

# Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão: um exemplo de indicadores e relações na Epilepsia

Rute F. Meneses

*FCHS/CECICLO - Universidade Fernando Pessoa*

José Pais-Ribeiro

*FPCE - Universidade do Porto*

António Martins da Silva

*Hospital de Santo António & UMIB-ICBAS - Universidade do Porto*

## Resumo

A identificação de preditores modificáveis da qualidade de vida (QDV) de indivíduos com epilepsia poderá ser usada para desenvolver estratégias eficazes de promoção da QDV destes mesmos indivíduos. Assim, o objectivo do presente estudo é comparar a capacidade preditiva de diferentes indicadores de ansiedade e depressão (*scores* vs. *itens*). Para o efeito, foram avaliados 99 indivíduos com clínica sugestiva de epilepsia focal, através de um Questionário Sócio-demográfico e Clínico, do SF-36 v1.0, da Escala de Função Cognitiva, da Escala de Controlo das Crises (QDV) e da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; ansiedade/depressão). A capacidade preditiva (R quadrado ajustado) dos *scores* de ansiedade e/ou depressão da HADS oscilou entre 0,161 (Desempenho Emocional) e 0,568 (Saúde Mental), não sendo nenhum destes *scores* da HADS preditor do Controlo das Crises; a capacidade preditiva de subgrupos de *itens* da HADS oscilou entre 0,115 (Controlo das Crises) e 0,683 (Saúde Mental). Os resultados indicam que os *scores* tradicionais/globais de ansiedade e de depressão da HADS não são tão bons preditores da QDV da amostra como subconjuntos de *itens* da HADS. Estes resultados apoiam um modo diferente de explorar os dados recolhidos em contextos clínicos e de investigação.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Ansiedade, Depressão, Epilepsia.

## Quality of life, Anxiety and Depression: An example of indicators and relations in Epilepsy

### Abstract

The identification of changeable quality of life (QOL) predictors could be used to develop adequate QOL promotion strategies for epilepsy patients. Consequently, the aim of the present study is to compare the predictive power of different anxiety and depression indicators (*scores* vs. *items*). To do so, 99 individuals with clinical evidence of focal epilepsy were assessed with a Socio-demographic and Clinical Questionnaire, the SF-36 v1.0, the Cognitive Function Scale, the Seizure Control Scale (QOL), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; anxiety/depression). The predictive power (adjusted R square) of the HADS anxiety and/or depression scores varied between .161 (Role Emotional) and .568 (Mental Health); none of these HADS scores was a predictor of Seizure Control. The predictive power (adjusted R square) of subgroups of HADS items varied between .115 (Seizure Control) and .683 (Mental Health). The results indicate that the traditional/global HADS anxiety and depression scores are not as good QOL predictors as subgroups of HADS items. This results support a different way of exploring the data collected in clinical and research settings.

**Keywords:** Quality of life, Anxiety, Depression, Epilepsy.

Endereço para correspondência: Prof. Doutora Rute F. Meneses - FCHE-Universidade Fernando Pessoa. Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto. Portugal. Fax: +351 22 5508269. E-mail: rmeneses@ufp.edu.pt.

Agradecimentos: O presente estudo faz parte de um estudo mais amplo apoiado financeiramente pelo Sub-Programa Ciência e Tecnologia do 2º Quadro Comunitário de Apoio (Bolsa PRAXIS XXI/BD/18536/98 da Fundação para a Ciência e a Tecnologia - Portugal).

A epilepsia é a, ou, pelo menos, uma das condições neurológicas graves mais frequentes (cf. Brown et al., 1998; Elger & Schmidt, 2008; Lima, 1998; Neto & Marchetti, 2005), podendo definir-se como “uma condição caracterizada por crises epilépticas recorrentes (duas ou mais), não provocadas por nenhuma causa identificada imediata” (Commission on Epidemiology and Prognosis of the International League Against Epilepsy, 1993, p. 593).

A persistência, ao longo do tempo e num conjunto alargado de indivíduos, de variadas sequelas psicossociais das crises e da epilepsia, da terapia farmacológica e dos efeitos secundários da medicação (Devinsky, 1993; Devinsky et al., 1995) faz com que se possa considerar a epilepsia o paradigma de uma patologia em que as questões sobre Qualidade de Vida (QDV) são particularmente relevantes (Devinsky et al., 1995).

O conceito de QDV, ainda que relativamente recente, tem vindo a ser definido e operacionalizado de modos muito diversos, e por profissionais com formações bastante variadas (cf., p.e., Meneses, 2005), sugerindo o reconhecimento multi-profissional da sua importância e complexidade. Esta complexidade fica bem evidenciada numa definição incontornável na literatura da especialidade: a da Organização Mundial de Saúde (OMS).

De facto, de acordo com a OMS, a QDV é “A percepção de um indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afectado de um modo complexo pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com aspectos salientes do seu meio” (Orley, 1994, p. 99).

Ora, muito antes da utilização científica do conceito de QDV, a investigação e a prática clínicas haviam já demonstrado a relevância da ansiedade e da depressão no âmbito do “estado psicológico” de indivíduos e grupos. Para além disso, tem vindo a ser demonstrado também que, independentemente do modo como são operacionalizadas/avaliadas (cf. Kanner & Nieto, 1999; Keedwell & Snaith, 1996; Neto & Marchetti, 2005), tanto a ansiedade como

a depressão são particularmente frequentes em indivíduos com doenças crónicas e tendem a estar intimamente relacionadas com a QDV destes indivíduos.

Não fugindo à “regra das doenças crónicas”, a depressão e a ansiedade parecem estar entre os concomitantes (mais) comuns da epilepsia, ainda que insuficientemente estudadas, avaliadas/diagnosticadas e tratadas nos indivíduos com esta condição neurológica (cf. Alldredge, 1999; Baker & Jacoby, 1998; Becú, Becú, Manzur, & Kochen, 1993; DeFelipe-Oroquieta, 2002; Elger & Schmidt, 2008; Ettinger, Reed, Cramer, & Epilepsy Impact Project Group, 2004; Fu et al., 2007; Hermann, Seidenberg, & Bell, 2000; Kanner & Nieto, 1999; Lambert & Robertson, 1999; Meneses, Ribeiro, & Martins da Silva, no prelo; Mensah, Beavis, Thapar, & Kerr, 2006; Mensah, Beavis, Thapar, & Kerr, 2007; Neto & Marchetti, 2005; Nitschke, Heller, Imig, McDonald, & Miller, 2001; O’Donoghue, Goodridge, Redhead, Sander, & Duncan, 1999; Oliveira, Parreiras, & Doretto, 2007; Onuma, 2000; Ridsdale, Kwan, Cryer, & The Epilepsy Care Evaluation Group, 2000; Torta & Keller, 1999; Wiegartz, Seidenberg, Woodard, Gidal, & Hermann, 1999). Assim, defende-se que a avaliação de rotina da ansiedade/depressão e a consideração da sua relevância deveria ser incluída em toda a avaliação clínica (Williams & Snaith, 1995).

Paralelamente, a investigação sobre os factores associados à QDV dos indivíduos com epilepsia pode ter um impacto considerável sobre os cuidados de saúde que lhes são prestados (cf. Martinović, Simonović e Djokić, 2006; Pramuka, Hendrickson, Zinski, & Van Cott, 2007). De facto, a identificação de correlatos/preditores modificáveis da QDV dos indivíduos com epilepsia reveste-se de uma importância clínica considerável, pois pode sugerir focos de intervenção com real impacto sobre a QDV dos indivíduos.

Ora, a ansiedade/depressão/humor são construtos frequentemente citados/avaliados nos estudos sobre QDV na epilepsia (Meneses, Ribeiro, & Martins da Silva, 2002a). Assim, o factor humor da bateria utilizada por Giovagnoli, Meneses e Silva (2006) foi um dos dois preditores do *score* global de QDV (WHOQOL-100) numa

amostra de indivíduos com epilepsia focal. O mesmo factor foi também preditor dos *scores* do domínio QDV Geral, domínio Físico e domínio Psicológico (WHOQOL-100).

Meneses (2005) verificou, noutra amostra de adultos com epilepsia focal, que o afecto negativo (incluindo indicadores de ansiedade e depressão) foi o melhor preditor de 10 dos 12 indicadores de QDV considerados (*scores* do SF-36 v1.0). De facto, considerando também variáveis sócio-demográficas, clínicas e cognitivas (desempenho em testes neuropsicológicos), os *scores* da HADS só não se revelaram bons preditores dos indicadores de QDV Função Cognitiva (percepção de défice) e Controlo das Crises.

Cramer, Brandenburg e Xu (2005) avaliaram adultos com epilepsia parcial e a tomar dois ou mais antiepilépticos. Verificaram que todos os *scores* de QDV (QOLIE-10) pioraram significativamente com níveis crescentes de ansiedade e depressão e que estes indicadores, principalmente a depressão, tinham um papel como preditores da QDV (*score* total do QOLIE-10).

Também Cramer, Blum, Reed e Fanning (2003) verificaram que os *scores* de QDV (QOLIE-89) estavam significativamente relacionados com a depressão: a regressão hierárquica mostrou que os indivíduos com depressão *major* apresentavam uma QDV significativamente pior do que aqueles que não tinham depressão.

Meldolesi et al. (2006) avaliaram, antes da cirurgia, adultos com epilepsia do lobo temporal unilateral fármaco-resistente. Verificaram que: a depressão era consistentemente o preditor mais forte dos *scores* mais baixos de todos os domínios de QDV (WHOQOL-100 e QOLIE-31), excepto Preocupação com as Crises; a ansiedade estava significativamente associada a *scores* mais baixos em muitos domínios de QDV; e a percentagem de variância nos *scores* de QDV explicada apenas pela ansiedade era muito inferior comparada com a da depressão.

Analogamente, Loring, Meador e Lee (2004) avaliaram candidatos a cirurgia da epilepsia com QIs normais, tendo a análise de regressão demonstrado que a depressão

era um preditor robusto da QDV (QOLIE-89).

Szaflarski, Meckler, Privitera e Szaflarski (2006) também avaliaram indivíduos com epilepsia fármaco-resistente, verificando que a depressão e o número de comorbilidades, entre outras variáveis, explicavam os efeitos da idade no início da epilepsia e sua duração sobre a QDV.

Szaflarski e Szaflarski (2004) verificaram, por seu turno, que os indivíduos com crises psicogénicas não epilépticas e deprimidos apresentavam os piores *scores* de QDV (SF-36), seguidos por aqueles que tinham crises psicogénicas não epilépticas sem depressão, os indivíduos com epilepsia e depressão e, finalmente, os que tinham epilepsia e não tinham depressão. A regressão confirmou que o diagnóstico relacionado com as crises e a depressão eram preditores fortes e significativos da QDV.

Já na amostra de Alanis-Guevara et al. (2005) a depressão não predisse os *scores* de QDV (QOLIE-31).

Neste contexto, defende-se que a intervenção psicológica ao nível da ansiedade e/ou depressão poderá melhorar a QDV dos indivíduos com epilepsia (Zimmermann & Endermann, 2008).

Os dados apresentados sugerem também que não há consenso quanto aos indicadores de QDV a usar. Na realidade, não é fácil escolher os indicadores a utilizar: por um lado, o acesso aos que existem em Português Europeu nem sempre é fácil (Meneses, Ribeiro, & Martins da Silva, 2003), por outro, é necessário ponderar adequadamente um conjunto de diferenças/semelhanças/indicações dos instrumentos existentes (cf. Meneses, Ribeiro, & Martins da Silva, 2002b). O mesmo raciocínio pode aplicar-se aos indicadores dos potenciais correlatos/preditores da QDV em análise em cada estudo, nomeadamente indicadores de ansiedade e/ou depressão.

No entanto, seja qual(uais) for(em) o(s) instrumento(s) e indicador(es) seleccionado(s), a abordagem tradicional, focada em indicadores compostos/compósitos, poderá limitar a aplicabilidade clínica dos dados da investigação relativa aos preditores da QDV. I.e., habitualmente não se considera até que

ponto os esforços das equipas de cuidados de saúde se deveriam focar em determinados itens específicos como meio de melhorar a QDV dos doentes. Esta é uma visão quase oposta à que é típica dos psicólogos clínicos que não usam indicadores psicométricos, mas sim dados recolhidos dos outros modos, como através da entrevista clínica.

Assim, o objectivo do presente estudo é comparar a capacidade preditiva (em relação à QDV) de diferentes indicadores de ansiedade e depressão: *scores* vs. itens. Neste contexto, pretende-se testar uma utilização pouco convencional, poder-se-ia dizer de “base mais clínica”, de um instrumento psicométrico de ansiedade e depressão, explorando a relação entre cada um de seus itens e os indicadores (convencionais) de QDV dos participantes.

## Método

### Participantes

A amostra do presente estudo, sequencial, incluiu 99 indivíduos com clínica sugestiva de epilepsia focal (ou relacionada com a localização<sup>1</sup>), seguidos na Consulta de Epilepsia (ambulatório) do Hospital Geral de Santo António (Porto, Portugal).

Mais de metade dos participantes eram mulheres, casados/em união de facto e profissionalmente activos (cf. Tabela 1), ainda que houvesse uma variabilidade considerável em termos de profissão. A amostra também variava bastante em termos de idade ( $M=36,41$ ;  $DP=12,86$ ; 14-70 anos) e escolaridade ( $M=7,62$ ;  $DP=4,04$ ; 0-17 anos).

Em termos clínicos, a maioria dos participantes: tomava apenas um antiepiléptico, apresentava níveis séricos dos antiepilépticos normais, não relatou efeitos

secundários da medicação, havia feito um electroencefalograma (EEG) e uma TAC (tomografia axial computadorizada) anteriormente, não havia feito nenhuma RM (ressonância magnética), não tinha um foco epileptogénico lesional, tinha tido a última crise mais de um mês antes da avaliação, tinha um único tipo de crises e tinha uma ou menos de uma crise por mês (cf. Tabela 2). A amostra incluía indivíduos com início da doença ( $M_{(97)}=15,59$ ;  $DP=10,91$ ; 0,17-46,00 anos) e idade no início da doença ( $M_{(97)}=20,70$ ;  $DP=13,39$ ; 0-57 anos) muito diversos.

Os antiepilépticos mais frequentemente usados eram: fenitoína, ácido valpróico, carbamazepina, clobazam e primidona.

### Material

O protocolo de avaliação incluía um Questionário Sócio-demográfico e Clínico, o SF-36 v1.0, a Escala de Função Cognitiva, a Escala de Controlo das Crises (QDV) e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

O primeiro foi desenvolvido para caracterizar a amostra. Por precaução (cf. Jacoby, Baker, Steen, Potts, & Chadwick, 1996), o questionário tinha uma estrutura mista: itens a ser respondidos pelo doente e itens a ser completados através da análise do seu processo clínico.

**Tabela 1: Características Sócio-demográficas dos Participantes (N=99).**

Características	N	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	55	55,6
Masculino	44	44,4
<i>Estado Civil</i>		
Casado/União de facto	62	62,6
Solteiro	32	32,3
Divorciado/Separado	3	3,0
Viúvo	2	2,0
<i>Estatuto Profissional</i>		
Activo	67	67,6
Estudante	15	15,2
Reformado	13	13,1
Desempregado	4	4,0

Nota: N = efectivo

<sup>1</sup> As epilepsias e síndromes relacionados com a localização são perturbações epiléticas nas quais a semiologia das crises ou achados aquando da investigação revelam uma origem localizada das crises: indivíduos com lesões epileptogénicas anatómicas ou funcionais pequenas, circunscritas e constantes, bem como indivíduos com lesões menos bem definidas, cujas crises podem ter origem em vários locais (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989).

Tabela 2: Características Clínicas dos Participantes (N=99).

Características	N	%	Características	N	%
<i>Antiepilépticos</i>			<i>Foco epileptogénico lesional</i>		
Sem	8	8,1	Sim	35	35,4
Monoterapia*	53	53,5	Não	49	49,5
Biterapia	28	28,3	Omisso	15	15,2
Politerapia	10	10,1	<i>Última crise**</i>		
<i>Níveis séricos dos antiepilépticos</i>			Naquele dia	1	1,0
Subterapêuticos	17	17,2	< 1 semana	17	17,2
Normais	50	50,5	< 1 mês	22	22,2
Tóxicos	5	5,1	< 1 ano	28	28,3
Omisso	27	27,3	≥ 1 ano	28	28,3
<i>Efeitos secundários dos antiepilépticos</i>			Omisso	3	3,0
Sem	75	75,8	<i>Tipo único de crises</i>		
Com	16	16,2	Não	29	29,3
Omisso	8	8,1	Sim	67	67,7
<i>1º EEG</i>			Omisso	3	3,0
Não	86	86,9	<i>Frequência das crises***</i>		
Sim	8	8,1	Diária	4	4,0
Omisso	5	5,1	> 1 / semana	6	6,1
<i>TAC</i>			≤ 1 / semana	2	2,0
Sem	18	18,2	> 1 / mês	17	17,2
Com	81	81,8	≤ 1 / mês	11	11,1
<i>RM</i>			> 1 / ano	8	8,1
Sem	51	51,5	≤ 1 / ano	23	23,2
Com	48	48,5	Sem crises	16	16,2
			Omisso	12	12,1

Nota: N<sub>e</sub> = efectivo; EEG – electroencefalograma; TAC – tomografia axial computadorizada; RM – ressonância magnética; \* Monoterapia – uso de apenas um antiepiléptico; Biterapia – uso de dois antiepilépticos; Politerapia – uso de mais de dois antiepilépticos; \*\* As categorias de “Última crise” são completamente separadas; \*\*\* As categorias de “Frequência das crises” são completamente separadas

A QDV foi avaliada através do SF-36 v1.0, com 36 itens (Ribeiro, 2005), complementado por nove itens específicos da epilepsia, focando o Funcionamento Cognitivo (Escala de Função Cognitiva do Epilepsy Surgery Inventory-55, i.e., os itens 35, 36, 38, 49 e 50 - Vickrey, 1993) e o Controlo das Crises (itens 2, 3, 4 e 5 da Subescala de Percepção de Controlo da Liverpool Seizure Severity Scale - Baker, Smith, Dewey, Jacoby, & Chadwick, 1993; Baker, Smith, Dewey, Morrow, Crawford, & Chadwick, 1991; Ribeiro, Mendonça, Gomes, Gonçalves, Lopes Lima, & Martins da Silva, 1994; Ribeiro, Mendonça, &

Martins da Silva, 1996), num total de 10 *scores*: *scores* das escalas do SF-36 v1.<sup>2</sup> - Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental (0-100; um *score* mais elevado indica melhor QDV); *score* de Função Cognitiva (0-100; um *score* mais elevado indica melhor QDV); e *score* de Controlo

<sup>2</sup> Optou-se por utilizar apenas os oito *scores* correspondentes às oito dimensões do SF-36 v1.0, já que este é o procedimento mais frequente na literatura internacional.

das Crises (4-16; um *score* mais elevado indica pior QDV).

A ansiedade e a depressão foram avaliadas através da HADS, constituída por 14 itens divididos equitativamente por duas subescalas (Ansiedade e Depressão) com cotação independente (Snaith & Zigmond, 1994). Os *scores* de cada subescala oscilam entre zero e 21, indicando um valor mais elevado ansiedade ou depressão mais grave (Snaith & Zigmond, 1994).

### Procedimento

Devido à baixa literacia constatada em anteriores estudos com populações semelhantes, os questionários foram administrados, pela ordem em que foram apresentados anteriormente, no contexto de uma entrevista individual. Alguns dados

clínicos foram fornecidos pelos médicos assistentes dos participantes, através da consulta dos seus processos clínicos. Foram seguidos princípios éticos internacionalmente aceites, nomeadamente os da Declaração de Helsínquia (The World Medical Association, 2000) e os Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct da American Psychological Association (2002) (para um relato pormenorizado, ver Meneses, 2005).

### Resultados

A Tabela 3 mostra o mínimo, máximo, média e desvio-padrão obtidos pelos participantes nos *scores* de QDV, Ansiedade e Depressão, evidenciando uma variabilidade considerável.

**Tabela 3: Mínimo, Máximo, Média, Desvio-padrão dos Scores de Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão (N=99).**

<i>Scores</i>	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>QDV</i>					
<i>SF-36 v1.0</i>					
Função Física	99	35,00	100,00	88,89	14,86
Desempenho Físico	99	0	100,00	76,77	33,74
Dor Corporal	99	0	100,00	70,89	28,84
Saúde Geral	99	20,00	92,00	54,16	18,42
Vitalidade	99	0	100,00	56,31	24,48
Saúde Mental	99	4,00	100,00	58,67	24,61
Desempenho Emocional	99	0	100,00	66,67	40,69
Função Social	99	0	100,00	82,20	22,45
Escala de Função Cognitiva	99	4,00	100,00	62,38	23,17
Escala de Controlo das Crises	59	4,00	16,00	11,08	3,78
<i>HADS</i>					
HADS_Ansiedade	99	1,00	19,00	8,60	4,17
HADS_Depressão	99	0	18,00	5,18	4,18

*Nota: N = efectivo; M = média; DP = desvio-padrão*

**Tabela 4: Correlações entre os Itens e Scores da HADS e os Scores das 8 Dimensões do SF-36 v1.0 (N=99).**

Indicadores da HADS	F. Física		D. Físico		Dor		S. Geral		Vitalidade		S. Mental		D. Emocional		F. Social	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
HADS_1	-0,38	0,000	-0,29	0,004	-0,31	0,002	-0,30	0,002	-0,51	0,000	-0,65	0,000	-0,36	0,000	-0,41	0,000
HADS_2	-0,38	0,000	-0,07	0,523	-0,12	0,235	-0,33	,001	-0,25	0,012	-0,41	0,000	-0,21	0,039	-0,27	0,008
HADS_3	-0,22	0,028	-0,19	0,062	-0,14	0,154	-0,29	0,004	-0,30	0,002	-0,46	0,000	-0,21	0,038	-0,29	0,004
HADS_4	-0,45	0,000	-0,34	0,001	-0,26	0,009	-0,35	0,000	-0,35	0,000	-0,41	0,000	-0,22	0,028	-0,50	0,000
HADS_5	-0,35	0,000	-0,27	0,007	-0,18	0,069	-0,37	0,000	-0,49	0,000	-0,55	0,000	-0,25	0,012	-0,30	0,002
HADS_6	-0,33	0,001	-0,31	0,002	-0,26	0,011	-0,47	0,000	-0,34	0,001	-0,57	0,000	-0,38	0,000	-0,43	0,000
HADS_7	-0,20	0,049	-0,03	0,756	-0,11	0,296	-0,31	0,002	-0,24	0,017	-0,52	0,000	-0,19	0,061	-0,34	0,001
HADS_8	-0,44	0,000	-0,41	0,000	-0,27	0,008	-0,45	0,000	-0,39	0,000	-0,31	0,002	-0,33	0,001	-0,31	0,002
HADS_9	-0,27	0,007	-0,40	0,000	-0,25	0,012	-0,33	0,001	-0,40	0,000	-0,36	0,000	-0,40	0,000	-0,42	0,000
HADS_10	-0,29	0,004	-0,29	0,003	-0,34	0,001	-0,26	0,009	-0,34	0,001	-0,37	,000	-0,21	0,036	-0,40	0,000
HADS_11	-0,15	0,142	-0,23	0,025	-0,10	0,341	-0,06	0,579	0,002	0,987	-0,18	0,084	-0,13	0,203	-0,10	0,342
HADS_12	-0,31	0,002	-0,09	0,373	-0,29	0,004	-0,25	0,014	-0,30	0,003	-0,35	0,000	-0,13	0,194	-0,27	0,006
HADS_13	-0,24	0,016	-0,25	0,012	-0,20	0,052	-0,27	0,006	-0,29	0,004	-0,37	0,000	-0,30	0,003	-0,49	0,000
HADS_14	-0,55	0,000	-0,31	0,002	-0,44	0,000	-0,27	0,008	-0,35	0,000	-,38	,000	-0,16	0,124	-0,23	0,024
HADS_ Ansiedade	-0,41	0,000	-0,37	0,000	-0,29	0,004	-0,44	0,000	-0,51	0,000	-0,71	0,000	-0,41	0,000	-0,53	0,000
HADS_ Depressão	-0,60	0,000	-0,39	0,000	-0,44	0,000	-0,51	0,000	-0,50	0,000	-0,60	0,000	-0,35	0,000	-0,50	0,000

*Nota: F. Física = Função Física; D. Físico = Desempenho Físico; Dor = Dor Corporal; S. Geral = Saúde Geral; S. Mental = Saúde Mental; D. Emocional = Desempenho Emocional; F. Social = Função Social; r = coeficiente de correlação de Pearson, p = significância estatística*

As Tabelas 4 e 5 mostram as correlações (de Pearson) entre os itens e scores da HADS e os scores de QDV obtidos pelos participantes: os 8 scores do SF-36 v1.0 e das Escalas de Função Cognitiva e de Controlo das Crises, respectivamente. As Tabelas revelam que a esmagadora maioria das correlações é estatisticamente significativa (a negrito). O

item 11 da HADS destaca-se: correlaciona-se apenas com o score de Desempenho Físico.

A Tabela 6 apresenta os preditores da HADS identificados em análises independentes (scores e itens) e a sua respectiva capacidade preditiva em relação aos indicadores de QDV.

**Tabela 5: Correlações entre os Itens e Scores da HADS e os Scores das Escalas de Função Cognitiva e de Controlo das Crises (N=99).**

Indicadores da HADS	Cognição		C. Crises*	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
HADS_1	-0,42	0,000	0,09	0,508
HADS_2	-0,31	0,002	0,20	0,135
HADS_3	-0,37	0,000	-0,03	0,807
HADS_4	-0,36	0,000	-0,05	0,710
HADS_5	-0,35	0,000	0,16	0,216
HADS_6	-0,52	0,000	0,21	0,108
HADS_7	-0,33	0,001	0,36	0,005
HADS_8	-0,33	0,001	0,08	0,536
HADS_9	-0,30	0,003	-0,02	0,862
HADS_10	-0,31	0,002	0,19	0,142
HADS_11	0,16	0,108	0,14	0,295
HADS_12	-0,27	0,007	0,21	0,116
HADS_13	-0,38	0,000	-0,13	0,317
HADS_14	-0,30	0,003	-0,01	0,931
HADS_ Ansiedade	-0,45	0,000	0,15	0,268
HADS_ Depressão	-0,51	0,000	0,19	0,148

*Nota: Cognição = Score da Escala de Funcionamento Cognitivo; C. Crises = Score da Escala de Controlo das Crises; \* Tendo em consideração o teor da Escala de Controlo das Crises, apenas 59 sujeitos estavam em condições de responder à mesma, logo N = 59; r = coeficiente de correlação de Pearson, p = significância estatística*

**Tabela 6: Confronto de Preditores da Qualidade de Vida.**

Scores de QDV	Preditores – Scores	$R_a^2$	Preditores – Itens	$R_a^2$
Função Física	Depressão	0,351	14, 8, 1	0,460
Desempenho Físico	Depressão, Ansiedade	0,173	8, 9, 14, 2, 4	0,323
Dor Corporal	Depressão	0,180	14, 10	0,228
Saúde Geral	Depressão, Ansiedade	0,283	6, 8	0,285
Vitalidade	Ansiedade, Depressão	0,320	1, 8, 5, 14, 9	0,446
Saúde Mental	Ansiedade, Depressão	0,568	1, 6, 7, 3, 2, 5	0,683
Desempenho Emocional	Ansiedade	0,161	9, 1, 6	0,253
Função Social	Ansiedade, Depressão	0,335	4, 13, 1	0,428
Funcionamento Cognitivo	Depressão, Ansiedade	0,291	6, 1, 11, 3	0,442
Controlo das Crises	-	-	7	0,115

*Nota: Ra2=R quadrado ajustado*

## Discussão

A amostra do presente estudo revelou-se bastante heterogênea, não só a nível sócio-demográfico e clínico, como também ao nível dos indicadores psicossociais considerados.

No que toca o papel da ansiedade e da depressão como correlatos e preditores da QDV, os resultados obtidos estão, em geral, de acordo com os resultados de Giovagnoli et al. (2006), Meneses (2005), Cramer et al. (2005), Cramer et al. (2003), Meldolesi et al. (2006), Loring et al. (2004) e Szaflarski e Szaflarski (2004). Tendo em consideração os resultados de Alanis-Guevara et al. (2005), é de referir que, no presente estudo, a depressão apenas não predisse o *score* de QDV Desempenho Emocional.

No entanto, o presente estudo vai um pouco mais além do que replicar resultados de estudos anteriores, ao mostrar que nem todos os indicadores que se podem retirar da HADS têm o mesmo valor preditivo. De facto, os resultados obtidos mostram que os *scores* tradicionais/globais de ansiedade e de depressão da HADS não são tão bons preditores da QDV da amostra como subconjuntos de itens da HADS.

E mesmo entre os itens, nem todos são igualmente bons preditores. Na realidade, os itens 1, 6, 8 e 14 revelaram-se os melhores preditores dos *scores* de QDV considerados. Estes focam, respectivamente, o sentir-se tenso/nervoso, animado, mais lento e capaz de apreciar um passatempo, sendo maioritariamente indicadores de depressão (vs. ansiedade).

É ainda de sublinhar que se verificou um padrão bastante diversificado de preditores para os diferentes *scores* de QDV, considerando tanto os *scores* como subconjuntos de itens da HADS. Estes resultados apoiam, assim, um modo diferente de explorar os dados recolhidos em contextos clínicos e de investigação.

Neste contexto, a próxima etapa consiste em verificar até que ponto focar o trabalho terapêutico nestes indicadores específicos/itens pode reflectir-se numa melhoria clinicamente significativa da percepção da QDV dos indivíduos avaliados.

## Referências

- Alanis-Guevara, I., Peña, E., Corona, T., López-Ayala, T., López-Meza, E., & López-Gómez, M. (2005). Sleep disturbances, socioeconomic status, and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7, 481-485.
- Allredge, B. K. (1999). Seizure risk associated with psychotropic drugs: Clinical and pharmacokinetic considerations. *Neurology*, 53(Suppl. 2), S68-S75.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, <http://www.apa.org/ethics/code2002.html>
- Baker, G. A., Smith, D. F., Dewey, M., Jacoby, A., & Chadwick, D. W. (1993). The initial development of a health-related quality of life model as an outcome measure in epilepsy. *Epilepsy Research*, 16, 65-81.
- Baker, G. A., Smith, D. F., Dewey, M., Morrow, J., Crawford, P. M., & Chadwick, D. W. (1991). The development of a seizure severity scale as an outcome measure in epilepsy. *Epilepsy Research*, 8, 245-251.
- Baker, G. A., & Jacoby, A. (1998). Epilepsy. In: D. W. Johnston & M. Johnston (Eds.), *Comprehensive clinical psychology: Health psychology* (vol. 8; pp. 487-503). Amsterdam: Elsevier.
- Becú, M., Becú, N., Manzur, G., & Kochen, S. (1993). Self-help epilepsy groups: An evaluation of effect on depression and schizophrenia. *Epilepsia*, 34(5), 841-845.
- Brown, S., Betts, T., Crawford, P., Hall, B., Shorvon, S., & Wallace, S. (1998). Epilepsy needs revisited: A revised epilepsy needs document for the UK. *Seizure*, 7, 435-446.
- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. (1989). Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*, 30(4), 389-399.

- Commission on Epidemiology and Prognosis of the International League Against Epilepsy. (1993). Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia*, 34(4), 592-596.
- Cramer, J. A., Blum, D., Reed, M., & Fanning, K., for the Epilepsy Impact Project Group. (2003). The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4, 515-521.
- Cramer, J. A., Brandenburg, N., & Xu, X. (2005). Differentiating anxiety and depression symptoms in patients with partial epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6, 563-569.
- DeFelipe-Oroquieta, J. (2002). Aspectos psicológicos en la epilepsia. *Revista de Neurología*, 34(9), 856-860.
- Devinsky, O. (1993). Clinical uses of the Quality-of-Life in Epilepsy Inventory. *Epilepsia*, 34(Suppl. 4), S39-S44.
- Devinsky, O., Vickrey, B. G., Cramer, J., Perrine, K., Hermann, B., Meador, K., et al. (1995). Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory. *Epilepsia*, 36(11), 1089-1104.
- Elger, C. E., & Schmidt, D. (2008). Modern management of epilepsy: A practical approach. *Epilepsy & Behavior*, 12(4), 501-539.
- Ettinger, A., Reed, M., Cramer, J., & Epilepsy Impact Project Group. (2004). Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology*, 63(6), 1008-14.
- Fu, C. W., Tan, A. W., Sheng, F., Luan, R. S., Zhan, S. Y., Chen, W. Q., et al. (2007). The prevalence of anxiety symptoms and depressive symptoms in patients with somatic disorders in urban China: A multi-center cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(2), 185-199.
- Giovagnoli, A. R., Meneses, R. F., & Silva, A. M. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 9(1), 133-139.
- Hermann, B. P., Seidenberg, M., & Bell, B. (2000). Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: Identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia*, 41(Suppl. 2), S31-S41.
- Jacoby, A., Baker, G. A., Steen, N., Potts, P., & Chadwick, D. W. (1996). The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: Findings from a U.K. community study. *Epilepsia*, 37(2), 148-161.
- Kanner, A. M., & Nieto, J. C. R. (1999). Depressive disorders in epilepsy. *Neurology*, 53(Suppl. 2), S26-S32.
- Keedwell, P., & Snaith, R. P. (1996). What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 177-180.
- Lambert, M. V., & Robertson, M. M. (1999). Depression in epilepsy: Etiology, phenomenology, and treatment. *Epilepsia*, 40(Suppl. 10), S21-S47.
- Lima, J. M. L. L. (1998). *Levantamento epidemiológico das epilepsias e dos síndromes epilépticos no Norte de Portugal*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Loring, D. W., Meador, K. J., & Lee, G. P. (2004). Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5, 976-980.
- Martinović, Z., Simonović, P., & Djokić, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 9(4), 619-624.
- Meldolesi, G. N., Picardi, A., Quarato, P. P., Grammaldo, L. G., Esposito, V., Mascia, A. et al. (2006). Factors associated with generic and disease-specific quality of life in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Research*, 69(2), 135-146.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa & Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Martins da Silva, A. (2002a). Revisão da literatura sobre avaliação da Qualidade de Vida (QDV) de adultos com epilepsia. I - Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 61-88.
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Martins da Silva, A. (2002b). Revisão da literatura sobre avaliação da Qualidade de Vida (QDV) de adultos com epilepsia. II - Facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 119-139.
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Martins da Silva, A. (2003). Avaliação neuropsicológica e da Qualidade de Vida na Epilepsia em Portugal. *Psychologica*, 33, 145-155.
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Martins da Silva, A. (no prelo). Portuguese Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Usefulness in focal epilepsy. *Internet Journal of Mental Health*.
- Mensah, S. A., Beavis, J. M., Thapar, A. K., & Kerr, M. (2006). The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 8(1), 213-219.
- Mensah, S. A., Beavis, J. M., Thapar, A. K., & Kerr, M. P. (2007). A community study of the presence of anxiety disorder in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 11(1), 118-124.
- Neto, J. G., & Marchetti, R. L. (2005). Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 323-328.
- Nitschke, J. B., Heller, W., Imig, J. C., McDonald, R. P., & Miller, G. A. (2001). Distinguishing dimensions of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 1-22.
- O'Donoghue, M. F., Goodridge, D. M. G., Redhead, K., Sander, J. W. A. S., & Duncan, J. S. (1999). Assessing the psychosocial consequences of epilepsy: A community-based study. *The British Journal of General Practice*, 49, 211-214.
- Oliveira, B. L. M. B., Parreiras, M. S., & Doretto, M. C. (2007). Epilepsia e depressão: falta diálogo entre a neurologia e a psiquiatria? *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 13(3), 109-113.
- Onuma, T. (2000). Classification of psychiatric symptoms in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 41(Suppl. 9), 43-48.
- Orley, J. (1994). The World Health Organization (WHO) Quality of Life Project. In M. R. Trimble e W. E. Dodson (Eds.), *Epilepsy and quality of life* (pp. 99-107). New York, Raven.
- Pramuka, M., Hendrickson, R., Zinski, A., & Van Cott, A. C. (2007). A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults. *Epilepsy & Behavior*, 11(4), 533-545.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. L. P., Mendonça, D., & Martins da Silva, A. (1996). Could the Liverpool Seizure Severity Scale be a quality of life tool? *Epilepsia*, 37(Suppl. 4), S19.
- Ribeiro, J. L. P., Mendonça, D., Gomes, I., Gonçalves, L., Lopes Lima, J., & Martins da Silva, A. (1994). Validation of Seizure Severity Scale: An exploratory study. *Epilepsia*, 35(Suppl. 7), 95.
- Ridsdale, L., Kwan, I., Cryer, C., & The Epilepsy Care Evaluation Group. (2000). Newly diagnosed epilepsy: Can nurse specialists help? A randomized controlled trial. *Epilepsia*, 41(8), 1014-1019.

- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994). *The Hospital Anxiety and Depression Scale with The Irritability-Depression-Anxiety Scale and The Leeds Situational Anxiety Scale Manual*. Berkshire: NFER-NELSON.
- Szaflarski, J. P., & Szaflarski, M. (2004). Seizure disorders, depression, and health-related quality of life. *Epilepsy & Behavior, 5*, 50–57.
- Szaflarski, M., Meckler, J. M., Privitera, M. D., & Szaflarski, J. P. (2006). Quality of life in medication-resistant epilepsy: The effects of patient's age, age at seizure onset, and disease duration. *Epilepsy & Behavior, 8*(3), 547-551.
- The World Medical Association. (2000). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*, [http://www.cneqv.gov.pt/NR/ronlyres/405E9531-005B-4984-90A7-582BBF72CCB1/0/P034\\_DeclHelsinquiaEdimburgo.pdf](http://www.cneqv.gov.pt/NR/ronlyres/405E9531-005B-4984-90A7-582BBF72CCB1/0/P034_DeclHelsinquiaEdimburgo.pdf)
- Torta, R., & Keller, R. (1999). Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: Etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia, 40*(Suppl. 10), S2-S20.
- Vickrey, B. G. (1993). A procedure for developing a quality-of-life measure for epilepsy surgery patients. *Epilepsia, 34*(Suppl. 4), S22-S27.
- Wiegartz, P., Seidenberg, M., Woodard, A., Gidal, B., & Hermann, B. (1999). Comorbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: Recognition and etiology of depression. *Neurology, 53*(Suppl. 2), S3-S8.
- Williams, C., & Snaith, P. (1995). Anxiety: One of medicine's blind spots. *British Journal of Hospital Medicine, 53*(4), 126-127.
- Zimmermann, F., & Endermann, M. (2008). Self-proxy agreement and correlates of health-related quality of life in young adults with epilepsy and mild intellectual disabilities. *Epilepsy & Behavior, 13*(1), 202-211.

*Enviado em Fevereiro de 2009*

*Aceite final em Maio de 2009*

*Publicado em Dezembro de 2009*