

## QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA ACOMPANHADOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA

Amanda Souza Matos<sup>1</sup>  
Patrícia da Cruz Araruna Oliveira<sup>2</sup>  
Luciana Ferreira de Souza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira graduada no Centro Universitário de João Pessoa. Pós-graduanda de Unidade de Terapia Intensiva da Instituição do CBPEX. amandas\_matos15@hotmail.com

<sup>2</sup>Orientadora e Ms. Profissionalizante em Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ. pattyararuna@hotmail.com

<sup>3</sup>Ms. Profissionalizante em Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva. Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Curso de Medicina. lfsmds2015@gmail.com

### RESUMO:

O Sistema Imunológico tem a funcionalidade de proteger todos os sistemas do corpo humano. Esse sistema pode ser afetado por algumas disfunções genéticas ou adquirido com o decorrer da vida. Dentre as patologias causadas pela autoimunidade está a Esclerose Múltipla (EM), uma doença inflamatória e progressiva com uma etiologia ainda desconhecida. Portadores desta patologia podem apresentar uma diversidade de manifestações clínicas, modificando muitas vezes o seu estilo de vida. Diante do que foi exposto, essa pesquisa objetivou-se em investigar a qualidade de vida de pacientes cadastrados com diagnóstico de Esclerose Múltipla Centro de Referência em Esclerose Múltipla da Paraíba (CREMPB). A pesquisa foi composta por 30 pessoas com diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM). A pesquisa em formação é de campo, descritiva exploratória, com uma abordagem quantitativa, o instrumento escolhido para o levantamento de dados foi o questionário adaptado WHOQOL-BREF. Observou-se na amostra a predominância do sexo feminino (66,7%), maior prevalência em pessoas casadas (63%), com 3º grau completo (67%). Evidenciou-se que o domínio físico (3,554) e o domínio geral (3,757) são os mais afetados causando maior déficit na Qualidade de Vida. Foi evidenciado que as pessoas com EM, precisam de uma maior atenção nas dificuldades físicas e necessitam de uma assistência multiprofissional e fidedigna.

Descritores: Esclerose Múltipla, Qualidade de Vida, Sistema Nervoso.

### INTRODUÇÃO

O Sistema Imunológico é formado por células, órgãos, tecidos cujas funções são de proteger o nosso organismo de corpos estranhos, evitando doenças infecciosas mantendo a funcionalidade normal do corpo humano. Algumas disfunções presentes nesse sistema podem ser predispostas geneticamente ou podem ser obtidas ao longo da vida. Quando esse sistema

é de alguma forma afetado, ele reage através das respostas imunológica (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

O funcionamento desregular das células imunes, podem produzir respostas imunológicas contra os antígenos do próprio corpo, ou seja, elas não conseguem diferenciar quando eles são externos ou não, desencadeando doenças autoimune, dentre elas a Esclerose Múltipla. Ela

atinge o Sistema Nervoso Central provocando um processo de desmielinização, que se refere à destruição da mielina. A qual forma uma camada ao redor dos neurônios responsável por facilitar a transmissão dos impulsos nervosos (RUBIN; et al, 2006; BRASIL,2010).

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença desmielinizante e degenerativa do Sistema Nervoso Central (SNC), que evolui de forma progressiva, diminuindo o controle de funções básicas do corpo, como a visão, locomoção e o equilíbrio. Essa patologia tem maior incidência em adultos jovens, dentre os 18 e 55 anos de idade, embora outras faixas etárias também tenham sido acometidas. No Brasil, para cada 100.000 habitantes aproximadamente 15 pacientes tem o diagnóstico da Esclerose Múltipla (QUINTANILHA; LIMA, 2010; BRASIL, 2010).

No acompanhamento do paciente com EM o profissional pode utilizar diversos artifícios para observar a evolução da doença no decorrer do tempo, para isso foi criada a Escala de Incapacidade Funcional Expandida (EDSS) que vai avaliar as mudanças que a patologia está provocando em alguns sistemas do paciente. Essa escala tem a limitação de mostrar apenas os sintomas que estão progredindo, com isso foram criados instrumentos para avaliar as mudanças causadas por estes sintomas na vida dos pacientes. Assim com esses instrumentos os profissionais de saúde são capazes de avaliar o estado completo do portador de EM, como o seu bem-estar físico e mental e suas relações sociais de acordo com a evolução dos sintomas da patologia, promovendo algum planejamento para a melhoria na qualidade de vida de cada paciente.

Qualidade de vida (QV) é um conceito recente, com grande relação à promoção de saúde. Define-se como a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida está centrada na avaliação dos sentimentos, comportamentos socioeconômicos, atividades diárias sem a restrição das condições de saúde do paciente (Group WHOQOL, 1998).

Os profissionais de saúde abordam na EM os déficits neurológicos, as complicações que a doença pode acarretar, a avaliação dos sintomas e o impacto da doença na família, no portador e na sua qualidade de vida. A preocupação desses profissionais com a qualidade de vida dos pacientes portadores de Esclerose Múltipla foi o que desencadeou a realização dessa pesquisa e com os resultados apresentados aos profissionais que atuam na área, poderão ter um olhar mais direcional às deficiências da assistência, realizando alterações para a melhoria no estilo de vida desses pacientes e conseqüentemente uma assistência mais humanizada.

Diante do exposto nas entrelinhas acima surge o seguinte questionamento, o quanto esta patologia pode alterar na qualidade de vida dos seus portadores e quais as principais dificuldades acarretadas pela mesma?

Portanto essa pesquisa tem como objetivo primário investigar a Qualidade de Vida (QV) de pacientes cadastrados com diagnóstico de Esclerose Múltipla de uma instituição de saúde do município de João Pessoa- PB. Secundariamente objetiva traçar o perfil sócio demográfico dos participantes do estudo; Identificar aspectos do perfil clínico; Averiguar a qualidade de vida destes pacientes de acordo com os domínios do questionário do Grupo WHOQOL.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva exploratória, com uma abordagem quantitativa. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ, abrangendo 30 pessoas com diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM), sendo 10 do sexo masculino e 20 do sexo feminino, os participantes foram abordados por demanda agendada dos atendimentos do Centro Referência em Esclerose Múltipla (CREMPB) localizado na Fundação Centro Integrada de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD), na cidade de João Pessoa-PB.

Os indivíduos que participaram da pesquisa estavam cientes do tema da pesquisa, dos seus

objetivos, os riscos e benefícios oferecidos e o anonimato. Para a participação foi entregue o Termo de consentimento livre e esclarecido para que fosse lido e assinado para a realização da pesquisa dentro dos critérios éticos, no preenchimento do questionário os mesmos podiam responder individualmente ou com a ajuda de terceiros. Os dados foram coletados do dia 14 de setembro até o dia 22 de outubro de 2015.

Os participantes possuem idade entre os 20-59 anos, apresentaram um EDSS menor ou igual a 3,5, estavam devidamente cadastrados no Centro de Referência de Esclerose Múltipla e residiam em João Pessoa e regiões metropolitanas.

As exclusões foram aplicadas aos participantes com o escore da Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS) superior a 3,5, tempo de avaliação da escala há mais de um ano, preenchimento do questionário WHOQOL-Bref incompleto, aqueles que não se enquadravam na faixa etária de 20 a 59 anos (estabelecida nos critérios da pesquisa).

O grupo de Qualidade de Vida da OMS criou o instrumento de avaliação, WHOQOL-100 com 100 itens, composto pelos domínios físicos, psicológicos, independência, relações sociais, ambiente, aspectos espirituais/religião/crença pessoais. Mediante a necessidade de facilitar a aplicação dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida, o grupo WHOQOL criou uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref. O instrumento WHOQOL-Bref, possui 26 questões, duas com abordagem de avaliação geral e 24 questões sobre os principais domínios elencados pelo grupo, o físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (GROUP WHOQOL, 1998).

Paralelo ao instrumento da coleta (WHOQOL-Bref) foram utilizadas informações complementares advindas dos prontuários, que compuseram às variáveis independentes: local onde reside, escolaridade, sexo, idade, tempo de diagnóstico, forma clínica e EDSS.

As questões que compõem o instrumento foram construídas segundo uma escala Likert de

cinco pontos esta corresponde a intensidade, capacidade, frequência e avaliação. A análise e discussão dos dados foram construídos sobre a forma de tabelas utilizando os recursos do programa IBM SPSS Statistics 21 e seguindo a forma de avaliação do grupo WHOQOL, para as facetas 3,4 e 26 foi necessário fazer a recodificação dos valores inversos a escala de Likert.

A pesquisa desenvolvida seguiu todas as normas da Resolução 466/12, a mesma apresentou riscos mínimos para os sujeitos do estudo, a coleta de dados foi realizada através do questionário, onde o paciente não teve nenhum dano físico ou mental. O local escolhido para a realização da pesquisa possui boa estrutura e condições ética.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer da discussão, todos os dados coletados nos prontuários e questionário validado de Qualidade de Vida na versão abreviada (WHOQOL-Bref), foram avaliados e debatidos. As discussões foram desenvolvidas na forma de análise descritiva, em sua primeira etapa com as variáveis sócio demográficos coletados através do prontuário, na segunda etapa, variáveis clínicas (tempo de diagnóstico e a forma clínica e EDSS) e na terceira e última etapa foram analisados os domínios, que compõem o questionário de Qualidade de Vida.

A caracterização sócio-demográfica dos participantes foi feita com as variáveis sexo; idade; nível de escolaridade, estado civil e cidade onde reside. Pode-se observar que o maior percentual dos participantes, 67% (20), possuem o 3º grau completo e os participantes com 1º grau incompleto e 2º grau incompleto encontram-se com o mesmo percentual com 3% (1). Dos pacientes entrevistados 19 (63%) são casados, 8 (27%) são solteiros e 3 (10%) são divorciados. Dentre os participantes da pesquisa 28 (93%) residem na cidade de João Pessoa, e os demais residem em regiões vizinhas.

Tabela 1: Distribuição dos dados de acordo com o gênero.

Fonte: Dados da pesquisa João Pessoa 2015.

Analisando-se a tabela em questão, pode-se

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	28	90,3	93,3	93,3
	2	2	6,5	6,7	100,0
	Tot	30	96,8	100,0	
	al				
Ausente	Sist	1	3,2		
Total		31	100,0		

observar que relacionado aos dados sócio demográficos segundo o gênero, o sexo feminino foi identificado pelo número 1 e o sexo masculino pelo número 2. Dos 30 participantes da pesquisa, a maioria, ou seja, 20 (66,7%) eram do sexo feminino e 10 (33,3%) eram do sexo masculino, portanto, a referida pesquisa demonstra que os pacientes cadastrados no Centro de Referência em Esclerose Múltipla – EM são predominantemente do sexo feminino.

A Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM), afirma que existe a proporção de dois para um do sexo feminino. Em estudo de Braga (2011), a prevalência das mulheres mostrou-se em evidência pela porcentagem de 54,8%. Em pesquisa realizada em pacientes cadastrados na Associação Paraibana de Esclerose Múltipla (APBEM), comprova a prevalência do sexo feminino com EM, apresentando resultado de 75% do total de participantes (Dantas,2012). Tais resultados confirmam a prevalência do sexo feminino diagnosticadas com a doença, concordando com os autores das pesquisas realizadas anteriormente.

Tabela 2: Distribuição dos participantes quanto à forma clínica.

Fonte: Dados da pesquisa João Pessoa 2015.

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

		Frequência	Porcentual	Porcentagem em válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	20	64,5	66,7	66,7
	2	10	32,3	33,3	100,0
	Tot	30	96,8	100,0	
Ausente	Sist	1	3,2		
Total		31	100,0		

Em relação a forma clínica foram abordados pacientes com Esclerose Múltipla Remitente Recorrente (EMRR) representados na tabela acima pelo número 1 com a frequência de 28 (93,3%) pessoas e o número 2 representando as pessoas com Esclerose Múltipla Surto Progressiva (EMSP) com a frequência de dois (6,7%).

O Atlas de EM (2013), afirma que cerca de 85% da população que tem EMRR e que 80% desses pacientes podem progredir para a EMSP. A prevalência entre as formas clínicas apareceu de forma sucinta. Segundo a Portaria Nº 493 (2010), a EMRR é mais frequente dentre os diagnósticos e EM a forma EMSP é uma evolução da EMRR comum em 50% dos casos sem tratamento que possuem mais de 10 anos de diagnóstico.

Tabela 3: Distribuição dos participantes pela idade.

Idade	N	Porcentual
21-30 anos	7	23%
31-40 anos	9	30%
41-50 anos	9	30%
Acima de 50 anos	5	16%

Fonte: Dados da pesquisa João Pessoa, 2015.

Os participantes da pesquisa apresentaram a faixa etária mínima de 22 anos e a máxima de 59 anos. Em maior índice estão os participantes entre

os 31-40 anos (30%) e dos 41-50 anos (30%) e com menor índice foram os participantes que apresentaram idade acima dos 50 anos (16%).

Segundo Brunner (2011), a EM afeta com mais prevalência adultos jovens entre os 20-40 anos, podendo atingir outras idades. O neurologista Oleschko, afirma que a patologia pode ter início a partir dos 18 anos até os 35 anos, sendo mais rara em crianças e em idosos (>60 anos). Afeta usualmente adultos na faixa de 18-55 anos de idade, mas casos fora destes limites têm ocorrido (BRASIL, 2010).

Com essa pesquisa pode-se observar que a prevalência de pacientes entre os 21-30 anos totaliza 23% da pesquisa, e entre 31-40 anos estão presentes 30% dos participantes. Diferente das conclusões dos autores citados acima, foi visto a presença de um número relevante dentro da pesquisa de pacientes com idade superior aos 40 anos, 30%, compondo a amostra da pesquisa.

Tabela 4: Distribuição das variáveis numéricas.

	TEMPO DIAG	EDSS
N	Válido	30
	Ausente	1
Média	5,03	2,117
Mediana	4,00	2,000
Modelo padrão	4,343	,8477
Mínimo	0	1,0
Máximo	16	3,5

Fonte: Dados da pesquisa João Pessoa, 2015.

O tempo de diagnóstico está representado na tabela 3 com valor mínimo de 0 anos (2015) e valor máximo de 16 anos (1999), com média de 5,03 e desvio padrão de 4,343. Dentro dos critérios de inclusão foi estabelecido que os participantes deveriam ter o escore do EDSS até 3,5 enquanto os participantes da pesquisa apresentaram uma média de 2,117, o valor

mínimo do escore dos entrevistados foi de 1,0 o valor máximo com 3,5.

Tabela 5: Distribuição dos domínios do questionário de qualidade de vida.

	N	Míni mo	Máxi mo	Médi a	Desvio padrão
DG	30	1,5	5,0	3,767	,7512
DF	30	1,9	4,9	3,554	,6552
DP	30	2,7	4,8	3,935	,5605
RS	30	1,7	5,0	3,915	,7062
MA	30	3,0	4,8	3,793	,4622

N válido (de 30  
lista)

Fonte: Dados da pesquisa João Pessoa 2015.

Nesta pesquisa pôde-se observar nas análises descritivas os valores mínimos e máximos encontrados nos domínios geral (DG), domínio físico (DF), domínio psicológico (DP), domínio de relações sociais (RS) e o domínio do meio ambiente (MA), do questionário de qualidade de vida, identificando dentro deste número de pessoas com EM qual o maior déficit na qualidade de vida.

Dentre os cinco domínios abordados no questionário, as médias em destaque na atual pesquisa foram no domínio psicológico (3,935) e no domínio das relações sociais (3,915) com pontuações proximais, esses resultados permitiram constatar que dentre os cinco domínios, os domínio psicológico e relações sociais mantiveram a melhor percepção de qualidade de vida.

Na pesquisa de Ramos Pinto (2014) e Dantas (2012) os resultados encontrados mantiveram semelhança, mantendo com os maiores valores os domínios ambiental, psicológico e social. No estudo comparativo de Braga (2011), o grupo de participantes com EM,

apresentaram um escore de melhor qualidade de vida nos mesmo domínios supracitados, corroborando com os demais estudos e com o estudo atual.

Diante os resultados apresentados na tabela 4 também pode-se destacar o domínio físico e o domínio geral (autoavaliação da qualidade de vida), concluindo que ambos domínios têm uma grande interferência na qualidade de vida das pessoas com EM o domínio físico apresentou a menor média de qualidade de vida, concordando com estudos anteriores o déficit na qualidade de vida esteve presente nesses domínios.

No estudo de Dantas (2012), os mesmos domínios possuem escore inferior. Na pesquisa realizada por Braga (2011), os valores foram invertidos, os participantes da sua pesquisa apresentaram uma autoavaliação da qualidade de vida, ou seja, o domínio geral com valor inferior ao domínio físico, onde o autor constatou uma maior necessidade de intervenção nesse domínio.

O impacto negativo na qualidade de vida acarretado pelo domínio físico, pode ser justificado pelo fato da mudança da capacidade física causada pela Esclerose Múltipla. Dentre os principais sintomas apresentados pelas pessoas com EM as limitações físicas são as mais frequentes, os pacientes podem apresentar com mais frequência parestesia ou parestesia de membros, problemas na coordenação e desequilíbrio (BRASIL,2014).

Braga (2011), concluiu em seu estudo comparativo entre população clínica (EM) e normativa, que os pacientes com a Esclerose Múltipla possuem uma compreensão de qualidade de vida mais dispersa do que o grupo normativo. A qualidade de vida recebe a influência do estado de saúde físico, a independência, a saúde psicológica, as relações dentro da sociedade, o ambiente e crenças pessoais.

Observando os cinco domínios do questionário analisado é notável que nenhum alcançou o valor de escore máximo para a qualidade de vida. Conclui-se que este atual estudo, corrobora com as pesquisas realizadas anteriormente, comprovando quais os fatores que

mais influenciam os pacientes na avaliação de qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas que possuem um diagnóstico de Esclerose Múltipla apresentam disfunções básicas em diversos sistemas do corpo, provocando no paciente dificuldades em funções diárias ou incapacidades, limitando as atividades do dia-a-dia. A EM é uma doença crônica, fazendo com que o portador se adapte a patologia e ao tratamento eu busca de melhorar a qualidade de vida amenizando os sintomas da patologia.

A convivência dos pacientes com a EM é incerta podendo variar a qualquer momento, o paciente pode ter a estabilidade dos sintomas realizando sua vida diária normalmente ou pode ser surpreendido com um surto, modificando todo o seu quadro clínico, ocasionando problemas psicológicos, físicos, mudanças na forma de vida alterando nas relações sociais do mesmo. Pelo fato da EM ser uma doença que atinge principalmente adultos jovens, o impacto dessa doença vai modificar a vida no trabalho, estudos, relações com amigos, familiares, atingindo diretamente na qualidade de vida.

Na formação desse estudo pode-se evidenciar todo o perfil sociodemográfico dos participantes, o perfil clínico foi construído através da data de diagnóstico do paciente, a forma clínica desencadeada e o EDSS mais recente do paciente, foi avaliada a qualidade de vida através do instrumento validado do Grupo WHOQOL, observando individualmente cada domínio abordado no questionário e os maiores déficits na qualidade de vida dos participantes.

Na discussão do presente estudo, foram utilizados embasamentos de outras pesquisas que objetivavam analisar o impacto da EM na qualidade de vida dos participantes. Diante dos resultados apresentados e discutidos, concluiu-se que os impactos causados pelos sintomas sejam eles físicos ou psicológicos, modificam as relações sociais daquele paciente, provocando um

impacto na sua autoavaliação da qualidade de vida.

Conclui-se que o grupo de participantes da pesquisa possui um déficit no domínio físico, apresentando o menor valor da pesquisa em relação aos demais domínios abordados no questionário, mostrando que eles precisam de uma maior atenção nas dificuldades físicas ocasionadas pela EM esse déficit ocasiona nos pacientes uma visão negativa na sua qualidade de vida.

A necessidade de uma assistência multiprofissional e fidedigna das pessoas com EM, pode ser concretizada diante dos resultados encontrados na pesquisa. O Centro de Referência de Esclerose Múltipla de João Pessoa (CREMPB), possui uma assistência multiprofissional, onde o paciente tem acesso em um mesmo local, a profissionais de nutrição, fisioterapia, neurologia, assistência de enfermagem, farmácia e psicologia. Essa forma de assistência facilitou no atendimento prestado aos pacientes e o acesso dos mesmos a todos os atendimentos que lhes eram necessários, melhorando assim as condições de cuidados, provocando uma melhora na qualidade de vida dos pacientes assistidos pelo CREMPB.

Esta pesquisa evidenciou um olhar direcional a qualidade de vida dos pacientes assistidos pelo CREMPB, contribuindo com os profissionais para a formação de métodos terapêuticos, inserir atividades integrativas, focando na melhora dos domínios em declínio apresentados nos resultados.

## REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM). Esclerose Múltipla. Disponível em: <<http://www.abem.org.br/index.php/esclerose-multipla>>. Acessado em: 20 de abril de 2015.

BRAGA, M.N.F. Qualidade de Vida e Saúde Mental em Portadores de Esclerose Múltipla. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2011. Disponível em: <

<http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2742>>. Acessado em: 29 de outubro de 2015.

BRASIL. Portaria nº 493, de 23 de setembro de 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0493\\_23\\_09\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0493_23_09_2010.html)>. Acessado em: 30 de maio de 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.505, de 29 de dezembro de 2014. Disponível em: <<http://www.ineuro.com.br/2015/01/diretrizes-terapeuticas-em-esclerose-multipla-publicacao-do-ministerio-da-saude/>>. Acessado em: 09 de novembro de 2015.

BRUNNER; SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª. ed. [S.l.]: Guanabara Koogan, v. IV; V, 2010.

DANTAS, T. M. F. (2012). Qualidade de vida em indivíduos com Esclerose Múltipla. Monografia de Graduação em Fisioterapia. Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ. João Pessoa, 2012.

Multiple Sclerosis International Federation. (2013). Atlas da EM 2013: Mapeamento Da Esclerose Múltipla no Mundo. Disponível em: <<http://www.abem.org.br/index.php/noticias-2/505-atlas-da-esclerose-multipla>>. Acessado em: 01 de novembro de 2015.

QUINTANILHA, Raquel Sousa; LIMA, Luciano Ramos de. Avaliação da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla. Rev. enferm. UFPE on line, v. 4, n. 1, p. 153-161, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=18836&indexSearch=ID>>. Acessado em: 20 de março de 2015

RAMOS PINTO, C. (2014). Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla: Influência do Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Ansiedade e Depressão. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 2014. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/79396/2/112938.pdf>>. Acessado em: 24 de outubro de 2015.

RUBIN, E. Patologia: Bases Clínicopatológicas da medicina. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46(12):1569-8.