

MORBILIDADE PSICOLÓGICA E REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA “HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE”(HADS)

Cláudia Sousa¹ & M. Graça Pereira²

¹Hospital S. João do Porto

²Universidade do Minho

RESUMO: A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença desmielinizante crónica podendo provocar incapacidade, frequentemente associadas a altos níveis de ansiedade e depressão dada as suas características de imprevisibilidade em termos de evolução. O objectivo do presente estudo foi o estudo das características psicométricas, nos doentes com EM, da escala “Hospital Anxiety & Depression Scale” (Zigmond & Snaith, 1983) e avaliar de que modo a morbilidade psicológica está relacionada com as representações na doença. A amostra incluiu 100 pacientes com Esclerose Múltipla. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Clínico e Socio-Demográfico; Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), “Illness Perception Questionnaire-Revised” (IPQ-R) (Weinman & Petrie, 1997). Os resultados revelaram que o HADS-total apresenta uma boa fidelidade (0,87), bem como uma boa consistência interna das duas sub-escalas HADS-A (0,81) HADS-D (0,78), e uma estrutura factorial de dois factores preconizados pelos autores originais. Em relação à morbilidade psicológica, as diferenças encontradas vão no sentido dos doentes com mais sintomatologia depressiva e ansiosa apresentarem uma percepção mais negativa e cíclica das consequências da doença, uma compreensão mais pobre da própria doença, bem como mais distress em relação à doença. Implicações dos resultados ao nível da intervenção são apresentados.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla, HADS, Morbilidade, Representações Doença.

PSYCHOLOGICAL MORBIDITY AND ILLNESS REPRESENTATION IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS: VALIDATION STUDY OF THE “HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE” (HADS)

ABSTRACT: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic demyelinating disease that may create incapacity often associated with anxiety and depression due to the unpredictable characteristics regarding its evolution. The goal of the present study was the study of psychometric characteristics, in patients with MS, of the psychometric characteristics of HADS (Zigmond & Snaith, 1983) and assess how psychological morbidity is related to illness representations. The sample for this study included 100 ambulatory patients with MS diagnosis. The instruments included were: Socio-demographic Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), “Illness Perception Questionnaire-Revised” (IPQ-R), (Weinman & Petrie, 1997). Results showed that Hads-total has a good consistency (.87) and the same holds true for its subscales HADS-A (0,81) HADS-D (0,78) and the factorial analysis showed two factors just like the original version (Zigmond & Snaith, 1983). In terms of morbidity, patients with more depression and anxiety showed a more negative and cyclic perception of disease consequences, a poor understanding of the disease and also more distress regarding the illness. Implications of results in terms of intervention are discussed.

Keywords: HADS, Illness representation, Morbidity, Multiple Sclerosis.

Recebido em 13 de Dezembro de 2006/aceite em 15 de Outubro de 2008

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença desmielinizante crónica que ataca a substância branca (mielina) do Sistema Nervoso Central (SNC), caracterizada por lesões disseminadas e múltiplos sintomas. Apesar de amplamente disseminada, há áreas de predilecção como as áreas periventriculares do cérebro, pedúnculo cerebral e medula espinhal (Meireles, 2000). O seu desenvolvimento é considerado imprevisível, tendo em conta que não é possível determinar a natureza, gravidade ou o momento da progressão da patologia em cada doente, afectando jovens adultos (entre os 20 e 45 anos) sendo o prognóstico individual incerto (Andrés & Guillem, 2000). Deste modo, a Esclerose Múltipla pode ser classificada de acordo com o tipo de evolução: recidivante-remittente (RR), secundária progressiva (SP) e primária progressiva (PP) (Lublin & Reingold, 1996).

A maioria dos pacientes com EM vive mais de metade das suas vidas com a doença e esta mantém-se presente devido aos factores físicos, psicológicos e sociais inerentes a uma doença crónica. Estes factores podem provocar incapacidade e impedimentos que por seu lado influenciarão a qualidade de vida destes doentes, que depende das condições individuais e sociais de cada indivíduo (Hernández, 2000).

Diversas investigações têm verificado uma relação entre o distress emocional e a EM (Devins & Seland, 1987; Minden & Schiffer, 1990; Schiffer, Caine, Banford, & Levy, 1983; Whitlock & Siskind, 1880). Os sintomas depressivos são muito frequentes na EM e presume-se que cerca de 50% dos pacientes sofrem destes sintomas (Sadovnick, Remick, Allen, Swartz, & Yee, 1996; Siegert & Abernethy, 2005). A explicação histórica da observação de depressão em pessoas com Esclerose Múltipla é de uma reacção a uma doença stressante com potenciais consequências em diversas áreas (família, social, emprego, independência nos cuidados) do dia-a-dia (Sadovnick et al., 1996). Ao longo da progressão da doença, a depressão pode ser evidente sob a forma de negação, mas a depressão patente parece aumentar e começa a ser mais aparente quando a capacidade funcional diminui. A deterioração dos sintomas e a falta de cura faz da EM uma doença bastante stressante, e as dificuldades de ajustamento são muito prevalentes.

Por seu lado, a ansiedade também está associada à EM, no entanto há pouca investigação que avalia esta relação (Joffe, Lippert, Gray, Sawa, & Horvath, 1987; Schiffer et al., 1983; Zorzon et al., 2001). Ansiedade é algo que os pacientes com EM experienciam muitas vezes tanto no seu curso normal da doença como devido a problemas específicos relacionadas ou não com a doença. O medo da dor ou da incapacidade, são frequentemente partilhadas por estes doentes, bem como a própria imprevisibilidade da doença poder causar ansiedade. Na realidade, existem trabalhos que sugerem que a prevalência da ansiedade nestes doentes varia entre 19% a 34% (Minden & Schiffer, 1990; Pepper, Krupp, Friedberg, Docher, & Coyle, 1993; Stenager, Knudsen, & Jensen, 1994; Smith & Young, 2000). Estudos recentes demonstraram que as mulheres com EM

desenvolvem mais ansiedade que os homens (Feinstein, O'Connor, & Feinstein, 1999), e que nos primeiros 2 anos após o diagnóstico de EM os doentes e parceiros apresentam altos níveis de ansiedade e distress (Jasssens et al., 2006). Segundo os autores, os estudos realizados apontam para altos níveis de incapacidade estarem associados a altos níveis de ansiedade e depressão e, em consequência disso, poderem afectar igualmente a qualidade de vida dos pacientes com EM.

Deste modo, o objectivo do presente estudo é por um lado avaliar a depressão e ansiedade nos doentes com Esclerose Múltipla e para esse efeito estudar a escala de avaliação "Hospital Anxiety and Depression Scale" (Zigmond & Snaith, 1993) e por outro avaliar de que modo a morbilidade psicológica está relacionada com as representações na doença.

MÉTODO

Participantes

A amostra da presente investigação foi constituída pelo universo de utentes do Hospital de S. João no Porto, especificamente da consulta externa de Neurologia e Psiquiatria. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de conveniência de 100 pacientes com Esclerose Múltipla clinicamente definida, pelos critérios de Poser, Paty, e Scheinberg, (1983). Estes critérios incluem a evidência clínica de duas ou mais lesões na substância branca em pelo menos duas ocasiões e ainda o uso dos parâmetros paraclínicos.

De acordo com estes critérios foram inquiridos 100 pacientes com Esclerose Múltipla a participação foi voluntária, sendo o consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo.

As principais características sócio-demográficas, clínicas e psicossociais da amostra estão apresentadas no Quadros 1 e 2. Os doentes com EM apresentam um valor médio na escala de depressão de 5.0 ($DP = 3.74$) e de 7.6 ($DP = 4.46$) na escala de ansiedade.

Material

A escolha dos instrumentos foi baseada na natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar e nas qualidades psicométricas destes. Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas nos doentes com EM foram: Questionário Clínico e Socio-Demográfico (Pereira & Sousa, 2001); "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), versão portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, e Silva (1999); "Illness Perception Questionnaire-Revised" (IPQ-R) (Weinman & Petrie, 1997), versão portuguesa de Figueiras e Alves (2007).

Quadro 1

Distribuição dos elementos da amostra (doentes com EM) segundo as suas características sócio-demográficas

Variáveis	N	Variáveis	N
Sexo		Estado Civil	
Feminino	75	(Após o diagnóstico)	
Masculino	25	Solteiro	21
		Casado	75
		Divorciado	3
		Viúvo	1
Idade		Nível de Escolaridade	
16-25	8	Primário	
26-35	28	Preparatório	22
36-45	34	Secundário	17
46-55	24	Superior	27
56-65	5		34
Estado Civil		Situação Profissional	
(antes do diagnóstico)		(após diagnóstico)	
Solteiro	33	Activo	53
Casado	64	Baixa	9
Divorciado	2	Desempregado	3
Viúvo	1	Reformado	27
		Doméstica	4
		Estudante	4

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). A avaliação da ansiedade e depressão foi realizada com o *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)*. Trata-se duma escala constituída por 14 itens (7 itens para avaliar a ansiedade e 7 itens para avaliar a depressão), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), para avaliar de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio. Apesar de ter sido desenvolvido para ser utilizado nestes doentes, é na actualidade largamente utilizado na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997).

Quadro 2

Distribuição dos doentes com EM segundo as suas características clínicas

Variáveis	N	Variáveis	N	Variáveis	N
Data Diagnóstico		Grau Incapacidade		Evolução	
Há 1-3 anos	42	EDSS<4	89	Benigna	0
4-6 anos	30	EDSS>4	11	Remissiva-Remitente	87
7-9 anos	9			Secundaria Progressiva	13
10 a mais anos	19			Primaria Progressiva	0
				Recorrente Progressiva	0
Data do Surto		Terapêutica			
1-3 anos	83	Sem	9		
4-6 anos	14	Com	91		
7-9 anos	21				
10 a mais anos					

Ao contrário de outras escalas e inventários para avaliar a ansiedade e depressão como o “Beck Depression Inventory” (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), “Zung Depression Scale” (Zung, 1965) e o “State Trait Anxiety Inventory” (Spielberger, Gorsuch & Luchene, 1970), que foram desenvolvidos e utilizados em contextos psiquiátricos, o HADS permite a avaliação dos níveis mais leves de distress em doentes com patologia física. Outro aspecto relevante, prende-se com o facto de o HADS não incluir itens focados em aspectos somáticos, o que é apropriado para doentes com patologia não psiquiátrica, visto que poderia elevar e falsear os resultados finais. Por exemplo, no caso dos doentes com Esclerose Múltipla, os sintomas de perda de energia e perda de interesse, podem constituir uma consequência directa do sintoma fadiga muito frequente nestes doentes e não estar directamente relacionado com depressão.

Quanto às características psicométricas, e no que se refere à validade de constructo do HADS, apesar de alguns estudos demonstrarem estruturas factoriais diferentes (Anderson, 1993; Lewis, 1991; Martin & Thompson, 2000), a confirmação dos dois factores da escala original preconizados pelos autores, é apoiado pelo estudo de Mooney et al. (1991), numa amostra de 586 doentes com cancro. Foram encontrados dois factores explicando 53% da variância. A correlação entre os dois factores foi de 0,37 para os homens e 0,55 para as mulheres. Num estudo mais alargado, realizado por Smith, Selby, Velikova, e Stark (2002), em 1474 doentes com cancro, confirma-se uma estrutura de dois factores para o HADS, que no seu conjunto explicam 49.18% da variância. Estes dois factores correlacionam-se significativamente e positivamente ($r=0,52$). Roberts, Bonnici, MacKinnon, e Worcester (2001), noutro estudo realizado em 167 mulheres com Enfarte Agudo Miocárdio (EAM) ou submetidas a cirurgia bypass da artéria coronária (CABG) (48% EAM e 52% CABG), encontraram resultados que apoiam também uma solução de dois factores. Segundo os autores, os dois factores explicam no seu conjunto, 41.4% da variância inicial (24,5% a ansiedade e 16,9% a depressão). Os resultados demonstraram uma elevada correlação entre os factores ansiedade e depressão ($r = 0.79$).

No que concerne à fidelidade, os coeficientes encontrados nas duas sub-escalas revelam uma elevada consistência interna (Mooney et al., 1991). De acordo com os autores, o coeficiente alfa de consistência interna de Cronbach é de 0,93 para a ansiedade e de 0,90 para a depressão. O coeficiente alfa de consistência interna de Cronbach para as duas sub-escalas no estudo de Smith e colaboradores (2002), foram respectivamente de 0,83 para a ansiedade e 0,79 para a depressão. Os coeficientes alfa de Cronbach obtidos no estudo de Roberts e colaboradores (2001), foram de 0,89 para os 14 itens da escala (HADS -Total), 0,85 para a ansiedade, e 0,80 para a depressão, demonstrando uma boa consistência interna. Num outro estudo realizado por Strik, Honing, Lousberg, e Denollet (2001), em 206 doentes com enfarte agudo do miocárdio (156 homens e 50 mulheres), os coeficientes alfa de consistência interna de Cronbach, foram respectivamente de 0,88 para o HADS-Total, 0,82 para a depressão e 0,83 para a ansiedade.

Outros estudos realizados confirmam uma elevada consistência interna, com o alfa de Cronbach a variar entre os 0,80 e 0,90 para as duas sub-escalas (Brandberg, Bolund, Sigurdardottir, Sjoden, & Sullivan, 1992; Herrmann & Buss, 1994; Martin & Thompson, 2000) e 0,82 para o total da escala (Martin & Thompson, 2000).

Diversos estudos de fidelidade teste-reteste realizados demonstraram uma elevada fidelidade após 3 semanas para a ansiedade (0,89), depressão (0,86) e resultado total (0,91) (Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens, & van Hemert, 1997). Além de 6 semanas também foi encontrada uma boa fidelidade teste-reteste, variando entre os 0,63 e 0,85, com correlações próximas dos 0,70 (Elliott, 1993; Herrmann & Buss, 1994; Strik et al., 2001). Os coeficientes de fidelidade teste-reteste para a escala total, sub-escala de ansiedade e sub-escala de depressão, entre a admissão e 2 meses de seguimento num estudo de Roberts e colaboradores (2001), eram respectivamente de 0,78, 0,79 e 0,63. Estes resultados demonstram uma boa estabilidade teste-reteste durante o período de 8 semanas. A correlação entre as sub-escalas era de 0,60.

O HADS é uma escala de auto-administração e demora cerca de 10 minutos a ser preenchida. O modo de resposta dos 14 itens da escala varia de zero (0 - Baixo) a três (3 - Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher aquela que se adapta à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados totais de cada subescala variam de 0 a 21, resultantes da soma dos valores dos itens de cada subescala. Os valores mais elevados indicam níveis elevados de ansiedade e depressão. Resultados elevados em cada subescala indicadores de maior ansiedade e depressão.

De acordo com um estudo realizado por Zigmond e Snaith (1983), em 100 doentes com diferentes queixas de doenças física e em tratamento ambulatorio, as pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada subescala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica. Os autores sugerem o valor de oito (8) como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Por outro lado, consideram que a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), Leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21) (Snaith & Zigmond, 1994). Os mesmos autores referem que pode ser usado uma pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional ou distress.

Existe uma versão portuguesa da escala que teve por base 1331 sujeitos, doentes com cancro, AVC, epilepsia, diabetes tipo II, doença cardíaca coronária, obesidade mórbida, depressão, distrofia miotónica, apneia do sono e um grupo controlo de sujeitos saudáveis, não se tendo registado alterações relativamente á forma original tendo esta versão portuguesa apresentado propriedades psicométricas semelhantes a original (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, &

Baltar, 2007; Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2006).

Illness Perception Questionnaire-Revised. As representações da doença foram avaliadas através do “*Illness Perception Questionnaire-Revised*” que avalia quantitativamente as cinco componentes das representações cognitivas da doença (identidade, consequências, duração, controlo/cura e causas) em doentes com patologia crónica (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984).

A escala de identidade é cotada através da soma dos resultados dos sintomas seleccionados pelos sujeitos. Assim um resultado elevado significa um maior número de sintomas que o sujeito associa à doença. Por sua vez, um resultado elevado nas dimensões: “Duração” significa percepção mais crónica da doença; nas “Consequências”, percepção negativa das consequências; nas subescalas “Controlo Pessoal”, e “Controlo de Tratamento”, maior controlo respectivamente; na “Coerência”, uma compreensão pobre da doença; na “Duração Cíclica”, percepção mais cíclica e por último na “Representação Emocional”, emoções negativas associadas à doença. Em relação à subescala “Causas” dado tratar-se de atribuições causais específicas que só em algumas situações pode ser apropriado agrupar ou combinar, não foi incluída no presente estudo dado não se enquadrar nos seus objectivos.

Procedimento

Por motivos metodológicos e operacionais os doentes de ambos os sexos com diagnóstico de EM foram avaliados no local da Consulta Externa de Doenças Desmielinizantes e Hospital de Dia de Neurologia e Psiquiatria do Hospital de S. João, no Porto.

Após o deferimento do pedido de autorização da comissão de ética, em conjunto com os neurologistas tendo em conta os critérios de Poser, iniciou-se a selecção dos doentes com EM. Os dados sócio-demográficos de carácter clínico/psicossocial foram retirados tanto das informações do processo do doente, bem como do livro de registo que todos os doentes de Esclerose Múltipla têm em seu poder.

Para o estudo do “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) foi feita uma análise das propriedades psicométricas (fidelidade e validade) do instrumento na amostra de doentes com esclerose múltipla utilizando-se o alfa de Cronbach e a análise em componentes principais. Na análise das diferenças entre os grupos recorreu-se ao t teste para amostras independentes.

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do HADS nesta amostra foi utilizada a versão experimental portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, e Silva (1999). As características psicométricas do HADS, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade semelhantes á escala original, e de outros estudos citados anteriormente.

RESULTADOS

Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do Alfa de Cronbach. No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa Cronbach, separadamente para as sub-escalas ansiedade e depressão e o cálculo do alfa de Cronbach para o total da escala, como medida de distress global, tal como efectuado pelos autores da escala original. O coeficiente de fidelidade para o HADS – total é de (0,87), indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 3), e as correlações dos itens com o total variam entre .39 e .68.

Quadro 3

Coefficientes de consistência interna de Cronbach do Hospital Anxiety and Depression Scale - versão adaptada em doentes com EM (14 itens) (N=100)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Desvio padrão se eliminado	Correlação com total (corrigido)	Alfa se item eliminado
1 A	11.21	45.84	0.90	0.67	0.84
2 D	12.16	49.63	0.71	0.47	0.86
3 A	11.59	47.13	0.93	0.53	0.85
4 D	12.18	48.99	0.64	0.61	0.85
5 A	11.24	45.82	1.03	0.57	0.85
6 D	11.83	48.20	0.74	0.59	0.85
7 A	11.60	46.54	0.82	0.68	0.84
8 D	11.12	47.98	1.02	0.41	0.86
9 A	11.82	46.71	0.92	0.58	0.85
10 D	12.40	47.79	0.91	0.50	0.85
11 A	11.34	47.96	1.06	0.39	0.86
12 D	11.87	47.08	0.88	0.58	0.85
13 A	12.08	49.81	0.79	0.40	0.86

Sumário da Escala: $M = 12,64$; $DP = 7,41$; Alfa de Cronbach Total = 0,87

A análise das correlações dos itens do HADS-A (ansiedade) com o total da escala, corrigido para sobreposição, revelou que todos os itens apresentavam correlações acima de 0,36, variando entre 0,36 e 0,67. Nas correlações do HADS-D (depressão) com o total da escala, corrigido para sobreposição, os valores obtidos situam-se acima dos 0,25, variando entre 0,25 e 0,62. O coeficiente de fidelidade para a sub-escala HADS-A é de 0,81 e para a sub-escala HADS-D é de 0,78, o que revela uma boa consistência interna em ambos os casos.

Embora a eliminação dos itens 11 A e 14 D fizessem subir o alfa global das respectivas subescalas, decidimos mantê-los porque clinicamente falando são itens sig-

nificativos e quando eliminados não alterarem o coeficiente de fidelidade de forma significativa. Além disso, o item 11A tem coeficiente de $>0,40$ no factor respectivo e o 14 D aproximadamente $0,40$ no factor depressão. Em relação a este último item abordá-lo-emos de forma mais específica a propósito do estudo de validade.

Quadro 4

Coefficiente de Consistência Interna de Cronbach do HADS-A (Ansiedade) e HADS-D (Depressão)(N=100)

Ansiedade	Correlação com Total	Alfa se item r eliminado
1 A	0.67	0.76
3 A	0.56	0.78
5 A	0.62	0.76
7 A	0.58	0.77
9 A	0.60	0.77
11 A	0.36	0.82
13 A	0.43	0.80
2D	0.59	0.73
4D	0.58	0.74
6D	0.57	0.73
8D	0.37	0.78
10D	0.59	0.72
12D	0.62	0.72
14D	0.25	0.79

Sumário da Escala Ansiedade: $M = 5,04$; $DP = 3,73$; Alfa Cronbach Total = $0,78$

Validade

Antes de se realizar a análise factorial procedeu-se à análise do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e do teste de *esfericidade de Bartlet (TEB)*, para verificar se as características dos dados seriam adequadas para se proceder a uma análise factorial. A análise dos valores obtidos pelo KMO ($0,845$) e pelo TEB ($523,09$, $p < .000$), confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

A validade de constructo foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax. A análise factorial a dois factores explicou $50,01\%$ da variabilidade total (quadro 6).

O primeiro factor (depressão) explica 38% da variância total (eigenvalue de $5,3$) e o segundo factor (ansiedade) explica $11,62\%$ da variância total (eigenvalue de $1,6$), explicando no seu conjunto 50% da variância total inicial. Os factores que tinham eigenvalue <1 não foram considerados nas análises subsequentes. Os resultados desta análise revelam que os 14 itens da versão original não se organizam exactamente pelos dois factores de acordo com o modelo original de Zigmond e Snaith (1983).

Quadro 5

Estrutura factorial do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Versão Adaptada em doentes com EM (N=100)

Variável	Factor 1	Factor 2
1 A	0.54	0.51
2 D	0.78	
3 A		0.67
4 D	0.67	
5 A		0.59
6 D	0.69	
7 A	0.65	0.39
8 D	0.58	
9 A		0.62
10 D	0.67	
11 A		0.50
12 D	0.64	
13 A		0.76
14 D	0.35	0.66
Eigenvalue	5.3	1.6
Variância explicada	38.39	11.62

O quadro demonstra que os itens da ansiedade e depressão apresentam carga factorial nos factores separados correspondentes. Uma excepção é o item 1 “Sintome tenso”, que apresenta carga factorial superior a 5 nos dois factores e que portanto decidimos manter no factor original (ansiedade). Verifica-se ainda, que o item 7A satura melhor o factor depressão enquanto o item 14D satura melhor o factor ansiedade na nossa amostra. Ambos os itens apresentam contudo, um valor próximo a 0,40 no factor correspondente. De qualquer forma, voltamos a realizar o estudo da fidelidade segundo estes resultados e verificamos que com as alterações, a sub-escala de depressão passava a apresentar um coeficiente alfa Cronbach de 0,82 e a sub-escala da ansiedade um coeficiente alfa Cronbach de 0,79. Dado que as alterações não eram significativas (0,81 para 0,82 na escala de Depressão e 0,78 para 0,79 na escala de Ansiedade) e tendo em consideração a saturação próxima de 0,40 dos referidos itens, decidimos manter a estrutura original definida pelos autores.

Representações de Doença e Morbilidade Psicológica em Doentes com EM

Para definirmos os dois grupos contrastantes no caso das sub-escalas de depressão e ansiedade, foi utilizado o ponto corte de 8 de acordo com os autores da escala (Zigmond & Snaith, 1983).

Os resultados revelam diferenças significativas que vão no sentido dos doentes com mais sintomatologia depressiva percepcionarem mais sintomas da doença, percepção mais negativa e cíclica das consequências da doença, uma compreensão mais pobre da própria doença, bem como mais distress em relação à doença. À excepção da dimensão da duração, verifica-se assim diferenças significativas em todas as dimensões do IPQ-R (quadro 6).

Quadro 6

Resultados do t teste entre os grupos com depressão baixa e alta ao nível da representação da Doença

Variáveis (IPQ)	Grupo 1 (n = 70) M	Grupo 2 (n = 30) M	t	p
Identidade	4.63	6.80	-4.018	.0001
Duração	3.62	3.78	-1.210	.229
Consequências	3.05	3.68	-4.320	.0001
Coerência	2.50	3.16	-4.054	.0001
Duração Cíclica	3.41	3.80	-2.512	.014
Representação Emocional	3.05	3.88	-4.813	.0001

Por seu lado, os doentes com mais sintomatologia ansiosa percebem mais sintomas da doença, percepção mais negativa e cíclica das consequências da doença, uma compreensão mais pobre da própria doença, bem como mais distress em relação à doença. À exceção da dimensão da duração, verifica-se assim diferenças significativas em todas as dimensões do IPQ-R (quadro 7).

Quadro 7

Resultados do t teste entre os grupos com ansiedade baixa e alta ao nível da representação da Doença

Variáveis	Grupo 1 (n = 55) M	Grupo 2 (n = 45) M	t	p
Identidade	4,36	6,40	-4.103	.0001
Duração Aguda	3,55	3,81	-2,119	.377
Consequências	2,94	3,60	-5,056	.0001
Coerência	2,39	3,08	-4,718	.0001
Duração cíclica	3,29	3,82	-3,918	.0001
Representação Emocional	2,85	3,84	-6,692	.0001

DISCUSSÃO

De acordo com o ponto de corte definido pelos autores originais 8/9, a nossa amostra não apresenta nem depressão nem ansiedade embora o valor da ansiedade 7.6 esteja bastante próximo do valor clínico. Embora, o valor de ponto de corte não tenha sido estudado para a nossa amostra nem para população portuguesa, dada a semelhança das propriedades psicométricas, entre ambas as versões pode-se assumir esse valor para efeito de rastreio (Pais-Ribeiro et al., 2007).

A análise das propriedades psicométricas do HADS nesta amostra, revela uma boa fidelidade no HADS total (0,87), bem como uma boa consistência interna das duas sub-escalas HADS-A (0,81) HADS-D (0,78), por esta análise dos coeficientes de consistência interna do alfa de Cronbach do HADS total e sub-escalas, é possível constatar que os valores obtidos são semelhantes aos obtidos noutros estudos (Moorey et al., 1991; Roberts et al., 2001, Smith et al., 2002; Strick et al., 2001), revelando uma elevada consistência interna desta escala.

Por sua vez, o estudo da validade vai no sentido de uma estrutura factorial de dois factores (depressão e ansiedade) preconizados pelos autores (Zigmond & Snaith, 1983).

Em relação às representações de doença, os resultados obtidos corroboram a literatura científica nesta matéria. Na realidade, o estudo de Jopson e Moss-Morris (2003), revelou que as crenças pessoais dos pacientes acerca da Esclerose Múltipla desempenham um papel no seu ajustamento à doença. Verificaram igualmente que aspectos afectivos e comportamentais podem afectar as representações da doença.

Em relação à mobilidade psicológica (sintomas depressivos e ansiosos), verificou-se que as diferenças encontradas vão no sentido dos doentes com mais sintomatologia depressiva e ansiosa apresentarem uma percepção mais negativa e cíclica das consequências da doença, uma compreensão mais pobre da própria doença, bem como mais distress em relação à doença.

Em relação à dimensão “identidade dos sintomas”, verificamos que os doentes da nossa amostra com mais sintomatologia depressiva e ansiosa identificam mais sintomas. Sabe-se que identidade ou a tendência de atribuir um grande número de sintomas à EM está muitas vezes associada com a fadiga e ansiedade (Jopson & Moss-Morris, 2003). Visto a EM ser uma doença imprevisível e com uma variedade de sintomas que variam de pessoa para pessoa, é fácil perceber como os pacientes muitas vezes fazem falsas atribuições aos seus sintomas diários, como por exemplo dores de cabeça ou dores de garganta sempre associados à EM (Leventhal et al., 1984). Esta identificação de sintomas também está intimamente ligada a um processo somático interno. Neste sentido existem doentes que são mais focalizados nas sensações do corpo e tendenciosamente experienciam mais sintomas (Vercoulen et al., 1996).

Em relação à morbidade psicológica, acredita-se que a doença tem sérias consequências relacionadas com medidas de incapacidade, representações emocionais, depressão e baixa auto-estima (Jopson & Moss-Morris, 2003). Isto é consistente com outros estudos que mostraram que um constructo relacionado com a percepção intrusiva da doença nas actividades do dia-a-dia, está associado à depressão e ao ajustamento à EM (Mohr & Cox, 2001). No nosso estudo, verificamos que compreensão pobre acerca da doença está associada à sintomatologia depressiva e ansiosa. Estas diferenças vão no sentido de alguns estudos que referem que a falta de coerência ou compreensão sobre a doença está relacionada com um funcionamento psicossocial pobre, representações emocionais negativas e baixa auto-estima (Jopson & Moss-Morris, 2003).

Foi varias vezes reportado na literatura que os doentes com EM tendem a apresentar altos níveis de depressão e ansiedade quando comparados com outras amostras clínicas (Schubert & Foliart, 1993, Cleeland, Mathews, & Hopper, 1970). Estes resultados produzem um modesto suporte para argumentar que as representações da doença podem ser formadas em função da experiência pessoal. Deste modo, parece-nos evidente que quando os doentes com EM apresentam depressão ou ansiedade, a forma como vivenciam ou experienciam a sua doença será diferente daqueles que não apresentam distress significativo.

Em termos de investigação este estudo de adaptação do “Hospital Anxiety and Depression Scale” pretende ser uma mais-valia em futuros trabalhos de investigação que utilizem este instrumento. Com o auxílio de um instrumento como o HADS poderemos ter uma melhor compreensão do sofrimento psicológico a que os doentes com EM estão sujeito e, assim, melhor delinear e orientar o trabalho de intervenção. Existem várias formas de intervenção no sentido de melhorar o sofrimento psicológico associado a doenças incapacitantes e imprevisíveis na sua evolução como é a EM. A presença e influência dos factores psicológicos, em especial a sintomatologia depressiva e ansiosa, como reacções face ao diagnóstico e ao longo de todo o curso incerto e imprevisível que caracteriza a EM, devem ser tidas em consideração. Deste modo, a intervenção terapêutica deve direccionar-se para um tratamento multidisciplinar no sentido de diminuir o impacto e a progressão da doença aumentando a qualidade de vida dos doentes com EM.

REFERÊNCIAS

- Anderson E. (1993). The Hospital Anxiety and Depression Scale: Homogeneity of the subscales. *Social Behavior and Personality*, 210, 197-204.
- Andrés, C., & Guillem, A. (2000). Una aproximación sobre la calidad de vida en pacientes com esclerosis múltiple. *Revista Neurology*, 30, 1229-1234.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive General Psychiatry*, 4, 561-71.
- Brandberg, Y., Bolund, C. Sigurdardottir, V., Sjoden, P.O., & Sullivan, M. (1992). Anxiety and depression symptoms at different stages of malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 1, 71-78.
- Cleeland, C.S., Mathews, C.G., & Hopper, C.L. (1970). MMPI profiles in exacerbation and remission of multiple sclerosis. *Psychological Reports*, 27, 373-374.
- Devins, G.M., & Seland, T.P. (1987). Emotional impact of multiple sclerosis. Recent findings and suggestions for future research. *Psychological Bulletin*, 101, 363-375.
- Elliott, D. (1993). Comparison of three instruments for measuring patient anxiety in a coronary care unit. *Intensive Critical Care Nursing*, 9, 195-200.
- Feinstein, A., Feinstein, K., Gray, T., & O'Connor, P. (1997). Prevalence of neurobehavioral correlates of pathological laughing and crying in multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 54, 1116-1121.

Feinstein, A., O'Connor, P., & Feinstein, K. (1999). The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 5, 323-326.

Figureiras, M.J., Alves, N. (2007) Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology & Health*. 22(2), 143-158.

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

Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.

Herrmann, C., & Buss, U. (1994). Vorstellung and Validierung erner deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depressin Scale" (HADS-skala) (Description and validation of a German version of the Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS Scale). *Diagnostics*, 40, 143-154.

Janssens, A.C.J.W., van Doorn, P.A., de Boer, J.B., Kalbers, N.F., van der Meché, F.G.A., Passchier, J., & Hintzen, R.Q. (2003). Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of lifew in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 9, 397-403.

Janssens, A. C. J. W., Buljevac, D., van Doorn, P. A., Van der Meché, F. G. A., Polman, C. H., Passchier, J., & Hintzen, R. Q. (2006) Prediction of anxiety and distress following diagnosis of multiple sclerosis: a two years longitudinal study. *Multiple sclerosis*, 12, 794-801.

Joffe, R.T., Lippert, G.P., Gray, T.A, Sawa, G., & Horvath, Z. (1987). Mood disorder and multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 44, 376-378.

Jopson, N.M., & Moss-Morris, R. (2003). The role of illness severity and illness representation in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 503-511.

Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J. (1984). *Illness representation and coping with health treatments*. In A. Baum, & J. Singer, (Eds). *An Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale (NJ), (pp. 219-52). Erlbaum.

Lewis, G. (1991). Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 26(6), 265-272.

Lublin, F. D., & Reingold, S. C. (1996). Defining clinical course of Multiple Sclerosis: results of an international survey. *Neurology*, 46, 907-911.

Martin, C. R., & Thompson, D. R. (2000). Apsychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 193-202.

McIntyre, M. T., Pereira, G., Soares, V., Gouveis, J., & Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*. Versão Portuguesa de investigação. Universidade do Minho, Departamento de Psicologia.

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

Minden, S. L., & Schiffer, R. B. (1990). Affective disorders in multiple sclerosis: review and recommendations for clinical research. *Archive Neurology*, 47, 98-104.

Mohr, D.C., & Cox, D. (2001). Multiple Sclerosis: Empirical Literature for the Clinical Health Psychological. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 479-499.

Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., et al. (1991). The factor struture and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal Psychiatry*, 158, 255-259.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225-237.

Pepper, C. M., Krupp, L. B., Friedberg, F., Doscher, C., & Coyle, P. K. (1993). A comparison of neuropsychiatric characteristics in chronic fatigue syndrome, multiple sclerosis, and major depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 200-205.

Poser, C., Paty, D., & Scheinberg, L. (1983). New diagnostic criteria for multiple sclerosis: Guidelines for research protocols. *Annual Neurology*, 13, 227-231.

Roberts, S., Bonnici, D., Mackinnon, A., & Worcester, M. (2001). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among female cardiac patient. *British Journal of Health Psychology*, 6, 373-380.

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

Schiffer, R. B., Caine, E. D., Bamford, K. A., & Levy, M. (1983). Depressive episodes in patients with multiple sclerosis. *American Journal Psychiatry*, 140, 1498-1500.

Schubert, S. P., & Foliart, R. H. (1993). Increased Depression in Multiple sclerosis Patients. *AMeta-Analysis. Psychosomatic*, 34, (2), 124-130.

Siegert, R. J., & Abernethy, D. A. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 76, 469-475.

Silva, L., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospita Anxiety and Depression Scale á população portuguesa com a doença crónica. *Psychologica*, 41, 193-204.

Smith, A. B., Selby, P. J., Velikova, G., & Stark, D. (2002). Factor analysis of the Hospital anxiety and depression Scale from the large cancer population. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 165-177.

Smith, S. J., & Young, CA. (2000) The role of affect on the perception of disability in multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 14, 50-54.

Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.

Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G., Speckens, A. E., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychology Medicine*, 27, 363-370.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Luchene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) test manual for form X*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California.

Stenager, E., Knudsen, L., & Jensen, K. (1994). Multiple sclerosis: correlation of anxiety, physical impairment and cognitive dysfunction. *Italian Journal Science*, 15(2), 97-101.

Strik, J., Honing, A., Lousberg, R., & Denollet J. (2001). Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 42, 423-429.

Vercoulen, J. H., Hommes, O. R., Swanink, C. M., Jongen, P. J., Fennis, J. F., Galama, J. M., et al. (1996). The measurement of fatigue in patients with multiple sclerosis. A multidimensional comparison with patients with chronic fatigue syndrome and healthy subjects. *Archive Neurology*, 53(7), 642-649.

Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perception: a new paradigm for psychosomatics? *Journal Psychosomatic Research*, 42(2), 113-6.

Whitlock, F. A., & Siskind, M. M. (1980). Depression as a major symptom of multiple sclerosis. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, *43*, 861-865.

Zigmond, A. S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, *7*, 361-370

Zorzon, M., Masi, R., Nasuelli, D., Ukmar, M., Mucelli, R. P., Cazzato, G., Bratina, A., & Zivadinov, R. (2001). Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. *Journal of Neurology*, *248*, (5), 1432-1459.

Zung, K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 63-70.