



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROLOGIA
MESTRADO EM NEUROLOGIA

ALINE BRAZ DE LIMA

**PERSONALIDADE E ESCLEROSE MÚLTIPLA
UM ESTUDO PRELIMINAR**

RIO DE JANEIRO
2012

ALINE BRAZ DE LIMA

**PERSONALIDADE E ESCLEROSE MÚLTIPLA
UM ESTUDO PRELIMINAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neurologia, área de concentração Neurociências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Maria Papais Alvarenga

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Alves Paes

RIO DE JANEIRO
2012

L732 Lima, Aline Braz de.
Personalidade e esclerose múltipla: um estudo preliminar / Aline Braz de Lima, 2012.
76 f. ; 30 cm

Orientadora: Regina Maria Papais Alvarenga.
Coorientadora: Renata Alves Paes.
Dissertação (Mestrado em Neurologia) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

1. Esclerose múltipla. 2. Personalidade. 3. NEO-FFI (Teste de personalidade). I. Alvarenga, Regina Maria Papais. II. Paes, Renata Alves. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Neurologia. IV. Título.

CDD – 616.834

ALINE BRAZ DE LIMA

**PERSONALIDADE E ESCLEROSE MÚLTIPLA
UM ESTUDO PRELIMINAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neurologia, área de concentração Neurociências.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Maria Papais Alvarenga
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Renata Alves Paes
Universidade Veiga de Almeida - UVA

Prof. Dr. Jesus Landeira Fernandez
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-Rio

Prof. Dr. Marcos Jardim Freire
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, pelo apoio incondicional, pela generosidade e paciência sem limites.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais: Mariza e José Mauro, por terem me inculcido desde cedo o gosto pela pesquisa e pelo estudo e por sempre terem me encorajado a questionar e a pensar diferente.

Aos meus mestres Evandro Meirelles Santos e Rubens Molina, por terem me inspirado a dar conta dos meandros da mente humana, a começar pela minha.

À Professora Regina Alvarenga, pela sua generosidade em acolher discursos tão diversos e por seu exemplo de determinação e energia para desbravar o fascinante (e nebuloso) campo da Neurologia.

À amiga e co-orientadora, Renata Alves Paes, pela imensa ajuda e paciência no processo longo e árduo de elaboração desta dissertação.

Ao Professor Landeira, pela assessoria no campo árido dos números e da Estatística, infelizmente tão pouco familiar para a maioria dos psicólogos.

À Dra. Claudia Vasconcelos pela generosidade em disponibilizar dados clínicos de seus pacientes e vários conceitos de Neurologia.

Aos médicos neurologistas do Hospital da Lagoa: Dra. Claudia Vasconcelos, Dra. Elizabeth, Dr. Gutemberg, Dr. Marcos Alvarenga, Dra. Regina Alvarenga e Dra. Solange Amaral, pela solicitude em colaborar, não só no encaminhamento de pacientes, mas também no esclarecimento de tantas dúvidas de Neurologia.

À amiga Cinthia Kirchmeyer, pela parceria valiosa e cumplicidade em momentos críticos do desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas de turma do grupo de Neuropsicologia: Renata Alves Paes, Dora-Neide Cerqueira, Cíntia Kirchmeyer, Thaís Nascimento, sem o apoio deles, este trabalho não teria sido realizado.

"Os escritores estão submetidos à necessidade de criar prazer intelectual e estético (...). Por essa razão, eles não podem reproduzir a essência da realidade tal como é, senão que devem isolar partes da mesma, suprimir associações perturbadoras, reduzir o todo e completar o que falta. Esses são os privilégios do que se convencionou chamar de "licença poética". No entanto, a ciência, afinal, é a renúncia mais completa ao princípio do prazer de que é capaz nossa atividade mental".

(Sigmund Freud, 1910)

RESUMO

Objetivo: descrever fatores de personalidade em pacientes com Esclerose Múltipla recente, através da escala de personalidade NEO-FFI e correlacionar os primeiros com variáveis demográficas (idade e escolaridade) e clínicas (EDSS e tempo de doença). Método: 33 pacientes do sexo feminino recém-diagnosticadas com Esclerose Múltipla, na forma clínica remitente-recorrente (idade média: 36.96; escolaridade média em anos de estudo: 15.86; EDSS médio: 1.57; tempo médio de doença em meses: 21.09) foram submetidas à avaliação psicológica da personalidade com a escala NEO-FFI. E também foram avaliadas com as escalas de Beck, para ansiedade e depressão. Resultados: Não houve sintomatologia clínica de ansiedade ou depressão. A ansiedade nesta amostra foi leve e não há depressão. Quanto aos fatores de personalidade, 69.8% apresentaram neuroticismo em grau significativo; 57.6% de extroversão; 48.5% de abertura à experiência; 72.7% de amabilidade e 78.8% de conscienciosidade. Um alto nível de *neuroticismo* (tendência em experimentar afeto negativo) tem a ver com: falta de estratégias de enfrentamento e susceptibilidade ao estresse. O neuroticismo (obtido pela escala de personalidade NEO-FFI) está associado à exacerbação de sintomas nos estudos longitudinais. Conclusão: A literatura sobre a relação da personalidade com a EM é escassa e fragmentada. Não há estudos brasileiros sobre este tema. A experiência de viver com uma doença neurológica crônica, incapacitante, de curso incerto e sem cura torna-se mais conturbada devido a fatores individuais, de personalidade, que podem contribuir para o surgimento de outros quadros psicopatológicos secundários, como transtornos de ansiedade e depressão, por exemplo. Identificar precocemente pacientes vulneráveis emocionalmente, através de avaliação psicológica pode ser profilático em termos de maior adesão ao tratamento e mais qualidade de vida.

Palavras-chave: Personalidade. Esclerose múltipla. NEO-FFI.

ABSTRACT

Objective: to describe personality factors in recently diagnosed Multiple Sclerosis (MS) patients through the NEO-FFI personality scale and to investigate the nature of the relationship of those factors with demographic (age and educational level) and clinical (EDSS and length of disease) variables. Methodology: 33 recently-diagnosed female relapsing/remitting MS patients (RRMS), with mean age of 36.96; mean educational level of 15.86 years; mean EDSS of 1.57 and mean length of disease of 21.09 months underwent psychological assessment with the NEO-FFI personality scale NEO-FFI. These patients have also been evaluated with Beck's depression (BDI) and anxiety (BAI) scales. Results: No significant depression or anxiety symptomatology was found in this sample. Anxiety was mild and no depression was detected. As for personality factors: 69.8% showed significant levels of neuroticism; 57.6% of extroversion; 48.5% of openness to experience; 72.7% of agreeableness and 78.8% of conscientiousness. A high level of neuroticism (proneness to experience negative affect) has to do with: lack of coping skills and stress susceptibility. Neuroticism (obtained through the NEO-FFI scale) is often associated to symptom exacerbation in prospective, longitudinal studies. Conclusion: Scientific literature on the relationship of the personality of the patient with his/her MS condition is rather scarce and fragmented. There is no Brazilian study on this matter. Living with a chronic and disabling neurological disease, such as MS can become quite difficult - more than the usual burden brought by the condition itself - due to the contribution of individual, personality factors which can foster other secondary symptoms, like depression or anxiety disorders, compromising the patients' mental health. Early identification of emotionally vulnerable patients via psychological assessment can be prophylactic, that is, it can improve treatment adherence and the patients' quality of life.

Key words: Personality. Multiple sclerosis. NEO-FFI.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Estudos sobre o tema personalidade (e correlatos) e esclerose múltipla	40
Figura 1	Gráfico da distribuição de frequência dos 5 fatores de personalidade encontrados nesta amostra do sexo feminino de EMRR recente (N=33)	51
Figura 2	Frequência acumulada dos 5 fatores de personalidade, segundo a escala do NEO-FFI, numa amostra de 33 pacientes do sexo feminino de EMRR recém-diagnosticadas	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise descritiva dos dados gerais - clínicos e sócio-demográficos - de 33 pacientes do sexo feminino com Esclerose Múltipla recente	49
Tabela 2	Análise descritiva das médias encontradas (escores T) dos 5 fatores de personalidade (N=33)	49
Tabela 3	Análise descritiva dos escores e médias encontradas nos inventários de Beck para ansiedade (BAI) e depressão (BDI) (N=33)	50
Tabela 4	Distribuição da frequência dos cinco fatores de personalidade avaliados pelo NEO-FFI na amostra de pacientes através da classificação (por percentil)	50
Tabela 5	Correlação e significância da idade com os fatores de personalidade (N=33)	52
Tabela 6	Correlação e significância da escolaridade (anos de estudo) com os fatores de personalidade (N=33)	52
Tabela 7	Correlação e significância do EDSS com os fatores de personalidade (N=33)	52
Tabela 8	Correlação e significância do tempo de doença com os fatores de personalidade	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI - Beck Anxiety Inventory
BDI - Beck Depression Inventory
CFS - *Chronic Fatigue Scale*
CIS-R - *Revised Clinic Interview Schedule*
DP - Desvio Padrão
EDSS - *Expanded Disability Status Scale*
EM - Esclerose Múltipla
EMB - Esclerose Múltipla Benigna
EMM - Esclerose Múltipla Maligna
EMRR - Esclerose Múltipla Remitente-Recorrente
EMPP - Esclerose Múltipla Progressiva Primária
EMPS - Esclerose Múltipla Progressiva Secundária
EMPSU - Esclerose Múltipla Progressiva-Surto
EPI - *Eysenck Personality Inventory*
FSS - *Fatigue Severity Scale*
FS/EDSS - Escala dos Sistemas Funcionais e Incapacidade de Kurtzke
HL - Hospital da Lagoa
HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
LCR - Líquido Cefalorraquiano ou liquor
MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NEO-PI-R - Revised NEO Personality Inventory
NEO-FFI-R - Revised Five Factor Inventory
PET - *Positron Emission Tomography*
RMf - Ressonância Magnética Funcional
SNC - Sistema Nervoso Central
SMPT - Standardized Multifactorial Personality Test
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ESCLEROSE MÚLTIPLA	16
3	PERSONALIDADE	20
3.1	PERSPECTIVAS DO TRAÇO DE PERSONALIDADE	20
3.1.1	Os cinco grandes fatores - <i>Big Five</i>	22
3.1.2	Medindo a Personalidade	23
3.1.3	O NEO-FFI	23
3.1.3.1	Neuroticismo (N) - instabilidade emocional	24
3.1.3.2	Extroversão (E) - expansão	24
3.1.3.3	Abertura à Experiência (O) - intelecto	25
3.1.3.4	Amabilidade (A)	26
3.1.3.5	Conscienciosidade (C) - falta de impulsividade	26
3.2	PERSONALIDADE E NEUROCIÊNCIAS	27
3.3	PERSONALIDADE E DOENÇAS CRÔNICAS	27
3.3.1	Comportamentos Saudáveis	28
3.3.2	Modelo estresse-diátese	29
3.3.3	Psiconeuroimunologia	30
4	PERSONALIDADE E ESCLEROSE MÚLTIPLA	32
4.1	JUSTIFICATIVA	35
4.2	LINHA DE PESQUISA: NEUROPSICOLOGIA E PERSONALIDADE NA ESCLEROSE MÚLTIPLA	37
5	OBJETIVOS	39
5.1	GERAL	39
5.2	ESPECÍFICOS	39
6	REVISÃO DA LITERATURA	40
6.1	PRINCIPAIS ACHADOS	41
6.1.1	Ansiedade e Depressão – Neuroticismo	42
6.1.2	Coping (ou enfrentamento)	42
6.1.3	Auto-estima	43
6.1.4	Estresse	43
6.1.5	Fadiga	43
7	METODOLOGIA	45
7.1	APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA	45

7.2	DESENHO DE ESTUDO	45
7.3	AMOSTRA	45
7.3.1	Seleção de Pacientes	46
7.3.2	Critérios de Inclusão	46
7.3.3	Critérios de Exclusão	46
7.4	MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DOS PACIENTES	46
7.4.1	Avaliação Neurológica	46
7.4.2	Avaliação Psicológica	47
7.4.2.1	Avaliador e local	47
7.4.2.2	Instrumentos	47
8	RESULTADOS	49
9	DISCUSSÃO	53
10	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	69
	APÊNDICE B - Parecer Psicológico	71
	APÊNDICE C - Protocolo de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica - Esclerose Múltipla	72
	APÊNDICE D - Resumo Explicativo dos Fatores de Personalidade da Escala NEO-FFI	73
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG	76

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa sobre os aspectos psicológicos das doenças neurológicas privilegiou, tradicionalmente, o estudo de alterações cognitivas e neuropsiquiátricas. Outros fatores associados às doenças, como as características de personalidade de pacientes neurológicos têm sido muito menos investigados (OŽURA; ERDBERG; ŠEGA, 2010).

A personalidade é um dos fatores principais que afeta o funcionamento psicológico do indivíduo frente às demandas adaptativas de uma doença, por exemplo. É sabido que certos traços de personalidade predisõem as pessoas a lidarem com o estresse de diferentes maneiras (RÄTSEP et al., 2000). Os pacientes com Esclerose Múltipla (EM) experimentam estresse e dificuldades em seu cotidiano, com os sintomas neurológicos dos surtos ou com a mera expectativa da ocorrência deles; além da preocupação com a possibilidade de sequelas posteriores. Tudo isso faz com que viver com uma doença como a EM torne-se uma tarefa, muitas vezes, árdua para a maioria dos pacientes.

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurológica autoimune, inflamatória e desmielinizante do sistema nervoso central (SNC), que é caracterizada por surtos recorrentes. O curso e a evolução desta enfermidade neurológica são incertos. Em geral, após os surtos os pacientes podem retomar o nível de atividade anterior. Para outro grupo de pacientes, o curso da doença é progressivo, ou seja, ao longo do tempo, há declínio progressivo das funções neurológicas (BENEDICT et al., 2009).

A EM atinge, em geral, adultos jovens. Isso implica em indivíduos que estão às voltas com questões relacionadas ao desenvolvimento da carreira profissional, da vida em família e a aquisição de responsabilidade social e econômica (BOGLE; PERCY; MORRISON, 1999). Uma enfermidade de curso incerto como a EM pode causar danos significativos - além do impacto psicológico - à vida profissional, familiar e social do paciente. Deste modo, conhecer as características de personalidade do paciente com EM pode fornecer informação útil na interpretação de certos sintomas, que venha agregar valor ao tratamento como um todo (PEYSER; EDWARDS; POSER, 1980).

Um exemplo bastante recente da relevância do estudo de características da personalidade relacionadas à EM é o trabalho de Strober e colaboradores (2012), publicado na *Multiple Sclerosis* em maio do ano corrente sobre o status de

desemprego nestes pacientes. O principal achado destes autores foi a persistência do paciente estar relacionada ao status de empregabilidade, isto é, esta característica de personalidade não deixa o paciente desistir de ter uma vida funcional tão cedo, mesmo com limitações motoras e/ou cognitivas trazidas pela EM. Este estudo ressalta a importância da personalidade nos desfechos da EM e aponta para a necessidade de maior atenção clínica e pesquisa nesta área.

A maioria quase absoluta dos trabalhos que abordou a relação entre personalidade e Esclerose Múltipla utilizou como instrumento o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), um inventário de personalidade voltado para a identificação de transtornos psiquiátricos. Atualmente, o modelo dos cinco grandes fatores da personalidade (Big Five) na investigação da relação entre personalidade e doença tem sido a referência teórica mais comumente usada na literatura internacional. Nesta última, utiliza-se tanto o termo coloquial *The Big Five* quanto o termo mais formal *The Five Factor Model - FFM*. O Inventário de Personalidade NEO Revisado, mais conhecido como NEO-PI-R, é um instrumento da avaliação da personalidade normal desenvolvido pelos pesquisadores norte-americanos, Paul Costa e Robert McCrae em 1992. Quando há limitação de tempo e risco de fatigar o paciente - interferindo no desempenho e comprometendo a fidedignidade do resultado - na avaliação psicológica, com uso de uma bateria de testes, existe uma versão curta do NEO-PI, o Revised Five Factor Inventory (NEO-FFI-R) que deve ser utilizada preferencialmente. Este instrumento psicométrico fornece informação global, avaliando os cinco grandes fatores da personalidade, a saber: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade.

No que tange a relação entre fatores de personalidade e Esclerose Múltipla, não há como deixar de lado alguns temas bastante afins e atuais na literatura científica da EM, como: estresse, fadiga, *coping* (enfrentamento), ansiedade e depressão. Na revisão da literatura, uma série de artigos que abordaram estas questões e fizeram associações com o papel da personalidade na EM, foram contemplados.

O diagnóstico de EM não é um processo puramente objetivo e pode sofrer influência das características individuais estáveis do paciente, que estão além da apresentação clínica desta enfermidade neurológica crônica. Deste modo, o objetivo deste trabalho consiste em uma iniciativa preliminar, no Brasil, de descrever fatores

de personalidade de um grupo de pacientes recém- diagnosticados com EM, na forma clínica remitente-recorrente, com o inventário de personalidade NEO-FFI-R, para correlacionar estes fatores a variáveis clínicas e demográficas. Além disso, também foram utilizadas as escalas de Beck, de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) para avaliar estes dois constructos - ansiedade e depressão - com fatores de personalidade.

2 ESCLEROSE MÚLTIPLA

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurológica crônica, recorrente, autoimune, inflamatória e desmielinizante do sistema nervoso central (SNC). De acordo com a variação na distribuição das lesões na substância branca do SNC, os sintomas clínicos se manifestam das mais variadas formas. Eles podem incluir: déficit visual, perda ou redução de sensibilidade e/ou diminuição de força de membros superiores e inferiores, incontinência esfincteriana e perda de equilíbrio. Além disso, problemas neurológicos não focais, tais como déficit cognitivo e distúrbios do comportamento são frequentemente relatados na literatura (BOL et al., 2009).

A etiologia da EM não é conhecida. A prevalência e a incidência são bastante variadas no mundo. O Brasil, por exemplo, é considerado um país onde a prevalência da EM é baixa. A EM acomete com maior frequência indivíduos caucasianos, na faixa entre 20 e 40 anos de idade e afeta mais as mulheres do que os homens (KANTARCI; WEINSHENKER, 2005). O diagnóstico é realizado por avaliação clínica e exames complementares, em especial, a ressonância magnética (RM), o estudo do Líquor cefalorraquidiano (LCR) e o potencial evocado (PEV) (McDONALD et al., 2001; POLMAN et al., 2005), sendo necessária a exclusão de outras condições clínicas que produzam quadro semelhante.

A EM se apresenta através de diferentes formas clínicas. Na maioria dos casos, assume o curso recorrente (EMRR). Em uma proporção menor, assume o curso progressivo, conduzindo os pacientes - às vezes, num curto período de tempo - para níveis graves de incapacidade sensitiva, motora e cognitiva; enquanto em outros indivíduos, pode se manifestar de forma relativamente benigna, com poucos surtos e comprometimento neurológico discreto (ISAKSSON; AHLSTRÖM, 2006).

As lesões no SNC com distribuição aleatória são responsáveis pelo polimorfismo clínico. Kurtzke (1983) agrupou as disfunções neurológicas da EM, em sete sistemas funcionais (FS): (1) FS piramidal, (2) FS cerebelar, (3) FS tronco cerebral, (4) FS sensibilidade, (5) FS esfincteriano, (6) FS visual e (7) FS mental e a escala EDSS (*Expanded Disability Status Scale*) (KURTZKE, 1983) com escores de 0 a 10 para quantificar a incapacidade.

Charcot observou que alguns pacientes com EM evoluíam de forma lenta e progressiva (MURRAY, 2009). McAlpine e Compston (1952) fizeram a primeira

distinção entre o curso progressivo desde o início da manifestação da doença e aqueles cuja progressão seguia uma fase inicial de surtos e remissões (BRIEVA; RÍO; MONTALBÁN, 2002), a forma progressiva secundária (EMSP). Uma variedade de termos, como “esclerose múltipla crônica”, “esclerose múltipla cronicamente progressiva” e “esclerose múltipla maligna progressiva” foram utilizadas até a década de 90 para definir a forma progressiva da doença, dificultando a seleção dos pacientes para ensaios clínicos e terapêuticos. A ausência de uma terminologia única para as diversas formas evolutivas da EM foi reconhecida apenas em 1994, incentivando o comitê consultor em triagens clínicas da Sociedade Nacional de Esclerose Múltipla dos Estados Unidos da América a organizar, em 1995, uma pesquisa internacional, com o objetivo de padronizar definições e terminologias usadas nas diversas pesquisas sobre a Esclerose Múltipla e seus modelos de evolução. O resultado foi um consenso sobre a definição do curso clínico da EM, divulgado por Lublin e Reingold em 1996. As formas clínicas descritas a partir deste consenso estão listadas a seguir:

- **Esclerose Múltipla Remitente-Recorrente (EMRR)** - Doença com presença de surtos claramente definidos, com recuperação total ou seqüela residual após recuperação; os períodos entre surtos da doença são caracterizados por ausência de progressão.
- **Esclerose Múltipla Progressiva Primária (EMPP)** - Doença progressiva desde o início com ocasional platô e melhora mínima temporária aceita, sem ocorrência de surtos definidos.
- **Esclerose Múltipla Progressiva Secundária (EMPS)** - Doença inicialmente caracterizada pelo curso surto-remissão, seguido de progressão com ou sem surtos ocasionais, recuperações mínimas, e platô.
- **Esclerose Múltipla Progressiva-Surto (EMPSU)** - Doença progressiva desde o início, com claros surtos agudos, com ou sem recuperação total e com períodos entre surtos caracterizados por contínua progressão.

- **Esclerose Múltipla Benigna (EMB)** - Doença na qual o paciente, após 15 anos do início da doença, permanece inteiramente funcional em todos os sistemas neurológicos.
- **Esclerose Múltipla Maligna (EMM)** - Doença com curso rápido e progressivo levando a significativa incapacidade em múltiplos sistemas neurológicos ou à morte em espaço de tempo relativamente curto após o início da doença (LUBLIN e REINGOLD, 1996).

Desde 1996 vários trabalhos publicados a respeito da forma progressiva da EM utilizaram a terminologia do consenso com o objetivo de facilitar a seleção e a separação dos pacientes em grupos homogêneos, aumentando a confiabilidade dos resultados (THOMPSON et al., 1997, 2000; BRIEVA; RÍO; MONTALBÁN, 2002; MONTALBAN, 2005). Para as outras formas da doença os critérios também continuam sendo revisados como forma de preservar a sensibilidade e especificidade objetivando o diagnóstico precoce e uniforme (POLMAN et al., 2005; POLMAN et al., 2011). A definição da EMB segundo Lublin e Reingold (1996) aponta para o tempo de evolução maior do que 15 anos de doença (AMATO et al., 2006, 2008; HVIID et al., 2010) e outros estudos (ALVARENGA et al., 2004; SAYAO et al., 2011) utilizam critérios de Weinshenker (1995) da clínica Mayo (EUA), com tempo mínimo de 10 anos de doença e EDSS, menor que 3. A EMB é classificada como um subgrupo de pacientes (em torno de 30%) com EM que apresentam baixa incapacidade no EDSS ao longo de um tempo acima de 10 anos (HVIID et al., 2010; SAYAO et al., 2011).

Em média, 10 a 15% dos pacientes apresentam uma evolução progressiva desde o início da enfermidade, sem ocorrência de surtos e remissões (THOMPSON et al., 2000; THOMPSON, 2004). O início insidioso e lento da EMPP torna fundamental a exclusão de uma série de enfermidades crônicas do SNC que também ocasionam lento e progressivo distúrbio, como a Paraparesia Espasmódica Tropical, compressões medulares e outras doenças degenerativas (THOMPSON et al., 1997; THOMPSON, 2004; BRIEVA; RÍO; MONTALBÁN, 2002; MONTALBAN, 2005). Critérios para o diagnóstico da forma progressiva primária utilizando como suporte laboratorial resultados de exame do LCR, ressonância magnética (RM) e potencial evocado visual (PEV) somente foram descritos a partir de 2000

(THOMPSON et al., 2000). De 85 a 90% dos pacientes possuem evolução em EMRR (THOMPSON et al., 1997, BRIEVA; RÍO; MONTALBÁN, 2002; MONTALBAN, 2005). A EMRR caracteriza-se pela presença de surtos definidos por manifestações neurológicas de instalação aguda ou subaguda indicativas de comprometimento de substância branca, com duração mínima de 24 horas, com recuperação total ou parcial. Quando ocorre a progressão de sintomas ao longo da doença, trata-se da forma secundariamente progressiva (EMPS) (LUBLIN e REINGOLD, 1996).

Estudos recentes (TREMLETT et. al, 2010) apontam a necessidade de compreensão mais abrangente da história natural da EM, especialmente dos fatores associados à progressão da doença. A Esclerose Múltipla afeta atualmente mais de dois milhões de pessoas no mundo (MAO; REDDY, 2010). Mesmo assim, muitos estudos sobre fatores psicológicos e psiquiátricos de pacientes com Esclerose Múltipla ainda não apresentaram um panorama claro e consistente da constelação psíquica destes indivíduos.

3 PERSONALIDADE

A psicologia da personalidade pode ser definida como o estudo científico - que se utiliza dos métodos de inferência científica de forma sistemática - das forças psicológicas que tornam as pessoas únicas (FRIEDMAN; SCHUSTACK, 2004). Embora as teorias da personalidade tenham surgido a partir das mais diversas fontes de pesquisa, as que surgiram diretamente de investigações empíricas sistemáticas ou da abordagem indutiva, mostraram-se mais contundentes para os fins da pesquisa acadêmica. Muitos estudiosos da personalidade são conduzidos pelos fatores que explicam como e por que os indivíduos se comportam ou reagem de modo distinto frente aos eventos da vida. Eles evitam enveredar por explicações filosóficas, religiosas e muito abstratas e se concentram nos pensamentos, sentimentos e comportamentos manifestados e reportados pelos indivíduos.

3.1 PERSPECTIVAS DO TRAÇO DE PERSONALIDADE

O quão bem as pessoas em geral se encontram em termos de saúde - quando diagnosticadas com doenças crônicas e degenerativas - está relacionado com a forma como lidam com a doença em si e com suas limitações (BOGLE, PERCY, MORRISON, 1999) Entender o papel dos traços de personalidade pode ajudar a prever o comportamento diante de situações adversas. Vale ressaltar que as características de personalidade estão em constante interação com fatores ambientais e situacionais. A interação de características individuais e as respostas demandadas pelo ambiente acabam determinando o comportamento observado. Deste modo, torna-se necessário diferenciar traço de estado. Ritterband e Spielberger asseveram que a ansiedade, por exemplo, consiste em traço e excedente, que é o estado. O traço é um componente estável no tempo que reflete características permanentes dos indivíduos. Já o estado (ou excedente) é um componente variável que reflete o humor corrente. O que se observa é, portanto, um amálgama destes dois componentes (RITTERBAND; SPIELBERGER, 2001)

No Brasil há uma ferramenta, o IDATE (Inventário de Ansiedade traço estado), desenvolvida por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e traduzido, adaptado e validado para o Brasil por Biaggio (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). O

IDATE apresenta uma escala que avalia a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e outra que determina a ansiedade enquanto traço (IDATE-T).

A primeira abordagem sistemática para analisar traços de personalidade surgiu na Grécia antiga com Hipócrates, que descreveu o temperamento humano em termos de humores corporais: otimista (sanguíneo), melancólico (bílis negra), colérico (bílis amarela) e fleumático (fleuma). A predominância de um humor supostamente determinava padrões de reação típicos. De modo geral, enquanto o temperamento sanguíneo era esperançoso e animado, o melancólico era triste e depressivo. Já o colérico era irritado e irascível e o fleumático, vagaroso e impassível.

A teoria de Hans Eysenck sobre a personalidade é biologicamente fundamentada. Este psicólogo britânico investigou os substratos biológicos da personalidade no século XX. Ele é o responsável por uma das mais notáveis evidências dos efeitos do temperamento biológico sobre a personalidade. Ele se dedicou ao estudo do binômio introversão-extroversão. Enquanto os introvertidos são reservados e pensativos, os extrovertidos são sociáveis e expansivos. Eysenck relaciona essa dimensão diretamente ao sistema nervoso central (FRIEDMAN; SCHUSTAK, 2004). Em 1967, Eysenck asseverou que os extrovertidos possuem um nível relativamente baixo de excitação cerebral e, portanto, procuram estimulação no mundo externo. Já os introvertidos possuem um nível de excitação cerebral mais elevado, o que faz com que se esquivem de ambientes sociais muito estimulantes (FRIEDMAN; SCHUSTAK, 2004).

Eysenck encontrava bastante dificuldade para relacionar sistema nervoso e comportamento, pois contava apenas com medidas eletrodérmicas e eletroencefalográficas, de uso corrente nas pesquisas da época. Atualmente, além da ressonância magnética funcional (RMf), os pesquisadores também contam com a volumetria de diferentes regiões cerebrais. É o caso do estudo de DeYoung e colaboradores (2010), que observaram se as variações individuais de volumes de diferentes regiões cerebrais se relacionam com a personalidade. De fato, um dos achados foi o fator extroversão, por exemplo, estar associado ao volume do córtex orbitofrontal medial.

Para Eysenck, há três dimensões da personalidade: extroversão, neuroticismo e psicoticismo. A primeira tem a ver com a expansividade; a segunda com instabilidade emocional e a terceira com a tendência à psicopatologia. Um dos

instrumentos mais populares de medida, até hoje usado em pesquisas em diversos países, é o seu inventário de personalidade, que abarca as três dimensões, o *Eysenck Personality Inventory* (EPI). Destes três traços básicos, evoluiu o estudo (e a elaboração de outros inventários de personalidade) para os cinco grandes fatores - *Big Five*.

3.1.1 Os cinco grandes fatores - *Big Five*

Um dos mais notáveis avanços na abordagem do traço da personalidade foi a significativa concordância sobre um esquema adequado de dimensões que teve início na década de 60 e ganhou velocidade nos anos 80, 90 e 2000. A maioria das abordagens de traço pode ser compreendida dentro de 5 grandes dimensões - os cinco grandes são: Extroversão; Amabilidade; Conscienciosidade; Neuroticismo e Abertura à Experiência. Este modelo resultou de amplas análises sobre os adjetivos usados para descrever a personalidade - independente da cultura (estudo transcultural) - e, igualmente, de análises fatoriais de vários testes e instrumentos de medida (NORMAN, 1963; MCRAE; COSTA, 1985; GOLDBERG, 1990).

As cinco grandes dimensões foram derivadas de abordagens léxicas sobre os traços - também conhecida como *hipótese léxica da personalidade*. Tanto avaliadores leigos quanto psicólogos descreveram, testaram e categorizaram milhares de indivíduos. Vale ressaltar que pesquisas interculturais confirmam a utilidade e validade destes cinco traços da mesma maneira que as pesquisas realizadas em populações de jovens e idosos e de pessoas cultas e incultas. Além disso, pesquisadores do campo da psicologia sugerem que esta abordagem pode ser importante na compreensão da interação saúde-personalidade, com cada um dos cinco fatores influenciando o status de saúde do indivíduo (KOROTKOV; HANNAH, 2004).

3.1.2 Medindo a Personalidade

Um dos desafios que profissionais e pesquisadores enfrentam é encontrar um modelo que seja capaz de identificar as dimensões básicas da personalidade, que possa ser compreendido e reconhecido nas diferentes culturas e nacionalidades. Esse desafio parece ter sido vencido com o modelo dos Cinco Grandes Fatores (Five Factor Model - FFM) (FLORES-MENDONZA, 2007).

Atualmente há um consenso de que este modelo seja o mais adequado para a avaliação da personalidade nas diferentes culturas, bem como um dos mais utilizados. A partir deste modelo foi desenvolvido o instrumento Inventário de Personalidade NEO PI Revisado (NEO-PI-R) que é um instrumento de avaliação da personalidade normal desenvolvido pelos pesquisadores norte-americanos Paul Costa e Robert McCrae, a partir do ano de 1970 com o objetivo de identificar as diferenças individuais na personalidade. A base do modelo é a psicologia do traço. Desta forma, o instrumento pressupõe mecanismos psicológicos subjacentes ao comportamento humano que são relativamente estáveis e consistentes ao longo do seu desenvolvimento. A primeira publicação do instrumento aconteceu em 1985 e, após revisões, uma nova versão foi publicada em 1991 (ambas nos Estados Unidos). A versão brasileira do instrumento foi publicada em 2007, pela pesquisadora Carmen E. Flores-Mendoza (FLORES-MENDONZA, 2007).

3.1.3 O NEO-FFI

O NEO-FFI tem sido usado com bastante frequência em pesquisas. É uma escala de auto-relato, com 60 itens, que usa a resposta graduada do tipo Likert. Foi traduzida e validada para a população brasileira por Carmem Flores-Mendoza em 2007.

O NEO-FFI é a versão curta da forma S do inventário de personalidade NEO-PI-R, de Paul Costa e Robert McCrae. Ele contém 60 itens que fornecem uma breve e abrangente medida dos cinco grandes domínios da personalidade. Apresenta cinco escalas, cada uma com 12 itens, que medem cada domínio. O NEO-FFI foi desenvolvido a partir do conjunto de 180 itens do *NEO Personality Inventory*. Sua publicação comercial ocorreu juntamente com o NEO-PI-R no início da década de

1990 (McCRAE; JOHN, 1992). Seguindo a orientação de um dos autores da versão original, o estudo brasileiro incorpora as recentes modificações. O seu uso deve estar restrito a ocasiões limitadas pelo tempo de aplicação e quando o objetivo for o de levantar apenas um panorama geral das dimensões de personalidade. As cinco dimensões da personalidade avaliadas pelo NEO-FFI-R são, segundo Costa e McCrae (2005) são:

3.1.3.1 Neuroticismo (N) - instabilidade emocional

As pessoas com altos escores de Neuroticismo (N) são geralmente nervosas, altamente sensíveis, tensas e preocupadas. A tendência a vivenciar estados emocionais negativos que interferem na adaptação é, provavelmente, um dos determinantes de que homens e mulheres com altos escores em N sejam propensos a apresentar idéias irracionais, a serem pouco hábeis em controlar seus impulsos e a lidar pobremente com o estresse. A escala N do NEO PI-R, assim como as outras escalas, mede a dimensão normal da personalidade e, portanto, N não pode ser considerada uma medida de psicopatologia (anormalidade). Indivíduos que apresentam resultados baixos em N são emocionalmente estáveis, normalmente calmos, moderados e tranquilos e são capazes de encarar situações estressantes sem aborrecerem-se ou perturbarem-se. Subfacetas do Neuroticismo (avaliadas na versão completa - com 240 itens - do teste, o NEO-PI): ansiedade, hostilidade, depressão, constrangimento, impulsividade e vulnerabilidade.

3.1.3.2 Extroversão (E) - expansão

As pessoas com altos escores de Extroversão (E) são geralmente ativas, entusiásticas, dominantes, sociáveis e loquazes. Extrovertidos preferem grupos amplos e reuniões de pessoas, são também assertivos e falantes. Gostam de excitação e estimulação e tendem a ser alegres e bem dispostos. São positivos, enérgicos e otimistas. Vendedores representam o protótipo de extrovertidos na cultura ocidental. Os baixos escores em extroversão, ou introvertidos, são mais reservados do que “pouco amigáveis”, são mais independentes do que seguidores,

“medem seus passos” mais do que são apáticos. Introversos podem dizer que são tímidos, quando preferem ficar sozinhos. Na verdade, eles não sofrem, necessariamente, como os tímidos, de ansiedade social. Finalmente, embora não consigam ter o espírito altamente exuberante dos extroversos, introversos não são infelizes ou pessimistas. Subfacetas da Extroversão: acolhimento, gregarismo, assertividade, atividade, busca de sensações e emoções positivas.

3.1.3.3 Abertura à Experiência (O) - intelecto

As pessoas com altos escores de Abertura a Experiências (O) são geralmente francas, imaginativas, espirituosas, originais e artísticas. Indivíduos “abertos” são curiosos sobre seus mundos tanto interno quanto externo e suas vidas são ricas em experiências. Eles se mostram dispostos a se divertir com novas idéias e valores não convencionais e experimentam emoções positivas e negativas mais fortemente do que os indivíduos “fechados”. Entretanto, não se deve confundir a valorização da novidade dos indivíduos altamente abertos com a busca de sensações dos altamente extroversos. Um cientista, por exemplo, pode apresentar uma alta abertura a novos conceitos e idéias, mas não necessariamente realiza atividades em busca de ou para provocar sensações ou excitação. As pessoas com escore baixo em O tendem a apresentar comportamento convencional e ponto de vista de vista conservador. Elas preferem o familiar ao novo e suas respostas emocionais não se apresentam de forma descomida. Na realidade, é provável que pessoas fechadas simplesmente possuam um estreito escopo de interesses. Embora sejam social e politicamente conservadoras, pessoas fechadas não devem ser vistas como autoritárias. Falta de abertura não implica intolerância hostil ou agressão autoritária. Essas características são mais comuns em pessoas com escores muito baixos em A.

Outra distinção deve ser feita no pólo da abertura. Indivíduos abertos são não convencionais, dispostos a questionar autoridades e preparados para se entreter com novas idéias éticas sociais e políticas. Essas tendências não significam que eles sejam “sem princípios”. Uma pessoa aberta pode aplicar seu sistema de valores de forma conscienciosa da mesma forma que faria um tradicionalista. Uma pessoa aberta também pode parecer mais saudável ou mais madura para muitos

psicólogos. No entanto, o valor de escores altos ou baixos em O depende do que é requerido em cada situação e tanto indivíduos com escores altos quanto com escores baixos são úteis à sociedade. Subfacetas da Abertura a Experiências: fantasia, senso estético, sentimentos, ações, idéias e valores variados.

3.1.3.4 Amabilidade (A)

As pessoas com altos escores de Amabilidade (A) são geralmente gentis, cooperativas, confiáveis, afetuosas e pacíficas. A pessoa amável é fundamentalmente altruísta. Ela é simpática com os outros e anseia em ajudá-los. Acredita que, em contrapartida, os outros serão igualmente amáveis. Em contraste, a pessoa antagonista ou não cordial, é egoísta e cética sobre as intenções dos outros e mais competitiva do que cooperativa. Também é o caso de que as pessoas amáveis sejam mais populares do que os indivíduos antagonistas. Em contrapartida, podem ser mais vulneráveis em situações de competição. Como nenhum pólo é intrinsecamente melhor do ponto de vista da sociedade, nenhum é necessariamente melhor em termos de saúde mental. Há duas tendências neuróticas - movimentar-se em direção às pessoas ou para longe delas - que se assemelham às formas patológicas da de amabilidade e antagonismo, respectivamente. Subfacetas da Amabilidade: confiança, franqueza, altruísmo, complacência, modéstia e sensibilidade.

3.1.3.5 Conscienciosidade (C) - falta de impulsividade

As pessoas com altos escores de Conscienciosidade (C) são geralmente cautelosas, dignas de confiança, organizadas e responsáveis. O indivíduo consciencioso é uma pessoa propositada, com força de vontade, determinada. Provavelmente poucas pessoas se tornam grandes músicos ou atletas, sem um nível razoavelmente alto nesse traço. Esse domínio também é conhecido como “disposição para a realização”. Do lado positivo, alto C é associado com realização acadêmica e ocupacional; do outro lado, pode induzir a um estado de alta exigência, limpeza compulsiva ou compulsão pelo trabalho. Um C alto é associado a pessoas

escrupulosas, pontuais e confiáveis. Pessoas com escores baixos não são necessariamente desprovidas de princípios morais, mas indicam perfil menos exigente ao aplicá-los ou simplesmente atitude mais distraída. Há alguma evidência de que são pessoas mais hedonistas e interessadas em sexo. Subfacetas da Conscienciosidade: competência, ordem, senso de dever, esforço por realizações, autodisciplina e ponderação.

3.2 PERSONALIDADE E NEUROCIÊNCIAS

As influências mais diretas sobre a moderna psicologia da personalidade podem ser remontadas aos avanços nas ciências biológicas durante o século XIX. Charles Darwin, com a sua teoria da evolução foi o expoente pioneiro deste enfoque biológico sobre as diferenças individuais. Eysenck seguiu os passos de Darwin. De acordo com a abordagem de Hans Eysenck - uma perspectiva neurobiológica da personalidade - as pessoas cujo sistema nervoso demanda estímulos extras tornam-se extrovertidas; porém, as mais sensíveis a estímulos externos tornam-se introvertidas (FRIEDMAN; SCHUSTACK, 2004).

As Neurociências mostram que quanto mais aprendemos sobre a estrutura e o funcionamento do cérebro por meio das técnicas de neuroimagem, por exemplo, maior a compreensão sobre as contribuições biológicas à personalidade. Este novo campo de estudo - o das Neurociências da Personalidade - consiste na investigação sistemática das diferenças individuais em personalidade, que usa os métodos de investigação das neurociências (DEYOUNG et al., 2010). Pode-se afirmar que a neurociência da personalidade está emergindo atualmente como área centrada na testagem objetiva e no aprimoramento das teorias neurobiológicas da personalidade.

3.3 PERSONALIDADE E DOENÇAS CRÔNICAS

Existem personalidades mais propensas a adoecer? A personalidade pode influenciar a evolução e a severidade dos sintomas em uma enfermidade? Estas são algumas questões complexas e fascinantes no campo da psicologia da personalidade (FRIEDMAN; BOOTH-KEWLEY, 1987).

O precursor da Medicina Psicossomática na década de 40, Franz Alexander, teve a iniciativa de investigar as diferenças de personalidades entre pessoas com quadros clínicos semelhantes, anamnese e características demográficas também parecidas. Ele relatou o caso de duas mulheres de meia idade diagnosticadas com câncer de mama. Pouco tempo depois da mastectomia, uma delas estava à beira da morte, enquanto a outra já estava de volta ao trabalho. Ele não conseguiu encontrar uma explicação biológica para estes dois desenlaces tão distintos. A primeira paciente parecia incapaz de enfrentar a sua doença e o sentimento em relação a perder uma das mamas. Já a segunda, embora admitisse que perder uma parte do corpo não era fácil, teve uma postura diferente frente à perda e buscou ativamente se readaptar à nova realidade, através do uso de uma prótese.

3.3.1 Comportamentos Saudáveis

O principal vínculo entre personalidade e saúde são os comportamentos saudáveis. O estilo de vida pode influenciar a qualidade da mesma. Além disso, o “papel de doente” ou a função que uma doença desempenha na vida de um indivíduo influem na sua experiência subjetiva, acarretando mudanças no humor e na disposição geral. Tanto teorias psicodinâmicas, como a Psicanálise, quanto comportamentais contemplaram os ganhos decorrentes de estar doente. Enquanto Freud considerou os ganhos secundários como a possibilidade de refúgio na doença, isto é, como forma de recuar diante de desafios e evitar conflitos na vida; B.F. Skinner observou o valor do reforço positivo trazido pela doença, ou seja, um afastamento temporário ou permanente do trabalho, com remuneração, simpatia e atenção de amigos e familiares, etc (FRIEDMAN; SCHUSTACK, 2004).

Ironson e colaboradores (2008) conseguiram desenvolver um estudo longitudinal com uma boa amostra (N=104) sobre a progressão da AIDS e a personalidade, mais especificamente sobre o papel protetor de certas dimensões da personalidade, como a extroversão e a abertura à experiência e perfis de adesão ao tratamento. Os resultados deste estudo apontaram para a progressão menos acentuada da doença em pessoas que apresentaram níveis mais elevados de extroversão, de abertura à experiência e de conscienciosidade.

Em um estudo recente de base populacional, realizado por Nater e colaboradores (2010), os fatores de personalidade (e transtornos) - avaliados pela escala NEO-FFI - foram associados à fadiga crônica. Os sujeitos com a síndrome da fadiga crônica apresentaram níveis mais elevados de neuroticismo e mais baixos de extroversão do que os controles saudáveis ou os sujeitos com mal-estar não especificado, mas insuficiente para serem diagnosticados com a síndrome da fadiga crônica.

Outro campo onde existem muitos estudos interdisciplinares é o da oncologia. A qualidade de vida é considerada um fator crucial na oncologia. Em um estudo longitudinal de câncer de mama, mulheres que apresentaram altos níveis de neuroticismo e ansiedade (como traço de personalidade e não como estado) encontravam-se sete vezes mais suscetíveis a uma qualidade de vida mais comprometida após a terapia conservadora da mama (VAN DER STEEG; DE VRIES; ROUKEMA, 2010).

3.3.2 Modelo estresse-diátese

O fato de um determinado evento na vida ser percebido como estressante depende da experiência subjetiva da pessoa em questão; portanto, de fatores individuais. As pesquisas têm evoluído no sentido de contemplar não eventos de vida estressantes simplesmente, mas a apreciação subjetiva que um indivíduo faz de um evento estressante. Diátese é a predisposição (em geral, hereditária) do organismo a determinadas doenças ou transtornos. Esta predisposição é possivelmente genética e reforçada por fatores ambientais (criação/educação) e individuais (FRIEDMAN; SCHUSTACK, 2004).

A susceptibilidade ao estresse já foi considerada um fator de “risco” importante em certas doenças, uma vez que a produção de cortisol encontra-se intimamente vinculada à hiperatividade do sistema imunológico e aos processos inflamatórios. Atualmente, há evidência consistente que sustenta a associação entre eventos de vida estressantes com a apreciação individual de se ver acometido(a) por uma doença crônica. No entanto, a natureza desta associação ainda resta obscura, devido à falta de consenso acerca de alguns conceitos, como o de estresse e de

fatores de personalidade, além dos problemas relacionados à própria elaboração metodológica das pesquisas (MITSONIS et al., 2009).

3.3.3 Psiconeuroimunologia

A personalidade pode estar diretamente associada à doença através de determinados mecanismos fisiológicos. Dependendo de como o indivíduo enxerga o mundo, ou seja, do seu padrão de resposta emocional, ele estará mais ou menos propenso a experimentar certas respostas fisiológicas, quando confrontado com desafios ambientais (FRIEDMAN; SCHUSTACK, 2004).

Diante de certas adversidades da vida - como, por exemplo, o fato de se ver diagnosticado com uma doença crônica - a personalidade do indivíduo sofre demanda de ajuste psicológico à nova condição. A fim de manter a integridade física e mental, recursos psíquicos internos são utilizados no ajuste às mudanças impostas pela realidade. A falha nesse processo de adaptação pode gerar desequilíbrio emocional, agudo ou duradouro. No segundo caso, um padrão crônico disfuncional se configura, trazendo patologias para o comportamento. Quadros de depressão ou ansiedade, secundários às doenças crônicas em geral, são reportados com frequência.

Há uma quantidade cada vez maior de associações bem comprovadas do estresse com os mecanismos e efeitos das doenças cardiovasculares sobre o sistema imunológico e com a psiconeuroimunologia (WANG et al., 1998). Há uma série de estudos na atualidade que mostra a correlação de fatores da personalidade com o status de saúde e/ou doença do indivíduo.

Foi comprovado em um estudo recente que o traço neuroticismo (tendência a experimentar afeto negativo ou instabilidade emocional) está relacionado a níveis circulantes mais elevados do marcador inflamatório interleucina 6 (IL-6), revelando a estreita relação de fatores individuais da personalidade com padrões de respostas inflamatórias mediadas pelo sistema imunológico (SUTIN et al., 2010).

A Psicologia Clínica possui acesso cotidiano a este tipo de dinâmica no processo de adoecimento. No entanto, mais difícil do que observar esses fenômenos é explicá-los à luz do conhecimento científico. As neurociências da personalidade e o estudo sistemático das alterações cognitivas e comportamentais buscam, de modo

cada vez mais preciso - contando com os avanços da neuroimagem - elucidar a estreita relação entre o cérebro, o corpo e a mente.

4 PERSONALIDADE E ESCLEROSE MÚLTIPLA

J.M Charcot, o neurologista francês que foi responsável pelo reconhecimento da EM como entidade nosológica em 1868, já asseverava que as situações geradoras de estresse de longa duração consistiam em “*causas triviais que se encontram na origem de todas as doenças crônicas do sistema nervoso central*” (CLANET, 2008). A susceptibilidade ao estresse, fator de risco notório na EM, encontra-se vinculada à hiperatividade do sistema imunológico e aos processos inflamatórios.

Em 1855, Charcot observou os sintomas motores incapacitantes iniciais em sua própria empregada doméstica, acreditando a princípio, tratar-se de neurosífilis. Após a autópsia, ficou surpreso quando viu várias lesões disseminadas no cérebro e na medula espinhal.

Quase três décadas depois, o seu principal interesse científico estava voltado para a descrição e compreensão dos mecanismos da histeria, já vislumbrando a participação de fatores psíquicos na determinação dos sintomas orgânicos. Charcot percebeu que a estreita relação que parecia existir entre fatores emocionais e sintomas orgânicos era favorecida por uma personalidade particularmente suscetível (CLANET, 2008).

Os primeiros estudos mais específicos sobre a associação entre esclerose múltipla e personalidade datam do século passado, mais precisamente da década de cinquenta. Canter (1951) discorreu sobre medidas diretas e indiretas de comprometimento psicológico na EM, pois reconhecia haver escassez de informação acerca dos sintomas mentais e psicológicos desta doença. Usando os perfis do MMPI - o instrumento de avaliação da personalidade mais amplamente usado em pesquisas na época - o autor descreveu as características de personalidade associadas à EM: tendência à depressão reativa; preocupação exacerbada acerca das funções corporais; sentimentos de desamparo e insegurança; indecisão; escopo estreito de interesses e introversão.

Cerca de uma década depois, a partir de uma amostra retirada de um grupo mais representativo de veteranos da Segunda Guerra Mundial nos estágios iniciais da EM - Gilberstadt e Farkas (1961) decidiram rever os resultados do MMPI achados por Canter em 1951. Este estudo fazia parte de uma investigação abrangente que se desenvolvia desde 1948 no *Veterans Administration Mental Hygiene Clinic*. Estes

autores desejavam responder às perguntas: (a) a reação típica à EM, tendendo à depressão, pode ser inferida a partir do resultado do MMPI? (b) dentre os pacientes com lesões neurológicas, os perfis do MMPI apontam que a depressão, de fato, é mais comum na EM do que em outras condições neurológicas? Os resultados apontaram que, de acordo com os perfis obtidos no MMPI, houve uma reação de depressão severa em 34% dos pacientes de EM, contra 4% do grupo controle. Além disso, outras variáveis foram contempladas, tais como: idade, QI (quociente intelectual) e tempo de doença, mostrando que os pacientes mais jovens, mais inteligentes e com menos tempo de doença não apresentaram depressão. Uma das principais conclusões deste estudo foi a de que deve se levar em conta o controle de variáveis não ligadas à doença para poder concluir que qualquer característica psicológica é sensível à condição da doença em si.

Peyser, Edwards e Poser (1980) também usaram o MMPI em um estudo de natureza descritiva, para avaliar o ajuste psicológico de pacientes com EM, em relação a fatores demográficos e aos relacionados à doença em si. Os autores deste estudo acreditavam que a identificação de padrões de respostas psicológicas baseadas nestas variáveis seria o primeiro passo no sentido de gerar importantes diretrizes para um tratamento mais amplo da EM para os médicos neurologistas. Estes últimos estariam mais preparados para auxiliar os seus pacientes a manejarem a EM de modo mais consciente. Os resultados não apontaram para um único perfil de personalidade, mas para vários grupos (ou *clusters*). No entanto, os dados fornecidos pela avaliação psicológica formal podem auxiliar o médico neurologista no reconhecimento de certos traços de personalidade que possam influenciar os sintomas da doença, dando assim, mais orientação para um manejo, a longo prazo, mais eficiente da EM.

Boyle e colaboradores (1991) elaboraram um estudo caso-controle que deu suporte empírico ao trabalho de Peyser, Edwards e Poser (1980). Os resultados deste estudo de 1991 mostraram que 32% dos pacientes de EM apresentaram negação de problemas e humor eufórico; 22% exageraram problemas físicos e 14% tinham depressão incongruente com o nível de incapacidade física.

Em 1999, Bogle, Percy e Morrison se interessaram pelo *coping* (enfrentamento) na EM. O estudo deste grupo de enfermeiros se debruçou sobre a questão das diferenças individuais inatas e como elas determinam o êxito no enfrentamento de uma doença crônica, no caso, a EM. O diferencial neste trabalho

está na mudança de perspectiva do tratamento mais tradicional, onde passa a existir uma preocupação com o desenvolvimento da autoeficácia do paciente, em prol de um melhor manejo dos sintomas da doença e de uma melhor qualidade de vida.

O *coping* em pacientes com EM também interessou Rätsep e colaboradores (2000) como parte integrante da personalidade. Estes autores usaram a escala NEO-PI em um estudo caso-controle. Os autores observaram que o neuroticismo está diretamente associado ao *coping* centrado na emoção (tentativa de lidar com a emoção gerada pelo evento estressante e não com a causa do estresse em si), o que confirma a relevância deste traço no processo de adaptação à EM. A personalidade, segundo estes autores, determina a habilidade da pessoa em mudar estratégias de enfrentamento, quando elas fracassarem, buscando alternativas.

Além do *coping*, a fadiga aparece como um sintoma altamente frequente e incapacitante da EM (MERKELBACH; KÖNIG; SITTINGER, 2003). A patogênese deste sintoma ainda não foi compreendida. Segundo Mendes e colaboradores (2003), este sintoma assume características peculiares na EM. Em um estudo de traços de personalidade em pacientes de EM, com e sem fadiga - onde 61.5% apresentou este sintoma - os pacientes com fadiga mostraram níveis mais elevados de neuroticismo do que os sem fadiga. O traço neuroticismo correlacionou-se significativamente com as três escalas de fadiga utilizadas neste estudo (CIS-R, FSS e CFS) (MERKELBACH; KÖNIG; SITTINGER, 2003).

Outro estudo com o NEO-FFI e Esclerose Múltipla recente foi o de Benedict e colaboradores (2009), que avaliou os traços de personalidade em mulheres com EM e a discrepância paciente/parceiro(a) no relato e curso da doença. As discrepâncias do relato entre os pacientes e seus respectivos pares, quanto à forma de ver a personalidade do primeiro pode refletir mudanças de personalidade que estão mais evidentes para o parceiro do que para o próprio paciente. A maior discrepância surgiu no grupo de pacientes com a forma progressiva secundária da EM, indicando um maior comprometimento - cognitivo, inclusive - do paciente nesta forma clínica. Além disso, as discrepâncias, derivadas do paciente se ver com nível mais elevado, estavam particularmente referidas a: extroversão e abertura à experiência.

Em 2010, Ožura, Erdberg e Šega ousaram na investigação da personalidade em pacientes com EM, utilizando o Rorschach, um teste projetivo e expressivo, um tanto incomum no meio acadêmico da pesquisa. O principal achado destes autores

foi verificar que estes pacientes geralmente possuem um estilo evitativo de enfrentamento dos problemas; calcado em sentimentos de baixa autoeficácia e autoestima.

Muito frequentes são os estudos que relacionam a EM aos distúrbios do humor - ansiedade e depressão (CHWASTIAK et al., 2002; PATTEN et al., 2003; GOTTBORG et al., 2006; BEISKE et al., 2008; BRUCE; LYNCH, 2011). A depressão é o transtorno mental mais freqüente na EM (CHWASTIAK et al., 2002). É rara a associação com traços pré-mórbidos de personalidade. Não há uma discriminação mais refinada, diferenciando “traço” de personalidade de “estado”. Bruce e Lynch (2011) fizeram um estudo rico em informação acerca da possível correlação entre depressão e ansiedade e personalidade. Eles observaram que os pacientes deprimidos e ansiosos exibiam maior neuroticismo e menor extroversão, amabilidade e conscienciosidade do que os pacientes sem estes transtornos e do que os controles saudáveis.

Atualmente, há evidência consistente que sustenta a associação de eventos de vida estressantes - como o evento de se ver acometido por uma doença neurológica crônica, de causa indeterminada e curso incerto - ao aumento do risco para as exacerbações de sintomas e surtos na EM (SCHWARTZ et al., 1999; BULJEVAC et al., 2003; MOHR et al., 2004; MITSONIS et al., 2008; MITSONIS et al., 2009).

Quanto aos instrumentos de avaliação, muitos autores preferiram mesclar instrumentos de medida psicométricos com os métodos das neurociências, usando exames de neuroimagem (GIOIA et al., 2009; DEYOUNG et al., 2010). Ou ainda, a escala MMPI com PET (REZNIKOVA; TARENT'EVA; KATAEVA, 2007) ou RMf com NEO-PI (BENEDICT et al., 2009) para avaliar atrofia cortical e traços de personalidade associados ao comprometimento cognitivo e funcional na EM.

4.1 JUSTIFICATIVA

Os pacientes com EM passam por eventos estressantes e dificuldades no dia a dia por causa dos sintomas incapacitantes, conduzindo-os a desajustes psicológicos e psicossociais. Como estas incapacidades não podem ser explicadas

apenas através da severidade da doença e de variáveis sociodemográficas, outros fatores devem estar envolvidos no ajuste psicológico à EM.

Segundo Rätsep e colaboradores (2000), a personalidade mostrou-se como um dos fatores mais contundentes no que diz respeito ao funcionamento psicológico global de um indivíduo. Algumas dimensões da personalidade predisõem os indivíduos a lidar com o estresse de formas pouco funcionais ou saudáveis.

Os estudos sobre aspectos psicológicos de pacientes com Esclerose Múltipla são de significativa relevância, não só para contribuir para a melhor qualidade de vida deles, mas também para aprofundar a compreensão da EM para os diversos profissionais envolvidos na assistência (neurologistas, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.) acerca da forma do paciente lidar com a doença em si. A análise de características psíquicas que possam influir no curso e/ou no prognóstico da EM viabilizará o desenvolvimento de programas terapêuticos mais ajustados às necessidades individuais destes pacientes. Sendo assim, poderemos saber de antemão, quais possuem mais chances de desenvolver um quadro de depressão secundário à EM ou quais estão mais sujeitos ao estresse ao vivenciarem os sintomas incapacitantes da EM. A partir de então, poder-se-ia oferecer meios de manejo dos sintomas físicos e psíquicos mais funcionais, uma iniciativa profilática da equipe que acompanha o paciente, no sentido de minimizar o impacto da árdua jornada de se ver diagnosticado com uma doença neurológica crônica, de curso e prognóstico incertos.

Conhecer traços de personalidade dos pacientes de EM também amplia a compreensão acerca dos motivos pelos quais a adesão ao tratamento fica comprometida. Em 2010, Bruce e colaboradores suspeitaram de que a pobre adesão ao tratamento medicamentoso na EM podia estar associada a quadros clínicos concomitantes de depressão e ansiedade, dificuldades cognitivas, neuroticismo e baixa conscienciosidade. Através de uma cuidadosa entrevista psiquiátrica, da bateria neuropsicológica extensa, da escala de personalidade NEO-FFI e de um sistema sofisticado de monitoramento eletrônico de adesão, estes autores mostraram que os pacientes com problemas de adesão ao tratamento tinham níveis mais altos de neuroticismo e mais baixos de conscienciosidade. Este último traço implica na capacidade de ser organizado, pontual e ponderado. O paciente bem aderido ao tratamento medicamentoso tende a ser mais cuidadoso

consigo mesmo, isto é, mais consciencioso. Este achado possui implicações potenciais para a questão da adesão ao tratamento na EM. Um aspecto importante do tratamento como um todo envolve a educação do paciente de EM acerca da importância em criar um ambiente estruturado e organizado para que ele possa aderir às terapias modificadoras da doença com êxito; deste modo, podendo ver reduzida a taxa de surtos. Além disso, o paciente com adesão fraca ao tratamento da EM também mostrou níveis mais altos de neuroticismo, o que reforça a importância de uma assistência psiquiátrica e psicológica (em paralelo ou em um momento inicial da doença) para cuidar dos transtornos mentais e desajustes emocionais, de modo a assegurar a adesão efetiva ao tratamento da EM.

Desta forma, conhecer a personalidade do paciente de EM pode influenciar positivamente a intervenção de possíveis quadros subsequentes de depressão e ansiedade desde o diagnóstico, viabilizando assim, um tratamento precoce, profilático e mais ajustado às necessidades individuais de cada paciente.

4.2. LINHA DE PESQUISA: NEUROPSICOLOGIA E PERSONALIDADE NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

A história natural da Esclerose Múltipla em pacientes do Rio de Janeiro vem sendo registrada desde a década de 1990 por neurologistas do serviço de neurologia do Hospital da Lagoa (HL) em associação aos docentes da UNIRIO. A primeira publicação deste grupo (ALVARENGA; ALVARENGA, 1995) apresentou dados demográficos de 88 pacientes (30% afrobrasileiros), analisados quanto as sequelas neurológicas, a longo prazo, pela Escala dos Sistemas Funcionais e Incapacidade de Kurtzke (FS/EDSS).

O setor de neuropsicologia no serviço de neurologia do HL foi criado a partir da parceria com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), que orientou e treinou a equipe do núcleo de neuropsicologia. Assim, os pacientes com EM passaram a também ter acesso à avaliação neuropsicológica.

O primeiro estudo trouxe a frequência de 51.8% de comprometimento cognitivo num grupo de 50 pacientes (NEGREIROS et al., 2008). Paes e colaboradores (2009), dando continuidade ao estudo, utilizaram a mesma bateria na

forma progressiva primária da esclerose múltipla (EMPP), encontrando a frequência de 50% de comprometimento cognitivo.

Em 2010, um novo ramo da avaliação psicológica foi sugerido dentro da linha de pesquisa de neuropsicologia da EM. Ampliando o escopo da investigação psicológica no campo das afecções neurológicas, trata-se aqui de investigar como se apresentam os fatores individuais - no caso, fatores de personalidade - na EM. Posteriormente, deseja-se, através de um estudo longitudinal, acompanhar uma amostra significativa de pacientes com EM para avaliar o ajuste psicológico e como dimensões da personalidade auxiliam ou dificultam a vida desses pacientes a partir do diagnóstico.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

- Descrever fatores de personalidade em pacientes com recente diagnóstico de EM, na forma clínica remitente-recorrente, através da escala de personalidade NEO-FFI.

5.2 ESPECÍFICOS

- Descrever variáveis sócio-demográficas e clínicas de 33 pacientes do sexo feminino com recente diagnóstico de EM, na forma clínica remitente-recorrente;
- Verificar se houve nível clínico de ansiedade e depressão através das escalas de Beck de ansiedade e depressão, respectivamente: BAI e BDI.
- Estimar a frequência, nesta amostra de pacientes, de cada um dos 5 fatores de personalidade avaliados pela escala NEO-FFI, a saber: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade.
- Correlacionar os 5 fatores de personalidade da escala NEO-FFI com as variáveis demográficas dos pacientes, isto é, idade e escolaridade;
- Correlacionar os 5 fatores de personalidade da escala NEO-FFI com variáveis clínicas, como EDSS e tempo de doença;

6 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada em torno dos temas personalidade e esclerose múltipla. As palavras-chave usadas para a busca foram: personalidade, ajuste psicológico e esclerose múltipla. A revisão sistemática selecionou 42 artigos publicados no período de 1970 a 2010 nas bases de dados PubMed/Medline, PsycINFO e Bireme. A quantidade de artigos encontrados sobre a relação entre estes dois temas foi muito pequena. Estudos realizados no Brasil são inexistentes. Para que a revisão ficasse um pouco mais rica, foi necessário apresentar estudos sobre a personalidade e seus correlatos psicológicos com a esclerose múltipla, como por exemplo: auto-estima, *coping*, ansiedade e depressão (de preferência como traços e não estados); etc. O artigo referência para esta busca foi uma ampla e rica revisão acerca do tema, de Dennison, Moss-Morris e Chalder (2009). O quadro abaixo mostra os trabalhos reunidos em torno deste tema:

Quadro 1: Estudos sobre o tema personalidade (e correlatos) e esclerose múltipla

Autores, ano	Categoria Correlata	Desenho	N	Medidas	Principal Achado
Mei-Tal, Meyerowitz e Engel, 1969	Processos Psicol.	Qualitativo Retr.	32	Entrevista	88% de N c/estresse psicológico
Peyser, Edwards e Poser, 1980	Perfil Psicol.	Transversal	55	MMPI	Perfil variável
Boyle et al., 1991	Perfil Psicol.	Caso-controle	99p -56c	MMPI	4 grupos: Depressão;Negação;Somático;Normal.
O'Brien, 1993	Auto-estima/Coping	Transversal	101	TSCS +WCC	↑ auto-estima facilita resolução de problemas
Barnwell e Kavanagh, 1997	Ajuste Psicológico	Transversal	71	SE-Mood +BDI	Auto-eficácia afeta desempenho/comportamento
Bogle, Percy e Morrison, 1999	Características Psicol.	Transversal	30	STAI	Ansiedade Traço difere de Estado (exige trat. ≠)
Rätsep et al., 2000	Personalidade/Coping	Caso-controle	49p - 49c	NEO-PI, COPE	Neuroticismo dificulta solução de problemas
Chwastiak et al., 2002	Depressão	Prevalência	714	CES-D	41.8% depressão, 29.1% depressão mod./severa
Merkelbach, König e Sittinger, 2003	Fadiga	Transversal	80	NEO-PI	Neuroticismo acentua sensação de fadiga
Buljevac et al., 2003	Estresse percebido	Coorte (1a4m)	73	Registro diário	Risco > de exacerbação (surto) pós-estresse
Mendes e Tilbery, 2003	Depressão	Prevalência	84	BDI + HAD	Ansiedade: 35.7%, Depressão: 17.9% (forma RR)
Patten et al., 2003	Depressão	Prevalência	115 mil	CIDI - SFMD	Prevalência alta de depressão
McCabe, McKern e McDonald, 2004	Coping	Caso-controle	381p - 291c	WOCQ	↓uso de estratégia focada em resol. de problema
McCabe, 2005	Auto-estima	Caso-controle	243p 184c	WHOQoL	S/associação coping/auto-estima*
Gottberg et al., 2006	Depressão	Prevalência	± 98 mil	BDI, SOC, CSQ	Associação entre depressão e senso de coerência

Autores, ano	Categoria Correlata	Desenho	N	Medidas	Principal Achado
Reznikova, Terent'eva e Kataeva, 2007	Personalidade	Transversal	75	MMPI	Taxa significativa de neurose (40%)
Osborne et al., 2007	Funcionamento Psicol.	Transversal	125	SF-36, CPCI	Catastrofização X ajuste psicológico
Potagas et al., 2008	Ansiedade/Estresse	Coorte (1ano)	37	HAM-A, SRRS	HAM-A > 17 associado ↑3x taxa de surto
Beiske et al., 2008	Depressão/Ansiedade	Transversal	140	HSCL-25	Taxa depressão 2x e de ansiedade 3x + frequente
Fragoso, Silva e Finkelsztein, 2009	Auto-est./Fadiga	Transversal	30	SES	Severidade fadiga associada a ↓auto-estima
Goretti et al., 2009	Variáveis Psicol./Coping	Transversal	104	COPE, QPE	↓uso de estratégia focada em resol. de problema
Bruce et al., 2010	Personalidade/A d. Trat.	Transversal	55	NEO-PI	Neuroticismo atrapalha aderência ao tratamento
Lode et al., 2010	Coping	Caso-controle, Coorte (5a)	76p - 94c	COPE	Traços comuns: passividade e evitação
Ožura, Erdberg e Šega, 2010	Personal.	Transversal	51	Rorschach	Traços comuns: ↓auto-estima e evitação
Total	24 estudos	58% transv	118 mil	87% auto-relato	↑incidência de neurose na pop. de pacientes de EM

Legenda: p = pacientes; c = controles; Dep.= depressão; Neg.= negação; Som.= somatizadores; Nor.= normais; TSCS (Tennessee Self-Concept Scale) = escala de auto-estima; WCC (Ways of Coping Checklist) = escala de coping; SE-Mood (Self-efficacy Quest. For Mood) = escala auto-eficácia e humor; BDI (Beck Depression Inventory) = escala depressão de Beck; comport. = comportamento/desempenho; STAI (State-Trait Anxiety Inventory) = escala ansiedade; HDA = escala ansiedade/depressão; CIDI-SFMD = entrevista psiquiátrica diagnóstica; WOCQ = questionário de coping; WHOQoL = quest. qualidade de vida; SOC = escala senso de coerência; SC = Senso de Coerência; SF-36 = escala saúde mental; CPCI = invent. coping c/dor crônica; CSQ = quest. estratégias de coping; HAM-A = escala ansiedade; SRRS SRRS = escala ajuste psicológico; HSCL = inventário sintomas de Hopkins; SES = escala auto-estima; QPE = quest. Personalidade Eysenck.

6.1 PRINCIPAIS ACHADOS

Grande parte dos estudos teve desenho transversal (58%). Embora houvesse pareamento por sexo, idade, tempo e grau de severidade da doença em muitos estudos, o número de mulheres e homens e/ou de casos e controles não foi similar nas amostras, com exceção de um trabalho (RÄTSEP et al., 2000). A heterogeneidade foi considerável em termos de desenho de estudo e medidas das variáveis selecionadas.

A personalidade raramente foi vista como tema integrado digno de investigação - apenas em 5 estudos o termo consta no título. Os artigos não atenderam a critérios teórico-conceituais mais finos, como a avaliação da personalidade, considerando a pré-morbidade de sintomas afetivos (ansiedade e depressão) ou outros transtornos mentais prévios à doença neurológica. A diferenciação entre traço e estado de personalidade no âmbito da ansiedade e depressão foi subestimada na maioria das vezes. Além disso, a mistura de

diferentes formas clínicas de EM na amostra incorreu na variabilidade da mesma, o que deve ser evitado em termos de validade estatística.

6.1.1 **Ansiedade e Depressão - Neuroticismo**

Ansiedade e depressão interagem com os sintomas da EM, afetando o funcionamento psicológico do paciente (BEISKE et al., 2008). A revisão confirma os resultados de estudos anteriores sobre a associação entre ansiedade e exacerbação dos sintomas (BEISKE et al., 2008; MENDES; TILBERY, 2003; POTAGAS et al., 2008). Um achado relevante da ansiedade na EM foi a associação entre o seu nível e a quantidade/gravidade de eventos percebidos como estressantes pelo paciente, quando ligados à taxa de surto (na forma clínica remitente-recorrente), o que sugere que os dois fatores - ansiedade e susceptibilidade ao estresse - constituem expressões diferentes de um mesmo fenômeno psíquico subjacente. Este fenômeno certamente produz efeitos no curso da doença (POTAGAS et al., 2008).

Quando as pesquisas se propuseram a avaliar a personalidade como um todo, o neuroticismo apareceu como um traço comum nos pacientes de EM (RÄTSEP et al., 2000; REZNIKOVA; TERENCEVA; KATAEVA, 2007; BRUCE et al., 2010). Este traço agrupa aspectos como hostilidade, vulnerabilidade, ansiedade e depressão. Em contrapartida, a extroversão apareceu com baixos escores nesta mesma população. A extroversão contempla aspectos como atividade, entusiasmo e sociabilidade. O indivíduo com alto nível de neuroticismo vê o mundo através de um viés negativista, isto é, tende a ver ameaças, problemas e conflitos onde os outros não veem.

6.1.2 **Coping (ou enfrentamento)**

Houve consenso sobre o fato dos pacientes de EM recorrerem com maior frequência à estratégia de enfrentar o afeto gerado pelo problema e não o problema em si (RÄTSEP et al., 2000; McCABE; McKERN; McDONALD, 2004; REZNIKOVA; TERENCEVA; KATAEVA, 2007; GORETTI et al., 2009). O mecanismo de evitação e

o traço de personalidade preponderante da passividade foram encontrados com frequência significativa (LODE et al., 2010; OŽURA; ERDBERG, ŠEGA, 2010).

6.1.3 Autoestima

A baixa autoestima está intimamente ligada à depressão e sensação de fadiga (FRAGOSO, SILVA; FINKELSZTEJN, 2009) e ao mecanismo de defesa de evitação (OŽURA; ERDBERG, ŠEGA, 2010). A autoestima fica afetada com a progressiva incapacidade motora e com o déficit cognitivo na EM. No entanto, outras fontes devem ser investigadas, pois outras variáveis psicológicas contribuem para a acentuação da sensação de menos-valia e autopercepção.

6.1.4 Estresse

Os mecanismos fisiopatológicos estão intimamente ligados ao estresse. Eventos estressantes de vida estão associados ao incremento da atividade inflamatória, gerando alterações no sistema imunológico (MITSONIS et al., 2008). Na EM, um quadro de estresse costuma ser relatado pelos pacientes próximo ao período do surto. Características individuais destes pacientes, associadas a outros fatores, determinarão como o sistema imunológico reagirá diante do agente estressor. Fatores de personalidade como extroversão, otimismo e boa autoestima foram associados a estratégias de enfrentamento de estresse funcionais (RÄTSEP et al., 2000).

6.1.5 Fadiga

As características de personalidade pesam no impacto da incapacidade física diante da sensação de fadiga. O neuroticismo impacta mais o desfecho sintomático da fadiga do que a incapacidade física real (MERKELBACH; KÖNIG; SITTINGER, 2003). A fadiga da depressão parece somar-se (e confundir-se) com a

da EM e baixa autoestima piora os quadros de fadiga (FRAGOSO, SILVA; FINKELSZTEJN, 2009).

De acordo com o que foi observado na grande maioria dos artigos, há forte evidência de associação entre a esclerose múltipla e o desequilíbrio psicológico crônico. A tendência a experimentar desconforto psíquico é um dos elementos centrais do traço neuroticismo. Um alto nível desta dimensão da personalidade parece desempenhar papel significativo na escolha de estratégias de enfrentamento precárias ao manejar as limitações da esclerose múltipla.

7 METODOLOGIA

7.1 APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

O projeto da pesquisa foi submetido ao comitê de ética do HUGG e aprovado de acordo com a Resolução do CNS n° 196/96 pelo Prof. Pedro Eder Portari Filho. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP-HUGG, sob o número 40/2011 de acordo com a Resolução CNS n° 196/96 e comunicado através do memorando de número 75/2011 (ANEXO A). Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) no momento da avaliação psicológica (APÊNDICE A). O resultado de cada avaliação foi colocado à disposição das pessoas avaliadas sob a forma de um parecer psicológico, assinado pela psicóloga que fez a avaliação (APÊNDICE B).

7.2. DESENHO DE ESTUDO

Este estudo preliminar teve um desenho descritivo, observacional, do tipo transversal, de base ambulatorial.

7.3 AMOSTRA

A amostra analisada foi de conveniência, composta inicialmente por 40 pacientes com EM recém diagnosticados, na forma clínica remitente-recorrente. Dos 40 pacientes avaliados, apenas 7 foram do sexo masculino. Eles foram excluídos por serem um grupo muito pouco representativo da variável sexo, o que poderia comprometer a análise estatística dos dados. Deste modo, foi mantida a amostra homogênea de 33 indivíduos do sexo feminino. A fase de aplicação dos testes teve início em julho de 2011 e foi concluída em abril de 2012. Os pacientes foram encaminhados por seus neurologistas quando atendiam aos critérios de inclusão para compor a amostra da pesquisa.

7.3.1 Seleção de Pacientes

O recrutamento de pacientes com EM foi realizado no Serviço de Neurologia do Hospital da Lagoa (HL/Rio de Janeiro) e no ambulatório de neurologia do HUGG, com a participação de docentes da UNIRIO, neurologistas do Serviço de Neurologia do Hospital da Lagoa, e alunos do Programa de Pós-Graduação em Neurologia da UNIRIO.

7.3.2 Critérios de Inclusão

A amostra foi composta de pessoas adultas de ambos os sexos, inicialmente, na faixa etária de 18 a 65 anos, classificados de acordo com os critérios de McDonald e colaboradores (2001). Somente os pacientes com EDSS \leq 3.5 foram selecionados.

7.3.3 Critérios de Exclusão

Pacientes com outras doenças neurológicas, história de transtornos psiquiátricos, traumatismo craniano, déficit visual e/ou auditivo significativos, que pudessem comprometer a realização do teste de personalidade, foram excluídos.

7.4 MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DOS PACIENTES

7.4.1 Avaliação Neurológica

A avaliação neurológica para o diagnóstico e o grau de incapacidade (EDSS) foi realizada por médicos do Ambulatório de Neurologia do HUGG e do ambulatório do Hospital da Lagoa utilizando critérios diagnósticos de Weinshenker (1995), Thompson e colaboradores (2000), McDonald e colaboradores (2001) e Polman e colaboradores (2005), escalas dos Sistemas Funcionais e Escala Expandida de Incapacidade de Kurtzke (FS/EDSS - KURTZKE, 1983).

7.4.2 Avaliação Psicológica

7.4.2.1 Avaliador e local

A avaliação psicológica foi realizada pela mestranda e primeira autora do presente estudo Aline Braz de Lima, psicóloga com experiência clínica em psicodiagnóstico. O local de atendimento definido para esta etapa da pesquisa foi o HUGG, mais precisamente, a sala do DIP (Doenças Infecto-Parasitárias) e o anfiteatro do setor da Pós-Graduação da Neurologia.

7.4.2.2 Instrumentos

a) Escala de Personalidade - NEO-FFI-R (versão curta)

O modelo dos cinco grandes fatores da personalidade tornou-se amplamente aceito na comunidade científica internacional como instrumento psicométrico para avaliar a personalidade. O NEO-FFI de Costa e McCrae é uma escala de auto-relato, com 60 itens. Inclui cinco domínios globais: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Os pacientes, após serem submetidos a uma breve entrevista, para coleta de dados demográficos e clínicos - pelo mesmo avaliador - foram instruídos para responderem aos itens do inventário ou escala do tipo *Likert* (escala de resposta psicométrica usada habitualmente em pesquisas). Os participantes assinalaram o nível de concordância com uma afirmação. A variação de concordância vai de 0-4, como listado a seguir:

0. Discordo fortemente
1. Não concordo
2. Neutro
3. Concordo
4. Concordo fortemente

Esta escala de personalidade, além de ser utilizada amplamente em pesquisas e na clínica, tanto no cenário acadêmico internacional, quanto no Brasil, foi validada e normatizada para a população brasileira pela Dra. Carmen E. Flores-Mendoza em 2007. A escala foi aprovada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) para uso corrente em pesquisas, na área de recursos humanos e na clínica. Seu uso deve estar restrito a ocasiões limitadas pelo tempo de aplicação e quando o objetivo for o de levantar um panorama das dimensões de personalidade.

b) Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck - BDI e BAI

Os níveis de Ansiedade e de Depressão foram mensurados respectivamente, pelo Inventário de Ansiedade Beck (BAI) e Inventário de Depressão Beck (BDI - CUNHA, 2001). Os inventários foram administrados de forma autoaplicada para as pessoas com nível médio e superior de escolaridade. Estes escores, em particular, não foram coletados pela autora do estudo, mas por outra psicóloga, mestranda da mesma linha de pesquisa - Cíntia Kirchmeyer - que avaliou a mesma amostra para a sua pesquisa (mais voltada para o déficit cognitivo destes pacientes) e compartilhou gentilmente os dados obtidos das escalas de Beck, de depressão e ansiedade, com a autora do presente estudo.

Todos os pacientes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para poderem fazer parte da amostra deste estudo (APÊNDICE A).

Os pacientes foram abordados ou por contato telefônico ou convidados pessoalmente no Hospital da Lagoa (HL), a participar da pesquisa. Eles foram informados a respeito dos objetivos da mesma no momento do convite. A partir do consentimento, foram agendados para comparecer ao local da avaliação. Eles foram submetidos à uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C). Em seguida, solicitou-se que completassem as escalas de Beck (BAI e BDI). Finalmente, foram avaliados com a escala de personalidade NEO-FFI. O NEO-FFI é a versão reduzida da escala NEO-PI-R. A escala NEO-FFI consiste em 60 itens, baseados no modelo dos cinco fatores da personalidade. Cada dimensão é medida em um total de 12 itens. O teste pode ser feito em, aproximadamente, 30 minutos.

8 RESULTADOS

A amostra total avaliada foi de 40 pacientes com EM recém-diagnosticados, na faixa etária de 21 a 57 anos, de ambos os sexos e escolaridade oscilando entre 9 a 24 anos de estudo. Destes 40 pacientes, 7 (sete) homens foram excluídos do estudo por representarem um grupo muito pequeno para ser analisado estatisticamente. Sendo assim, a amostra final foi composta de 33 pacientes do sexo feminino com EM, na forma clínica remitente-recorrente.

O grupo de pacientes com EM teve média de idade de 36,96 anos. A escolaridade ficou na média de 15,86 anos de estudo. Já o tempo de doença apresentou média de 21,09 meses (o equivalente a 1,8 anos). A média do EDSS deste grupo foi de 1,57 (Tabela 1).

Tabela 1: Análise descritiva dos dados gerais - clínicos e sócio-demográficos - de 33 pacientes do sexo feminino com Esclerose Múltipla recente

Variáveis	Mínima	Máxima	Média	Desvio-Padrão
Idade	21	57	36.96	9.57
Escolaridade (anos de estudo)	9	24	15.86	3.90
EDSS	0	3	1.57	1.33
Tempo de Doença (meses)	2	36	21.09	12.35

Em relação aos valores médios encontrados das cinco dimensões da personalidade avaliadas pela escala NEO-FFI, a tabela 2 mostra que os maiores valores foram os fatores amabilidade e conscienciosidade, ambos com média de 53,9. Em seguida, o neuroticismo apresentou média de 49,2. A extroversão apresentou média de 47,6 e, finalmente, a abertura à experiência teve o menor valor, de 44,1.

Tabela 2: Análise descritiva das médias encontradas (escores T) dos 5 fatores de personalidade (N=33)

Fatores de personalidade	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Neuroticismo	29	75	49.2	11.6
Extroversão	20	74	47.6	14.3
Abertura à experiência	21	66	44.1	10.8
Amabilidade	37	71	53.9	10.3
Conscienciosidade	34	70	53.9	10.3

A tabela 3 apresenta as médias de ansiedade e depressão neste grupo de EM recente. Na escala BAI de ansiedade, a média foi de 10.8, revelando ansiedade leve (ponto de corte = 10). Em relação à depressão, os pacientes apresentaram média de 9,1 na escala BDI, sugerindo ausência de depressão (ponto de corte = 11).

Tabela 3: Análise descritiva dos escores e médias encontradas nos inventários de Beck para ansiedade (BAI) e depressão (BDI) (N=33)

Ansiedade e Depressão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
BAI	0	32	10.8	10.6
BDI	0	29	9.1	7.3

A tabela 4 mostra a distribuição de frequência dos cinco fatores de personalidade neste grupo de 33 pacientes de EMRR recente, do sexo feminino. Partindo do princípio de que o indivíduo que apresenta grau médio de um determinado traço, já o possui em um nível significativo, pode-se pensar na frequência acumulada, isto é, na soma dos valores médios, alto e muito alto (Figura 2). Quanto ao neuroticismo, houve uma frequência relativamente alta, de 69,8%, de pacientes com este traço. A extroversão apresentou um valor médio, de 57,6%. A abertura à experiência apresentou o menor valor dentre os cinco fatores, o de 48,5%. A amabilidade, por sua vez, teve frequência de 72,7%. E, por fim, a conscienciosidade teve frequência de 78,8%.

Tabela 4: Distribuição da frequência dos cinco fatores de personalidade avaliados pelo NEO-FFI na amostra de pacientes através da classificação (por percentil)

Fatores/Classificação	Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
Neuroticismo	21.2	9.1	36.4	27.3	6.1
Extroversão	15.2	27.3	27.3	24.2	6.1
Abertura à exp.	18.2	33.3	36.4	9.1	3.0
Amabilidade	---	27.3	24.2	30.3	18.2
Conscienciosidade	3.0	18.2	27.3	42.4	9.1

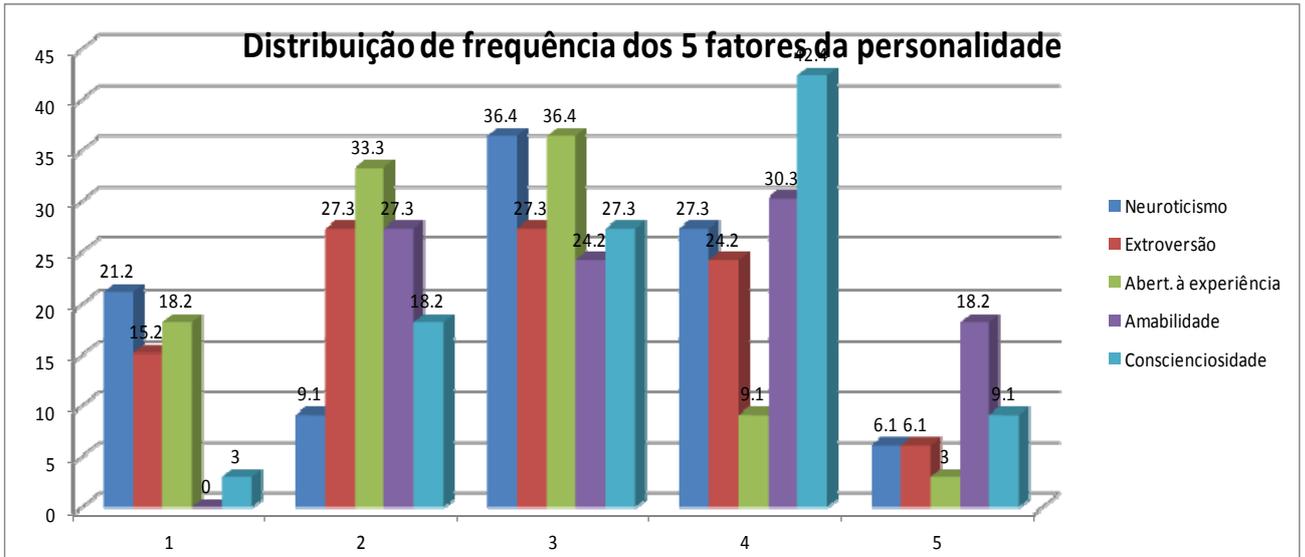


Figura 1: Gráfico da distribuição de frequência dos 5 fatores de personalidade encontrados nesta amostra do sexo feminino de EMRR recente (N=33)

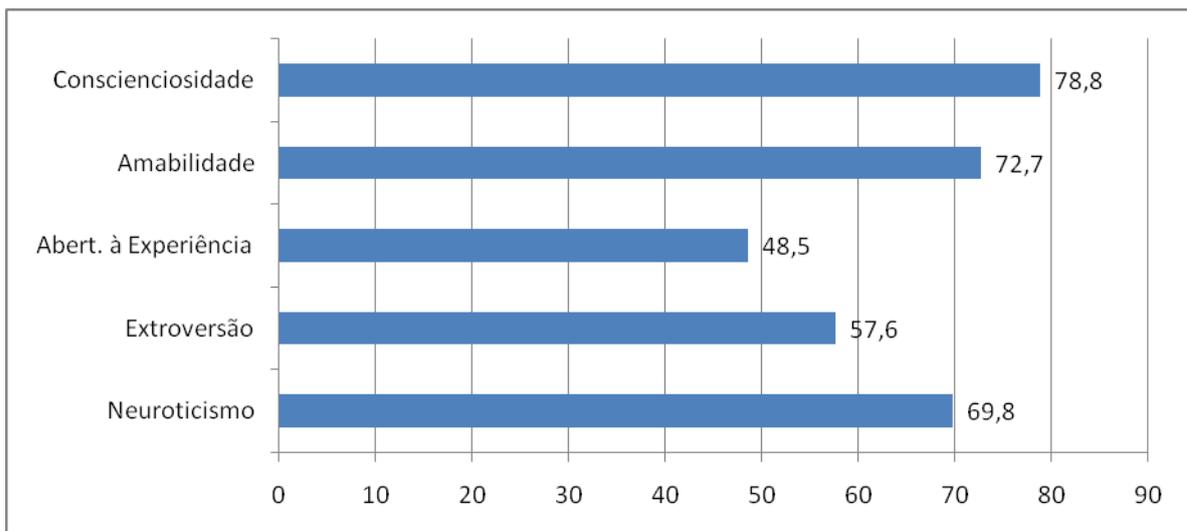


Figura 2: Frequência acumulada dos 5 fatores de personalidade, segundo a escala do NEO-FFI, numa amostra de 33 pacientes do sexo feminino de EMRR recém-diagnosticadas

Foram feitas correlações através dos escores brutos. Duas variáveis são tratadas duas a duas (com as respectivas significâncias). O valor de p usado como referência (significância) foi de 0.05 ($p \leq 0.05$). Não houve correlação significativa entre a idade (tabela 5); a escolaridade (tabela 6); o grau de incapacidade física ou o EDSS (tabela 7); o tempo de doença (tabela 8) e os cinco fatores da personalidade.

Tabela 5: Correlação e significância da idade com os fatores de personalidade (N=33)

Fatores/Idade	Correlação	Significância
Neuroticismo	- 0.19	0.286
Extroversão	0.06	0.734
Abertura à exp.	0.15	0.387
Amabilidade	0.19	0.267
Conscienciosidade	- 0.08	0.637

Tabela 6: Correlação e significância da escolaridade (anos de estudo) com os fatores de personalidade (N=33)

Fatores/Escolaridade	Correlação	Significância
Neuroticismo	- 0.06	0.702
Extroversão	0.08	0.643
Abertura à exp.	0.18	0.297
Amabilidade	- 0.07	0.679
Conscienciosidade	0.26	0.130

Tabela 7: Correlação e significância do EDSS com os fatores de personalidade (N=33)

Fatores/EDSS	Correlação	Significância
Neuroticismo	- 0.08	0.653
Extroversão	- 0.05	0.747
Abertura à exp.	0.02	0.897
Amabilidade	- 0.11	0.515
Conscienciosidade	- 0.26	0.145

Tabela 8: Correlação e significância do tempo de doença com os fatores de personalidade

Fatores/tempo de doença	Correlação	Significância
Neuroticismo	0.01	0.937
Extroversão	- 0.30	0.084
Abertura à exp.	- 0.01	0.915
Amabilidade	- 0.12	0.477
Conscienciosidade	0.04	0.816

9 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o intuito de observar as características de personalidade de pacientes com EM através da escala de personalidade NEO-FFI, baseada no modelo dos 5 grandes fatores da personalidade (*Big Five*). Além disso, os escores destes pacientes nas escalas de ansiedade (BAI) e de depressão (BDI) de Beck foram aproveitados a partir de outra pesquisa feita em paralelo sobre o comprometimento cognitivo na EM recente.

Houve uma considerável diversidade quanto aos dados referentes ao perfil de personalidade destas 33 pacientes femininas com EMRR. No entanto, há algumas características marcantes que constituem um percentual significativo dessa amostra. Não foram observados níveis clínicos de ansiedade ou depressão, o que faz com que o perfil de fatores de personalidade obtido esteja relativamente livre da sobreposição da variável morbidade psicopatológica.

A média de idade encontrada neste grupo está dentro da faixa etária comum à EM (36,96 anos) e concorda com grande parte dos estudos de EM recente. A escolaridade foi razoavelmente alta (1,86), pelo perfil sociodemográfico da área de onde foi desenvolvido o presente estudo, isto é, a área metropolitana da cidade do Rio de Janeiro. O EDSS foi esperadamente baixo (1,57), de acordo com os critérios de inclusão, visto que se desejou avaliar pacientes com EM recente, ainda não muito comprometidos; nem motora, nem cognitivamente. Ao longo dos anos e com o avançar da doença outras variáveis, como quadros clínicos de depressão, poderiam afetar o resultado da escala de personalidade. O tempo médio da doença foi de 21,09 meses para circunscrever a condição recente da EM e poder observar a personalidade do paciente lidando com o momento inicial da doença.

Embora a amostra seja pequena, as médias dos 5 fatores de personalidade podem estar apontando - e para confirmar tal fato, um estudo longitudinal com amostra de pacientes maior deve ser realizado - para uma tendência de traços mais marcantes neste grupo, a saber: a amabilidade, a conscienciosidade e o neuroticismo. Bruce e colaboradores (2010) analisaram a associação entre fatores de personalidade (avaliados pelo NEO-FFI) e aderência ao tratamento (N= 55), com uma amostra predominantemente feminina de EMRR. Os resultados do grupo com boa aderência concordam com o perfil obtido no presente estudo, isto é, possuem níveis mais altos de a amabilidade, conscienciosidade e neuroticismo.

O fator conscienciosidade (78,8%) obteve o valor mais alto em frequência nesta amostra, ou seja, trata-se de pessoas com baixa impulsividade. Estes indivíduos ponderam e pesam suas ações e são responsáveis e confiáveis. Vale notar que um resultado bem diferente foi encontrado no estudo de Hawkes (2005). Foi investigada a propensão destes pacientes com EM para correr riscos. O principal achado foi que pacientes de EM tendem a adotar comportamento negligente com a própria saúde, comparados ao grupo de controles saudáveis neste estudo. O grupo de pacientes mostrou hábitos mais frequente de consumo de álcool e outras drogas e vida sedentária. A conscienciosidade traz disposição para alcançar objetivos. Por outro lado, pode trazer uma alta exigência, limpeza compulsiva ou compulsão pelo trabalho. Esta variável foi pouco contemplada nos poucos estudos envolvendo o NEO-FFI em pacientes com EM.

Em segundo lugar, a amabilidade em pacientes com EM apareceu em níveis altos (72,7%). No entanto, os poucos estudos que investigaram fatores de personalidade, usando a escala NEO-FFI, deram maior destaque para o neuroticismo. No presente estudo, a amabilidade se mostrou relativamente elevada (72,7%). Pessoas amáveis são mais populares e mais cooperativas do que competitivas. Em contrapartida, podem ser mais vulneráveis em situações de competição e recuar diante de situações na vida que exijam maior assertividade ou até agressividade. Este último aspecto corrobora com os achados de outros estudos de personalidade e EM. Um estilo evitativo frente à resolução de problemas foi identificado com frequência em pacientes com EM (OŽURA et al., 2010 e LODE ET al., 2010). A amabilidade excessiva também pode apontar para a fuga de confronto e passividade, neste sentido. O indivíduo pode se mostrar amável por temer a reprovação dos outros e possuir forte desejo de agradar. Geralmente, estas pessoas possuem baixa autoestima. A questão da autoestima surge nos achados de alguns estudos. Se baixa traz fadiga em nível mais severo (FRAGOSO et al., 2009) e está associada a pouco uso de estratégias focadas em resolução de problemas (O'BRIEN et al., 1993; McCABE et al., 2004 e GORETTI et al., 2009).

O presente estudo também trouxe o neuroticismo como um traço marcante nesta população de pacientes. McCray e colaboradores (2007) apresentaram aspectos interessantes do traço neuroticismo. O principal achado deste estudo, utilizando o inventário de personalidade NEO-FFI, foi o de que pessoas com alto neuroticismo eram mais propensas a serem identificadas como deprimidas pelos

seus respectivos médicos de atenção primária do que pessoas com níveis medianos ou baixos deste fator. Na amostra avaliada no presente estudo, não foi detectada depressão. As escalas de Beck, de ansiedade e depressão não mostraram, no grupo investigado neste estudo, um nível clínico de sintomatologia para que se configurasse a necessidade de tratamento. Além da EM ser recente, os pacientes estavam completamente funcionais, levando uma vida praticamente normal. Aliás, no início da EMRR é mais comum surgirem quadros de ansiedade do que de depressão (BEISKE et al., 2008; POTAGAS et al., 2008; MENDES; TILBERY, 2003).

A tendência a vivenciar estados emocionais negativos, marca do neuroticismo, interfere negativamente na adaptação às exigências da vida em geral. Neuróticos são pouco hábeis em controlar impulsos, ao contrário dos conscienciosos. Este último é considerado positivo nos estudos de personalidade e doenças crônicas, uma vez que confere ao paciente um perfil organizado, ponderado e confiável (BENEDICT et al., 2009; BRUCE et al., 2010; SUTIN et al., 2010). Por apresentarem dificuldade para lidar com o estresse, os pacientes neuróticos não solucionam problemas de modo eficaz (RÄTSEP et al., 2000), têm a sensação de fadiga acentuada (MERKELBACH et al., 2003), baixa adesão ao tratamento da EM (BRUCE et al., 2010) e níveis circulantes de marcadores inflamatórios mais elevados, como a interleucina 6 (SUTIN et al., 2010). Este último funcionando como fator de risco para o desenvolvimento subsequente de depressão (BRUCE; LYNCH, 2011). Enfim, pacientes neuróticos tendem a vivenciar a experiência da condição neurológica da EM de modo disfuncional, afetando o bem-estar emocional e a qualidade de vida.

A identificação de mais uma categoria de fatores de risco - características individuais da personalidade dos pacientes com EM - para o desenvolvimento de psicopatologia secundária à doença crônica neurológica pode ajudar pesquisadores e clínicos a prescreverem tratamentos preventivos mais ajustados ao perfil de cada um e, portanto, mais eficazes. Por exemplo, pacientes de EM com altos níveis de neuroticismo, detectado no momento do diagnóstico, podem ser monitorados mais de perto para a possibilidade de desenvolverem quadros de depressão (BRUCE; LYNCH, 2011).

A extroversão nesta amostra não foi tão expressiva (57,6%), configurando um nível médio. A sua contrapartida, uma tendência à introversão, pode fazer o paciente, gradualmente, abrir mão do convívio social e buscar isolamento. Embora

não consigam ter o espírito altamente exuberante dos extrovertidos, introvertidos não são necessariamente infelizes ou pessimistas. Em outros estudos, a extroversão em pacientes com EM apareceu em níveis relativamente baixos, comparados a grupos de controle saudáveis e com a população em geral (RÄTSEP et al., 2000; MERKELBACH et al., 2003; BENEDICT et al., 2009). Vale ressaltar que uma pontuação alta ou baixa em um fator não exclui a possibilidade de um indivíduo conter uma pontuação contrária em um subfator. Por exemplo, um indivíduo com extroversão baixa pode ter pontuação alta em assertividade, uma subfaceta da extroversão (APÊNDICE D). Porém, esta análise só pode ser feita através da versão extensa do NEO-FFI, o NEO-PI, onde cada um dos 5 domínios aqui avaliados se desdobra em 6 subfacetas, tornando a análise mais rica e profunda.

O perfil desta amostra é de pacientes do sexo feminino; relativamente jovens; com bom nível de escolaridade; economicamente ativas; funcionais e recém-diagnosticadas. O impacto da EM na maioria quase absoluta dos casos ainda não se fez presente de forma contundente. Assim sendo, os fatores de personalidade dos sujeitos foram avaliados em um momento ainda sem significativos comprometimentos motor, cognitivo e emocional.

A abertura à experiência não costuma ser levada em consideração como fator significativo, seja de risco ou de proteção na personalidade em pacientes com EM. Nenhum estudo salientou a importância deste fator, que costuma aparecer em níveis baixos na escala NEO-FFI, o que foi confirmado nos resultados do presente estudo (48,5%). Isto sugere que os pacientes de EM nesta amostra tenderam a um perfil mais tradicional e conservador, pouco flexível e pouco inclinado ao novo. Altos níveis de abertura à experiência estão associados à capacidade intelectual e sucesso acadêmico (COSTA; McCRAE, 2005). Embora o nível de escolaridade desta amostra tenha sido relativamente alto, o fator abertura foi o de mais baixa frequência, dentre os demais.

Desde a década de 50 do século passado, estudos foram feitos com o intuito de investigar o perfil de personalidade de pacientes de EM (CANTER, 1951; GILBERSTADT; FARKAS, 1961). Primeiramente com o MMPI, uma escala usada no âmbito da psicopatologia; posteriormente, outras escalas ou testes de personalidade foram sendo adotados nas pesquisas. Poser participou de um estudo (PEYSER, EDWARDS, POSER, 1980) onde obteve, dentre os grupos (*clusters*) de pacientes de EM avaliados com o MMPI, um grupo bem similar ao do presente estudo, isto é,

de pacientes relativamente jovens com tempo de doença curto. O traço que predominou neste grupo foi o de negação de quaisquer desconforto e dificuldades. Dentro das categorias do MMPI, este traço remete à histeria, uma das formas clássicas da neurose.

Por outro lado, na EM recente, Dennison e colaboradores (2010) entenderam o mecanismo de negação de modo adaptativo. Em outras palavras, resistir em ser rotulado como doente e incapacitado parece ser benéfico para o bem-estar emocional no início da EM. A aceitação de uma doença crônica e progressiva como a EM, asseveram os autores desse estudo, é uma questão complexa e a plena aceitação das possibilidades prognósticas futuras pode não ser sempre útil para um bom ajuste psicológico no presente.

Há uma interação complexa de fatores sociodemográficos relacionados à doença; além dos individuais que são inerentes ao ajuste psicológico, corroborando para a ideia de que não é possível estabelecer um único padrão de personalidade em pacientes de EM. Muito mais útil do que descobrir qualquer padrão, é observar traços de personalidade comuns nestes pacientes que dificultem a adaptação à condição crônica, degenerativa e incapacitante da EM. A avaliação psicológica precoce pode revelar tipos (e extensão) de limitações psicológicas que estariam fora do escopo de um exame clínico neurológico tradicional. Estes dados podem ajudar a equipe multidisciplinar a reconhecer traços de personalidade que possam influenciar os sintomas da doença, positiva ou negativamente, fornecendo subsídios para o manejo a longo-prazo da EM.

As correlações dos 5 fatores de personalidade com as variáveis: idade, escolaridade, EDSS e tempo de doença não foram significativas. Provavelmente, por causa do tamanho da amostra. No entanto, mesmo extrapolando o parâmetro de significância estabelecido ($p \leq 0,05$), um único fator se destacou dentre os demais, a extroversão, com correlação negativa de 0,30 e valor de significância de 0,08. Este achado significa que quanto maior o tempo de doença, menor a extroversão. Sinal de que, na medida em que a doença progride, alguns pacientes adotam a postura de afrouxar os vínculos com a realidade e se isolar do mundo, principalmente porque ficam inseguros para iniciar ou levar adiante os seus projetos de vida diante da possibilidade de surtos e piora clínica da EM.

De acordo com Stathopoulou e colaboradores (2010), algumas características de personalidade estão fortemente associadas a uma variedade de quadros psicopatológicos em pacientes com EM e influenciam o curso da doença.

As limitações deste estudo foram o tamanho reduzido da amostra e o pouco tempo para acompanhar estes pacientes. Um estudo longitudinal, onde fosse possível avaliar os mesmos pacientes em tempos diferentes, compará-los a outras formas de EM; observar novas ocorrências clínicas (surto, piora, etc) e, principalmente, verificar mudanças no estilo de vida, seria enriquecedor no sentido de angariar mais domínio das vicissitudes de quem vive sob a égide de ter uma doença de curso imprevisível como a EM. Deste modo, a equipe multidisciplinar que assiste o paciente com EM poderia desenhar um plano terapêutico mais eficiente, minimizando o impacto dos problemas derivados, tais como transtornos de humor secundários, falta de adesão ao tratamento e piora da qualidade de vida.

10 CONCLUSÃO

Estes achados apontam para a possibilidade de que os pacientes de EM possam trazer necessidades especiais em termos de tratamento terapêutico, no seu sentido mais amplo. Desde a comunicação com os profissionais da saúde, auxílio nos processos de tomada de decisão, adesão ao plano terapêutico até o lado puramente clínico com o manejo dos sintomas e surtos. Atualmente, desconsiderar o impacto de fatores individuais de personalidade em condições neurológicas crônicas, progressivas e incapacitantes como a EM já não é mais possível.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, R.M.; ALVARENGA, H. Esclerose Múltipla Manifestações Clínicas, Aspectos Epidemiológicos e Critérios Diagnósticos. *Rev. Neurologia*, [S.l.], v. 31, n. 2, 1995.

ALVARENGA, M.P.; SIQUEIRA, H.H.; NEGREIROS, M.A.; ALVARENGA, R.M.P. Forma benigna da esclerose múltipla - apresentação de caso clínico com documentação neuro radiológica. *Cadernos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, v. XVII, p. 62-68, 2004.

AMATO, M.P.; PORTACCIO, E.; STROMILLO, M.L.; GORETTI, B.; ZIPOLI, V.; SIRACUSA, G.; BATTAGLINI, M.; GIORGIO, A.; BARTOLOZZI, M.L.; GUIDI, L.; SORBI, S.; FREDERICO, A.; DE STEFANO, N. Cognitive assessment and quantitative magnetic resonance metrics can help to identify benign multiple sclerosis. *Rev. Neurol.*, [S.l.], v. 71, p. 632-637, 2008.

AMATO, M.P.; ZIPOLI, V.; GORETTI, B.; PORTACCIO, E.; DE CARO, M.F.; RICCIUTI, L.; SIRACUSA, G.; MASINI, M.; SORBI, S.; TROJANO, M. Benign multiple sclerosis - Cognitive, psychological and social aspects in a clinical cohort. *J. Neurol.*, [S.l.], v. 253, p. 1054-1059, 2006.

BARNWELL, A.M; KAVANAGH, D.J. Prediction of psychological adjustment to multiple sclerosis. *Social Sciences Medicine*, v. 45 (3), p. 411-418, 1997.

BEISKE, A.G.; SVENSSON, E.; SANDANGER, I.; CZUJKO, B.; PEDERSEN, E.D.; AARSETH, J.H.; MYHR, K.M. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, v. 15. p. 239-245, 2008.

BENEDICT, R.H.B.; PRIOLE, R.L.; MILLER, C.; MUNSCHAUER, F.; JACOBS, L. Personality disorder in multiple sclerosis correlates with cognitive impairment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, v. 13, p. 70-76, 2005.

BENEDICT, R.H.B.; WAHLIG, E.; TOPCIU, R.A.; ENGLERT, J.; SCHWARTZ, E.; CHAPMAN, B.; WEINSTOCK-GUTTMAN, B. DUBERSTEIN, P. Personality traits in women with multiple sclerosis: Discrepancy in patient/partner report and disease course. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 66, p. 147-154, 2009.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Centro Editor de Psicologia Aplicada - CEPA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 1979.

BOGLE, N.; PERCY, M.; MORRISON, W. Will I make it through this choppy water? A psychological characteristic as a predeterminant factor to coping with multiple sclerosis. *Axon*, mar, p.63-66, 1999.

BOL, Y.; DUIS, A.A.; HUPPERTS, R.M.M.; VLAEYEN, J.W.S.; VERHEY, F.R.J. The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: a review. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 66, p. 3-11, 2009.

BOYLE, E.A.; CLARK, C.M.; KLONOFF, H.; PATY, D.W.; OGER, J. Empirical support for psychological profiles observed in multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, v. 48, p. 1150-154, 1991.

BRIEVA, L.; RÍO J.; MONTALBÁN, X. Esclerosis múltiple primariamente progresiva. *Rev.Neurol.*, [S.l.], v. 35, n. 11, p. 1074-1080, 2002.

BRUCE, J.M.; HANCOCK, L.M.; ARNETT, P.; LYNCH, S.G. Treatment adherence in multiple sclerosis: association with emotional status, personality and cognition. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 33, p. 219-227, 2010.

BRUCE, J.M.; LYNCH, S.G. Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 70, p. 479-485, 2011.

BULJEVAC, D.; HOP, W.C.J.; REEDEKER, W.; JANSSENS, A.C.J.W.; VAN DER MERCHÉ, F.G.A.; VAN DOORN, P.A.; HINTZEN, R.Q. Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study. *BMJ*, v. 327, p. 646-650, 2003.

CANTER, A.H. MMPI profiles in multiple sclerosis. *J. Consult. Psychol.*, v.15, p. 253-256, 1951.

CHWASTIAK, L; EHDE, D.M.; GIBBONS, L.E.; SULLIVAN, M.; BOWEN, J.D. KRAFT, G.H. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. *Am J Psychiatry*, v.159,p. 1862-1868, 2002.

CLANET, M. Jean-Martin Charcot (1825-1893). *The International MS Journal*, v. 15, p. 59-61, 2008.

COSTA JR., P.T.; McRAE, R.R. Manual NEO-PI - Inventário de Personalidade NEO Revisado e Inventário de 5 Fatores e NEO Revisado NEO-FFI-R, Manual profissional para uso no Brasil, Vetor Editora, 2005.

DENNISON, L.; MOSS-MORRIS, R.; CHALDER, T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, v. 29, p. 141-153, 2009.

DENNISON, L.; YARDLEY, L.; DEVEREAUX, A.; MOSS-MORRIS, R. Experiences of adjusting to early stage multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*, v. 16 (3), p. 478-488, 2010.

DEYOUNG, C.G, HIRSH J.B; SHANE, M.S.; PAPADEMETRIS, X.; RAJEEVAN, N.; GRAY JR. Testing predictions from personality neurosciences: brain structure and the big five. *Psychol Sci*, v.21 n. 6, p. 820-828, 2010.

FLORES-MENDONZA, C.E. Inventário de personalidade NEO-Revisado. Manual técnico. São Paulo: Vetor Editora, 2007.

FRAGOSO, Y.D.; SILVA, E.O.; FINKELSZTEJN, A. Correlation between fatigue and self-esteem in patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.67 (3B), p. 818-821, 2009.

FRIEDMAN, H.S.; BOOTH-KEWLEY, S. The Disease-Prone Personality: A Meta-Analytic Review of the Construct. *American Psychologist*, v.42, n.6, p. 539-555, 1987.

FRIEDMAN, H.S.; SCHUSTACK, M.W. Teorias da Personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna. 2ª edição. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

GILBERSTADT, H.; FARKAS, E. Another look at MMPI profile types in multiple sclerosis. *J. Consult. Psychol.*, v. 25, n.5, p. 440-444, 1961.

GIOIA, M.C.; CERASA, A, M.; VALENTINO, P.; FERA, F.; NISTICÓ, R.; LIGUORI, M.; LANZA, P.; QUATTRONE, A. Neurounctional correlates of personality traits in relapsing-remitting multiple sclerosis: An fMRI study. *Brain and Cognition*, v. 71, p. 320-327, 2009.

GOLDBERG, L.R. An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol.*, v. 59, n. 6, p. 1216-29, 1990.

GORETTI, B.; PORTACCIO, E.; ZIPOLI, V.; HAKIKI, B.; SIRACUSA, G.; SORBI, S.; AMATO, M.P. Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurological Sciences*, v.30, p.15-20, 2009.

GOTTBERG, K.; EINARSSON, U.; FREDRIKSON, S.; VON KOCH, L.; HOLMQVIST, L. A population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm county: association with functioning and sense of coherence. *Journal of Neurosurgical Psychiatry*, v.78, p. 60-65, 2006.

HAWKES, C.H. Are multiple sclerosis patients risk-takers? *Q J Med*, v 80, p. 895-911, 2005.

HVIID, L.E.; HEALY, B.C.; RINTELL, D.J.; CHITNIS, T.; WEINER, H.L.; GLANZ, B.I. Patient reported outcomes in benign multiple sclerosis. *Mult Scler*, [S.I.], v. 17, n. 7, p. 876-884, 2010.

IRONSON, G.H.; O'CLEIRIGH, C.; WEISS, A.; SCHNEIDERMAN, N.; COSTA JR, P.T. Personality and HIV disease progression: Role of NEO-PI-R openness, extraversion and profiles of engagement. *Psychosomatic Medicine*, v. 70, p. 245-253, 2008.

ISAKSSON, A.K.; ALSTRÖM, G. From symptoms to Diagnosis: Illness experiences of Multiple Sclerosis patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, v. 38, n.4, p. 229-237, 2006.

KANTARCI, O.H.; WEINSHENKER, B. Natural history of Multiple Sclerosis. *Neurol Clin.*, [S.I.], v. 23, p. 17-38, 2005.

KOROKTOV D, HANNAH, T.E. The Five-Factor Model of Personality: strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behavior. *Personality and Individual Differences*, v. 36, p. 187-199, 2004.

KURTZKE, J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an Expanded Disability Status Scale (EDSS). *Neurology*. [S.I.], v. 33, p. 1444-1452, 1983.

LODE, K.; BRU, E.; KLEVAN, G.; MYHR, K.M.; NYLAND, H.; LARSEN, J.P. Coping with multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. *Acta Neurologica Scandinavica*, v.122, p. 336-342, 2010.

LUBLIN, F.D.; REINGOLD, S.C. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. *Neurology*. [S.l.], v. 46, p. 907-911, 1996.

MAO, P.; REDDY, P.H. Is multiple sclerosis a mitochondrial disease? *Biochim Biophys Acta.*, v. 1802, n.1, p. 66-79, 2010.

McALPINE, D; COMPSTON, N. Some aspects of the natural history of disseminated sclerosis. *Q J Med.*, v. 82, p. 135-67, 1952.

McCABE, M.P.; MCKERN, S.; McDONALD, E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 56, p. 355-361, 2004.

McCABE M.P. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of Psychosomatic Research*, v.59, p. 161-166, 2005.

McCRAE, R.R, COSTA, P.T. Updating Norman's "Adequate Taxonomy": intelligence and personality dimensions in natural languages and in questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 49, n. 3, p. 710-721, 1985.

McCRAE, R.R.; JOHN, O.P. An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers.*, p. 60, n. 2, p. 175-215, 1992.

McCRAY, L.W.; BOGNER, H.R.; SAMMEL, M.D.; GALLO, J.J.; The role of patient personality in the identification of depression in older primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 22, n.11, p. 1095-1100, 2007.

MCDONALD, WI; COMPSTON, A; EDAN, G.; GOODKIN, D; HARTUNG, HP; LUBLIN, FD; MCFARLAND, HF; PATY, DW; POLMAN, CH; REINGOLD, S.C; SANDBERG-WOLLHEIM, M; SIBLEY, W.; THOMPSON A; VAN DEN NOORT, S; WEINSHENKER, B.Y.; WOLINSKY, J.S. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International panel on the diagnosis of Multiple Sclerosis. *Ann Neurol* [S.I.], v.50, n.1, p 121-127, jul, 2001.

MEI-TAL, V.; MEYEROWITZ, S.; ENGEL, G.L. The role of psychological process in a somatic disorder: multiple sclerosis. 1. The emotional set of illness onset and exacerbation. *Psychosomatic Medicine*, v. 32, n.1, p. 67-86, 1969.

MENDES, M.F.; TILBERY, C.P. Depressão na esclerose múltipla forma remitente-recorrente. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 61, n. 3, p.591-595, 2003.

MERKELBACH, S.; KÖNIG, J.; SITTINGER, H. Personality traits in multiple sclerosis (MS) patients with and without fatigue experience. *Acta Neurologica Scandinavica*, v.107, p.195-201, 2003.

MITSONIS, C.I.; ZERVAS, I.M.; MITROUPOULOS, P.A.; DIMOPOULOS, N.P.; SOLDATOS, C.R.; POTAGAS, C.M.; SFAGOS, C.A. The Impact of Stressful Life Events on Risk of Relapse in Women with Multiple Sclerosis: a prospective study. *European Psychiatry*, v.23, p. 497-504, 2008.

MITSONIS, C.I.; POTAGAS, C.; ZERVAS, I; SFAGOS, C. The Effects of Stressful Life Events on the Course of Multiple Sclerosis: a review. *International Journal of Neuroscience*, v. 119, p. 315-335, 2009.

MOHR, D.C; STACEY, L.H.; JULIAN, L.; COX, D.; PELLETIER, D. Association between stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: a meta-analysis. *BMJ.*, v. 328, n. 7442, p. 731, 2004.

MONTALBAN, X. Primary progressive multiple sclerosis. *Curr Opin Neurol.*, [S.I.], v. 18, p. 261-266, 2005.

MURRAY, T.J. The history of multiple sclerosis: the changing frame of the disease over the centuries. *J Neurol Sci.* 2009 Feb 1;277 Suppl 1:S3-8.

NATER, U.M.; JONES, J.F.; LIN, J.M.S.; MALONEY, E.; REEVES, W.C.; HEIM, C. Personality features and personality disorders in chronic fatigue syndrome: a population-based study. *Psychother Psychosom*, v. 79, p. 312-318, 2010.

NEGREIROS, M.A.; MATTOS, P.; FERNANDEZ, J.L.; PAES, R.A.; ALVARENGA, R.M. A brief Neuropsychological screening test battery for cognitive dysfunction in Brazilian multiple sclerosis patients. *Brain Inj.*, [S.I.], v. 22, n. 5, p. 419-426, may. 2008.

NORMAN, W.T. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: replicated factors structure in peer nomination personality ratings. *J Abnorm Soc Psychol.*, v. 66, p. 574-83, 1963.

O'BRIEN, M.T. Multiple sclerosis: the relationship among self-esteem social support and coping behavior. *Applied Nursing Research*, v. 6, n. 2, p. 54-63, 1993.

OSBORNE, T.L.; JENSEN, M.P.; EHDE, D.M.; HANLEY, M.A.; KRAFT, G. Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*, v. 127, p. 52-62, 2007.

OŽURA, A.; ERDBERG, P.; ŠEGA, S. Personality characteristics of multiple sclerosis patients: a Rorschach investigation. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, v. 112, p. 629-632, 2010.

PAES, R.A.; ALVARENGA, R.M.; VASCONCELOS, C.C.; NEGREIROS, M.A.; LANDEIRA-FERNÁNDEZ, J. Neuropsychology of primary progressive multiple sclerosis. *Rev Neurol.*, [S.l.], v. 49, n. 7, p. 343-348, oct. 2009.

PATTEN, S.B.; BECK, C.A.; WILLIAMS, J.V.A., BARBUI, C; METZ, L.M. Major depression in multiple sclerosis. *Neurology*, v. 61, p.1524-1527, 2003.

PEYSER J.M.; EDWARDS, K.R; POSER, C.M. Psychological profiles in patients with multiple sclerosis. A preliminary investigation. *Archives of Neurology*, v. 37, p. 437-440, 1980.

POLMAN, C.H.; REINGOLD, S.C., EDAN, G.; FILIPPI, M.; HARTUNG, H.P.; KAPPOS, L.; LUBLIN, F.D.; METZ, L.M.; MCFARLAND, H.F.; O'CONNOR, P.W.; SANDBERG-WOLLHEIM, M.; THOMPSON, A.J.; WEINSHENKER, B.G.; WOLINSKY, J.S. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald Criteria". *Ann neurol.*, [S.l.], v. 58, n. 6, p. 840-846, 2005.

POLMAN, C.H.; REINGOLD, S.C.; BANWELL, B.; CLANET, M.; COHEN, J.A.; FILIPPI, M.; FUJIHARA, K.; HAVRDOVA, E.; HUTCHINSON, M.; KAPPOS, L.; LUBLIN, F.D.; MONTALBAN, X.; O'CONNOR, P.; SANDBERG-WOLLHEIM, M.; THOMPSON, A.J.; WAUBANT, E.; WEINSHENKER, B.; WOLINSKY, J.S. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald Criteria. *Ann neurol.*, [S.l.], v. 69, p. 292-302, 2011.

POTAGAS, C.; MITSONIS, C.; WATIER, L.; DELLATOLAS, G.; RETZIOU, A.; MITROPOULOS, P.A.; SFAGOS, C.; VASSILOPOULOS, D. Influence of anxiety and reported stressful life events on relapses in multiple sclerosis: a prospective study. *Multiple Sclerosis*, v.14, p. 1262-1268, 2008.

RÄTSEP, T.; KALLASMAA, T.; PULVER, A.; GROSS-PAJU, K. Personality as a predictor of coping efforts in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, v.6, p. 397-402, 2000.

REZNIKOVA, T.N.; TERENT'EVA, I. Y.; KATAEVA, G.V. Variants of personality maladaptation in patients with multiple sclerosis. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, [S.l.], v. 37, n.8, p. 747-754, 2007.

RITTERBAND, L.M.; SPIELBERGER, C.D. Depression in a cancer patient population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 85-93, 2001.

SAYAO, A.L.; BUENO, A.M.; DEVONSHIRE, V.; TREMLETT, H. The psychosocial and cognitive impact of longstanding "benign" multiple sclerosis. *Mult Scler*, [S.l.], p. 1-9, 2011.

SCHWARTZ, C.E.; FOLEY, F.W.; RAO, S.M.; BERNARDIN, L.J.; LEE, H.; GENDRERSON, M.W. Stress and course of disease in multiple sclerosis. *Behav Med*, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 110-6, 1999.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R. D. STAI: Manual for the State - Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.

STATHOPOULOU, A.; CHRISTOPOULOS, P.; SOUBASI, E.; GOURZIS, P. Personality characteristics and disorders in multiple sclerosis patients: Assessment and treatment. *International Review of Psychiatry*, v. 22, n. 1, p. 43-54, 2010.

STROBER LB, CHRISTODOULOU C, BENEDICT RH, WESTERVELT HJ, MELVILLE P, SCHERL WF, WEINSTOCK-GUTTMAN B, RIZVI S, GOODMAN AD, KRUPP LB. Unemployment in multiple sclerosis: the contribution of personality and disease. *Multiple Sclerosis*, v. 18 (5), p. 647-53, 2012.

SUTIN, A.R.; TERRACIANO, A.; DEIANA, B.; NAITZA, S.; FERRUCCI, L.; UDA, M.; SCHLESSINGER, D.; COSTA JR, P.T. High Neuroticism and Low Conscientiousness Are Associated with Interleukin-6. *Psychol Med*, v. 40, n. 9, p.1485-1493, 2010.

THOMPSON, A.J.; POLMAN, C.H.; MILLER, D.H.; MCDONALD, W.I.; BROCHET, B.; FILIPPI, M.; MONTALBAN, X.; DE SÁ, J. Primary Progressive Multiple Sclerosis. *Brain*, [S.l.], v. 120, p. 1085-1096, 1997.

THOMPSON, A.J. Overview of primary progressive multiple sclerosis (PPMS): similarities and differences from other forms of MS, diagnostic criteria, pros and cons of progressive diagnosis. *Mult Scler*, [S.l.], v. 10, n. S2-S7, 2004.

THOMPSON, A.J.; MONTALBAN, X.; BARKHOF, F.; BROCHE, T. B.; FILIPPI, M.; MILLER, D.H.; POLMAN, C.H.; STEVENSON, V.L.; MCDONALD, W.I. Diagnostic Criteria for primary progressive multiple sclerosis: a position paper. *Ann Neurol.*, [S.I.], v. 47, p. 831-835, 2000.

TREMLETT, H; ZHAO, Y; RIECKMANN, P.; HUTCHINSON, M. New perspectives in the natural history of multiple sclerosis. *Neurology.*, v. 74, n. 24, p. 2004-15, 2010.

VAN DER STEEG, A.F.W.; DE VRIES, J.; ROUKEMA, J.A. Anxious personality and breast cancer: positive negative impact on quality of life after breast conserving therapy. *World J Surg*, v. 34, p. 1453-1460, 2010.

WANG, T.; DELAHANTY, D.L.; DOUGALL, A.L.; BAUM, A. Responses of natural killer cell activity to acute laboratory stressors in healthy men at different times of day. *Health Psychology.*, v. 17, n.5, p. 428-35, 1998.

WEINSHENKER, B.G. The Natural History of Multiple Sclerosis. *Neurol Clin.*, [S.I.], v.13, n. 1, p. 119-145, 1995.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO CNS Nº 196/96

Prezado (a)

Estamos desenvolvendo um estudo que visa investigar a prevalência de comprometimento cognitivo e fatores de personalidade de pacientes com recente diagnóstico de Esclerose Múltipla. Por isso, você está sendo convidado(a) a participar deste estudo.

Esclarecemos que durante o trabalho não haverá riscos ou desconforto, nem tampouco custo financeiro para a sua participação no estudo. A fim de garantir a sua privacidade, o seu nome não será revelado.

Estaremos à disposição para qualquer esclarecimento acerca das questões relacionadas ao estudo na Secretaria do Programa de Pós-graduação em Neurologia do HUGG ou pelo telefone **(21) 2264-2123**. Se preferir, você pode entrar em contato com as psicólogas da equipe:

- 1) Aline Braz de Lima - Psicóloga (CRP-05/25828) - telefone (21) 8661-3376 / e-mail: alinebrazdelima@gmail.com
- 2) Cíntia Kirchmeyer - Psicóloga (CRP-05/35957) - telefone (21) 9812-0912 / e-mail: contato@cintiakirchmeyer.com

A presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG, tendo sido aprovada do ponto de vista ético. O CEP/HUGG poderá ser contatado através do telefone **(21) 2264-5177**.

É importante que você saiba que sua participação neste estudo é voluntária e que pode recusar ou interromper a sua participação, sem penalidade alguma ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste termo de consentimento para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição para contribuir na realização do trabalho, em concordância com a resolução CNS nº 196/96, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desde já, agradecemos a sua atenção.

Pesquisador responsável - Dra. Regina M. P. Alvarenga

Eu, _____, após ler este documento, declaro que compreendi o objetivo do estudo e dou o meu consentimento para participar desta pesquisa.

Assinatura do participante

Rio de Janeiro, ____/____/____

APÊNDICE B - Parecer Psicológico

Parecer Psicológico			
Nome:	Naturalidade:		
Idade:	Profissão:		
Sexo:	Estado Civil:		
Escolaridade:	Data:		
Metodologia (Instrumentos Psicológicos Utilizados)			
1. Entrevista estruturada (dados demográficos, etc); 2. NEO-FFI (Inventário de Personalidade NEO), baseada no modelo dos cinco grandes fatores de personalidade.			
NEO FFI			
5 Fatores	Escore	Classificação	Ajuste Psicológico
Neuroticismo			
Extroversão			
Abertura			
Amabilidade			
Conscienciosidade			
Síntese da Personalidade			
Conclusão			
			_____ Aline Braz de Lima CRP: 05-25282

APÊNDICE C - Protocolo de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica - Esclerose Múltipla

ENTREVISTA ESTRUTURADA

Nome: _____ Idade: _____
 Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____
 Cor da pele: _____ Escolaridade: _____ Anos de Estudo: _____
 Profissão: _____ Ocupação Atual: _____
 Se aposentado, desde quando? _____
 Data do diagnóstico: _____ EDSS: _____ Número de surtos: _____
 Data do primeiro surto: _____ Seqüela(s)? _____
 Data do último surto: _____ Seqüela(s)? _____
 Primeiro(s) sintoma(s) percebido(s): _____
 Toma medicação? _____ Qual (is)? _____
 Possui outras doenças: _____ Qual (is)? _____
 Alguém com EM na família? _____ Grau de Parentesco: _____
 Data do afastamento médico, caso se aplique: _____
 Estado Civil: _____ Data da separação/divórcio: _____
 Filhos (número, sexo, idade): _____
 Renda: () Própria () Familiar. Possui cuidador? _____

Impedimentos para fazer parte da amostra do estudo:

- | | |
|---|--------------------------|
| () Dependência Química (álcool e/ou drogas) | () Tabagismo |
| () Transtornos Psíquicos/ Retardo Mental | () Doenças neurológicas |
| () Déficit auditivo, visual ou motor significativos | () EDSS \leq 3.5 |
| () Sem surtos no período de 3-12 meses | () TCE |
| () Convulsões (febris, tônico-clônicas, ausências, focais) | () Diabetes |
| () Hipertensão Arterial | |

Data da Entrevista: _____ Entrevistador(a): _____

APÊNDICE D - Resumo Explicativo dos Fatores de Personalidade da Escala NEO-FFI

É importante ressaltar que podemos ter um escore baixo ou alto numa dimensão e, não necessariamente, apresentar todas as respectivas subdimensões em congruência com o escore total obtido no traço. Por exemplo: um escore baixo de Extroversão (traço) pode vir acompanhado de um alto grau de assertividade e/ou baixo grau de gregarismo, que são subdimensões deste traço.

NEUROTICISMO (N - *Neuroticism*) - instabilidade emocional

As pessoas com altos escores de Neuroticismo (N) são geralmente nervosas, altamente sensíveis, tensas e preocupadas. A tendência a vivenciar estados emocionais negativos que interferem na adaptação é, provavelmente, um dos determinantes de que homens e mulheres com altos escores em N sejam propensos a apresentar idéias irracionais, a serem pouco hábeis em controlar seus impulsos e a lidar pobremente com o estresse. A escala N do NEO PI-R, assim como as outras escalas, mede a dimensão normal da personalidade e, portanto, N não pode ser considerada uma medida de psicopatologia (anormalidade). Indivíduos que apresentam resultados baixos em N são emocionalmente estáveis, normalmente calmos, moderados e tranquilos e são capazes de encarar situações estressantes sem aborrecerem-se ou perturbarem-se em demasia.

Subfatores (ou subdimensões) do Neuroticismo (avaliadas somente na versão completa do teste, o NEO-PI-R): ansiedade, hostilidade, depressão, constrangimento, impulsividade e vulnerabilidade.

EXTROVERSÃO (E - *Extraversion*) - expansão

As pessoas com altos escores de Extroversão (E) são geralmente ativas, entusiásticas, dominantes, sociáveis e loquazes. Extrovertidos preferem grupos amplos e reuniões de pessoas, são também assertivos e falantes. Gostam de excitação e estimulação e tendem a ser alegres e bem dispostos. São positivos, enérgicos e otimistas. Vendedores representam o protótipo de extrovertidos na cultura ocidental. Os baixos escores em extroversão, ou introvertidos, são mais reservados do que “pouco amigáveis”, são mais independentes do que seguidores, “medem seus passos” mais do que são apáticos. Introvertidos podem dizer que são tímidos, quando preferem ficar sozinhos. Na verdade, eles não sofrem, necessariamente, como os tímidos, de ansiedade social. Finalmente, embora não consigam ter o espírito altamente exuberante dos extrovertidos, introvertidos não são infelizes ou pessimistas.

Subfatores da Extroversão: acolhimento, gregarismo, assertividade, atividade, busca de sensações e emoções positivas.

ABERTURA A EXPERIÊNCIAS (O - *Openness*) - intelecto

As pessoas com altos escores de Abertura a Experiências (O) são geralmente francas, imaginativas, espirituosas, originais e artísticas. Indivíduos “abertos” são curiosos sobre seus mundos tanto interno quanto externo e suas vidas são ricas em experiências. Eles se mostram dispostos a se divertir com novas idéias e valores não convencionais e experimentam emoções positivas e negativas mais fortemente do que os indivíduos “fechados”. Entretanto, não se deve confundir a valorização da novidade dos indivíduos altamente abertos com a busca de sensações dos altamente extrovertidos. Um cientista, por exemplo, pode apresentar uma alta abertura a novos conceitos e idéias, mas não necessariamente realiza atividades em busca de ou para provocar sensações ou excitação.

Pessoas com escore baixo em O tendem a apresentar comportamento convencional e ponto de vista conservador. Elas preferem o familiar ao novo e suas respostas emocionais não se apresentam de forma descomedida. Na realidade, é provável que pessoas fechadas simplesmente possuam um estreito escopo de interesses. Similarmente, embora tendam a ser social e politicamente conservadoras, pessoas fechadas não devem ser vistas como autoritárias. Falta de abertura não implica intolerância hostil ou agressão autoritária. Essas características são mais comuns em pessoas com escores muito baixos em A.

Outra distinção deve ser feita no pólo da abertura. Indivíduos abertos são não convencionais, dispostos a questionar autoridades e preparados para se entreter com novas idéias éticas sociais e políticas. Essas tendências não significam que eles sejam “sem princípios”, uma pessoa aberta pode aplicar seu sistema de valores de forma conscienciosa da mesma forma que faria um tradicionalista. Uma pessoa aberta pode parecer mais saudável ou mais madura para muitos psicólogos. No entanto, o valor de escores altos ou baixos em O depende do que é requerido em cada situação e tanto indivíduos com escores altos quanto com escores baixos são úteis à sociedade.

Subfatores da Abertura a Experiências: fantasia, estética, sentimentos, ações variadas, idéias e valores.

AMABILIDADE (A - *Agreeableness*)

As pessoas com altos escores de Amabilidade (A) são geralmente gentis, cooperativas, confiáveis, afetuosas e pacíficas. A pessoa amável é fundamentalmente altruísta. Ela é simpática com os outros e anseia em ajudá-los. Acredita que, em contrapartida, os outros serão igualmente amáveis. Em contraste, a pessoa antagonista ou não cordial, é egoísta e cética sobre as intenções dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

Também é o caso de que as pessoas amáveis sejam mais populares do que os indivíduos antagonistas. Em contrapartida, podem ser mais vulneráveis em situações de competição como nenhum pólo é intrinsecamente melhor do ponto de vista da sociedade, nenhum é necessariamente melhor em termos de saúde mental. Há duas tendências neuróticas - movimentar-se contra as pessoas em direção às pessoas - que se assemelham às formas patológicas da de amabilidade e antagonismo.

Subfatores da Amabilidade: confiança, franqueza, altruísmo, complacência, modéstia e sensibilidade.

CONSCIENCIOSIDADE (C - *Conscientiousness*) - baixa impulsividade ou ponderação

As pessoas com altos escores de Conscienciosidade (C) são geralmente cautelosas, dignas de confiança, organizadas e responsáveis. O indivíduo consciencioso é uma pessoa propositada, com força de vontade, determinada. Provavelmente poucas pessoas se tornam grandes músicos ou atletas, sem um nível razoavelmente alto nesse traço. Esse domínio também é conhecido como “disposição para a realização”. Do lado positivo, alto C é associado com realização acadêmica e ocupacional; do outro lado, pode induzir a um estado de alta exigência, limpeza compulsiva ou compulsão pelo trabalho. Um C alto é associado a pessoas escrupulosas, pontuais e confiáveis. Escores baixos não são necessariamente desprovidos de princípios morais, mas indicam pessoas menos exigentes ao aplicá-los ou simplesmente mais distraídas. Há alguma evidência de que são pessoas mais hedonistas e interessadas em sexo

Subfatores da Conscienciosidade: competência, ordem, senso de dever, esforço por realizações, autodisciplina e ponderação.

Referências:

Costa Jr., P.T e McRae, R.R. Manual do NEO-PI - Inventário de Personalidade NEO Revisado e Inventário de 5 Fatores e NEO Revisado NEO-FFI-R, Manual profissional para uso no Brasil, Vetor Editora, 2005.

Friedman HS, Schustack MW. Teorias da Personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna. 2ª edição. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

MEMO CEP-HUGG / N° 75 / 2011

Rio de Janeiro, 09 de junho de 2011.

A

Ilma. Regina Maria Papais Alvarenga

Pesquisador Responsável

Conforme decisão do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, em reunião realizada em 09 de junho de 2011, o projeto "*Cognição e Fatores de Personalidade em Pacientes com Recente Diagnóstico de Esclerose Múltipla*" registrado no CEP-HUGG sob o n° **40/2011**, foi analisado de acordo com a Resolução CNS n° 196/96 e considerado **APROVADO**.

Informamos que, de acordo com a Resolução CNS n° 196/96, cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/HUGG os **relatórios parciais (semestrais) e final** do projeto aprovado. Lembramos que, a fim de garantir a segurança do arquivo do Projeto junto ao CEP, **é necessário discriminar o número do projeto junto a este setor bem como o seu título no SISNEP.**

Atenciosamente,


Prof. Dr. Pedro Eder Portari Filho
Coordenador do CEP/HUGG