

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

Gabriela Magalhães Pereira¹
Nayron Medeiros Soares²
Rosiêne Vieira da Silva³
Jefferson Becker⁴
Rosa Maria Martins de Almeida⁵

RESUMO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença autoimune, progressiva, desmielinizante e inflamatória que afeta o Sistema Nervoso Central. O curso da doença é variável, podendo ser do tipo surto-remissão ou apresentar um curso progressivo. O objetivo deste estudo foi descrever as características sociodemográficas e clínicas de pacientes com Esclerose Múltipla, atendidos no serviço de neurologia de um hospital do Sul do Brasil. A amostra foi do tipo não probabilística por acessibilidade composta por 30 voluntários com diagnóstico clínico de Esclerose Múltipla. Foi utilizada Ficha de Avaliação Clínica e Sociodemográfica que incluiu os itens, como: gênero, idade, dados sociais, atividades ocupacionais, tempo de diagnóstico e dados clínicos da doença. A idade média dos participantes foi de $40,46 \pm 10,14$ anos, EDSS de $3,33 \pm 1,85$. A maioria dos pacientes eram mulheres (86,7%) e tinham diagnóstico clínico de EMRR (90%), com tempo de diagnóstico médio de $8,03 \pm 4,85$ anos. A partir desses resultados, pode-se observar dados sociais preocupantes quanto ao nível de escolaridade e a faixa de idade dos indivíduos.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla, perfil clínico, neuroimunologia.

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Instituto de Psicologia, Laboratório de Psicologia Experimental, Neurociências e Comportamento, UFRGS. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil. gabrielamagalhes.p@gmail.com;

² Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (UFRGS), RS, Brasil. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Brasil. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil.;

³ Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Brasil;

⁴ Instituto do Cérebro do Rio Grande do Sul (InsCer), Escola de Medicina, Neurologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, Brasil. Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, Brasil;

⁵ Instituto de Psicologia, Laboratório de Psicologia Experimental, Neurociências e Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil;

INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença progressiva, desmielinizante e inflamatória, que afeta o Sistema Nervoso Central (SNC) (LASSMANN; BRÜCK; LUCCHINETTI, 2007; LOMA; HEYMAN, 2011; ALTOWAIJRI et al., 2017). Atinge 1 em cada 1000 pessoas no ocidente, em sua maioria adultos jovens de 20 a 40 anos, resultando em incapacidade crônica (DECKX et al., 2013). No Brasil, a prevalência da EM é variável de acordo com a região, podendo atingir de 1,36/100.000 a 27,2/100.000 habitantes (DA GAMA PEREIRA et al., 2015). A EM é cerca de três vezes mais prevalente em mulheres caucasianas, com raro acometimento em indivíduos negros (WINGERCHUK et al., 2007). Estima-se que o número de casos de EM no mundo aumentou de 2,1 milhões em 2008 para 2,3 milhões de pessoas em 2013 (BROWNE et al., 2014).

O curso da EM pode ser variável e pode seguir tanto com episódios agudos de agravamento, seguidos de remissão, quanto com uma degeneração gradual de funções do SNC, ou por uma combinação de ambas características (LUBLIN; REINGOLD, 1996; KERN et al., 2011; ZURAWSKI). Com a progressão da doença, as alterações cognitivas, comportamentais e físicas proporcionam um grande número de problemas que alteram a vida dos pacientes (YOZBATIRAN, et al., 2006). Indivíduos com EM apresentam maior risco de desenvolver desordens emocionais que a população geral (MINDEN et al., 2014). Cerca de 54% da população com EM experiencia algum transtorno de ansiedade e depressão em algum estágio da doença, 13% apresentam transtorno bipolar e 22% transtornos de ajustamento (JONES et al., 2012; SULLIVAN et al., 1995; JOFFE et al., 1987). Todavia, as disfunções motoras são comuns em todas as fases e formas da EM (LIPP; TOMASSINI, 2015). Dentre os sintomas motores, déficits no equilíbrio, marcha e habilidade manual são comuns e influenciam na performance das atividades de vida diária (AVD's) dos pacientes (CATTANEO; REGOLA; MEOTTI, 2006; PALTAMAA et al., 2007).

Na maioria dos casos (aproximadamente 80%) os pacientes iniciam a doença com o curso Recorrente-Reminente (RR) (MAHAD; TRAPP; LASSMAN, 2015; ANTEL et al., 2012). A fase EMRR envolve surtos agudos de desmielinização seguidos de períodos de remissão, onde pode haver recuperação total ou sequelas residuais, porém sem progressão de lesões nos períodos entre as recaídas (LUBLIN; REINGOLD, 1996). Desses, cerca de 50 a 60% seguem para fase progressiva secundária (EMPS), que, aparentemente independe do número de recaídas vivenciados nos 2 primeiros anos do curso da doença (ANTEL et al.,

2012). Apenas cerca de 15% dos pacientes apresentam a EM progressiva primária (EMPP), cuja característica principal é o agravamento progressivo sem períodos de remissão e recaídas (ANTELL et al., 2012).

O presente trabalho foi desenvolvido com o intuito de contribuir com os achados sobre a Esclerose Múltipla. Assim, o objetivo central foi descrever as características sociodemográficas e clínicas de pacientes com Esclerose Múltipla, atendidos no serviço de neurologia de um hospital do Sul do Brasil.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, localizado no município de Porto Alegre – RS. A amostra foi do tipo não probabilística por acessibilidade composta por 30 voluntários com diagnóstico clínico de Esclerose Múltipla de acordo com o CID-10.

Foram considerados os seguintes critérios para inclusão:

- Ter diagnóstico clínico de EM de acordo com o CID-10 (para pacientes com EM);
- Ter idade ≥ 18 anos;
- Pontuação no EDSS $\leq 6,0$ (para pacientes com EM);
- Concordar em participar da pesquisa.

Foram considerados os seguintes critérios para exclusão:

- Possuir comorbidades neurológicas associadas;
- Estar em surto.

Para caracterização do perfil clínico e sociodemográfico foi utilizada a Ficha de Avaliação Clínica e Sociodemográfica que incluiu os itens, como: gênero, idade, dados sociais, atividades ocupacionais, tempo de diagnóstico e dados clínicos da doença. Foi aplicada a *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) para estadiamento da EM. A EDSS, desenvolvida por John F. Kurtzke (1983), é um método de qualificação que avalia o comprometimento neurológico e acompanha as alterações de incapacidade ao longo do tempo.

Os dados obtidos foram expressos em porcentagem, média e desvio padrão da média. A análise foi feita através do Programa Estatístico IBM SPSS Statistics 20. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de seres humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (parecer nº 2.014.963).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo EM foi composto por 30 pacientes com idade média de $40,46 \pm 10,14$ anos, EDSS de $3,33 \pm 1,85$. A maioria dos pacientes eram mulheres (86,7%) e tinham diagnóstico clínico de EMRR (90%), com tempo de diagnóstico médio de $8,03 \pm 4,85$ anos. Todos os pacientes fazem uso do tratamento imunomodulador.

As principais drogas utilizadas foram: Fingolimode, Natalizumabe, Fampridina, interferon beta 1-alfa, acetato de glatiramer e azatioprina. Os resultados de acordo com os grupos estão descritos na Tabela 1.

De modo geral, os dados de idade e sexo assemelham-se a resultados de estudos anteriores, que afirmam que o sexo feminino e adultos jovens são os mais acometidos (GUIMARÃES; SÁ, 2014; CONCEIÇÃO et al., 2017). Quanto a escolaridade, pode-se considerar que a amostra possui um nível de informação elevado, possibilitando uma melhora na adaptação frente o curso da EM. Entretanto, quanto ao critério profissional, a maioria dos participantes é aposentada, que, pode ser um fator preocupante do ponto de vista social e da qualidade de vida, pois os indivíduos encontram-se em uma faixa etária produtiva (CONCEIÇÃO et al., 2017).

Quanto aos aspectos clínicos, a severidade da doença avaliada pelo EDSS foi considerada de leve a moderada. O que indica que, em média, os participantes possuem uma capacidade de deambulação com ou sem auxiliar de locomoção (KURTZKE, 1983). O tipo de forma da doença mais prevalente foi a EMRR, corroborando com estudos epidemiológicos prévios, que indicam um predomínio de casos de surto-remissão (MAHAD; TRAPP; LASSMAN, 2015; ANTEL et al., 2012).

O tempo de diagnóstico mostrou que os indivíduos se encontram na primeira década da doença, com um número de surtos relativamente baixos. A este fato, pode ser atribuído o uso dos medicamentos como principal método terapêutico, que por sua vez, demonstra um controle para o surgimento de novas lesões e/ou recidivas.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes com Esclerose Múltipla.

Variáveis	EM Total (n=30)
Idade (anos)	40,46±10,14
Sexo (%)	
Mulheres	86,70 (26)
Homens	13,30 (4)
EDSS	3,33±1,85
Escolaridade (anos)	10,96±3,17
Estado civil	
Divorciado (a)	13,3 (4)
Casado (a)	50 (15)
Solteiro (a)	36,7 (11)
Profissão (%)	
Aposentado (a)	76,6 (23)
Estudante	3,3 (1)
Trabalhador	20 (6)
Tempo de diagnóstico	8,03±4,85
EMRR (%)	90 (27)
EMSP (%)	6,7 (2)
EMPP (%)	3,3 (1)
Nº de surtos	3,46±1,65

Legenda: Dados expressos em porcentagem (n) e média±desvio padrão da média (DPM). EM = Esclerose Múltipla; EDSS = *Expanded Disability Status Scale*; EMRR = Esclerose Múltipla Recorrente Reminente; EMSP = Esclerose Múltipla Secundariamente Progressiva; Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, foi possível obter um perfil de características clínicas e sociodemográficas de pacientes com EM. Pode-se observar dados sociais preocupantes quanto ao nível de escolaridade e a faixa de idade dos indivíduos, tendo em vista a severidade e o grau de incapacidade como fator limitante para as atividades profissionais. Estudos futuros devem ser conduzidos em amostras de maior número com maior homogeneidade, afim de encontrar características dessa população ao que tange a realidade de características do perfil brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANTEL J., ANTEL S., CARAMANOS Z., ARNOLD D. L., KUHLMANN T. 2012. Primary progressive multiple sclerosis: part of the MS disease spectrum or separate disease entity? *Acta Neuropathol.* 123:627–638.

ALTOWAIJRI G., FRYMAN A., YADAV V. 2017. Dietary Interventions and Multiple Sclerosis. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 17:28.

BROWNE P., CHANDRARATNA D., ANGOOD C., TREMLETT H., BAKER C., TAYLOR B. V., THOMPSON A. J. 2014. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. *Neurology.* 83(11):1022–1024.

CATTANEO D., REGOLA A., MEOTTI M. 2006. Validity of six balance disorders scales in persons with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation.* 28(12):789 – 795.

NEVES, C. F.S., RENTE, J. A. P. S., FERREIRA, A. C. S., GARRETT, A. C. M. (2017). Qualidade de vida da pessoa com esclerose múltipla e dos seus cuidadores. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(12), 85-96.

DA GAMA PEREIRA A. B. C. N., LACATIVA M. C. S., DA COSTA PEREIRA F. F. C., ALVARENGA R. M. P. 2015. Prevalence of multiple sclerosis in Brazil: a systematic review. *Mult Scler Relat Disord.* 4:572–9.

DECKX N., LEE W.P., BERNEMAN Z. N., COOLS N. 2013. Neuroendocrine Immunoregulation in Multiple Sclerosis. *Clin Dev Immunol.* 2013:705232.

GUIMARÃES J., SÁ M. J. 2012. Cognitive Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Front Neurol.* 3(74).

JOFFE R. T., LIPPERT G.P., GRAY T. A., SAWA G., HORVATH Z. 1987. Mood disorder and multiple sclerosis. *Arch Neurol.* 44:376–378.

JONES K. H., FORD D. V., JONES P. A., JOHN A., MIDDLETON R. M., LOCKHART-JONES H., OSBORNE L. A., NOBLE G. 2012. A large-scale study of anxiety and depression in people with multiple sclerosis: a survey via the web portal of the UK MS register. *PLoS One*. 7:1–10.

KERN S., SCHULTHEISS T., SCHNEIDER H., SCHREMPF W., REICHMANN H., ZIEMSEN T. 2011. Circadian cortisol, depressive symptoms and neurological impairment in early multiple sclerosis. *Psychoneuroendocrinology*. 36(10):1505-12.

KURTZKE, J. F. Impairment Avaliação neurológica na esclerose múltipla: uma escala expandida do Estado de Incapacidade (EDSS). *Neurology*. v. 33, n. 11, p. 1444-1452, 1983.

LASSMANN H., BRÜCK W., LUCCHINETTI C. 2007. The immunopathology of multiple sclerosis: an overview. *Brain Pathol*. 17:210–218.

LIPP I., TOMASSINI V. 2015. Neuroplasticity and motor rehabilitation in multiple sclerosis. *Front. Neurol*. 6(59):1-3.

LOMA I., HEYMAN R. 2011. Multiple Sclerosis: Pathogenesis and Treatment. *Current Neuropharmacology*. 9(3):409–416.

LUBLIN F. D., REINGOLD S. C. 1996. Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey. *Neurology*. 46(4):907-911.

MAHAD D. H., TRAPP B. D., LASSMAN H. 2015. Pathological mechanisms in progressive multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 14:183–93.

MINDEN S. L., FEINSTEIN A., KALB R. C., MILLER D., MOHR D. C., PATTEN S. B., BEVER C., SCHIFFER R. B., GRONSETH G. S., NARAYANASWAMI P. 2014. Evidence-based guideline: assessment and management of psychiatric disorders in individuals with multiple sclerosis. Report of the guideline development subcommittee of the american academy of neurology. *Neurology*. 82:174–181.

- PALTAMAA J., SARASOJA T., LESKINEN E., WIKSTROM J., MALKIA E. 2007. Measures of physical functioning predict self-reported performance in self-care, mobility, and domestic life in ambulatory persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil.* 88:1649–1657.
- SAKAI R. E., FELLER D. J., GALETTA K. M., GALETTA S. L., BALCER L. J. 2011. Vision in multiple sclerosis: the story, structure-function correlations, and models for neuroprotection. *J Neuroophthalmol.* 31(4):362-73.
- SULLIVAN M. J., WEINSHENKER B., MIKAIL S., BISHOP S. R. 1995. Screening for major depression in the early stages of multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci.* 22:228–231.
- WINGERCHUK D. M., LENNON V. A., LUCCHINETTI C. F., PITTOCK S. J., WEINSHENKER, B. G. 2007. The spectrum of neuromyelitis óptica. *The Lancet Neurology.* 6(9): 805-815.
- YOZBATIRAN N., BASKURT F., BASKURT Z., OZAKBAS S., IDIMAN E. 2006. Motor assessment of upper extremity function and its relation with fatigue, cognitive function and quality of life in multiple sclerosis patients. *Journal of the Neurological Sciences.* 246:117–122.
- ZURAWSKI J., STANKIEWICZ J. 2017. Multiple Sclerosis ReExamined: Essential and Emerging Clinical Concepts. *Am J Med.* pii: S0002-9343(17)31280-9.