferiores na escala e pacientes mais deprimidos tenham resultados mais elevados.

Fidelidade e Confiança da Escala

Para comprovar a capacidade da escala de distinguir perturbações depressivas de outras categorias de diagnóstico foram elaborados vários estudos, cuja análise estatística demonstrou a existência de diferenças significativas. Outros estudos empreendidos pelos autores (Zung, 1965 cit in Diegas e Cardoso, 1986) revelaram a existência de uma correlação significativa entre a Escala de Auto-avaliação de Zung e outras similares (Hamilton, Beck e Escala D do MMPI).

Foi também evidenciada a não existência de qualquer correlação entre os resultados da Escala e a idade, o nível educacional, nível económico ou os níveis de inteligência dos pacientes estudados.

Diegas e Cardoso (1986) realizaram um estudo em que determinaram valores teóricos previstos para o escalonamento dos resultados de Zung que os autores afirmam poder ser utilizados em Portugal até que uma verdadeira aferição da Escala defina os valores reais.

Foram estes os valores que utilizámos para avaliação da escala na presente investigação:

Ausência de Depressão	0 – 29
Depressão Leve	29 – 37
Depressão Média	37 – 44
Depressão Grave	>44

Procedimento

A amostra foi recolhida maioritariamente em grupos de formação de cursos técnico-profissionais, por se tratar de uma amostra cujo grau de escolaridade obrigatória estava à partida controlado, porque era uma forma fácil de recolher uma amostra com idades diversificadas e de ambos os sexos, e também por se tratar de uma amostra de fácil acesso para os investigadores deste estudo.

Assim, no início de uma sessão de formação, o grupo recebia informação relativa à investigação: era-lhes transmitido que a sua participação era importante e era ainda transmitida a importância deste tipo de estudos para atingirmos melhores níveis de saúde.

Era então entregue um conjunto de dois questionários (exaustão vital e depressão; exaustão vital e stress ou exaustão vital e fadiga) a cada indivíduo e pedia-se que lessem a folha de rosto com atenção.

Era fortalecida a ideia de os questionários serem anónimos e pedia-se a quem estivesse interessado em responder, que colocasse o questionário numa caixa de cartão que ficava na recepção das instalações.

Deste modo, depois de 250 questionários entregues, recolhemos 181 respondidos adequadamente (72%), e foi possível formar três sub-amostras:

- Exaustão Vital e Fadiga
- Exaustão Vital e Stress
- Exaustão Vital e Depressão

O estudo destas sub-amostras irá evidenciar a forma como a Exaustão Vital, a nossa variável principal, se relaciona com cada uma das outras variáveis.

A análise estatística permitirá ainda observar o que se passa a nível das variáveis demográficas sexo e idade, na amostra total de respondentes da Escala de Exaustão Vital.

Através da análise estatística iremos ainda analisar o grau de consistência da nossa Escala de Exaustão Vital e compará-lo com os das outras escalas já traduzidas e aferidas para a população portuguesa, uma vez que esta é a primeira vez que este formato de Escala de Exaustão Vital está a ser utilizado na população portuguesa.

Este estudo é de tipo exploratório, uma vez que se propõe investigar a forma como se comportam as variáveis Exaustão Vital, Fadiga, Stress, Depressão, Sexo e Idade numa amostra da população portuguesa.

RESULTADOS

O capítulo de Resultados será apresentado em quatro subcapítulos que designaremos por:

- Caracterização da amostra
- Tratamento Estatístico
- Apresentação e Análise dos Resultados
- Relação entre Exaustão Vital e outras variáveis:
 1. Relação entre Exaustão Vital e Depressão
 2. Relação entre Exaustão Vital e Fadiga
 3. Relação entre Exaustão Vital e Stress

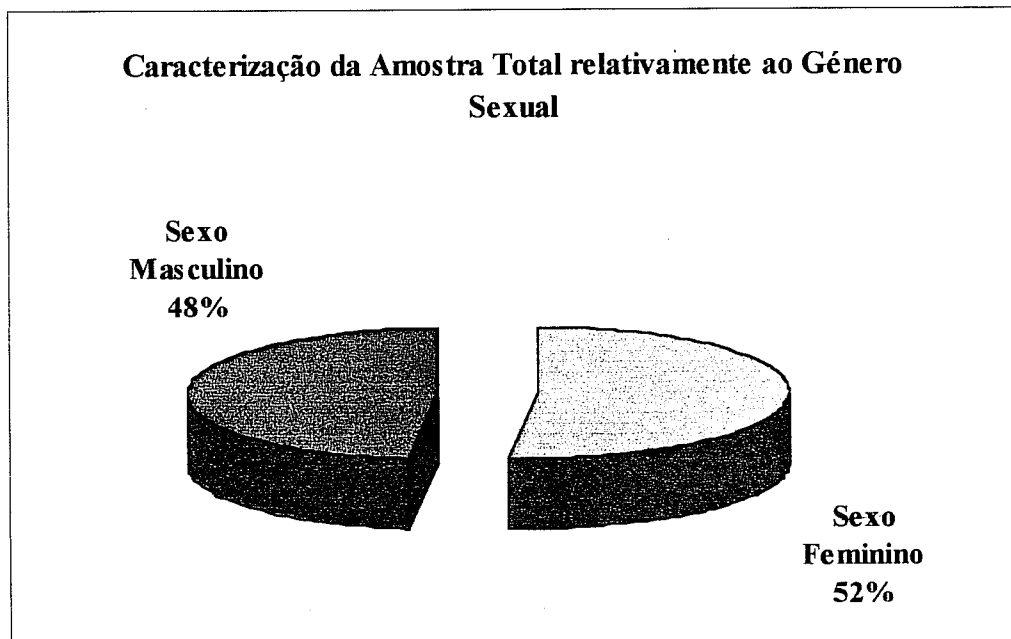
Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 181 respondentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 16 e os 65 anos.

Dos 181 participantes, 96 responderam à escala da exaustão vital e à escala da depressão (Sub-amostra 1) , 40 responderam à escala da exaustão vital e à escala da fadiga (Sub-amostra 2) e 45 responderam à escala da exaustão vital e à escala do stress (Sub-amostra 3).

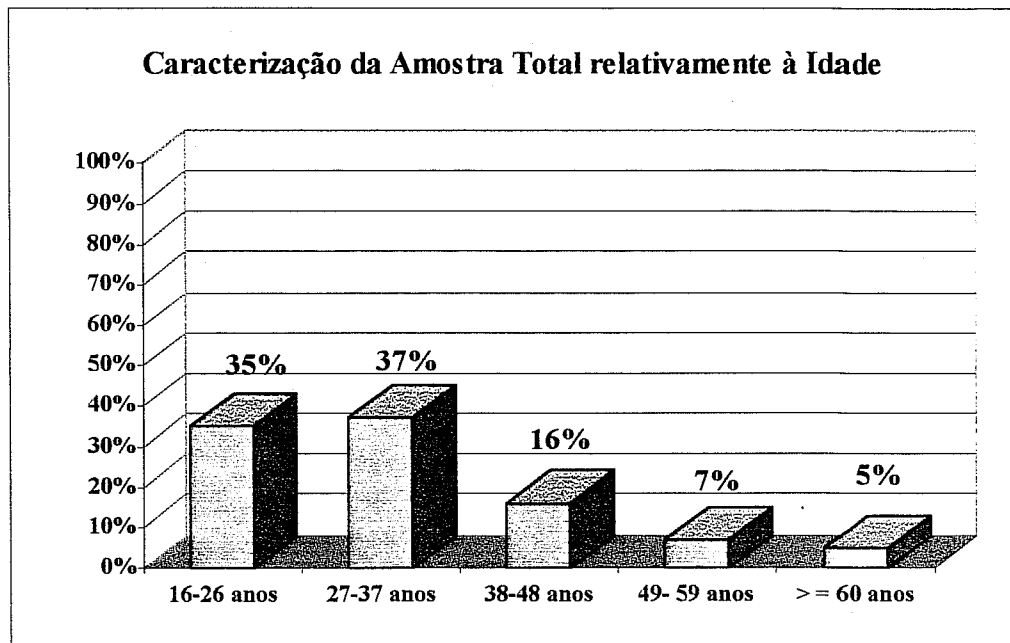
Procedeu-se à caracterização da amostra total e de cada uma das 3 sub-amostras relativamente à idade e ao género sexual, que apresentamos de seguida.

Gráfico 1



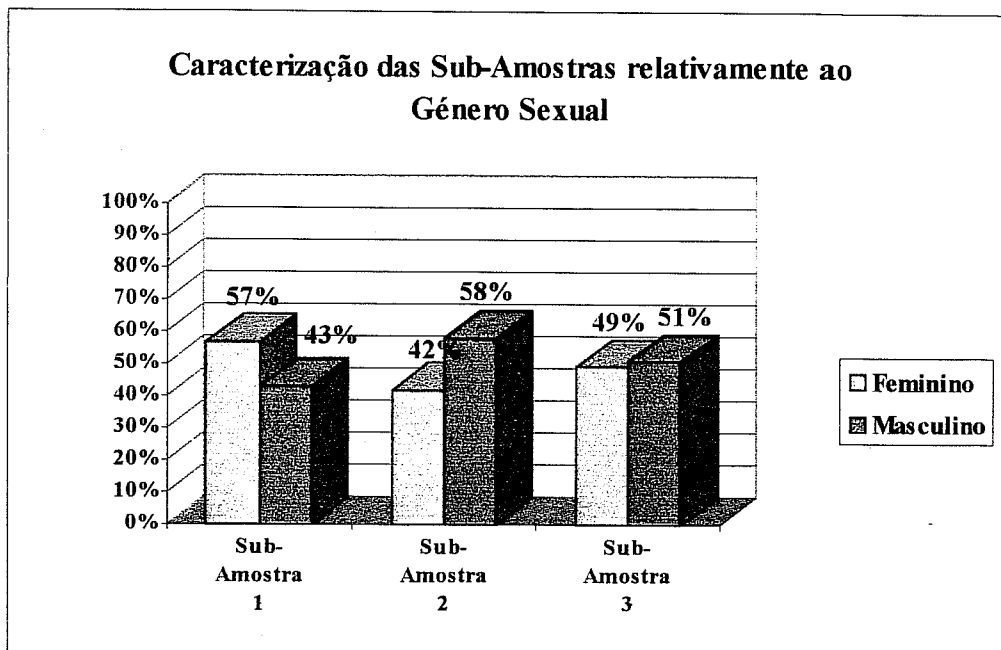
Dos 181 respondentes , 52% (94 respondentes) são do sexo feminino e 48% do sexo masculino (87 respondentes).

Gráfico 2



Dos 181 respondentes , 35% (63 respondentes) têm entre 16 e 26 anos, 37% (67 respondentes) têm entre 27 e 37 anos, 16% (29 respondentes) entre 38 e 48 anos, 7% (13 respondentes) têm entre 49 e 59 anos e 5% (9 respondentes) idade superior ou igual a 60 anos.

Gráfico 3

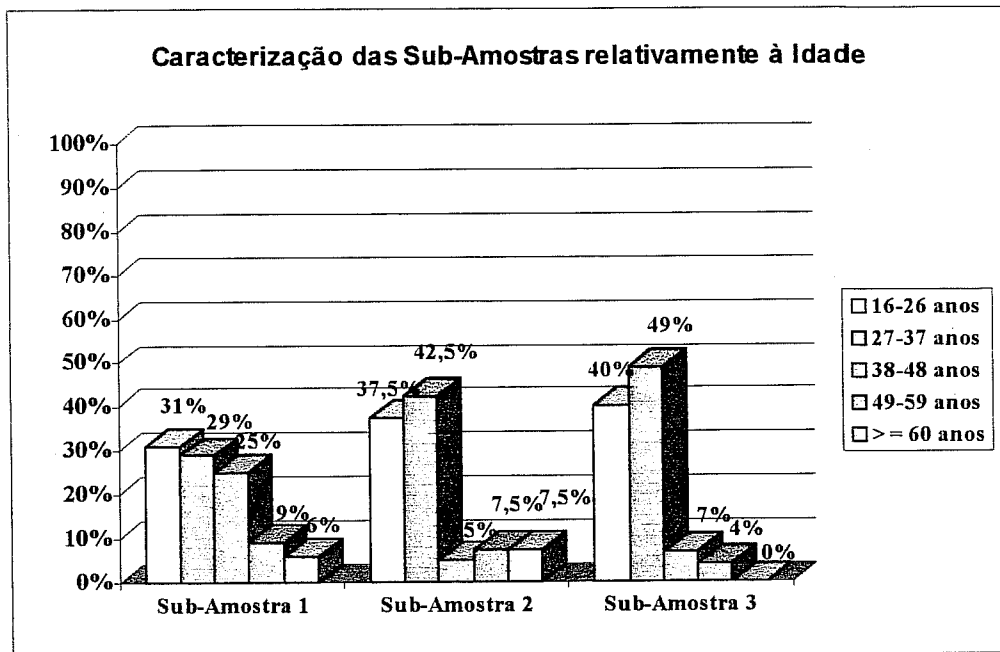


Dos 96 participantes que responderam à escala da exaustão vital e à escala da depressão (Sub-Amostra 1), 57% (55 respondentes) são do sexo feminino e 43% (41 respondentes) do sexo masculino.

Dos 40 participantes que responderam à escala da exaustão vital e à escala da fadiga (Sub-Amostra 2), 42% (17 respondentes) são do sexo feminino e 58% (23 respondentes) do sexo masculino.

Dos 45 participantes que responderam à escala da exaustão vital e à escala do stress (Sub-Amostra 3), 49% (22 respondentes) são do sexo feminino e 51% (23 respondentes) são do sexo masculino.

Gráfico 4



Dos 96 participantes que responderam à escala da exaustão vital e à escala da depressão, 31% (30 respondentes) têm entre 16 e 26 anos, 29% (28 respondentes) entre 27 e 37 anos, 25% (24 respondentes) têm entre 38 e 48 anos, 9% (8 respondentes) entre 49 e 59 anos e 6% (6 respondentes) idade igual ou superior a 60 anos.

Dos 40 participantes que responderam à escala da exaustão vital e à escala da fadiga, 37,5% (15 respondentes) têm entre 16 e 26 anos, 42,5% (17 respondentes) entre 27 e 37 anos, 5% (2 respondentes) têm entre 38 e 48 anos, 7,5% (3 respondentes) entre 49 e 59 anos e 7,5% (3 respondentes) idade igual ou superior a 60 anos.

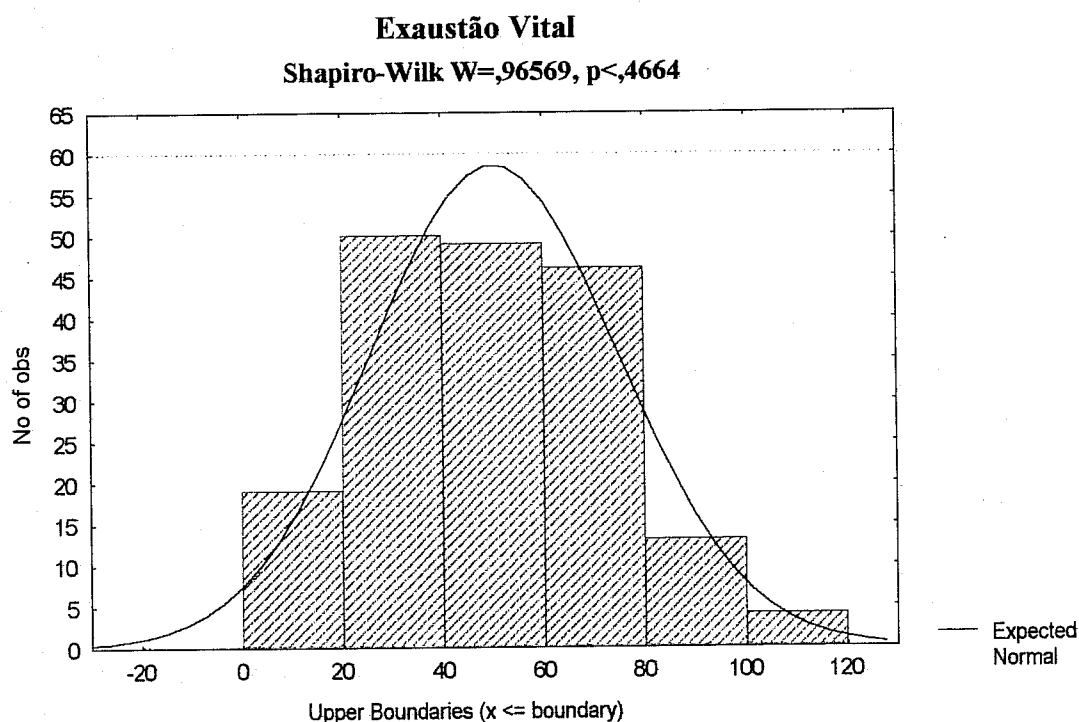
Dos 45 participantes que responderam à escala da exaustão vital e à escala do stress, 40% (18 respondentes) têm entre 16 e 26 anos, 49% (22 respondentes) entre 27 e 37 anos, 7% (3 respondentes) têm entre 38 e 48 anos e 4% (2 respondentes) entre 49 e 59 anos.

Tratamento Estatístico

Antes de se proceder ao teste das questões de investigação, foi-se averiguar para cada uma das escalas utilizadas a consistência interna, tendo-se para tal recorrido ao Alpha de Cronbach.

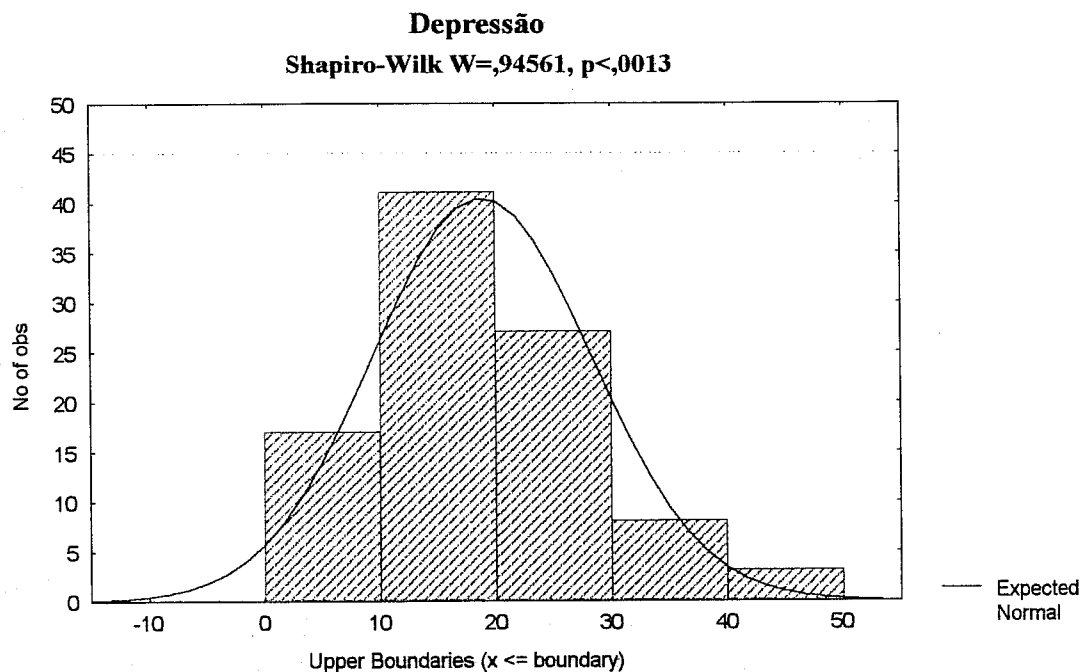
De seguida averiguou-se, no sentido de optar-mos entre as provas paramétricas e as provas não paramétricas, a existência de uma distribuição normal nas variáveis exaustão, depressão, stress e fadiga, para tal recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilks, resultados que apresentamos de seguida .

Gráfico 5



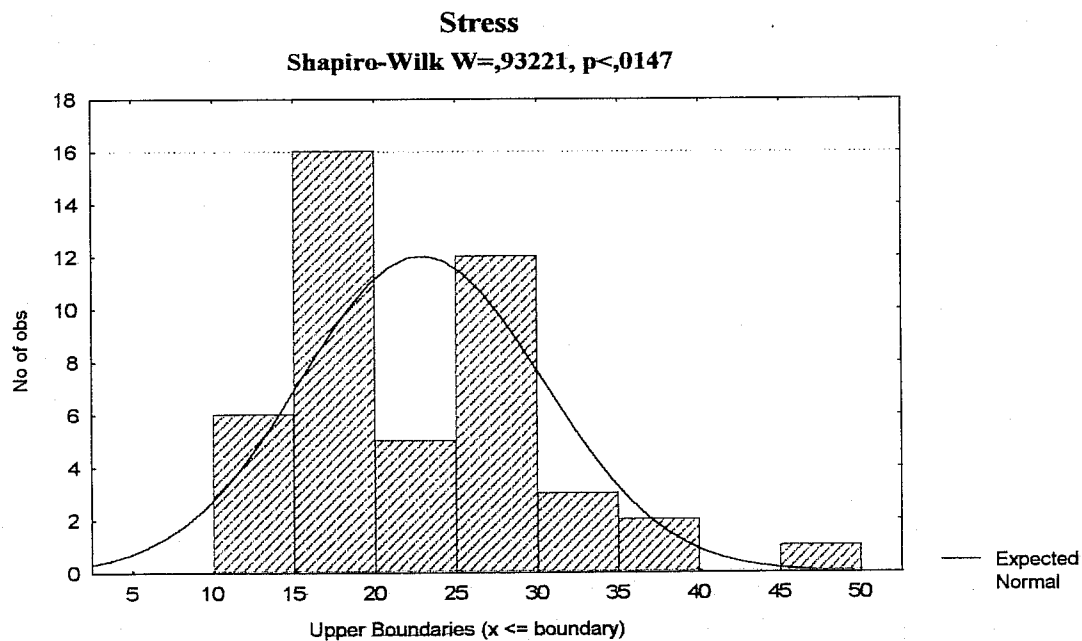
O teste de Shapiro revelou , para a amostra total (n =181) , na variável exaustão vital a existência de uma distribuição normal uma vez que $p > 0,05$.

Gráfico 6



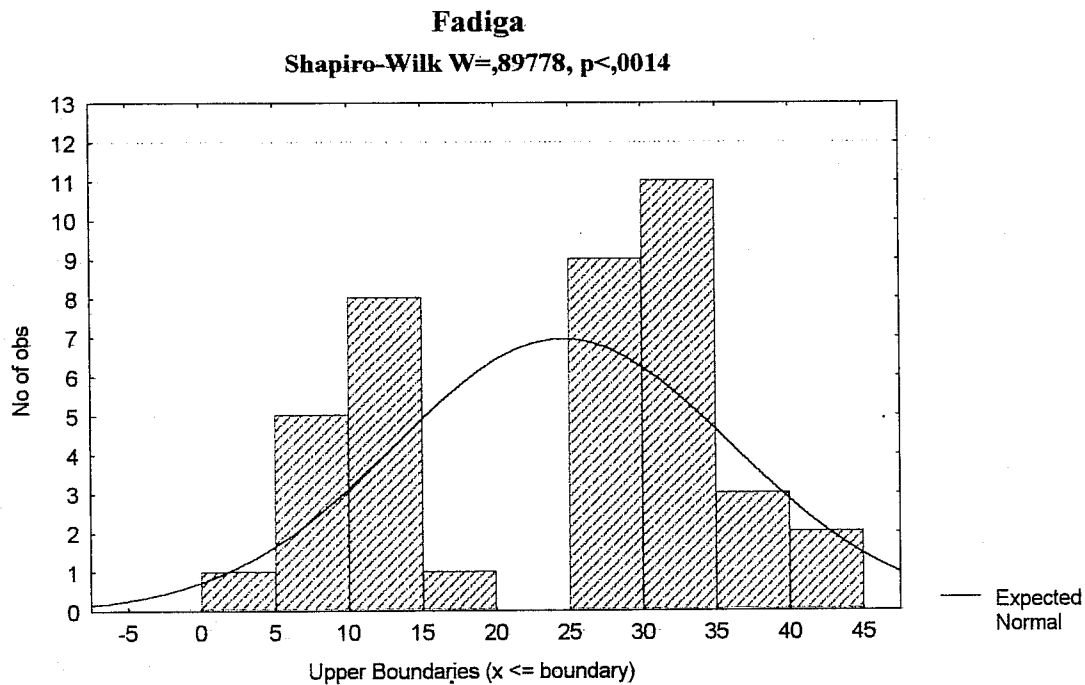
O teste de Shapiro revelou , na variável depressão (escala respondida pela sub-amostra 1 com um n = 96) a não existência de uma distribuição normal uma vez que $p < 0,05$.

Gráfico 7



O teste de Shapiro revelou , na variável Stress (escala respondida pela sub-amostra 2 com um $n = 40$) a não existência de uma distribuição normal uma vez que $p < 0,05$.

Gráfico 8



O teste de Shapiro revelou , na variável fadiga (escala respondida pela sub-amostra 3 com um $n = 45$) a não existência de uma distribuição normal uma vez que $p < 0,05$.

Dada a existência de uma distribuição normal na variável exaustão vital, considerámos adequados os requisitos exigidos para a utilização de uma prova paramétrica quando se pretendeu comparar os resultados do sexo feminino e do sexo masculino e do grupo com menos de 35 anos e o grupo com mais de 35 anos nesta variável .

Quando se pretendeu investigar a existência de uma relação significativa entre a variável exaustão vital e as variáveis depressão, fadiga e stress, recorreu-se a um coeficiente de correlação não paramétrico uma vez que estas 3 últimas variáveis não tinham uma distribuição normal.

As provas utilizadas foram :

Prova Paramétrica Teste t de Student para Amostras Independentes : No sentido de comparar o sexo feminino e o sexo masculino, bem como o grupo com idade inferior ou igual a 35 anos e o grupo com idade superior a 35 anos na variável exaustão vital. Neste caso juntaram-se as 3 sub-amostras uma vez que todos os participantes (181) responderam a esta escala.

Prova Não Paramétrica Correlação de Spearman : Na sub-amostra 1 para avaliar a existência de uma relação significativa entre a variável exaustão vital e a variável depressão (n = 96). Na sub-amostra 2 para avaliar a existência de uma relação significativa entre a variável exaustão vital e a variável fadiga (n = 40) e na sub-amostra 3 para averiguar a existência de uma associação entre exaustão e stress (n = 45).

Apresentação e Análise dos Resultados

Consistência Interna das Escalas

No sentido de se avaliar a consistência interna das escalas, recorreu-se ao coeficiente Alpha de Cronbach.

Tabela 1 - Alpha de Cronbach das escalas de Exaustão Vital, Depressão, Fadiga e Stress

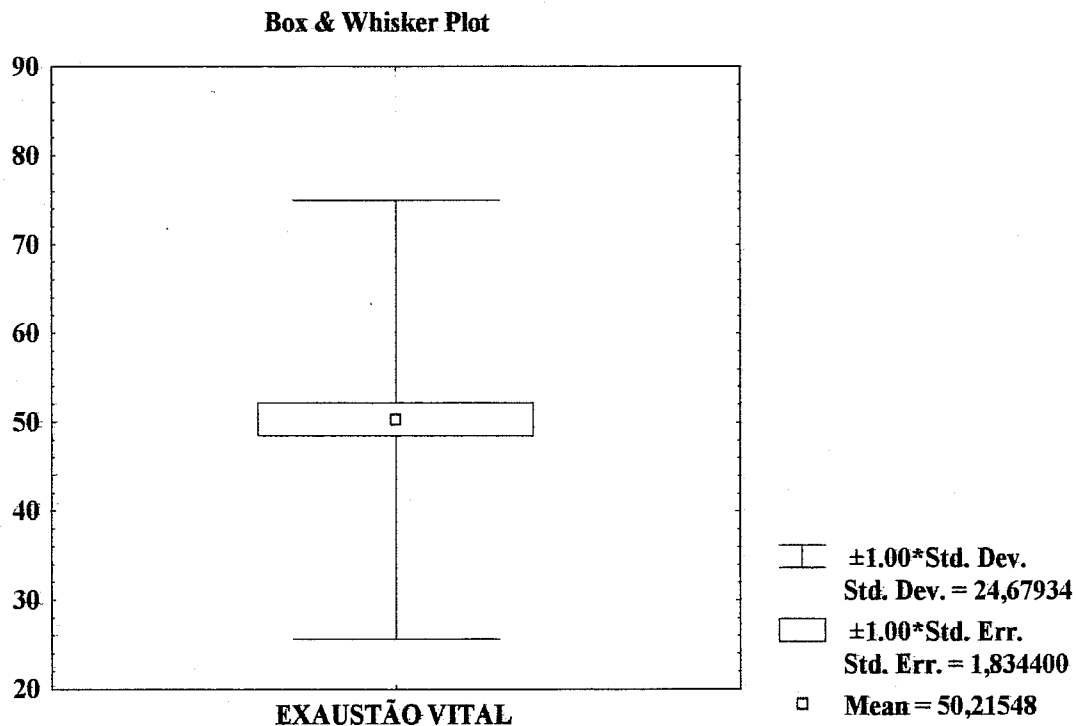
	Alpha de Cronbach
Escala de Exaustão Vital	0,91
Escala de Depressão	0,85
Escala de Gravidade da Fadiga	0,89
Escala de Stress	0,86

Os alphas de cronbach das escalas são todos elevados o que significa que em cada uma das escalas existe uma boa consistência interna entre os itens, ou seja uma elevada coerência a nível dos conteúdos dos vários itens.

Resultados dos Respondentes na Escala de Exaustão Vital

No sentido de se proceder a uma análise dos resultados dos respondentes na exaustão vital, juntaram-se as 3 sub-amostras uma vez que todos os sujeitos responderam a esta escala. Efectuou-se uma estatística descritiva tendo-se calculado a média (50,22) e o desvio padrão (24,68), ver gráfico. Seguindo as recomendações do autor da escala calcularam-se 2 scores : Média - Desvio padrão - 25,54 e Média + Desvio Padrão - 74,9. Com base nestes scores determinou-se que os sujeitos com valores de exaustão inferiores a 26 não se encontram exaustos, sujeitos com valores superiores a 26 e inferiores a 75 encontram-se no "limiar da exaustão" e sujeitos com valores iguais ou superiores a 75 encontram-se exaustos.

Gráfico 9



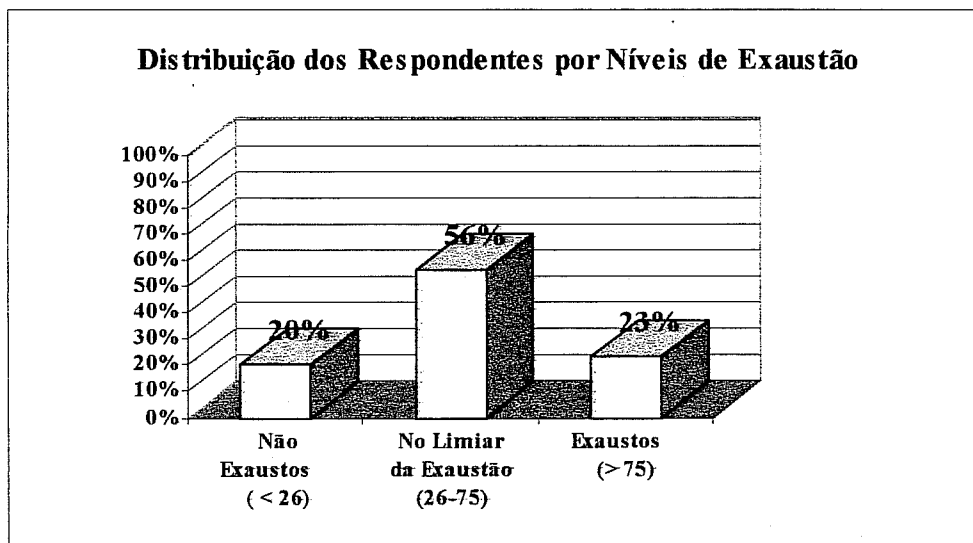
Sendo assim com base nestes critérios , foi-se averiguar a distribuição dos respondentes na variável exaustão.

Tabela 2 : Distribuição dos Respondentes por Níveis de Exaustão

	Dist. Percentual
Não Exaustos (< 26)	20% (37)
No Limiar da Exaustão (26-75)	56% (102)
Exaustos (> 75)	23% (42)

Dos 181 respondentes que participaram neste estudo, 20% (37 respondentes) não apresentam exaustão, 56% (102 respondentes) estão no limiar da exaustão e 23% (42 respondentes) estão exaustos. Ver gráfico 10.

Gráfico 10



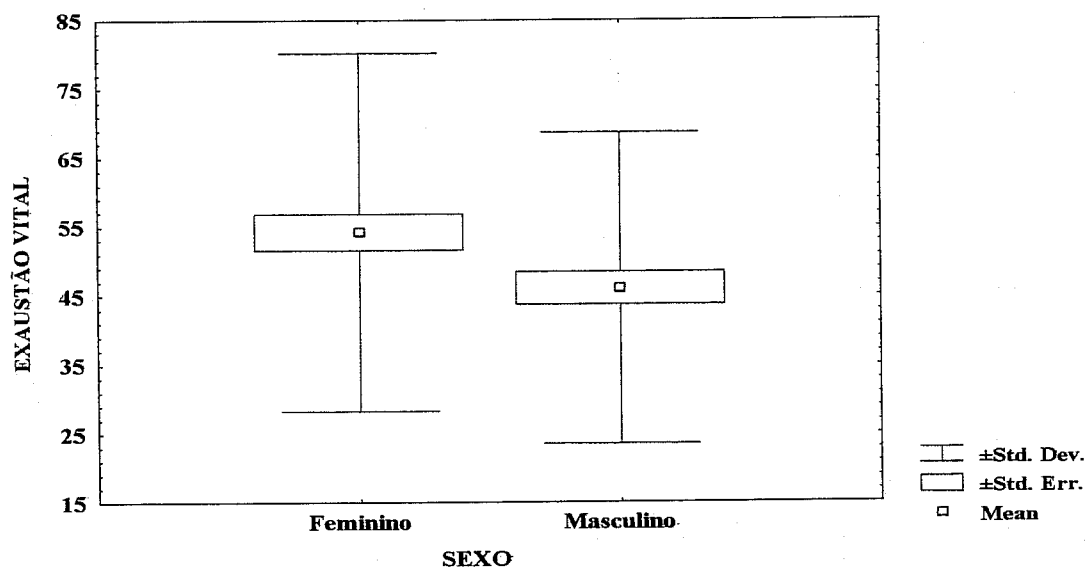
De seguida foi-se averiguar a existência de diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino na variável exaustão vital, para tal recorreu-se ao teste T de Student para Amostras Independentes.

Tabela 3 : *t* de Student para Amostras Independentes - Diferenças entre Sexo Feminino e Masculino na Variável Exaustão Vital

	Sexo Feminino (n =94)	Sexo Masculino (n=87)	<i>t</i>	<i>p</i>
Exaustão	<u>M</u> = 54,13	<u>M</u> = 45,97	2,24	0,02*
Vital	<u>DP</u> = 25,98	<u>DP</u> = 22,57		

(*Significativo para $p \leq 0,05$) teste *t* de Student para amostras independentes revelou a existência de diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino na variável exaustão vital para $p \leq 0,05$: o sexo feminino revela um resultado a nível de exaustão vital significativamente mais elevado do que o sexo masculino.

Gráfico 11 - Diferenças entre Sexo Feminino e Masculino na Exaustão



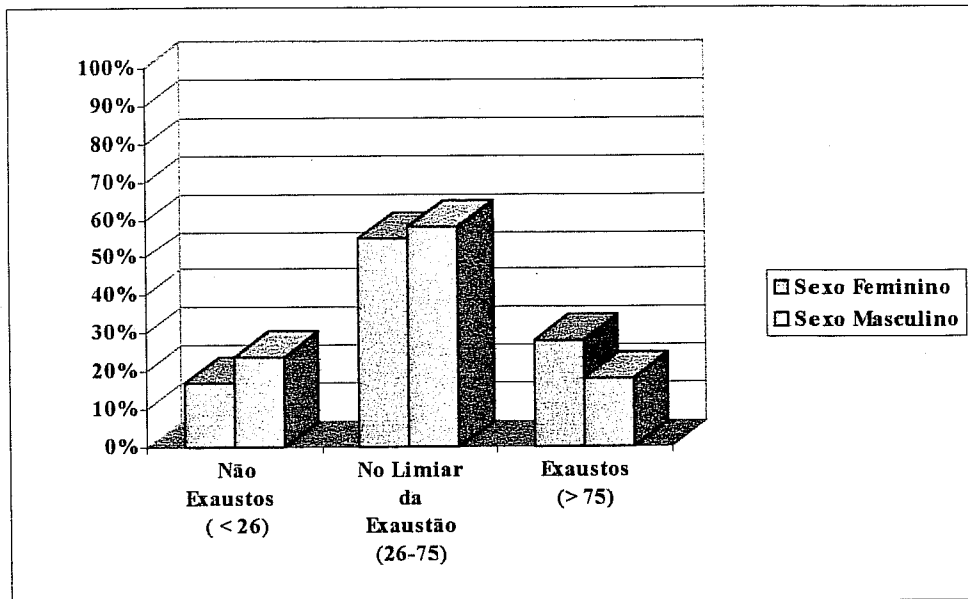
De seguida foi-se averiguar a distribuição dos respondentes do sexo feminino e do sexo masculino nos níveis de exaustão.

Tabela 4 - Distribuição do sexo Feminino e do sexo Masculino por Níveis de Exaustão

	Sexo Feminino (n =94)	Sexo Masculino (n=87)
Não Exaustos (< 26)	17% (16)	24% (21)
No Limiar da Exaustão (26-75)	55% (52)	58% (50)
Exaustos (> 75)	28% (26)	18% (16)

No grupo de respondentes do sexo feminino há uma maior percentagem de exaustos (28%) comparativamente com o que sucede no grupo do sexo masculino (18%).

Gráfico 12 - Distribuição do sexo Feminino e do sexo Masculino por Níveis de Exaustão



De seguida foi-se averiguar a existência de diferenças significativas entre o grupo de respondentes com idade igual ou inferior a 35 anos e o grupo de respondentes com idade superior a 35 anos na variável exaustão vital, para tal também se recorreu ao teste *t* de Student para Amostras Independentes.

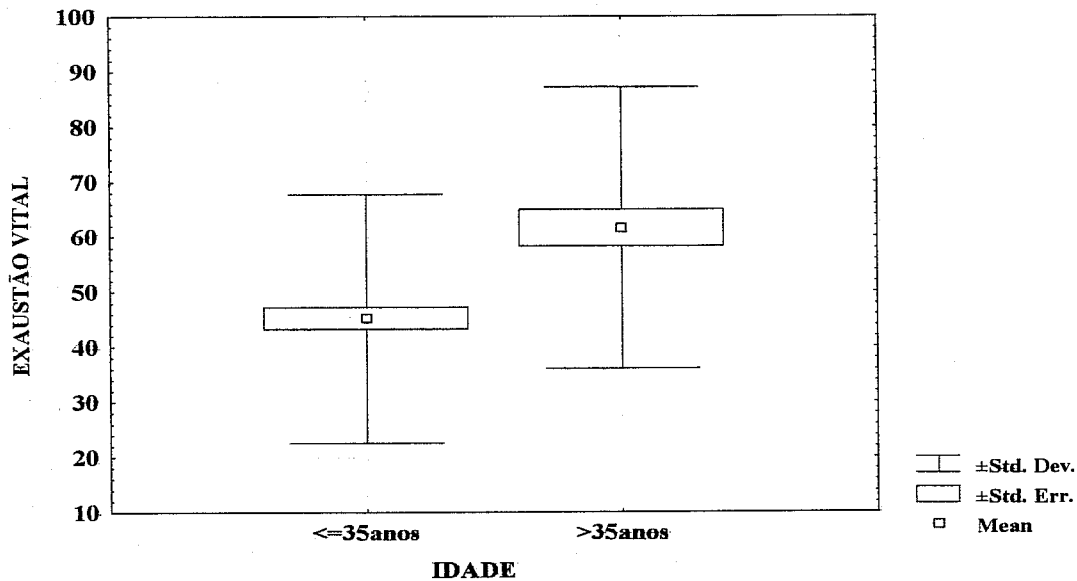
Tabela 5 : *t* de Student para Amostras Independentes - Diferenças entre Idade ≤ 35 anos e > 35 anos na Variável Exaustão Vital

	≤ 35 anos (n =124)	> 35 anos (n=57)	<i>t</i>	<i>p</i>
Exaustão Vital	<u>M</u> = 45,04	<u>M</u> = 61,47	-4,36	0,00002*
	<u>DP</u> = 22,55	<u>DP</u> = 25,54		

(*Significativo para $p \leq 0,05$)

O teste *t* de Student para amostras independentes revelou a existência de diferenças significativas entre o grupo com idade inferior ou igual a 35 anos e o grupo com idade superior a 35 anos na variável exaustão vital para $p \leq 0,05$: os mais velhos revelam um resultado a nível de exaustão vital significativamente mais elevado do que os mais novos.

Gráfico 13 - Diferenças entre Idade ≤ 35 anos e > 35 anos na Variável Exaustão



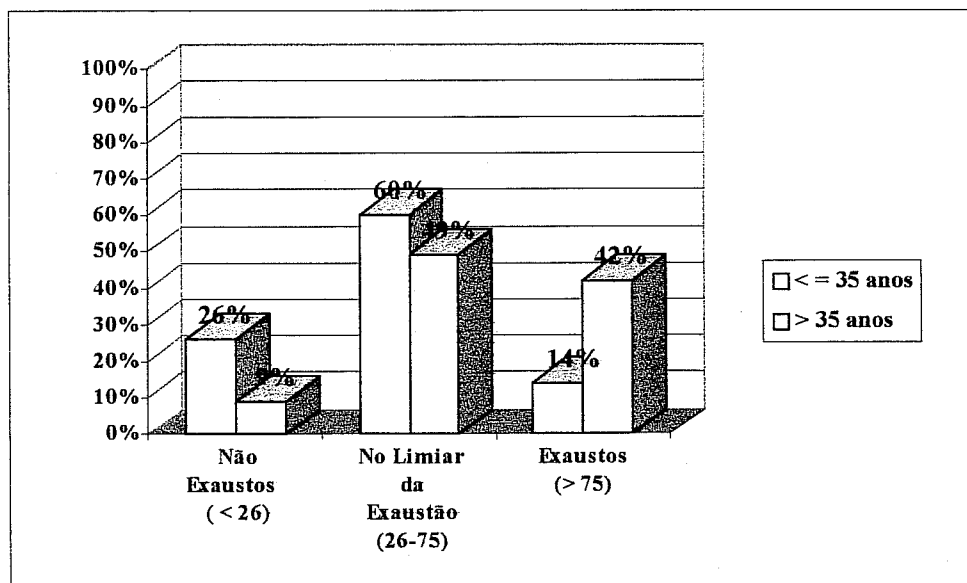
De seguida foi-se averiguar a distribuição dos respondentes com idade igual ou inferior a 35 anos e com idade superior a 35 anos nos níveis de exaustão.

Tabela 6 - Distribuição dos Respondentes com Idade ≤ 35 anos e com Idade > 35 anos por Níveis de Exaustão

	≤ 35 anos (n =124)	> 35 anos (n=57)
Não Exaustos (< 26)	26% (32)	9% (5)
No Limiar da Exaustão (26-75)	60% (74)	49% (28)
Exaustos (> 75)	14% (18)	42% (24)

No grupo de respondentes mais velhos (idade > 35 anos) há uma percentagem muito maior de exaustos (42%) comparativamente com o que sucede no grupo dos mais novos (14%).

Gráfico 14 - Distribuição dos Respondentes com Idade ≤ 35 anos e com Idade > 35 anos por Níveis de Exaustão



Relação entre Exaustão Vital e Depressão

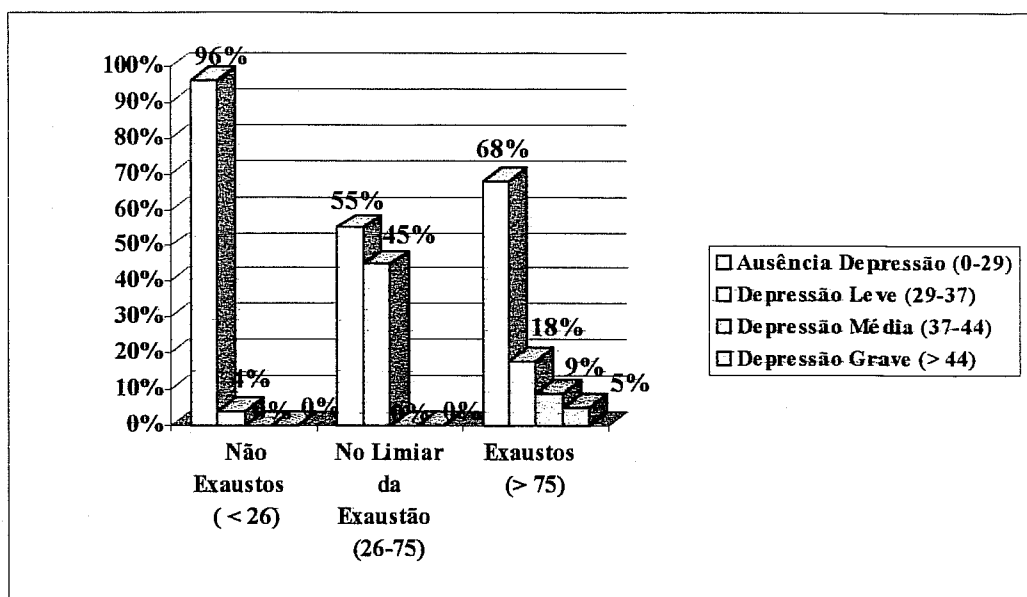
Iniciámos a análise procedendo à distribuição dos sujeitos com diferentes níveis de exaustão pelos 4 níveis de depressão .

Tabela 7 - Distribuição dos Respondentes com diferentes Níveis de Exaustão pelos 4 níveis de Depressão

	Ausência de Depressão (0-29)	Depressão Leve (29-37)	Depressão Média (37-44)	Depressão Grave (> 44)
Não Exaustos (< 26)	96% (23)	4% (1)	0% (0)	0% (0)
No Limiar da Exaustão (26-75)	55% (46)	45% (4)	0% (0)	0% (0)
Exaustos (> 75)	68% (15)	18% (4)	9% (2)	5% (1)

Como se pode constatar na tabela 7 no grupo dos não exaustos quase todos os respondentes (96%) não revelam depressão. No grupo no limiar da exaustão embora a maioria dos respondentes não revele depressão, há 45% com depressão leve. No grupo dos exaustos a esmagadora maioria (68%) não revela depressão, embora se registem alguns casos de depressão leve (18%), de depressão moderada (9%) e de depressão grave (5%).

Gráfico 15 - Distribuição dos Respondentes com diferentes Níveis de Exaustão pelos 4 níveis de Depressão



De seguida efectuaram-se correlações de Spearman para averiguar dentro de cada grupo com diferentes níveis de exaustão a relação entre a exaustão vital e a depressão.

Tabela 8 - Correlação de Spearman entre Exaustão e Depressão : para cada um dos Grupos com diferentes Níveis de Exaustão

	Item 1 da Depressão	Item 3 da Depressão	Item 17 da Depressão	Item 19 da Depressão	Total Da Depressão
Não Exaustos (n = 24)	$r_s = 0,31$ $p = 0,12$	$r_s = -0,02$ $p = 0,89$	$r_s = -0,21$ $p = 0,30$	$r_s = -0,01$ $p = 0,95$	$r_s = -0,29$ $p = 0,15$
No Limiar da Exaustão (n = 50)	$r_s = 0,30$ $p = 0,09$	$r_s = 0,24$ $p = 0,08$	$r_s = 0,30$ $p = 0,08$	$r_s = 0,33$ $p = 0,06$	$r_s = 0,35$ $p = 0,05$
Exaustos (n = 22)	$r_s = 0,35$ $p = 0,10$	$r_s = 0,40$ $p = 0,06$	$r_s = -0,03$ $p = 0,88$	$r_s = 0,32$ $p = 0,14$	$r_s = 0,41$ $p = 0,06$

Estes itens da escala de Depressão foram escolhidos por constituírem os itens da escala referentes a baixa auto-estima e humor depressivo, ou seja, os sintomas referidos pela literatura como marcando a distinção entre depressão e exaustão vital: os autores afirmam estes sintomas estarem ausentes na Exaustão Vital.

Não existe no grupo dos não exaustos, no grupo dos que estão no limiar da exaustão e no grupo dos que estão exaustos correlações significativas entre a exaustão vital e a depressão (quer a nível do total quer a nível dos 4 itens que avaliam sintomas de baixa auto-estima e humor depressivo).

Relação entre Exaustão Vital e Fadiga

Iniciou-se a análise efectuando a estatística descritiva para a questão 10 da escala da fadiga (em que se pede ao respondente que avalie entre 0 e 100 a fadiga sentida) e para o total da escala da fadiga (somatório de todos os itens à excepção do item 10).

Tabela 9 - Estatística Descritiva à Escala da Fadiga (Questão 10 e Total)

	Média	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Desvio Padrão
Questão 10 da Fadiga (0 – 100 %)	43,12	0,00	95,00	22,50	60,00	24,69
Total da Fadiga (0-54)	24,57	4,00	45,00	12,00	33,50	11,50

Com base nos valores referentes ao quartil inferior e ao quartil superior tanto da questão 10 como do total da escala da fadiga, constituíram-se 3 grupos: o Grupo com valores inferiores ao quartil inferior (elementos que revelam menor fadiga), o grupo que revela valores entre o quartil inferior e o superior e o grupo que revela valores superiores ao quartil superior (elementos que revelam maior fadiga). O grande objectivo era poder proceder à distribuição percentual dos 3 grupos com diferentes níveis de exaustão pelos diferentes níveis de fadiga. Efectuou-se essa distribuição tanto para o item 10 como para o total da escala.

Tabela 10 - Distribuição Percentual dos 3 Grupos com diferentes Níveis de Exaustão pelos diferentes Níveis de Fadiga avaliados pela Questão 10

<i>Questão 10 da Escala de Fadiga</i> →	Menor Fadiga (< 22,5)	Entre 22,5 - 60	Maior Fadiga (> 60)
Não Exaustos (< 26) n = 7	86% (6)	14% (1)	0% (0)
No Limiar da Exaustão (26-75) n= 24	16,5% (4)	67% (16)	16,5% (4)
Exaustos (> 75) n = 9	0% (0)	56% (5)	44% (4)

Como se pode comprovar pela tabela 10 é o grupo dos exaustos que revela uma maior percentagem (44%), na questão 10 da escala, valores que indicam uma maior fadiga (valores superiores a 60).

Tabela 11 - Distribuição Percentual dos 3 Grupos com diferentes Níveis de Exaustão pelos diferentes Níveis de Fadiga avaliados pela Total da Escala de Fadiga

<i>Total da Escala de Fadiga</i> →	Menor Fadiga		Maior Fadiga
	(< 12)	Entre 12 - 33,5	(> 33,5)
Não Exaustos (< 26) n = 7	57% (4)	43% (3)	0% (0)
No Limiar da Exaustão (26-75) n= 24	21% (5)	54% (13)	25% (6)
Exaustos (> 75) n = 9	0% (0)	56% (5)	44% (4)

Como se pode comprovar pela tabela 11 são os exaustos que revelam uma maior percentagem de respondentes (44%) com valores que indicam uma maior fadiga (valores superiores a 60).

Tabela 12 - Correlação de Spearman entre Exaustão e Fadiga : para cada um dos Grupos com diferentes Níveis de Exaustão

	Questão 10 da Fadiga	Total da Fadiga
Não Exaustos (n=7)	$rs = 0,07$ $p = 0,87$	$rs = 0,28$ $p = 0,53$
No Limiar da Exaustão (n=24)	$rs = 0,37$ $p = 0,06$	$rs = 0,51$ $p = 0,009^*$
Exaustos (n=9)	$rs = 0,71$ $p = 0,03^*$	$rs = 0,62$ $p = 0,04^*$

(*Significativo para $p \leq 0,05$)

No grupo dos exaustos existe uma correlação positiva significativa entre a exaustão e a fadiga (quer a nível da questão 10, quer a nível do total). No grupo dos não exaustos não existe uma relação significativa entre fadiga e exaustão e no grupo que está no limiar da exaustão existe uma correlação significativa entre exaustão e o total da escala da fadiga.

Relação entre Exaustão Vital e Stress

Iniciou-se a análise efectuando a estatística descritiva para o total da escala do Stress.

Tabela 13 - Estatística Descritiva à Escala do Stress

	Média	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Desvio Padrão
Total da Escala do Stress (0-56)	22,86	12,00	46,00	18,00	27,00	7,47

Com base nos valores referentes ao quartil inferior e ao quartil superior do total da escala do stress, constituiram-se 3 grupos: o Grupo com valores inferiores ao quartil inferior (elementos que revelam menor stress), o grupo que revela valores entre o quartil inferior e o superior e o grupo que revela valores superiores ao quartil superior (elementos que revelam maior stress). O grande objectivo era poder proceder à distribuição percentual dos 3 grupos com diferentes níveis de exaustão pelos diferentes níveis de stress.

Tabela 14 - Distribuição Percentual dos 3 Grupos com diferentes Níveis de Exaustão pelos diferentes Níveis de Stress

<i>Total da Escala de Stress</i> →	Menor Stress		Maior Stress
	(< 18)	Entre 18 - 27	(≥ 27)
Não Exaustos (< 26) n = 6	50% (3)	50% (3)	0% (0)
No Limiar da Exaustão (26-75)	29% (8)	57% (16)	14% (4)
N= 28			
Exaustos (> 75) n = 11	0% (0)	36% (4)	64% (7)

Como se pode comprovar pela tabela 14 são os exaustos que revelam na sua maioria (64%) valores que indicam um stress mais elevado (valores superiores a 27).

Tabela 15 - Correlação de Spearman entre Exaustão e Stress : para cada um dos Grupos com diferentes Níveis de Exaustão

	Stress
Não Exaustos (n=6)	$rs = -0,17$ $p = 0,73$
No Limiar da Exaustão (n=28)	$rs = 0,50$ $p = 0,005^*$
Exaustos (n=11)	$rs = 0,72$ $p = 0,03^*$

(*Significativo para $p \leq 0,05$)

Quer no grupo que está no limiar da exaustão , quer no grupo que está exausto, existe uma correlação positiva significativa entre a exaustão e o stress, enquanto que no grupo que não está exausto não existe essa associação.

DISCUSSÃO

A análise Estatística dos resultados obtidos nas Escala de Exaustão Vital, Escala de Auto-avaliação da Depressão de Zung, Escala de Percepção de Stress e Escala de Gravidade da Fadiga, indicou-nos a existência de diferenças significativas entre sexos e entre idades relativamente à Exaustão Vital e indicou-nos ainda a existência de correlações significativas entre exaustão vital e fadiga e entre exaustão vital e stress mas não entre exaustos e deprimidos. Ainda relativamente à correlação entre a exaustão vital e os itens da escala de depressão relativos a sentimentos de baixa auto-estima e humor deprimido, não foram encontrados valores de correlação significativos. Passamos agora à discussão dos resultados tentando responder às questões de investigação.

Começamos então por fazer uma breve referência ao um resultado da análise estatística que nos deixou particularmente agradados que se trata do valor de consistência interna da Escala de Exaustão Vital cuja tradução portuguesa e formato foram utilizadas pela primeira vez neste estudo.

Ao compararmos o coeficiente alpha de Cronbach encontrado para as diferentes escalas utilizadas na investigação pudemos observar que a Escala de Exaustão Vital foi aquela que evidenciou um valor superior. Este resultado foi particularmente agradável, uma vez que todas as outras escalas tinham sido já testadas na população portuguesa com resultados de validade interna aceitáveis. Pensamos assim, que a Escala de Exaustão Vital será um bom instrumento para ser utilizado na população portuguesa.

Passando então à análise estatística dos resultados obtidos nas diferentes escalas, num primeiro momento, foi analisada a amostra total de respondentes, uma vez que todos os participantes deste estudo responderam à Escala de Exaustão Vital.

No sentido de identificarmos os grupo de exaustos e o grupo dos não exaustos, utilizámos a técnica sugerida pelos autores da Entrevista de Maastricht para Exaustão Vital e do Questionário de Maastricht (Meesters & Appels, 1996 a) b)). Ou seja, após calcular a média (50,22) e o desvio-padrão (24,68) da distribuição dos resultados da nossa amostra, calcularam-se o ponto acima do qual estaria o grupo dos exaustos (média + desvio padrão = 75) e o ponto abaixo do qual seria definido o grupo dos não-exaustos (média – desvio padrão = 26), e entre estes valores criámos um grupo a que chamámos “limiar da exaustão”.

Com base nestes valores fomos então analisar se haveriam diferenças significativas entre sexos, sendo esperado que o sexo feminino evidenciasse níveis superiores de exaustão relativamente ao sexo masculino, uma vez que no estudo de Kop et al. (1996) o género feminino tinha sido evidenciado como um dos preditores predominantes de exaustão e noutro estudo (Kop et al., 1998) as mulheres apresentaram valores de exaustão vital significativamente superiores aos dos homens.

De facto, verificou-se na nossa amostra, que o sexo feminino apresenta valores de exaustão vital significativamente superiores ao sexo masculino ($t=2,24$; $p<0,02$), valores semelhantes aos previstos pela nossa Questão de Investigação 1.

Ao compararmos a distribuição dos resultados relativamente às categorias exaustos, não exaustos e no limiar da exaustão podemos observar que a percentagem dos valores menos extremados (limiar da exaustão) é muito próxima entre ambos os sexos.

Relativamente à percentagem das categorias mais extremadas podemos quase observar uma inversão: 17% de não exaustos do sexo feminino, com 18% de exaustos do sexo masculino e 28% de exaustos do sexo feminino com 24 % de não exaustos do sexo masculino. Parece então que relativamente a valores médios de exaustão vital o sexo parece não ser uma variável discriminatória, isto acontece sim relativamente às categorias que marcam a presença ou ausência de exaustão vital, o que nos faz pensar que para a população portuguesa o sexo feminino parece ser uma variável preditora de exaustão vital.

Prosseguimos para a análise de diferenças entre idades relativamente à Exaustão Vital. No estudo realizado por Kop et al. (1996) a idade tinha sido evidenciada como um preditor predominante de exaustão, sendo que as camadas mais jovens tinham evidenciado maiores níveis de exaustão. Deste modo, enunciámos a nossa Questão de Investigação 2 esperando resultados semelhantes.

No entanto, ao dividirmos a nossa amostra relativamente à idade (entre < 35 e >35), valores propostos pelo autor acima referido, encontrámos valores que evidenciam uma diferença significativa entre os grupos, mas no sentido inverso ao esperado.

Os resultados obtidos na nossa amostra sugerem que na população portuguesa, a exaustão vital parece ser mais prevalente nas camadas menos jovens (idade < 35 anos), valores que vão no sentido oposto ao sugerido pela Questão de Investigação 2.

Passamos então à análise das correlações começando pela análise da relação entre Exaustão Vital e o Stress.

Relativamente ao stress, podemos observar na revisão teórica que esta variável, bem como o comportamento tipo A têm vindo a ser referidas como fortemente associadas com a exaustão vital (Fontaine, Kulbertus e Étienne, 1998). Por esta razão, a Questão de Investigação 3 deste estudo sugere que a valores mais elevados de exaustão vital estejam associados resultados mais elevados na Escala de Percepção de Stress.

Como podemos observar pela Tabela 15, verifica-se uma correlação positiva significativa entre resultados mais elevados obtidos na escala de exaustão vital e resultados mais elevados obtidos na escala de percepção de stress, valores que confirmam as expectativas sugeridas na Questão de Investigação 3.

De facto, relativamente ao stress, não só se verificou uma correlação positiva na categoria dos exaustos com o grupo dos valores superiores de stress ($r = 0,72 ; p < 0,03$) como também foi verificada uma correlação positiva, embora mais baixa ($r = 0,50 ; p < 0,005$) entre os grupos de valores médios.

Relativamente à Questão de Investigação 4 que se refere à análise da correlação entre níveis mais elevados de fadiga e exaustão vital, também esta foi aceite: para resultados mais elevados obtidos na Escala de Exaustão Vital existe uma correlação significativa com os valores mais elevados obtidos na Escala de Gravidade da Fadiga ($r = 0,62 ; p < 0,04$).

Relativamente à Escala da Gravidade da Fadiga, uma questão foi analisada em separado. A questão nº 10 pede aos respondentes que marquem uma cruz numa linha, correspondendo a um contínuo de “Nenhuma Fadiga” até “Fadiga Total” (ver anexo). A instrução é a seguinte “Quanto fatigado se sentiu nas últimas duas semanas? Coloque uma marca na linha recta para indicar quanta fadiga tem sentido,”

Estes resultados foram transformados em percentagens através de uma régua em percentagem escrita num acetato que era colocada em cima da folha de resposta e os valores de resposta a esta questão foram analisados em separado.

Como podemos observar na tabela 12, verificou-se também uma correlação positiva significativa entre o grupo dos exaustos e o grupo com resultados superiores na questão 10 da Escala de Gravidade de Fadiga.

Os resultados sugerem que, na população portuguesa, níveis altos de exaustão vital parecem estar correlacionados com níveis elevados de fadiga

Ainda relativamente à análise da Fadiga, quando comparamos os resultados da questão 10 da Escala da Gravidade da Fadiga com o score total da mesma escala no Grupo de valores médios de exaustão, podemos verificar que apesar de, relativamente ao score total de gravidade de fadiga se verificar, neste grupo, uma correlação positiva significativa, o mesmo não acontece para a questão 10 (uma auto-avaliação directa da fadiga sentida). Estes resultados vão encontro dos resultados encontrados na literatura que evidenciam o facto de algumas pessoas excederem as suas forças e não conseguirem experimentar fadiga excepto quando atingem o ponto de exaustão. (Appels et al., 1994)

Parece que estes indivíduos da nossa amostra, apesar de num score composto evidenciarem fadiga, quando a “pergunta” é feita de uma forma directa, eles “fogem”...

Por fim, iremos analisar a correlação entre a Exaustão Vital e Depressão.

A Exaustão Vital e a Depressão evidenciam importantes sintomas em comum, de tal forma, que alguns investigadores chegam a pôr a causa a razão da existência deste conceito de Exaustão Vital (Appels, 1989). No entanto, este mesmo autor, de importância extrema no estudo da Exaustão Vital, logo volta a defendê-la, afirmando que apesar da alta correlação entre depressão e Exaustão Vital, os sentimentos de culpa e baixa auto-estima (característicos da depressão) não foram identificados como preditores do enfarte do miocárdio, logo Depressão e Exaustão Vital constituem entidades diferentes.

No nosso estudo, propusemo-nos averiguar de que forma estariam relacionadas as categorias de exaustão vital com as categorias de depressão definidas para a Escala de Auto-Avaliação de Zung. É neste sentido que surge a Questão de Investigação 5, esperando que resultados mais elevados de exaustão vital não estivessem significativamente relacionados com valores mais elevados de depressão.

Assim, como podemos verificar pela Tabela 7, a maioria dos Exaustos apresenta ausência de depressão (68%) bem como a maioria dos não-exaustos, também apresenta ausência de depressão.

Ao analisarmos os valores de correlação para cada uma das categorias, podemos observar que nenhuma é significativa, e que resultados mais elevados na escala de exaustão (grupo dos exaustos) não estão significativamente correlacionados com resultados mais elevados obtidos na escala de auto-avaliação da depressão de Zung (depressão grave). Este facto, confirma as expectativas sugeridas pela Questão de Investigação 5.

No entanto, na literatura, encontram-se descritos outros estudos, realizados com o objectivo de diferenciar depressão de exaustão vital. No estudo de van Diest & Appells (1991) (Appels et al., 1994) descobriu-se que um humor depressivo, sintoma chave das perturbações depressivas, quase não foi mencionado por sujeitos exaustos ao longo de três semanas de observação.

A Questão de Investigação 6 do presente estudo, foi enunciada no sentido de investigar precisamente a relação entre a exaustão e este “humor depressivo”. Por essa razão foram escolhidos os itens da Escala de Zung mais direccionados para a baixa auto-estima, e para a categoria de sintomas de humor definida pelo método de Huber et al. (Huber et al., 1990 cit in Johnson, DeLuca e Natelson, 1996).

Assim, é esperado que exista uma correlação negativa significativa entre os resultados mais elevados na Escala de Exaustão Vital e os resultados obtidos nestes itens, mas esta não se verificou.

No entanto, ainda relativamente à depressão, alguns resultados em particular, suscitaram a nossa atenção.

Se repararmos na Tabela 7, podemos observar que a maioria dos respondentes nas categorias mais extremadas relativamente à exaustão vital (exaustos e não exaustos) se posiciona na categoria de “Ausência de depressão”, de uma forma muito acentuada, sendo que em ambos os grupos, a percentagem total de participantes que revelam algum índice de depressão é de 4% para os não-exaustos e de 32% para os exaustos. Até aqui, nada demais. Mas se repararmos na categoria dos respondentes que se encontram “no limiar da exaustão”, vemos que 45% apresentam “Depressão Leve”.

Estes resultados podem sugerir que aqueles sujeitos que evidenciam alguma capacidade de sentir sintomas depressivos, possuem um forma eficaz de controlar sintomatologia extrema a nível de exaustão vital.

Ou seja, estes resultados deixam-nos de facto a pensar, que uma incapacidade de sentir tristeza e exprimi-la pode estar associada ao desenvolvimento de sentimentos de exaustão vital.

Neste sentido ainda, se observarmos a tabela 8 que apresenta os valores da correlação de Spearman entre Exaustão Vital e Depressão para cada um dos grupos com diferentes níveis de Exaustão, podemos verificar que o único item em que se observa uma correlação negativa, ou seja em que valores mais elevados de exaustão correspondem a valores mais baixos de depressão é no item 17 “Sinto que sou útil e necessário”, um item de auto-estima. Podemos pensar que estes sujeitos lutam até ao fim por defender “a sua dama”. Chegam à exaustão e continuam a defendê-la a todo o custo. Onde irão parar...

A análise dos resultados obtidos neste estudo sugere que a Exaustão Vital se trata de um estado cuja distribuição na população portuguesa difere um pouco daquela observada noutras populações, nomeadamente a holandesa (Kop et al. 1996). Relativamente à idade, os resultados obtidos na nossa amostra sugerem que na população portuguesa seja a população com idade superior a 35 anos a mais exausta.

Relativamente à variável sexo, os resultados obtidos na nossa amostra sugerem que na população portuguesa o sexo feminino esteja mais exausto que o sexo masculino.

Relativamente à análise das correlações, e relativamente ao stress, os resultados do presente estudo sugerem que na população portuguesa, os exaustos tenham elevados níveis de stress, resultados observados noutras populações e descritos na literatura.

Este stress é descrito por alguns autores como uma “fuga para a frente de uma personalidade não-depressível”, numa defesa constante da auto-estima.(Cardoso, 1998 cit in Fontaine, Kulbertus e Étienne, 1998). Um resultado particular no item 17 da Escala de Auto-Avaliação de Zung, referente à auto-estima, parece reforçar a posição do autor acima referido: o grupo dos exaustos apresenta uma correlação negativa (embora não significativa) com este item, naquilo que parece uma tentativa de defender esta auto-estima a toda a prova.

Relativamente à Fadiga, os resultados obtidos na nossa amostra parecem sugerir que na população portuguesa, o grupo dos exaustos apresente elevados valores de fadiga. A análise da última questão da Escala de Gravidade da Fadiga, quando comparada com o score total, parece sugerir que os respondentes se recusam assumi-la, quando lhes é directamente questionado se a sentem: quase como se não se permitissem exprimi-lo...

Por fim, relativamente á análise referente à sub-amostra Exaustão Vital-Depressão, os resultados parecem sugerir que, na população portuguesa, níveis moderados de exaustão poderão estar associados a níveis leves de depressão. O que parece sugerir que aqueles indivíduos que evidenciam alguma capacidade de sentir/expressar sintomas de depressão, estarão mais defendidos contra níveis altos de exaustão vital.

Estes resultados parecem ir ao encontro da possibilidade de interpretação apresentada na revisão teórica.

Se a Exaustão Vital for o limite de um funcionamento que evidencia uma dificuldade de lidar com os afectos, um momento de crise ou falência de um funcionamento rígido, como parece ser sugerido neste estudo, então será fundamental a integração deste aspecto na intervenção da Psicologia da Saúde a nível Cardiológico, na prevenção do enfarte do miocárdio.

Pensamos que o nosso estudo constitui um contributo importante para a Psicologia da Saúde por ter traduzido e adaptado uma escala para avaliar a exaustão vital que demonstrou ter boa consistência interna; por ter clarificado relações entre a exaustão vital e outras variáveis psicológicas como o stress, a depressão e a fadiga; e ainda por ter apresentado uma proposta inovadora de interpretação e intervenção na Exaustão Vital.

Esperamos que a investigação nesta área continue de forma a conseguir alcançar formas de intervenção adequadas que ajudem estes pacientes que sofrem de Exaustão Vital a não desenvolverem o enfarte do miocárdio.

Referências

Arriaga, F., Cavaglia, F. & Lara, E. (1998). Conceito de distímia: utilidade clínica e estatuto nosológico. Acta Médica Portuguesa, 11, pp. 1095-1099.

American Psychiatric Association (1996). Mini DSM – IV: Critérios de diagnóstico. Lisboa: Climepsi Editores.

Appels, A. (1988). "Vital exhaustion as a precursor of myocardial infarction". In Maes, S., Spielberger, C.D. Defares, P. B. & Sarason, I. G. (Eds), Topics in Health Psychology. John Wiley & Sons, Lda.

Appels, A. (1989). "Loss of control, vital exhaustion and coronary heart disease". In Steptoe, A. & Appels, A. (Eds), Stress, Personal Control and Health. Brussels-Luxembourg: John Wiley and Sons, Lda.

Appels, A., Falger, P. R. & Schouten, E. G. (1993). Vital exhaustion as risk indicator for myocardial infarction in women. Journal of Psychosomatic Research, 37, nº8, 881-890.

Appels, A. & Mulder, P. (1989). Fatigue and heart disease. The association between vital exhaustion and past, present and future heart disease. Journal of Psychosomatic Research, 33, pp. 727-738.

Appels, A. & Otten, F. (1992). Exhaustion as a precursor of cardiac death. British journal of Clinical Psychology, 31, 351-356.

Appels, A., Kop, W., Meesters, C., Markusse, R., Golombeck, B. & Falger, P. (1994). Vital exhaustion and the acute coronary syndromes. International Review of Health Psychology, 3.

Chalder, T., Berelowitz, G., Palikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D. & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. Journal of Psychosomatic Research, 37, n°2, pp. 147-153.

Fontaine, O., Kulbertus, H. & Étienne A. M. (1998). Stress e Cardiologia. Lisboa: Climepsi Editores.

Fuller, N. S. & Morrison, R. E. (1999). Síndrome de fadiga crónica. Ajudando os doentes a lidar com esta doença enigmática. Postgraduate Medicine, 11, n°5, pp. 82-84.

Gronstein, J. S. (1999). O Buraco Negro. Lisboa: Climepsi Editores.

Holmes, G. P. et al. (1988). Chronic fatigue syndrome: a working case definition. Annals of Internal Medicine, 108, pp. 387-389.

Johnson, S. K., De Luca, J. & Natelson, B. H. (1996). Depression in fatiguing illness: comparing patients with chronic fatigue syndrome, multiple sclerosis and depression. Journal of Affective Disorders, 39, pp. 21-30.

Kop, W. J., Appels, A. P., Mendes de Leon, C. F. & Bar, F. W. (1996). The relationship between severity of coronary heart disease and vital exhaustion. Journal of Psychosomatic Research, 40, n° 4, pp. 397-405.

Kopp, M. S., Falger, P. R., Appels, A. & Szedmak, S. (1998). Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. Psychosomatic Medicine, 60, 752-758.

Meesters, C. & Appels, A. (1996a). An interview to measure vital exhaustion. I. Development and comparison with the Maastricht Questionnaire. Psychology and Health, 11, pp. 557-571.

Meesters, C. & Appels, A. (1996b). An interview to measure vital exhaustion. II. Reliability and validity of the interview and correlations of vital exhaustion with personality characteristics. Psychology and Health, 11, pp. 573-581.

Mital, A. & Kumar, S. (1994). Special issue preface. Human Factors, 36 (2)

Ribeiro, J. L. (1999). Investigação e avaliação em psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi Editores.

Selye, H. (1956) Le stress de la vie. Paris: Ed. Galliniard.

Schluederberg, A., Strauss, S. E., Peterson, P., Blumenthal, S., Komaroff, A.L., Spring, S. B., Landay, A. & Buchwald, D. (1992). Chronic fatigue syndrome research. Definition and medical outcome assessment. Annals of Internal Medicine, 117, nº4, pp.325-331.

Vollmer-Conna, U., Wakefield, D., Lloyd, A., Hickie, I., Lemon, J., Bird, K. & Westbrook, R.B. (1997). Cognitive deficits in patients suffering from chronic fatigue syndrome, acute infective illness or depression. British Journal of Psychiatry, 171, pp. 377-381.

ANEXO 1

ESCALA DE EXAUSTÃO VITAL

Instruções:

seguida, irá encontrar uma série de afirmações e questões acerca da sua exaustão vital. Por exaustão vital entendemos um estado caracterizado por fadiga fora do comum e falta de energia, aumento da irritabilidade e sentimentos de desmoralização. Como verá, não há respostas certas ou erradas. A resposta é anónima, e de qualquer modo, as respostas que der são confidenciais.

Por favor, leia cada uma das afirmações e escolha, de entre os números de 1 a 7 que se encontram na frente da afirmação, aquele que indica quanto concorda que a afirmação se aplica a si. Se concorda completamente faça um círculo à volta do 1; se concorda completamente faça um círculo à volta do 7. Poderá assinalar qualquer dos números (2,3,4,5,6) de acordo com a legenda apresentada.

Algumas afirmações (1, 2, 3 e 4) são imediatamente seguidas de outra, à frente da qual deve assinalar, com um número, há quantos meses vem sentindo o sintoma acima referido. Leia, por exemplo, o exemplo:

Vem frequentemente um sintoma.

1 2 3 4 5 6 7

Se assinalou 1, 2 ou 3 indique há quanto tempo vem sentindo o sintoma. _____ meses”

Por exemplo, vem sentindo o sintoma há dois meses, deverá indicar o número 2 no espaço reservado antes da palavra “meses”. Neste exemplo, “2 meses”.

Responda ainda uma questão de resposta Sim / Não onde deve assinalar com um círculo a sua resposta.

Responda-lhe que responda com sinceridade a todas as perguntas.

Idade: _____ anos.

Sexo: Masculino Feminino

- 1 – discordo completamente
 2 – discordo muito
 3 – discordo moderadamente
 4 – não concordo nem discordo
 5 – concordo moderadamente
 6 – concordo muito
 7 – concordo completamente

Sinto-me frequentemente cansado. 1 2 3 4 5 6 7
 Se assinalou 5, 6 ou 7 indique há quanto tempo se vem sentindo cansado. _____ meses

Ultimamente não me tenho sentido indiferente. 1 2 3 4 5 6 7
 Se assinalou 1, 2 ou 3 indique há quanto tempo se vem sentindo indiferente. _____ meses

Sinto-me completamente fraco, ou sem energia. 1 2 3 4 5 6 7
 Se assinalou 5, 6 ou 7 indique há quanto tempo se vem sentindo fraco. _____ meses

Tenho-me irritado mais facilmente que antes. 1 2 3 4 5 6 7
 Se assinalou 5, 6 ou 7 indique quando é que isso começou. _____ meses

Sinto-me abatido. 1 2 3 4 5 6 7

Por vezes sinto que o meu corpo é como uma bateria
 que está a perder a carga. 1 2 3 4 5 6 7

Tenho a sensação de que não tenho feito muitas
 coisas ultimamente ou que estou menos capaz de
 as concluir. 1 2 3 4 5 6 7

Costumo acordar sem a sensação de exaustão
 ou fadiga. 1 2 3 4 5 6 7

Acordo repetidamente durante a noite. 1 2 3 4 5 6 7
 Se sim, considera isso um problema? Sim / Não

Sinto que consigo lidar com os problemas
 do dia a dia como era costume. 1 2 3 4 5 6 7

Legenda

- 1 – discordo completamente
- 2 – discordo muito
- 3 – discordo moderadamente
- 4 – não concordo nem discordo
- 5 – concordo moderadamente
- 6 – concordo muito
- 7 – concordo completamente

Sinto que quero desistir de me esforçar. 1 2 3 4 5 6 7

Pequenas coisas têm-me irritado mais ultimamente do que era costume. 1 2 3 4 5 6 7

Perco por completo a paciência mais facilmente que anteriormente. 1 2 3 4 5 6 7

Tenho tido a sensação de que já não tenho a garra de antigamente. 1 2 3 4 5 6 7

Tenho notado um decréscimo no meu apetite sexual ou no desejo de fazer amor. 1 2 3 4 5 6 7

Não se me tornou mais difícil resolver uma tarefa mental ou problema que requeira muita concentração. 1 2 3 4 5 6 7

Tenho uma dificuldade crescente em concentrar-me num único assunto por um período de tempo longo. 1 2 3 4 5 6 7

Sinto que o meu trabalho habitual se tornou tão exaustivo como se agora este se tratasse de uma montanha para escalar. 1 2 3 4 5 6 7

Acredito ter chegado a um beco sem saída. 1 2 3 4 5 6 7

Por vezes choro, ou tenho vontade de chorar. 1 2 3 4 5 6 7

ANEXO II

ESCALA DE GRAVIDADE DA FADIGA

ações:

ixo encontram-se uma série de afirmações acerca da sua fadiga. Por fadiga entendemos um estado de
aço, falta de energia ou exaustão total.

favor, leia cada uma das afirmações e escolha de entre os números 1 a 7 que se encontram à frente da
nação, quanto concorda que a afirmação se aplicou a si nas **últimas duas semanas**. Se discorda
pletamente faça um círculo à volta do 1; se concorda completamente faça um círculo à volta do 7.
erá assinalar qualquer dos números (2,3,4,5,6) de acordo com a legenda apresentada.

- 1 – **discordo completamente**
- 2 – **discordo muito**
- 3 – **discordo moderadamente**
- 4 – **não concordo nem discordo**
- 5 – **concordo moderadamente**
- 6 – **concordo muito**
- 7 – **concordo plenamente**

A minha motivação diminui quando estou fatigado.	1	2	3	4	5	6	7
Os exercícios físicos deixam-me fatigado.	1	2	3	4	5	6	7
canso-me facilmente.	1	2	3	4	5	6	7
A fadiga interfere com a minha capacidade de fazer coisas, ou de funcionar fisicamente.	1	2	3	4	5	6	7
Muitas vezes, a fadiga causa-me problemas.	1	2	3	4	5	6	7
A fadiga impede-me de fazer exercício físico prolongado.	1	2	3	4	5	6	7
A fadiga interfere com o desempenho de certas obrigações e responsabilidades.	1	2	3	4	5	6	7
A minha fadiga interfere seriamente com a minha vida normal.	1	2	3	4	5	6	7
A minha fadiga interfere com o meu trabalho, com a vida familiar, ou com a vida social.	1	2	3	4	5	6	7

Quanto fatigado se sentiu nas **últimas duas semanas**? Coloque uma marca na linha recta
para indicar quanta fadiga tem sentido.

nhuma _____ Fadiga
adiga _____ Total

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO III

**ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO
DA DEPRESSÃO DE ZUNG**

favor, leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas escolha a alternativa (1, 2, 3, 4) que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

	1-Raramente	2-Por vezes	3-Muitas vezes	4-Quase sempre
Sinto-me abatido e sem coragem.	1	2	3	4
É de manhã que me sinto melhor.	1	2	3	4
Tenho crises de choro ou momentos em que me sinto a ponto de chorar.	1	2	3	4
Tenho insónia.	1	2	3	4
Vou comendo como de costume.	1	2	3	4
Mantenho relações sexuais satisfatórias.	1	2	3	4
Noto que estou a emagrecer.	1	2	3	4
Sofro de prisão de ventre.	1	2	3	4
Sinto o coração bater mais depressa que o habitual.	1	2	3	4
Canso-me com qualquer coisa.	1	2	3	4
Sinto a mente lúcida como de costume.	1	2	3	4
Não encontro dificuldade em fazer o que costumava fazer.	1	2	3	4
Ando irrequieto e não consigo estar parado.	1	2	3	4
Tenho confiança no futuro.	1	2	3	4
Estou mais irritável que o habitual.	1	2	3	4
Não me parece difícil tomar decisões.	1	2	3	4
Sinto que sou útil e necessário.	1	2	3	4
A minha vida é razoavelmente plena.	1	2	3	4
Sinto que os outros estariam bem melhor se eu morresse.	1	2	3	4
Ainda sinto prazer com as coisas que costumava fazer.	1	2	3	4

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO IV

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE STRESS

As questões desta escala são sobre os seus sentimentos e pensamentos ao longo do último mês.

Cada questão deverá responder com que frequência sentiu ou pensou de determinada forma. Apesar de algumas questões serem semelhantes, existem algumas semelhanças entre elas, pelo que deverão ser avaliadas separadamente.

Queremos-lhe que ao responder o faça com rapidez, ou seja, não tente contar o número de vezes que lhe aconteceram, mas sim, escolher a alternativa que pensa ser a mais adequada, das cinco apresentadas.

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Algumas vezes
- 4 – Quase sempre
- 5 – Sempre

último mês...

...com que frequência se sentiu aborrecido ao acontecer-lhe algo de imprevisto?	1	2	3	4	5
...com que frequência se sentiu incapaz de controlar assuntos importantes da sua vida?	1	2	3	4	5
...com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?	1	2	3	4	5
...com que frequência encarou com optimismo as dificuldades da vida?	1	2	3	4	5
...com que frequência conseguiu lidar realmente com alterações importantes que tenham ocorrido na sua vida?	1	2	3	4	5
...com que frequência se sentiu confiante relativamente à sua capacidade de lidar com os seus problemas pessoais?	1	2	3	4	5
...com que frequência sentiu que a sua vida corria como você queria?	1	2	3	4	5
...com que frequência pensou que não conseguia lidar com as tarefas que tinha para realizar?	1	2	3	4	5
...com que frequência foi capaz de lidar com as dificuldades da sua vida?	1	2	3	4	5
...com que frequência sentiu que conseguia controlar a sua vida?	1	2	3	4	5
...com que frequência se sentiu zangado ao acontecer-lhe algo que você não podia controlar?	1	2	3	4	5
...com que frequência pensou nos objectivos que tem para atingir?	1	2	3	4	5
...com que frequência pensa ter sido capaz de controlar o seu tempo?	1	2	3	4	5
...com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração.