

## A influência do sentido de vida e de fatores psicossociais na qualidade de vida de doentes com esclerose múltipla

Catarina Ramos Pinto\* / Marina Guerra\*\*

\* Santa Casa da Misericórdia de Vila Pouca de Aguiar, Vila Pouca de Aguiar, Portugal; \*\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Este estudo tem como objetivo analisar a influência do sentido de vida, suporte social, ansiedade e depressão na perceção de qualidade de vida de pessoas com Esclerose Múltipla (EM). A amostra, constituída por 30 indivíduos com diagnóstico médico confirmado de EM, sendo 56.7% mulheres, e com uma média de idade de 48.17 anos, respondeu aos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, *Escala de Sentido de Vida*, *Escala de Suporte Social*, *HADS* e *WHOQOL-Bref*. Efetuaram-se modelos de regressão para analisar os determinantes dos vários domínios da qualidade de vida, tendo-se observado os seguintes determinantes: para a faceta *Geral da Qualidade de Vida* e para o domínio de *Relações Sociais*, a *Depressão*; para o domínio Físico, a *Depressão* e *Subdiagnóstico de EM*; para os domínios *Psicológico* e *Ambiente da Qualidade de Vida* observou-se um efeito significativo do *Sentido de Vida* e da *Ansiedade*. Este estudo aponta para a relevância da intervenção psicológica na melhoria da qualidade de vida na EM e, designadamente, para a importância da diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva e redescoberta do sentido de vida.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Esclerose múltipla, Ansiedade, Depressão, Sentido de vida, Suporte social.

A Esclerose Múltipla [EM] é a patologia não traumática mais comum do Sistema Nervoso Central (Abreu, Guimarães, Mendonça, & Sá, 2012). Identificada por muitos autores como sendo uma doença crónica, inflamatória e progressiva (Asiret & Özdemir, 2011; Beard, Richards, Sampson, & Tappenden, 2002; Colinet, 2013; Guerra, 2013; Richman & Schub, 2013), a EM insere-se no grupo de doenças autoimunes, sendo a causa mais frequente de incapacidade neurológica no indivíduo adulto (Abreu et al., 2012; Benito-León, González, Mitchell, & Rivera-Navarro, 2005).

De acordo com Benito-León e colaboradores (2005), a EM afeta um em cada 1.000 sujeitos, perfazendo uma estimativa de 2-2.5 milhões de indivíduos com esse diagnóstico médico em todo o Mundo (DeLuca & Nocentini, 2011; Richman & Schub, 2013).

Em Portugal estima-se que existam cerca de 5.000 indivíduos com EM, com uma taxa de prevalência bruta de 46.3 em cada 100.000 indivíduos (Becho et al., 2006).

A etiologia subjacente à EM permanece até à data desconhecida (Abreu et al., 2012; Colinet, 2013; Guerra, 2013). No entanto, a investigação científica contempla a possível interação de

---

Este trabalho foi financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-OE/PSI/UI0050/2014.

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Marina Guerra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen, 4200-135 Porto, Portugal. E-mail: mguerra@fpce.up.pt

diferentes fatores que poderão estar por detrás de alterações imunológicas (Guerra, 2013) e, consequentemente, “fenômenos de autoimunidade que têm por alvo a mielina” (Abreu et al., 2012, p. 6).

O curso da EM é marcado por surtos aleatórios e não identificáveis, evoluindo lentamente para uma forma progressiva (Kane, Turner, Wallin, Wilken, & Williams, 2006). Os sintomas que podem ser experienciados por indivíduos com esta patologia incluem entorpecimento, fadiga, problemas de visão, ataxia, espasticidade, problemas no controlo da micção e defecação, sensibilidade ao calor, disfunção sexual, fraqueza muscular, défices cognitivos, disartria e perda de sentidos (Colinet, 2013; Guerra, 2013).

O processo de adaptação a esta enfermidade caracteriza-se pela sua progressividade, estando dividido em etapas que conduzem a um processo de reestruturação da biografia individual, demarcado pela aceitação da nova condição de vida, reconhecimento de limites e controlo do futuro (Colinet, 2013).

A perceção da qualidade de vida após o diagnóstico médico de esclerose múltipla é sensível a um conjunto de variáveis que se expandem ao nível biológico, funcional, e social do indivíduo diagnosticado.

No âmbito físico, variáveis clínicas como a progressão da doença e o grau de incapacidade física foram associadas por Aghababian e colaboradores (2011) a níveis reduzidos na avaliação da qualidade de vida; já o fator tempo revelou efeitos contraditórios: Asenbaum e colaboradores (2004) concluíram que períodos mais extensos de adaptação desde o momento de diagnóstico estão negativamente associados a níveis elevados de bem-estar físico e emocional; por sua vez, Theofilou (2013) refere que um período desde o diagnóstico de esclerose múltipla igual ou superior a quatro anos estaria interligado a pontuações elevadas em todos os domínios da escala *WHOQOL-Bref*.

É cientificamente consensual que o domínio físico da EM não engloba todos os aspetos considerados importantes pelos indivíduos com esta enfermidade aquando da avaliação da perceção de qualidade de vida (Baumstarck et al., 2013). A investigação atual tem vindo a realçar a importância do domínio psicológico para uma boa adaptação à doença crónica (Ford, Jones, Middleton, Noble, & Osborne, 2012), com vários autores a observarem que na base de pontuações elevadas na escala de avaliação da qualidade de vida estavam, não só características do âmbito ambiental, como também fatores psicológicos (Baudo et al., 2006; El Bejjani et al., 2013; Theofilou, 2013). No enquadramento atual da Psicologia Positiva, a qualidade de vida tem sido positivamente associada ao bem-estar, a emoções positivas, a uma perceção de suporte social positiva e ao sentido de vida (Guerra, 2010).

O momento de diagnóstico e identificação da doença de EM cria uma desintegração da identidade nos indivíduos (Colinet, 2013), sendo necessário encontrar um ponto de equilíbrio “entre perdas e ganhos, dar significado para as atitudes e os eventos e ter um propósito na vida” (Sommerhalder, 2010, p. 271). Por outras palavras, aquilo a que Sommerhalder se refere é a necessidade de encontrar um novo sentido para a situação em que se encontra. Baumeister e Vohs (2002) defendem que ninguém nasce com um sentido de vida definido e que este deve ser aprendido, descoberto e criado, mesmo quando o processo se revela difícil – como no caso de doença crónica.

O sentido de vida foi pela primeira vez referenciado na literatura por Viktor Frankl (1978), que introduziu este componente no seu modelo de intervenção, a Logoterapia (terapia pelo sentido), considerando-o um fator protetor de estados de perturbação emocional (e.g., ansiedade e depressão).

O sentido de vida é percecionado por vários autores como um conceito que permite ao indivíduo dar coerência à sua vida pessoal e que o motiva na busca e no cumprimento de objetivos significativos. Desta forma, contribui para que o sujeito desenvolva as suas potencialidades e

permite a construção de um sentimento de realização existencial (Guerra, Lencastre, Silva, & Teixeira, 2017; Jim & Andersen, 2007; Steger, 2009).

Relativamente à EM, não foi encontrado, pelos autores desta investigação, nenhum estudo que se debruce sobre a associação da qualidade de vida com o conceito de sentido de vida. No entanto, o estudo desta variável psicológica associada à qualidade de vida percecionada por indivíduos com doenças crónicas tem sido largamente documentada.

O contributo da influência do sentido de vida na qualidade de vida na EM, apesar de exploratório e inovador no presente estudo, é simultaneamente fundamentado pela literatura noutras doenças. Esta variável psicossocial revelou-se associada ao bem-estar em pacientes com doenças crónicas (Dezutter et al., 2013) e à qualidade de vida em vários tipos de cancro (Guerra et al., 2017; Jim, Purnell, Richardson, Golden-Kreutz, & Andersen, 2006). A investigação atual revela, também, que um sentido de vida pessoal preservado ou restaurado pode assumir-se como recurso importante para o indivíduo, facilitando o processo de adaptação à doença e de superação da perda, tendo um papel importante na prevenção de perturbações de humor (Sommerhalder, 2010).

Um tema central observado pelos investigadores DeJean, Giacomini, Vanstone e Brundisini (2013) foi a relação existente entre a depressão, a ansiedade e o diagnóstico de uma doença crónica, com muitos pacientes a expressarem preocupação pelas mudanças subjacentes ao diagnóstico da doença. Embora considerados como ‘fatores passíveis de tratamento’, os problemas psicológicos são frequentemente sub diagnosticados pela comunidade médica (Christopoulos, Kitsos, Poullos, & Voumvourakis, 2013). Algumas investigações revelam que a depressão e ansiedade são as formas de psicopatologia mais frequentemente observadas na EM (Falvo, 2005), com transtornos somatoformes e episódios psicóticos a serem observados num número mais reduzido de doentes e onde a degeneração neurológica já atingiu níveis graves (Sá, 2008).

O impacto desta doença na saúde mental dos indivíduos tem sido alvo de estudos por parte de vários autores, sendo que Charcot, o pioneiro no campo da investigação dos distúrbios afetivos observados na EM (Kane et al., 2006), identificou a depressão como um dos problemas psiquiátricos que mais frequentemente podem advir do diagnóstico desta doença, parecendo afetar 50% dos indivíduos com esta condição médica (Bambara, Haselkorn, Turner, & Williams, 2011; Feinstein, 2011).

A ansiedade, por seu lado, é reportada como um sintoma incapacitante que afeta 37% dos casos de EM (Berres et al., 2008), embora a sua relação com esta enfermidade não se mostre clara para muitos investigadores (Feinstein & Korostil, 2007). No enquadramento da Logoterapia de Frankl (1978), a presença de ansiedade e depressão como condições comprometedoras da saúde mental geral seriam menos prevalentes, sendo protegidas pelo sentido de vida.

Não se pode ignorar o impacto negativo que estas perturbações de humor têm na qualidade de vida do indivíduo com esclerose múltipla (Bakshi & Janardhan, 2002; Feinstein, 2002; Metz, Patten, Reimer, & Wang, 2000). Salehpoor, Rezaei e Hosseininezhad (2014) observaram que sintomas psicológicos como a ansiedade e depressão estão significativamente relacionados com perceções negativas dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida em indivíduos com EM. Outras investigações (Baudo et al., 2006) comprovaram também que a presença de perturbações emocionais explicava as baixas pontuações encontradas em escalas de avaliação subjetiva da qualidade de vida de indivíduos com este diagnóstico médico.

A investigação científica tem vindo a reforçar a relação existente entre a qualidade de vida e o suporte social dos indivíduos com esta condição. Num estudo recente, Calheiros, Costa e Sá (2012) verificaram que esta variável psicossocial é um preditor importante em várias áreas da esfera de vida destes indivíduos. Também Soares (2006) verificou a importância do suporte social no processo de adaptação à EM, em especial na qualidade de vida. Recentemente, o novo racional de Psicologia Positiva veio enfatizar o papel positivo que este indicador, considerado como a

perceção de uma rede, ou conjunto de pessoas, que o sujeito dispõe em caso de necessidade, apresenta no processo de adaptação à doença crónica (Guerra, 2010).

A presente investigação tem como objetivo geral analisar a influência de variáveis psicossociais (sentido de vida, depressão, ansiedade e suporte social) na adaptação à EM, avaliada pela qualidade de vida. Pretende-se, assim, identificar quais os determinantes para os vários domínios da qualidade de vida em pessoas com diagnóstico clínico confirmado de EM.

É esperado que a seguinte investigação contribua para a compreensão das diferenças individuais observadas em doentes com esta condição degenerativa, assim como para uma melhor intervenção psicológica junto dos mesmos, enquadrada num racional Humanista revisitado pela Psicologia Positiva.

## Método

### *Participantes*

O presente estudo envolveu o recrutamento de uma amostra composta por 30 indivíduos com diagnóstico médico de EM, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos. O critério de inclusão para a participação neste estudo foi a presença de condições mentais/cognitivas que tornassem os indivíduos aptos para responder aos questionários. Para a validação deste critério, as investigadoras contaram com a ajuda do psicólogo da Instituição, que considerou capazes todos os pacientes que participaram neste estudo.

Em relação às características sociodemográficas dos participantes neste estudo, observa-se a prevalência do género feminino (56.7%). Relativamente à idade, esta varia entre os 24 e os 74 anos, com uma média de 48.17 anos ( $DP=2.70$ ). A maioria dos indivíduos era “casado” (43.3%), 23.3% eram solteiros e a restante percentagem a corresponder às opções “Divorciado(a)”, “Viúvo(a)” e “União de Facto” (20%, 10%, e 3.3%, respetivamente). Quanto aos anos de escolaridade, a média foi de 10.23 anos ( $DP=4.11$ ). No que reporta à atividade profissional, 53.3% dos participantes estavam ativos, 30% reformados e 10% desempregados.

O tempo de diagnóstico foi determinado a partir de um diagnóstico definitivo de EM certificado por uma equipa médica. Para a presente amostra, o período de tempo desde o diagnóstico médico de EM variou entre um e 30 anos, sendo a média 12.18 anos ( $DP=8.38$ ). Uma minoria de participantes (10%) admitiu não ter conhecimento do seu subtipo de EM, sendo que 36.7% dos doentes apresentavam uma EM Recidivante Remitente/Surto Remissão e também 36.7% uma EM Secundária Progressiva. Os restantes 16.7% foram diagnosticados com EM Primária Progressiva. Não se observam casos de EM Primária Recidivante. A maioria, 46.7%, faz tratamento injetável, 26.7% medicação oral e 10% recebem os dois tipos de tratamento.

### *Instrumentos*

A avaliação de sintomatologia depressiva e ansiosa foi feita com recurso à *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)*, cuja versão original foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983, citados por Ribeiro et al., 2007) e adaptada e validada por Ribeiro e colaboradores (2007) para a população portuguesa. Esta escala encontra-se dividida em duas subescalas – *Ansiedade e Depressão* –, cada uma delas constituída por sete itens. As respostas são avaliadas numa escala de 0 a 3, onde o valor mais baixo corresponde a uma descrição mais positiva do seu dia, observando-se o fenómeno inverso em relação ao valor mais alto. O resultado final pode variar entre zero e 21, considerando-se um valor superior a 7 indicador provável de depressão e/ou

ansiedade. O estudo de Sousa e Pereira (2008), de validação da HADS numa população com EM também reporta o mesmo valor como indiciador de depressão e ou ansiedade. A análise psicométrica da escala revela uma boa consistência interna em ambos os estudos (*alfa* de *Cronbach* de .81) por Ribeiro e colaboradores (2007) e (*alfa* de *Cronbach* de .87) por Sousa e Pereira (2008), confirmando a aplicabilidade da escala à amostra de indivíduos portugueses.

Para avaliar o suporte social foi utilizada a adaptação portuguesa de Guerra (1995) da *Instrumental-Expressive Social-Support Scale* (Lin, Dean, & Ensel, 1981, citados por Guerra, 1995). Os itens que constituem a versão final deste instrumento – que inclui 20 itens de autorresposta – estão organizados em cinco dimensões de suporte social: suporte sócio afetivo, controlo exercido pelos outros sobre si próprio, suporte financeiro, suporte familiar e suporte amoroso. A possibilidade de resposta a escala varia entre 1 (“Sempre ou quase sempre”) e 5 (“Nunca”), sendo a pontuação final obtida através da soma dos valores obtidos em cada item. As pontuações desta escala variam entre 20 e 80 valores, sendo que quanto maior for a pontuação, mais adequado será o suporte social do indivíduo. No campo da avaliação psicométrica, a variância acumulada da escala revela-se satisfatória (62.1%), observando-se também valores satisfatórios no que diz respeito à consistência interna (*alfa* de *Cronbach* de .83), validade fatorial e validade de item (Guerra, 1995).

O sentido de vida foi avaliado com recurso a uma escala unidimensional que integrava um dos fatores da escala de auto-actualização previamente construída por Guerra (1992). Posteriormente, foi reavaliada psicometricamente através de uma análise fatorial confirmatória, dando origem à *Escala de Sentido de Vida (ML scale)* (Guerra et al., 2017). Composta por sete itens, as respostas são tipo *Likert* com cinco opções de resposta que variam entre 1 (“Concordo Muito”) e 5 (“Discordo Muito”), sendo a cotação total obtida através da soma da pontuação atribuída a cada um dos itens, variando entre 7 e 35 valores. Quanto maior for o resultado final, maior é o sentido de vida do sujeito, invertendo-se a pontuação de alguns itens (1, 3, 4 e 7). A avaliação psicométrica do *alfa* foi de *Cronbach* de .76 para uma amostra conjunta de 200 homens e mulheres com cancro coloretal, considerando-se, portanto, satisfatória a aplicabilidade da escala à amostra pretendida.

A avaliação subjetiva da qualidade de vida foi realizada com recurso à versão portuguesa do inventário multidimensional e multicultural *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref)*, cujos autores responsáveis pela sua adaptação à população portuguesa foram Serra e colaboradores (2006). Este inventário é constituído por 26 itens que se encontram organizados em quatro domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*. Dois dos itens da escala providenciam uma avaliação da faceta *Geral* da *Qualidade de Vida*. Na avaliação da consistência interna, por exemplo, foram observados valores do  $\alpha$  de *Cronbach* de .64 – domínio social – e .87 – domínio físico. Parece, ainda, importante referir que os domínios da versão portuguesa do *WHOQOL-Bref* apresentam correlações elevadas com os obtidos do *WHOQOL-Bref* (WHOQOL Group, 1998, citados por Serra et al., 2006) e também com a versão mais longa do mesmo instrumento (Serra et al., 2006).

### *Procedimento*

Previamente ao início da recolha de dados, foi formulado um projeto de investigação que recebeu a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla.

Com o projeto já validado pelas entidades referentes, foram agendados os dias em que seriam recolhidos os dados, sendo as marcações sensíveis à disponibilidade, motivação, e condição de saúde dos indivíduos. Antes de qualquer recolha, foi explicado o tema em estudo e os seus

objetivos, sendo posteriormente pedida a assinatura do documento de Consentimento Informado onde os pacientes viram reforçadas as noções de anonimato e confidencialidade, o tempo de duração do preenchimento dos questionários e a possibilidade de negar a resposta a qualquer questão que lhe suscitasse sentimentos de desconforto. No que concerne o preenchimento, foi dada a oportunidade do mesmo ser feito de forma autónoma ou com recurso a terceiros. O protocolo foi administrado numa única sessão, tendo tido lugar num gabinete privado da Associação. Todos os indivíduos contactados para participarem no estudo aceitaram fazê-lo.

#### *Análises estatísticas*

No que diz respeito ao tratamento dos dados recolhidos foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences – Version 19 (SPSS v.19)*. Com recurso a este programa foram realizadas as análises necessárias para dar resposta aos objetivos traçados inicialmente (i.e., análises estatísticas, testes *t-Student*, testes *ANOVA*, testes de correlação e testes de regressão múltipla). Note-se que para cada análise foram tidas em consideração as pontuações totais de cada escala e/ou subescala utilizadas. Foram realizadas análises preliminares para assegurar o respeito dos pressupostos inerentes a cada teste, pelo que os resultados de seguida apresentados são válidos para a amostra em questão. Dado o número de indivíduos que compunham a amostra final, os modelos de regressão múltipla realizados incluem apenas duas variáveis independentes, como sugerido quer por Stevens (1996, citado por Pallant, 2011), quer por Tabachnick e Fidell (2007), sendo a contribuição de variância explicativa dos modelos a considerar a relativa ao *R ao quadrado ajustado* (Tabachnick & Fidell, 2007).

## **Resultados**

#### *Resultados descritivos*

Na Tabela 1 encontram-se as pontuações mínimas e máximas obtidas pela totalidade da amostra na *Escala de Sentido de Vida*, na *Escala de Suporte Social* e nas escalas de *Depressão* e *Ansiedade* da *HADS*. Apresenta-se, ainda, a média obtida para cada escala, assim como o respetivo desvio padrão.

Tabela 1

*Pontuações mínimas e máximas, médias e desvio padrão nas escalas Sentido de Vida, Suporte Social, Depressão, Ansiedade*

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sentido de Vida	30	17	35	25.37	4.97
Suporte Social	28	55	96	75.21	10.97
Depressão	30	1	12	6.27	3.01
Ansiedade	30	1	17	7.33	4.35

Denota-se que, de acordo com os autores que adaptaram a escala (Ribeiro et al., 2007; Sousa & Pereira, 2008), se considerarmos a indicação provável de depressão e ansiedade nos valores superiores a 7, a prevalência observada na presente amostra para a *Depressão* e *Ansiedade* é de 39.9% e 56.7%, respetivamente.



Em relação à *Qualidade de Vida*, variável resultado desta investigação, apresentam-se na Tabela 2 as pontuações mínimas e máximas obtidas em cada uma das dimensões do *WHOQOL-Bref* e na faceta *Geral*, bem como as respetivas médias e desvios padrão.

Tabela 2

*Pontuações mínimas e máximas, médias e desvio padrão nas dimensões e faceta geral do WHOQOL-Bref*

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Faceta Geral	30	0.00	87.50	51.67	17.90
Domínio Físico	30	21.43	78.57	55.12	15.63
Domínio Psicológico	29	4.17	87.50	60.20	19.47
Domínio das Relações Sociais	30	0.00	83.33	60.00	18.88
Domínio Ambiente	29	34.38	87.50	60.67	13.58

Embora as pontuações dos domínios avaliados pelo *WHOQOL-Bref* se tenham revelado muito próximas, salientam-se os domínios *Ambiente*, *Psicológico* e *Relações Sociais* como aqueles que pontuaram valores mais elevados.

#### *Associação entre as variáveis psicossociais e as dimensões da Qualidade de Vida*

Nesta fase de investigação, traçou-se como objetivo principal a descrição da força e da direção de uma relação linear entre duas ou mais variáveis.

Na Tabela 3 encontram-se as correlações entre as variáveis psicossociais do estudo e a variável dependente (*Qualidade de Vida*).

Tabela 3

*Correlações de Pearson entre as variáveis psicossociais e os domínios da Qualidade de Vida*

		Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Sentido de Vida	<i>r</i>	.564**	.441*	.582**	.306	.468*
	<i>N</i>	30	30	29	30	29
Suporte Social	<i>r</i>	.155	.364	.417*	.338	.553**
	<i>N</i>	28	28	27	28	27
Depressão	<i>r</i>	-.634**	-.486**	-.766**	-.454*	-.284
	<i>N</i>	30	30	29	30	29
Ansiedade	<i>r</i>	-.030	-.127	-.503**	-.315	-.415*
	<i>N</i>	30	30	29	30	29

Nota. \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.001$ .

Da análise efetuada verifica-se existir pelo menos uma correlação significativa entre as diferentes variáveis psicossociais e os domínios da variável resultado (*QV*), com as magnitudes a variar de baixas a moderadas. Os coeficientes mais fortes foram encontrados entre a *Depressão* e a faceta *Geral*, o domínio *Físico*, e o domínio *Psicológico* da *QV*. Também entre a variável *Ansiedade* e o domínio *Psicológico* foi observada uma correlação significativa.

Em relação ao *Sentido de Vida*, a maior correlação foi observada com a faceta *Geral* e com o domínio *Psicológico*. No domínio *Relações Sociais* não se observam efeitos significativos à

exceção da *Depressão*; no domínio *Ambiental* salienta-se a sua relação com o *Suporte Social*, *Sentido de Vida* e *Ansiedade*.

Adicionalmente foi verificada a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas nas variáveis dependentes. Verificou-se apenas uma correlação negativa moderada significativa entre o domínio *Físico* da *Qualidade de Vida* e o *Subtipo de Diagnóstico* ( $r=-.511$ ;  $p=.006$ ).

### *Determinantes da Qualidade de Vida*

Nesta investigação foram realizadas análises preliminares para assegurar a não violação dos pressupostos subjacentes às regressões múltiplas através do método *enter*, pelo que nos modelos de regressão apenas entraram como variáveis independentes duas variáveis. As mesmas foram selecionadas com base nas correlações e na revisão da literatura efetuada.

O *Sentido de Vida* e a *Depressão* foram as variáveis que entraram no modelo de regressão para a faceta *Geral* da *Qualidade de Vida*. O modelo é significativo [ $R^2_{Aj}=0.43$ ,  $F(2,27)=11.838$ ,  $p<.001$ ], explicando 43% da variância observada. No entanto, apenas a *Depressão* ( $B=-2.758$ ,  $\beta=-.463$ ,  $p=.011$ ,  $EP=1.005$ ,  $IC95\%$  [-4.820, -.697]) é determinante para a faceta *Geral* da *Qualidade de Vida*.

O domínio *Físico* da *Qualidade de Vida* foi determinado pelas variáveis *Depressão* e *Subtipo de Diagnóstico* [ $R^2_{Aj}=0.34$ ,  $F(2,24)=7.761$ ,  $p=.003$ ], explicando o modelo 34% da variância total observada nesta dimensão da *Qualidade de Vida*. As duas variáveis apresentam uma contribuição única e significativa, com a *Depressão* a ter uma contribuição inferior ( $B=-1.959$ ,  $\beta=-.377$ ,  $p=.032$ ,  $EP=.859$ ,  $IC95\%$  [-3.731, -.187]) à observada pelo *Subtipo de Diagnóstico* ( $B=-6.970$ ,  $\beta=-.410$ ,  $p=.020$ ,  $EP=2.805$ ,  $IC95\%$  [-12.759, -1.181]).

Para o domínio *Psicológico* da *Qualidade de Vida* foram consideradas as variáveis *Ansiedade* e *Sentido de Vida*. Estas variáveis constituem um modelo válido [ $R^2_{Aj}=.48$ ,  $F(2,26)=14.062$ ,  $p<.001$ ], explicando 48% da variância observada neste domínio. Ambas contribuem de forma única e significativa para o modelo preditor, com o *Sentido de Vida* a apresentar uma contribuição superior ( $B=-2.043$ ,  $\beta=-.522$ ,  $p=.001$ ,  $EP=.538$ ,  $IC95\%$  [.938, 3.148]) à contribuição observada na *Ansiedade* ( $B=-1.920$ ,  $\beta=-.429$ ,  $p=.004$ ,  $EP=.615$ ,  $IC95\%$  [-3.183, -.657]).

Para o domínio *Relações Sociais* entraram no modelo as variáveis *Depressão* e *Suporte Social*. O modelo revelou-se significativo [ $R^2_{Aj}=.19$ ,  $F(2,25)=4.065$ ,  $p=.030$ ], explicando 19% da variância total observada neste componente da *Qualidade de Vida*. Neste domínio, a *Depressão* ( $B=-2.411$ ,  $\beta=-.384$ ,  $p=.048$ ,  $EP=1.157$ ,  $IC95\%$  [-4.795, -.027]) é a única variável a determinar significativamente o domínio *Social* da *Qualidade de Vida*.

Para o domínio *Ambiente* foram identificados como determinantes o *Sentido de Vida* e a *Ansiedade*. Os resultados observados permitem constatar que o modelo é significativo [ $R^2_{Aj}=.29$ ,  $F(2,26)=6.797$ ,  $p=.004$ ], e explica 29% da variância. As duas variáveis apresentam uma contribuição única e significativa, com o *Sentido de Vida* a apresentar uma contribuição superior à *Ansiedade* ( $B=-1.140$ ,  $\beta=.417$ ,  $p=.015$ ,  $EP=.439$ ,  $IC95\%$  [.239, 2.042]) a ter uma contribuição superior à *Ansiedade* ( $B=-1.113$ ,  $\beta=-.356$ ,  $p=.035$ ,  $EP=.501$ ,  $IC95\%$  [-2.143, -.082]).

## **Discussão**

Os resultados observados ao nível do *Sentido de Vida* foram bons, considerando que a pontuação possível na presente escala varia entre 7 e 35 valores, estando a média obtida pela amostra acima do valor médio possível de obter na mesma.



Quanto à análise realizada ao indicador *Suporte Social*, o valor obtido neste estudo (cf. Tabela 1) é superior ao encontrado por Soares (2006) numa amostra portuguesa de EM ( $M=62.48$ ,  $DP=12.33$ ) com o mesmo instrumento de avaliação. Os dados observados neste estudo, cuja discussão teve em conta apenas os valores possíveis na escala utilizada e não um grupo de controlo, vêm confirmar o apontado por Calheiros e colaboradores (2012) de que indivíduos com esta condição médica tendem a revelar bons níveis de suporte social, o que vai influenciar o processo de adaptação à doença. É de notar que o fato de a amostra ter sido recolhida numa associação (*SPEM*) pode, também, ter influenciado positivamente a perceção de suporte social dos indivíduos neste estudo.

No presente estudo, a média observada nas subescalas de *Depressão* e *Ansiedade* foi semelhante aos valores encontrados por Sousa e Pereira (2008) numa população portuguesa com EM, significando que a média encontrada não é sugestiva de presença significativa destas perturbações. No que diz respeito à variável *Depressão*, encontramos uma prevalência provável de 39.9% desta perturbação de humor na amostra avaliada. Os resultados obtidos neste estudo foram superiores aos observados por Dahl, Lydersen, Midgard e Stordal (2009) relativamente à prevalência da depressão na EM, mas inferiores aos de Bambara e colaboradores (2011). Ressalta-se, assim, a influência negativa que esta perturbação tem em vários níveis de funcionamento do indivíduo, algo já observado por outros autores (Aarseth et al., 2008; Dlugonski, Motl, Sandroff, Suh, & Weikert, 2012).

Relativamente à *Ansiedade*, a prevalência provável encontrada foi de 56.7%, valor superior ao constatado por Berres e colaboradores (2008), e por Dahl e colaboradores (2009), que observaram diferenças significativas na avaliação desta variável, com os registos entre indivíduos com diagnóstico de EM a ter sensivelmente o dobro da prevalência do grupo de controlo (30.2% e 14.8% respetivamente). O resultado observado na variável *Ansiedade* vem, ainda, enfatizar o impacto clínico que esta variável pode ter no funcionamento diário e na qualidade de vida na EM.

De uma forma geral, a ansiedade e depressão revelaram-se elevadas na prevalência, mas se se considerar a gravidade das perturbações, podemos considerar que a maioria se situou na classificação de ligeira. O facto de pertencerem a uma Associação pode ter contribuído também para a redução da sua gravidade.

No que reporta os valores observados para as dimensões da *Qualidade de Vida* (cf. Tabela 2), as baixas pontuações na faceta *Geral* de *Qualidade de Vida* e no domínio *Físico* podem ser melhor compreendidas se for tida em consideração a incapacidade física e as limitações que acompanham o diagnóstico de EM. Dajić e Tadić (2013) defendem que, prioritariamente aos problemas observados ao nível da saúde mental, é a incapacidade física que mais significativamente contribui para valores reduzidos na avaliação da qualidade de vida. Beard e colaboradores (2002) observaram que indivíduos com diagnóstico de EM tendem a pontuar menos na escala de *Qualidade de Vida* quando em comparação com populações saudáveis. Os autores justificam esta diferença pela situação de desemprego, pela fadiga, pelas limitações funcionais e por outros sintomas que possam advir da doença. Para os domínios *Psicológico*, *Relações Sociais* e *Ambiente* da *Qualidade de Vida*, observamos que as médias do presente estudo são também inferiores às observadas por Serra e colaboradores (2006) para a população geral. Este é um resultado expectável em situação de doença, algo confirmado com outras doenças (Serra et al., 2006).

Em relação aos determinantes da *Qualidade de Vida*, a presença de sintomatologia depressiva revelou um efeito significativo na faceta *Geral* e nos domínios *Físico* e *Relações Sociais*, estando maiores níveis de depressão associados a piores perceções de qualidade de vida. Este resultado enfatiza o papel que a perturbação de humor depressivo tem no processo de adaptação à doença, e na avaliação geral da qualidade de vida do indivíduo (Chen, Fan, Hu, Li, & Yang, 2013; Feinstein, 2002). Embora o instrumento utilizado não permita, por si só, o diagnóstico de uma perturbação de humor depressivo, os resultados obtidos ressaltam o efeito negativo que este indicador pode ter a nível da funcionalidade e das relações sociais, com a lentificação e falta de vontade para manter contactos sociais a serem dois dos sintomas-resultado da depressão (APA, 2000).

Para o domínio *Relações Sociais*, a variável *Depressão* foi o único determinante significativo. O *Suporte Social* não contribuiu significativamente para este domínio da *Qualidade de Vida*, o que poderá ser explicado pelo tamanho reduzido da amostra. Levanta-se a hipótese de que se poderia observar uma relação significativa entre estes dois componentes numa amostra maior. É, no entanto, importante ter em consideração que este domínio da *Qualidade de Vida* é constituído apenas por três itens e apresenta um alfa de *Cronbach* baixo, podendo isto ser uma limitação de fiabilidade dos resultados encontrados.

A relação da variável *Depressão* com o domínio *Relações Sociais* da *Qualidade de Vida* poderá ser explicada pelo facto de a esta perturbação de humor estar associado o sintoma de isolamento social. A diminuição dos contactos sociais e a perda de interesse em atividades antes consideradas prazerosas podem ser resultado do diagnóstico e das consequências físicas que acompanham a doença; adicionalmente, estes dois aspetos poderão conduzir ao despoletar de maior sintomatologia depressiva que, por sua vez, irá refletir-se em maior escala no isolamento dos indivíduos.

Já no domínio *Físico*, além da *Depressão* aponta-se, também, o papel do *Subtipo de Diagnóstico*, cuja contribuição foi superior à observada na *Depressão*. A EM tem subjacentes a si sintomas físicos, cognitivos e emocionais que podem provocar limitações graves e incapacitantes no indivíduo (Richman & Schub, 2013). Ao subtipo de lesão está subjacente o grau de severidade do surto e o nível de incapacidade que poderá resultar deste. A perceção que o indivíduo com EM tem da sua qualidade de vida pode ser influenciada pelas consequências físicas que acompanham este diagnóstico, pela imagem que o indivíduo tem de si próprio, e pelos sintomas físicos que experiencia. Todos estes fatores poderão facilitar a sintomatologia depressiva que, por sua vez, irá influenciar diretamente este domínio da qualidade de vida.

No domínio *Psicológico*, o contributo observado nas variáveis escolhidas (i.e., *Ansiedade e Sentido de Vida*) vem enfatizar o já sustentado por vários autores relativamente ao papel que o sentido de vida tem no processo de adaptação ao diagnóstico de EM e o seu efeito protetor em relação a outros fatores de risco (e.g., ansiedade) (Andersen, Golden-Kreutz, Jim, Purnell, & Richardson, 2006; Frankl, 1978; Guerra et al., 2017; Jim & Andersen, 2007). Os resultados sublinham, ainda, a necessidade de alertar a comunidade médica para a avaliação de perturbações de ansiedade em indivíduos com esta condição degenerativa. A este facto aliam-se vários pontos: a relação que a ansiedade mantém com a depressão; o impacto que a mesma representa nas relações sociais do indivíduo diagnosticado; e o efeito incapacitante que esta pode ter ao nível da motivação e empenho em tarefas de índole física, psicológica ou ambiental (Janssens et al., 2003).

O resultado observado para a esfera *Ambiente* ao nível do *Sentido de Vida e Ansiedade* é bastante semelhante ao encontrado para o domínio *Psicológico*, com os resultados a enfatizarem a necessidade de não sub diagnosticar os sintomas ansiogénicos que acompanham este diagnóstico (Dahl et al., 2009). Esta necessidade crescente tem vindo a ser comprovada por autores que sublinham a influência major da ansiedade na qualidade de vida dos indivíduos com EM (Baudo et al., 2006; Kane et al., 2006). Adicionalmente, a presença de um sentido de vida preservado/restaurado está associada a uma perceção mais positiva da qualidade de vida, algo também sustentado pela literatura sobre este tema noutras patologias (Andersen et al., 2006; Guerra et al., 2017; Jim et al., 2006).

## Conclusão

O presente estudo nasceu da necessidade de perceber o que estava subjacente à perceção de qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de EM, tendo-se concluído que o sentido de

vida, a depressão, e a ansiedade são as variáveis psicológicas que mais parecem influenciar a qualidade de vida.

Nesta investigação, os participantes fizeram uma avaliação satisfatória da sua qualidade de vida, o que denota a capacidade dos indivíduos em conseguir encontrar um equilíbrio emocional e psicológico, dar significado às suas experiências, e encontrar recursos para combater sintomas emocionais que possam colocar em causa o seu bem-estar e qualidade de vida.

A *HADS* não é um instrumento próprio para avaliar a prevalência das perturbações de humor, sendo apenas um indicador da sua presença. Neste contexto, a leitura a extrair é que apesar da prevalência se ter mostrado elevada comparativamente a outros estudos, a gravidade das perturbações não o foi.

Verificamos nesta investigação que o subtipo de EM foi determinante para a qualidade de vida física dos sujeitos. Parece, por isso, importante sublinhar a esfera de sintomas e expressões clínicas que podem ser observadas nesta patologia, assim como as inevitáveis repercussões que resultam de cada surto.

O reduzido tamanho da amostra, a sua heterogeneidade sociodemográfica e clínica, e o facto de ter sido constituída por conveniência, são fatores que poderão ter limitado este estudo, designadamente no que se refere à sua representatividade e generalização dos resultados, limitando as análises estatísticas que foram realizadas.

Os resultados observados na presente investigação permitem identificar algumas implicações para a investigação e prática clínica. A realização de estudos de carácter longitudinal poderá permitir avaliar melhor a influência do tempo e tipo de diagnóstico e as suas implicações para a qualidade de vida no processo de adaptação.

Como principal conclusão desta investigação salienta-se a importância do sentido de vida para a qualidade de vida na Esclerose Múltipla. Esta constatação, pela primeira vez verificada do ponto de vista empírico, é teoricamente sustentada pelo enquadramento Humanista e vem abrir portas ao novo paradigma da Psicologia Positiva que recomendamos prosseguir em futuras investigações. Adicionalmente, esta variável pode ser aprofundada através da intervenção psicológica dirigida à motivação de cada ser humano na busca das suas realizações pessoais.

## Referências

- Aarseth, J. H., Beiske, A. G., Czujko, B., Myhr, K. M., Pedersen, E. D., Sandanger, I., & Svensson, E. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, *15*, 239-245. doi: 10.1111/j.1468-1331.2007.02041.x
- Abreu, P., Guimarães, J., Mendonça, M. T., & Sá, M. J. (2012). Esclerose múltipla: Epidemiologia, etiopatogenia, fisiopatologia e diagnóstico diferencial. *Sinapse – Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, *12*, 5.
- Aghababian, V., Auquier, P., Baumstarck-Barrau, K., Klemina, I., Pelletier, J., Reuter, F., & Simeoni, M. C. (2011). Cognitive function and quality of life in multiple sclerosis patients: A cross-sectional study. *BMC Neurology*, *11*, 17. doi: 10.1186/1471-2377-11-17
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, B. L., Golden-Kreutz, D., Jim, H. S., Purnell, J. Q., & Richardson, S. A. (2006). Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research*, *15*, 1355-1371. doi: 10.1007/s11136-006-0028-6

- Asenbaum, S., Klösch, G., Kollegger, H., Kristoferitsch, W., Lobentanz, I. S., Sauter, C., . . . Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: Disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*, *110*, 6-13. doi: 10.1111/j.1600-0404.2004.00257.x
- Asiret, G. D., & Özdemir, L. (2011). A holistic look at patients with multiple sclerosis: Focusing on social life, household and employment issues. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *57*, 19-24. doi: 10.4274/tftr.57.04
- Bakshi, R., & Janardhan, V. (2002). Quality of life in patients with multiple sclerosis: The impact of fatigue and depression. *Journal of the Neurological Sciences*, *205*, 51-58.
- Bambara, J. K., Haselkorn, J. K., Turner, A. P., & Williams, R. M. (2011). Perceived social support and depression among veterans with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, *33*, 1-8. doi: 10.3109/09638288.2010.481026
- Baudo, S., D'Alisa, S., Mauro, A., Miscio, G., Simone, A., & Tesio, L. (2006). Depression is the main determinant of quality of life in multiple sclerosis: A classification-regression (CART) study. *Disability and Rehabilitation*, *28*, 307-314. doi: 10.1080/09638280500191753
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Baumstarck, K., Boyer, L., Boucekine, M., Michel, P., Pelletier, J., & Auquier, P. (2013). Measuring the quality of life in patients with multiple sclerosis in clinical practice: A necessary challenge. *Multiple Sclerosis International*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2013/524894>
- Beard, S. M., Richards, R. G., Sampson, F. C., & Tappenden, P. (2002). A review of the natural history and epidemiology of multiple sclerosis: Implications for resource allocation and health economic models. *Health Technology Assessment Journal*, *6*, 1-73.
- Becho, J., De Sá, J., Marques, J., Mendes, H., Paulos, A., & Roxo, J. (2006). The prevalence of multiple sclerosis in the District of Santarém, Portugal. *Journal of Neurology*, *253*, 914-918.
- Benito-León, J., González, J. M. M., Mitchell, A. J., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: Integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurology*, *4*, 556-566. doi: 10.1016/S1474-4422(05)70166-6
- Berres, M., Ehrensperger, M. M., Grether, A., Kappos, L., Monsch, A. U., Romer, G., & Steck, B. (2008). Neuropsychological dysfunction, depression, physical disability, and coping processes in families with a parent affected by multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, *14*, 1106-1112. doi: 10.1177/1352458508093678
- Calheiros, J., Costa, D., & Sá, M. (2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *70*, 108-113.
- Chen, K., Fan, Y., Hu, R., Li, K., & Yang, T. (2013). Impact of depression, fatigue and disability on quality of life in Chinese patients with multiple sclerosis. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *29*, 108-112. doi: 10.1002/smi.2432
- Christopoulos, A. L., Kitsos, D. K., Poullos, A., & Voumvourakis, K. I. (2013). Mental health issues in multiple sclerosis patients and healthy controls and their association with disease related factors. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, *1*, 104-112.
- Colinet, S. (2013). The 'career' of people with multiple sclerosis: Three key moments. The start of the disease to the 'biographical work'. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, *144*, 127-138.
- Dahl, O.-P., Lydersen, S., Midgard, R., & Stordal, E. (2009). Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population-based study in Nord-Trøndelag County, Norway. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, *15*, 1495-1501. doi: 10.1177/1352458509351542

- Dajić, V., & Tadić, D. (2013). Quality of life in patients with multiple sclerosis in Republic of Srpska. *Medicinskiglasnik : Official publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 10, 113-119.
- DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., & Brundisini, F. (2013). Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13, 1-33.
- DeLuca, J., & Nocentini, U. (2011). Neuropsychological, medical and rehabilitative management of persons with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*, 29, 197-219. doi: 10.3233/NRE-2011-0695
- Dezutter, J., Casalin, S., Wachholtz, A., Luyckx, K., Hekking J., & Vandewiele, W. (2013). Meaning in life: An important factor for the psychological well-being of chronically ill patients?. *Rehabilitation Psychology*, 58, 334-341.
- Dlugonski, D., Motl, R. W., Sandroff, B., Suh, Y., & Weikert, M. (2012). Physical activity, social support, and depression: Possible independent and indirect associations in persons with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 17, 196-206. doi: 10.1080/13548506.2011.601747
- El Bejjani, M., Ghadih, A., Habib, R., Herlopian, A., Issa, Z., Khalifa, A., & Yamout, B. (2013). Predictors of quality of life among multiple sclerosis patients: A comprehensive analysis. *European Journal of Neurology: The Official Journal of the European Federation of Neurological Societies*, 20, 756-764. doi: 10.1111/ene.12046
- Falvo, D. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (3<sup>rd</sup> ed.). Canada: Jones & Barlett Learning.
- Feinstein, A. (2002). An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology*, 59, 674-678.
- Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 17, 1276-1281. doi: 10.1177/1352458511417835
- Feinstein, A., & Korostil, M. (2007). Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis*, 13, 67-72.
- Ford, D. V., Jones, K. H., Middleton, R. M., Noble, J. G., & Osborne, L. A. (2012). Commentary on 'Disability outcome measures in multiple sclerosis clinical trials'. *Multiple Sclerosis*, 18, 1718-1720. doi: 10.1177/1352458512457847
- Frankl, V. (1978). *Psychotherapy and existentialism selected papers on Logotherapy*. Middlesex: Penguins, Books.
- Guerra, M. P. (1992). Conceito de auto-actualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. *Psychologica*, 7, 95-109.
- Guerra, M. P. (1995). Uma escala de avaliação de suporte social: Sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. In Leandro S. Almeida & Iolanda S. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 25-34.
- Guerra, M. P. (2010). *Humanismo revisitado e psicologia positiva: Contributos para a psicologia da saúde*. Prova de agregação – Lição Dezembro, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Guerra, M. P., Lencastre, L., Silva, E., & Teixeira, P. M. (2017). Meaning in life in medical settings: A new measure correlating with psychological variables in disease. *Cogent Psychology*, 4. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1286747>
- Guerra, S. (2013). Management of psychosocial adjustment among people with multiple sclerosis: A critical analysis. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9, 89-92.
- Janssens, A. C., van Doorn, P. A., de Boer, J. B., Kalkers, N. F., van der Meche, F. G., Passchier, J., & Hintzen, R. Q. (2003). Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 9, 397-403.



- Jim, H. S., & Andersen, B. L. (2007). Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*, *12*, 363-381. doi: 10.1348/135910706X128278
- Jim, H. S., Purnell, J. Q., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D., & Andersen, B. L. (2006). Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *15*, 1355-1371. Retrieved from <http://doi.org/10.1007/s11136-006-0028-6>
- Kane, R., Turner, A. P., Wallin, M. T., Wilken, J. A., & Williams, R. M. (2006). Depression and multiple sclerosis: Review of a lethal combination. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, *43*, 45-61. doi: 10.1682/JRRD.2004.09.0117
- Metz, L. M., Patten, S. B., Reimer, M. A., & Wang, J. L. (2000). Major depression and quality of life in individuals with multiple sclerosis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *30*, 309-317.
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS* (4<sup>th</sup> ed.). Austrália: Allen & Unwin.
- 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 & Medicine*, *12*, 225-237.
- Richman, S., & Schub, T. (2013). Quick lesson about... Multiple Sclerosis. *Cinahl Nursing Guide*, 1-3.
- Sá, M. J. (2008). Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, *110*, 868-877.
- Salehpour, G., Rezaei, S., & Hosseini-zhad, M. (2014). Quality of life in multiple sclerosis (MS) and role of fatigue, depression, anxiety, and stress: A bicenter study from north of Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *19*, 593-599.
- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., . . . Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, *27*, 41-49.
- Soares, M. S. (2006). *Qualidade de vida e esclerose múltipla*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Sommerhalder, C. (2010). Sentido de vida na fase adulta e velhice. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, *23*, 270-277.
- Sousa, C., & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: Estudo de validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). *Psicologia Saúde & Doenças*, *9*, 283-298.
- Steger, M. F. (2009). Meaning in life. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 679-689). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5<sup>th</sup> ed.). Boston: Pearson Education.
- Theofilou, P. (2013). Sociodemographic and clinical determinants of quality of life and health representations in Greek patients with multiple sclerosis. *Europe's Journal of Psychology*, *9*, 33-50. doi: 10.5964/ejop.v9i1.387

### **The influence of meaning in life and depression in multiple sclerosis**

This study aims to analyze the influence of meaning in life, social support, anxiety and depression in the quality of life of people with Multiple Sclerosis (MS). A sample of 30 individuals with a confirmed medical diagnosis, being 56.7% women and with an average age of 48.17 years, answered the following instruments: socio-demographic and clinical questionnaire; *Meaning in Life Scale*; Portuguese version of the *Instrumental-Expressive Social-Support Scale*; *HADS* and *WHOQOL-Bref*. The regression model pointed out the following determinants for the different quality of life domains: for the General facet and Social Relations domain, the *Depression*; for the *Physical* domain,



*Depression and Phenotypes of MS; and for the Psychological and Environment domains the Meaning in Life and Anxiety.* This study points out the relevance of psychological intervention in the improvement of quality of life in MS and, in particular, the importance of the reduction of anxious and depressive symptomatology and rediscovery of the meaning in life.

**Key words:** Quality of life, Multiple sclerosis, Anxiety, Depression, Meaning in life, Social support.

*Submissão:* 09/03/2017

*Aceitação:* 07/12/2017

