

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS**

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM EPILEPSIA REFRATÁRIA
AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: PERSPECTIVA IMEDIATA E REMOTA
DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

SABINE POSSA MARRONI

**Orientadora: Professora Dra. Mirna Wetters Portuguese
Co- orientador: Professor Dr. Jaderson Costa da Costa**

Porto Alegre, março de 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS**

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM EPILEPSIA REFRATÁRIA
AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: PERSPECTIVA IMEDIATA E REMOTA
DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Pós-graduação em Medicina e
Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do
título de Mestre em Ciências da Saúde, área
de concentração em Neurociências.**

SABINE POSSA MARRONI

**Orientadora: Professora Dra. Mirna Wetters Portuguese
Co- orientador: Professor Dr. Jaderson Costa da Costa**

Porto Alegre, março de 2006

M361 q

Marroni, Sabine Possa

Qualidade de vida em pacientes com epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso: perspectiva imediata e remota do procedimento cirúrgico / Sabine Possa Marroni; orient. Mirna Wetters Portuguez, co-orient. Jaderson Costa da Costa. Porto Alegre: PUCRS, 2006.

197f.: il. gráf. tab.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio do Sul. Faculdade de Medicina. Curso de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Área de concentração: Neurociências.

1. EPILEPSIA. 2. EPILEPSIA REFRATÁRIA. 3. QUALIDADE DE VIDA. 4. AVALIAÇÃO. 5. DEPRESSÃO. 6. PACIENTES INTERNADOS. 7. PACIENTES AMBULATORIAIS. 8. ESTUDOS TRANSVERSAIS. I. Wetters, Mirna Portuguez. II. Costa, Jaderson Costa da. III. Título.

C.D.D. 616.853

C.D.U.

616.853:316.728(043.3)

N.L.M. WL 385

Dedico este trabalho aos meus pais, Professor Dr. Cláudio Augusto Marroni e Professora Dra. Norma Possa Marroni, pois são exemplos de vida sempre presentes. São eles a base sólida para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e isso reconheço com admiração.

A vocês, minha gratidão pela capacidade de transmitir, além das indiscutíveis bagagens de conhecimento e experiência, valores como amizade, honestidade, ética, respeito e companheirismo.

Pelo apoio e incentivo em todos os momentos mais difíceis e participação em todas as minhas alegrias, vocês me orgulham muito e são responsáveis também por mais esta etapa vencida.

Obrigada pela disponibilidade, contribuição e por acreditarem em mim constantemente.

Amo muito vocês.

Agradecimentos especiais

À professora, Dra Mirna Wetters Portuguese, amiga, orientadora e responsável pela minha formação em Neuropsicologia; a certeza de que o interesse por esta área, assim como minha trajetória até hoje, ocorreu pela oportunidade oferecida há oito anos. Seu incentivo contribuiu de forma diária no meu crescimento, portanto, meu carinho, reconhecimento e gratidão.

À minha grande amiga, colega e sócia, Danielle Irigoyen da Costa, meu carinho pelo incentivo, amizade e parceria constantes. Agradeço o apoio recebido principalmente neste percurso que estamos concretizando hoje e aguardo outros desafios que virão em nossa trajetória conjunta.

Ao meu namorado, Luciano Silveira Eifler, parceiro em todos os momentos, que me incentivou e apoiou para a finalização desta etapa e para outras que surgirão em nossa vida a dois, obrigada por estares ao meu lado. És muito importante para mim.

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Jaderson Costa da Costa que motivou o despertar para o mundo científico, oportunizou o início e contribuiu para a conclusão deste trabalho, meu reconhecimento.

À minha querida Vó Vilma, pela torcida e pelas “rezas”; às minhas irmãs Christiane e Caroline, pelo apoio, minha gratidão e carinho.

Às minhas grandes amigas – Adriana Kunrath, Adriana Albiero, Ana Lucia Marc, Carolina Canas, Desire Bauermann, Francine Coreixas, Luciane Pansera, Lísia Moreira, Mirela Fiorini e Vanesca Moreira- agradeço por estarem sempre disponíveis, pela cumplicidade e apoio e por acreditarem em minhas capacidades.

Às estagiárias e alunas da equipe de Neuropsicologia, meu reconhecimento pelo apoio, em especial à colega e amiga Luciana S. Azambuja pelo apoio e amizade.

À UNICAMP, em nome da professora Dra. Elizabete Pedroso de Souza e da Psicóloga Priscila Salgado, agradeço a disponibilidade em ceder o QQV-65, o instrumento principal desta pesquisa.

À bibliotecária Rosaria Maria Lucia Prenna Geremia, meu reconhecimento pelo auxílio e disponibilidade constantes.

À secretária da Pós-Graduação Sonia Mantovani, minha gratidão.

Ao Prof. Dr. Luiz Glock, obrigada pelo aprendizado e ensinamentos em Estatística.

À professora Laci Coelho, meu reconhecimento pelo auxílio à revisão deste trabalho.

Ao PPG da PUC-RS-FAMED, obrigada pela oportunidade em desenvolver minha pesquisa em um pós-graduação de qualidade e reconhecimento nacional.

Aos pacientes com epilepsia acompanhados nos HSL-PUCRS, meu carinho e sentimento de gratidão pela paciência e colaboração na participação deste estudo; assim como à equipe do Programa de Cirurgia da Epilepsia (PCE), pela disponibilidade em ceder os dados e a oportunidade em investigar e contribuir para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Meus agradecimentos especiais ao secretário do PCE, Sr. Yuri Magalhães.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1 EPILEPSIA.....	7
2.1.1 Incidência e Prevalência da Epilepsia.....	9
2.2 EPILEPSIA REFRACTÁRIA.....	11
2.2.1 Incidência e Prevalência da Epilepsia Refratária.....	13
2.3 QUALIDADE DE VIDA.....	14
2.3.1 Qualidade de Vida e Epilepsia.....	16
2.3.1.1 Aspectos Psicossociais	16
2.3.1.2 Estigma na Epilepsia	23
2.3.1.3 Trabalho e Epilepsia	25
2.3.1.4 Aspectos Legais na Epilepsia	28
2.3.1.5 Aspectos Cognitivos na Epilepsia	29
2.3.1.6 Aspectos Emocionais na Epilepsia.....	30
2.3.1.7 Mortalidade e Comportamento Suicida na Epilepsia.....	32
2.3.2 Medidas de Qualidade de Vida na Epilepsia.....	34
2.4 DEPRESSÃO	36
2.4.1 Avaliação da Depressão	39
2.4.2 Epilepsia e Depressão	40
3 OBJETIVOS	49
3.1 OBJETIVO GERAL	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	51
4.1 DELINEAMENTO.....	52
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	52
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	53

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	54
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	54
4.5.1 Avaliação da Qualidade de Vida	55
4.5.2 Avaliação dos Sintomas de Depressão	58
4.5.3 Aplicação dos Instrumentos de Coleta de Dados	61
4.6 VARIÁVEIS.....	61
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	62
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	64
6 RESULTADOS.....	66
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	67
6.2 QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ER	68
6.3 DIFERENÇAS ENTRE O <i>G1</i> E <i>G2</i>	70
6.4 SINTOMAS DE DEPRESSÃO NO TOTAL DE PACIENTES E NOS GRUPOS.....	73
6.5 RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO	77
7 DISCUSSÃO	81
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
9 CONCLUSÕES	108
REFERÊNCIAS	110
ANEXOS	122
ARTIGO.....	155

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Antes de Cristo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDI	Inventário de Depressão de Beck
DAE	Drogas Antiepiléticas
DC	Depois de Cristo
DP	Desvio Padrão
EFA	Epilepsy Foundation of America's Concerns Index
ER	Epilepsia Refratária
ESI 55	Epilepsy Surgery Inventory -55
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Inventory</i>
HC-UNICAMP	Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas
HSL	Hospital São Lucas
IBE	International Bureau for Epilepsy
ILAE	International League Against Epilepsy- Liga Internacional contra a Epilepsia
M	Médias
MMPI-2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2
N	Número de pacientes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCE	Programa de Cirurgia da Epilepsia
POMS	<i>Profile of Mood States</i>
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
QI	Quociente de Inteligência
QOLIE 10	Quality of Life in Epilepsy Inventory – 10
QOLIE 31	Quality of Life in Epilepsy Inventory -31
QOLIE 89	Quality of Life in Epilepsy Inventory-89
QQV-65	Questionário de Qualidade de Vida-65
QV	Qualidade de Vida
SCL-90	<i>Symptom Checklist-90</i>
SF - 36	Medical Outcome Short Form – 36
SHE	Subjective Handicap of Epilepsy
SN HSL	Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas
SUDEP	Síndrome da Morte Súbita
UNICAMP	Universidade de Campinas
WAIS-III	Weschler Adult Intelligence Scale – III
WAIS-R	Weschler Adult Intelligence Scale - revised.
WHO	World Health Organization
WPSI	Washington Psychosocial Seizure Inventory

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Áreas de preocupação de problemas psicossociais enfrentados pelos pacientes epiléticos	20
Tabela 2: Sumário dos fatores que apresentam impacto negativo na qualidade de vida de pessoas com epilepsia segundo O'Donoghue e Sander (1998). .	22
Tabela 3: Número de pacientes (<i>G1 e G2</i>) que responderam aos questionários. ...	53
Tabela 4: Níveis de escores do BDI.....	60
Tabela 5: Níveis de classificação dos escores do BDI categorizados	61
Tabela 6: Caracterização dos pacientes com ER e sua divisão em grupos.	67
Tabela 7: Descrição dos escores de QV total e por aspectos, independente do grupo.....	68
Tabela 8: Matriz de Correlação de Pearson entre as variáveis de QV total e por aspectos na população dos pacientes independente do grupo.....	69
Tabela 9: Questão destacada do QQV-65 relacionada à direção de veículos automotores.....	70
Tabela 10: Escores de QV total e diferenças entre <i>G1 e G2</i>	71
Tabela 11: Descrição dos aspectos de QV relacionados aos grupos <i>G1 e G2</i>	72
Tabela 12: Escores de BDI nos grupos <i>G1 e G2</i> e no total de pacientes.....	73
Tabela 13: Distribuição dos escores do BDI por níveis e suas respectivas porcentagens nos grupos <i>G1 e G2</i>	74
Tabela 14: Classificação quanto à presença ou ausência de sintomas de depressão nos grupos <i>G1 e G2</i>	75
Tabela 15: Distribuição de frequência de respostas do item 9 do BDI (ideação suicida)	76
Tabela 16: Distribuição da média e do Desvio Padrão (DP) <u>da QV total</u> em relação aos grupos (<i>G1 e G2</i>) e à classificação normal e alterado do BDI.....	77

Tabela 17: Distribuição da média e do Desvio Padrão (DP) dos aspectos percepção de saúde, físico, social, emocional e autoconceito da QV em relação aos grupos (**G1 e G2**) e à classificação normal e alterado do BDI..... 78

Tabela 17a: Aspecto Percepção de saúde	78
Tabela 17b: Aspecto Físico	78
Tabela 17c: Aspecto Social	78
Tabela 17d: Aspecto Emocional	79
Tabela 17e: Aspecto Autoconceito	79

Tabela 18: Distribuição da média e do Desvio Padrão (DP) dos aspectos locus de controle e cognitivo da QV em relação aos grupos (**G1 e G2**) e à classificação normal e alterado do BDI..... 80

Tabela 18a: Aspecto Locus de controle.....	80
Tabela 18b: Aspecto Cognitivo.....	80

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Representação gráfica dos escores de QV dos pacientes estudados segundo os aspectos de QV, nos dois grupos de pacientes. 71
- Gráfico 2:** Porcentagem dos níveis de escores categorizados do BDI nos dois grupos. 74
- Gráfico 3:** Porcentagens dos níveis de escores do BDI classificados quanto à presença ou não de sintomas de depressão em ambos os grupos 76

RESUMO

RESUMO

A epilepsia, síndrome clínica neurológica grave e comum, é caracterizada pela recorrência de episódios, convulsivos ou não. O tratamento medicamentoso com drogas antiepilépticas (DAE) é eficaz e controla as crises na maioria dos pacientes. Há, entretanto, percentual razoável de doentes que apresentam epilepsia refratária (ER), não controlada com DAE, e passíveis de tratamento cirúrgico. Pacientes com ER têm qualidade de vida (QV) deteriorada pelo estigma da doença e segregação a que se submetem e são sujeitos a elevada prevalência de casos de depressão. Entretanto, a perspectiva da terapia cirúrgica pode desencadear sintomas de depressão relacionados à incerteza do sucesso do tratamento, à “mutilação” cerebral e suas seqüelas, à dúvida de viver sem convulsões e ter um período de re-educação e ajustamento psicossocial, com possibilidade de perda da superproteção familiar.

Objetivos: Avaliar a QV dos pacientes com ER à terapêutica medicamentosa, com perspectiva imediata e remota de tratamento cirúrgico, e verificar possíveis diferenças na QV e nos sintomas de depressão entre os grupos.

Método: O grupo de 99 pacientes com ER foi dividido em Grupo 1: 66 pacientes hospitalizados com perspectiva imediata de tratamento cirúrgico (1 a 2 semanas), considerado o **G1**. O grupo 2 (**G2**) composto de 33 pacientes em acompanhamento ambulatorial e com perspectiva remota de tratamento cirúrgico (6-12 meses). Foram utilizados o Questionário de Qualidade de Vida -65 (QQV-65) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) para este estudo.

Resultados: Em ambos os grupos, houve predomínio do gênero masculino 60,6%; 49,5% com Ensino Fundamental Incompleto; 57,7% sem atividade ocupacional/emprego e 60,6% solteiros. A média de idade foi 34 anos, e a idade de início das crises foi mais precoce no **G1** do que no **G2** ($p < 0,001$). O escore médio total do QQV-65 foi de 53,21 ($\pm 17,9$ DP) e houve diferença significativa ($p < 0,0001$) entre as médias dos escores de **G1 e G2**. Todos os aspectos de QV, com exceção do emocional e do autoconceito, mostraram diferenças significantes entre os grupos ($p \leq 0,05$). A categorização dos escores de BDI demonstra significância entre os grupos ($p = 0,025$) com elevado predomínio dos sintomas de depressão no **G1**. A relação entre os escores totais de QV e a classificação dos escores de BDI demonstrou associação significativa negativa ($\rho = -0,704$; $p < 0,001$). Os pacientes com melhor QV são os que apresentam menos sintomas de depressão.

Conclusão: Pacientes com ER à terapêutica medicamentosa com perspectiva de tratamento cirúrgico apresentam QV deteriorada. Os do **G1** têm pior QV do que os do **G2**. Sintomas de depressão são mais acentuados nos do **G1**. A QV dos pacientes com ER é pior naqueles com sintomas de depressão, mostrando a elevada associação entre as comorbidades nesses pacientes.

Palavras chaves: epilepsia, epilepsia refratária, qualidade de vida, avaliação, depressão.

ABSTRACT

ABSTRACT

Epilepsy is a common severe clinical neurological syndrome characterized by the recurrence of episodes, either convulsive or not. Drug treatment with antiepileptic drugs (AEDs) is efficacious and controls crises in most patients. However, there is a considerable percentage of patients who present refractory epilepsy (RE), uncontrolled with AEDs and amenable to a surgical approach. Patients with RE have a deteriorated quality of life (QOL) as a result of the stigma of the disease and the segregation to which they are submitted, and present a high prevalence of depression. Nevertheless, the prospect of surgical intervention can trigger depression symptoms related to the uncertainty about the effectiveness of the treatment, brain "mutilation" and its sequelae, doubt of living without seizures, and having a period of reeducation and psychosocial adaptation, with the potential loss of familial overprotection.

Aims: To evaluate the QOL of patients with RE under drug therapy with immediate and remote prospect of surgical treatment, and to ascertain the possible differences in the QOL and depression symptoms among the groups.

Method: A total of 99 patients with RE were divided in two groups: Group 1 (**G1**), comprising 66 hospitalized patients with prospect of immediate surgery (within 1-2 weeks), and Group 2 (**G2**), comprising 33 outpatients and remote prospect of undergoing surgery (within 6-12 months). The Quality of Life Questionnaire (QLQ- 65) and Beck's Depression Inventory (BDI) were used in this study.

Results: Males predominated in both groups (60.6%); 49.5% patients had not finished Elementary School, 57.7% had no occupational activity/job, and 60.6% were single. Mean age was 34 years, and the age of seizures onset was earlier in **G1** than in **G2** ($p < 0.001$). The overall mean score in the QLQ-65 was 53.21 (± 17.9 SD), and there was a significant difference ($p < 0.0001$) between the mean scores in **G1** and **G2**. All aspects of the QOL except for the emotional one and self-concept showed significant differences between the groups ($p \leq 0.05$). The categorization of BDI scores showed a significant predominance of depression symptoms in **G1** ($p = 0.025$). The overall QOL scores and the rating of BDI scores showed a significant negative correlation ($\rho = -0.704$; $p < 0.001$). Patients with better QOL presented fewer depression symptoms.

Conclusion: Patients with medically refractory epilepsy with a prospect of surgical treatment present deteriorated QOL, i.e. **G1** patients had a worse QOL than **G2** ones. Depression symptoms are more pronounced in **G1** patients. QOL in patients with RE is worse in those with depression symptoms, showing a strong association between comorbidities in these patients.

Key words: epilepsy, refractory epilepsy, quality of life, assessment, depression.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A epilepsia, conjunto de alterações neurológicas relativamente comuns, pode ser considerada uma das mais sérias doenças neurológicas, pois afeta mais ou menos 50 milhões de indivíduos em todo o mundo. Estima-se que no Brasil existam mais de 3 milhões de pessoas com epilepsia. Ela caracteriza-se pela ocorrência de crises epiléticas ou não, freqüentemente recorrentes, e pode ser diagnosticada e tratada de maneira eficaz com medicamentos específicos, drogas antiepiléticas, na maioria das vezes. Um percentual variável, aproximadamente 30% dos pacientes epiléticos, apresentam quadro clínico de crises de difícil controle terapêutico, correspondendo à chamada epilepsia refratária (ER) (Dodrill, Beier et al., 1984; Alving 1995; Guerreiro et al., 2000; Yacubian, 1998).

A qualidade de vida de pacientes epiléticos submetidos a tratamento adequado e com controle das crises poderá ser satisfatória, entretanto, para pacientes com epilepsia refratária, tal situação poderá ser desfavorável e incerta. A recorrência das crises, a incerteza de que a qualquer momento poderá ser surpreendido por um “ataque”, a dificuldade de controle e manejo dessas situações pode trazer uma variedade de comorbidades neuropsiquiátricas, dentre elas, a depressão. Além disso, a necessidade do uso de maior número de fármacos corrobora com a piora desse quadro, trazendo prejuízos significativos à qualidade de vida dos pacientes (Vickrey et al., 1993; Salgado e Souza, 2001; Baker et al., 1996; Devinsky 1995, Devinsky 1993; Devinsky e Cramer 1993, Seidman-Ripley et al., 1993).

A epilepsia, como afecção crônica e estigmatizante, acarreta inúmeros problemas socioeducacionais e psicológicos, pela ignorância generalizada e pela discriminação social, e como consequência determina alterações na convivência e

comportamento, ocasionando sintomas de depressão e piorando, de forma importante, a qualidade de vida e o ajustamento psicossocial (Jacoby, Backer et al., 1996; Baker, 2002; Levin et al., 1988; Salgado et al., 2005).

A depressão será, em futuro próximo, importante causa de incapacidade e custo econômico no mundo (Murray e Lopes, 1997) e é transtorno mental freqüente associado com a epilepsia (Marchetti e Yacubian, 2001).

Depressão e epilepsia são descritas desde a Antigüidade por Hipócrates e Galeno, têm prevalência de 10 a 20% nos pacientes com crises controladas, e 20 a 60% naqueles com epilepsia refratária (Kanner e Palac 2000, Kanner e Barry, 2003). Mesmo muito freqüentes, os transtornos depressivos continuam pouco diagnosticados e tratados, pois médicos, familiares e pacientes consideram “normal” a presença desses transtornos pelas dificuldades e obstáculos que os epiléticos enfrentam na vida (Kanner e Barry, 2003).

A identificação de sintomas depressivos, sua quantificação em escalas especiais e o seu tratamento são fundamentais para QV dos epiléticos, principalmente os refratários, pois são fortes preditores de piora de QV (Gilliam, 1999).

Os portadores de epilepsia refratária ao tratamento farmacológico desenvolvem exacerbação das dificuldades emocionais relacionadas à convivência com a doença e ficam sujeitos à grande instabilidade psíquica, com repercussões graves na sua qualidade de vida, devido à incerteza, à vergonha, ao estigma e à segregação que lhes são impostos.

O estigma que os pacientes epiléticos vivenciam causa diversos problemas sociais, afetivos, educacionais e psicológicos. Esse assunto é abordado nos centros mundiais de tratamento cirúrgico da epilepsia, sendo observado nas publicações

sobre o assunto. Torna-se importante, dessa forma, ressaltar que cada centro possui suas próprias características, sendo eles fatores educacionais, culturais, condição de saúde pública e de trabalho, recursos sociofinanceiros, entre outros.

Os pacientes com epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso são candidatos à terapêutica cirúrgica que, nos últimos anos, tornou-se opção importante para o controle desejável das crises devido à obtenção de resultados satisfatórios e à perspectiva de realidade em nosso meio. O Programa de Cirurgia da Epilepsia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PCE-HSL-PUCRS) é centro de referência de impacto nacional e internacional no tratamento cirúrgico de pacientes com epilepsia refratária aos medicamentos, acolhendo volume grande de portadores dessa doença crônica. Os pacientes são acompanhados no ambulatório do Serviço de Neurologia e, quando refratários ao tratamento medicamentoso, são candidatos à internação e avaliação para possível intervenção cirúrgica. Após a internação, são feitas avaliações no período pré-operatório, incluindo a avaliação neurológica clínica, eletroencefalográfica, neurorradiológica e neuropsicológica, a fim de localizar com precisão a área cerebral a ser operada e decidir se este paciente será beneficiado ou não com tratamento cirúrgico.

Visto que o assunto é bastante discutido e existem muitos enfoques a serem desenvolvidos sobre este tema, nosso objetivo principal neste trabalho foi estudar os aspectos relacionados à qualidade de vida e aos sintomas de depressão dos pacientes com epilepsia refratária, hospitalizados e com perspectiva imediata de tratamento cirúrgico e em acompanhamento ambulatorial com perspectiva remota de tratamento cirúrgico. Além disso, foram investigadas possíveis associações entre

essas variáveis e as diferenças entre os grupos com perspectiva de tratamento cirúrgico.



2 REFERENCIAL TEÓRICO



2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EPILEPSIA

A epilepsia é uma afecção crônica caracterizada pela presença de crises epiléticas que se repetem no tempo (crises recorrentes) e são resultantes de descarga neuronal anormal excessiva em determinada área do encéfalo (Gastaut, 1985).

Segundo Guerreiro e Guerreiro (1993), a epilepsia é a condição crônica, decorrente de um grupo de doenças que têm em comum crises epiléticas que recorrem na ausência de doença tóxico-metabólica ou febril.

As crises epiléticas podem constituir a manifestação de um quadro clínico complexo ou representar a principal, senão a única, evidência de uma doença neurológica (Da Costa et al., 1982). Existem vários tipos de crises epiléticas (convulsivas e não-convulsivas), cujas manifestações clínicas dependem da área encefálica envolvida na atividade neuronal anormal, podendo ser a única manifestação de uma doença ou até mesmo a expressão neurológica de um quadro clínico sistêmico (Da Costa, 1993).

As epilepsias e as síndromes epiléticas são classificadas de acordo com o tipo de crise, idade de início, sinais clínicos ou neurológicos associados, história familiar, achados eletroencefalográficos e prognóstico. Elas podem ser classificadas em idiopáticas, ou seja, transmitidas geneticamente e sem substrato lesional; sintomáticas, de etiologia identificada, com lesão estrutural do sistema nervoso; e criptogênicas, sem etiologia definida pelos métodos de investigação, mas de provável base orgânica (Guerreiro et al., 2000, Yacubian, 2002; Koepp e Duncan, 2004).

A forma de classificação da epilepsia é diversificada, mas em geral é feita a partir das manifestações clínicas. As crises são divididas, na maioria das classificações, a partir da origem das descargas anormais: parciais (quando afetam uma região do cérebro) e generalizadas (quando afetam o cérebro como um todo desde o início) (Jacoby, 1982).

De acordo com a classificação internacional das epilepsias e síndromes epiléticas e condições relacionadas, estipulada em 1989 (COMMISSION/ILAE), existem quatro grupos de epilepsia: epilepsias e síndromes relacionadas à localização, parciais ou focais; epilepsias e síndromes generalizadas; epilepsias e síndromes indeterminadas se focais ou generalizadas; e síndromes especiais (Guerreiro et al., 2000; Yacubian, 2002).

As crises parciais dividem-se em simples, complexas e com generalização secundária. As crises generalizadas dividem-se em tônico-clônicas, tônicas, clônicas, mioclônicas, atônicas e de ausência. Quando há insuficiência de informações ou a característica da crise for diferente daquelas classificadas como parcial ou generalizada, utiliza-se o termo “crises não-classificáveis” (Guberman e Bruni, 1999; Guerreiro et al., 2000).

Aproximadamente três quartos das pessoas que desenvolvem epilepsia podem se tornar livres de crises através do uso de drogas antiepiléticas (DAE) (Hauser e Annegers, 1993; Sander, 1993), e dois terços das que obtiveram controle podem interromper o tratamento com DAE, após o período aproximado de dois anos (Sander, 1993).

Mesmo com estes conhecimentos e a valorização do tratamento, nos países em desenvolvimento, a maioria das pessoas com epilepsia não é tratada. Esta lacuna de tratamento é a diferença entre o número total de pacientes com a doença ativa e

o número de pessoas cuja epilepsia está sendo tratada, expressa como porcentagem e estimada entre 60% e 90% nos países em desenvolvimento (Shorvon e Farmer, 1988; Meinardi et al., 2001).

Em 1997, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em associação com a Liga Internacional contra a Epilepsia (*International League Against Epilepsy - ILAE*) e o Gabinete Internacional para Epilepsia (*International Bureau for Epilepsy - IBE*), lançou uma campanha global para “retirar a epilepsia das sombras” (*Out of the Shadows- ILAE/IBE/WHO Global Campaign Against Epilepsy. An Introduction to the global campaign and its demonstration projects*, 2001) (WHO, 2001). Os objetivos da campanha foram definidos no sentido de

- aumentar a consciência pública e profissional da doença como condição tratável;
- melhorar a aceitação pública da epilepsia;
- promover educação pública e profissional sobre os casos da doença;
- identificar as necessidades regionais e nacionais das pessoas com epilepsia;
- encorajar governos e departamentos de saúde a considerar as necessidades das pessoas com epilepsia, incluindo conscientização, educação, diagnóstico, tratamento, cuidados, serviços e prevenção.

2.1.1 Incidência e Prevalência da Epilepsia

Essa doença é relativamente comum na população geral, mas com incidência bastante variável nos diferentes países. Acomete pessoas independentemente da raça, gênero e das condições socioeconômicas. Estudos de incidência e prevalência

da epilepsia têm sido relatados em muitos países, mas as comparações são difíceis, porque os investigadores adotam diferentes definições, critérios diagnósticos e esquemas de classificação; além disso, a seleção tendenciosa é um fator de confusão importante. Os estudos epidemiológicos da epilepsia no Brasil são raros porque são difíceis, trabalhosos, onerosos e sujeitos a erros, como os de amostragem, seleção e os de definições.

Contudo, a maioria dos estudos encontra índices de incidência de 20-70/100.000 habitantes por ano (variação 11-134/100.000 por ano) e índices de prevalência de 4-10/1000 na população geral (variação 1,5-30/1000) (Cockerell e Shorvon, 1997; Guerreiro et al., 2000).

A incidência varia com a idade; é maior na infância, atinge um platô no início da vida adulta e aumenta nas pessoas idosas. Nos países em desenvolvimento, as taxas de incidência podem elevar-se para 122 a 190/100.000 (Placencia, Shorvon et al., 1992) e, são, em grande parte, atribuíveis a causas parasitárias (principalmente a neurocisticercose), infecções intracranianas virais ou bacterianas, traumatismos crânio encefálicos e doenças cerebrovasculares (Scott, Lhatoo et al., 2001; Gomes, 1994).

Os índices de prevalência têm um padrão similar, porém menos relacionados com a idade. A maioria dos estudos mostra pequeno predomínio da epilepsia no gênero masculino em relação ao feminino (1,1 a 1,7 vezes) (Guerreiro et al., 2000).

Em um estudo de epilepsia ativa, na cidade de Porto Alegre (RS), Fernandes et al. (1992) encontraram prevalência de 16,5/1000 a 20,3/1000 habitantes, respectivamente, para epilepsia ativa e inativa. Na grande São Paulo, evidenciou-se uma prevalência estimada em 11,9/1000 habitantes (Marino Junior, Cukiert et al., 1986).

As crises epilépticas são freqüentes, estimando-se que 2 a 5%, segundo Shorvon (1990), e 0,5 a 2% da população, segundo Da Costa (1982), irão apresentar uma ou mais crises durante a vida.

Segundo Guerreiro et al. (2000), estima-se que 1% da população tenha epilepsia aos 20 anos de idade e mais de 3% receberá o diagnóstico até os 80 anos.

2.2 EPILEPSIA REFRATÁRIA

A maioria dos pacientes epilépticos com um diagnóstico preciso quanto ao tipo de crise e síndrome epiléptica, tratados de forma adequada, terá um controle total ou parcial das crises (Bustamante et al., 1999).

O paciente com epilepsia refratária pode ser definido como aquele em que não se consegue controle das crises apesar da utilização de adequados esquemas terapêuticos, com drogas potencialmente efetivas, em doses ou níveis que não ocasionam efeitos colaterais inaceitáveis (Oliver, 1988). Apesar de ser aceitável tentar controlar as crises, utilizando diversos esquemas terapêuticos, por um período de dois anos, não existe um prazo determinado para considerar-se uma epilepsia como refratária (Paglioli-Neto, 1995; Yacubian, 1998).

Não há definição exata do que seja epilepsia refratária. Schmidt (1991) reconhece que a intratabilidade exata não pode ser considerada “um fenômeno tudo ou nada” e propõe uma escala para a isso. Gilman et al. (1994) consideram refratários os casos resistentes às drogas de primeira escolha para o tratamento das epilepsias, desde que usadas até níveis máximos tolerados, em monoterapia ou em associação. Devem ser levados em conta vários fatores como idade e perspectivas do paciente, nível de tolerabilidade em relação às crises, tipo e prognóstico da

epilepsia e, ainda, opções terapêuticas alternativas. Por exemplo, se um tratamento cirúrgico satisfatório parece possível, o tipo e a duração das tentativas medicamentosas não devem ser os mesmos daqueles aplicados a pacientes para os quais nenhuma outra opção parece razoável (Schmidt, 1991; Gilman et al., 1994).

Quando as crises ocorrem freqüentemente, apesar do uso de altas doses de medicamentos, o paciente torna-se refratário ao tratamento medicamentoso e pode ser um candidato à cirurgia da epilepsia, como recurso ao controle das crises. No entanto, quando elas ocorrem ocasionalmente, pode haver certa hesitação pelos neurologistas em parar de tentar controlá-las e considerar esta epilepsia refratária. Não existe uma freqüência absoluta de crises que designe o paciente como candidato à cirurgia, mas geralmente considera-se fora de controle medicamentoso aquele paciente com uma ou mais crises por mês (Engel e Shewmon, 1993).

A freqüência das crises e a sua interferência na vida diária irão ajudar a identificar o paciente que necessita do tratamento cirúrgico. No conceito de epilepsia refratária, considera-se a freqüência de crises, a sua gravidade e o impacto do distúrbio no funcionamento psicossocial (Forsgren, 1995).

Até recentemente, a freqüência das crises era a única medida de avaliação da gravidade da epilepsia e a forma convencional de medida do resultado da cirurgia da epilepsia e de ensaios terapêuticos com novas drogas antiepilêpticas (DAE). Entretanto, a gravidade das crises, os efeitos colaterais das DAE e a qualidade de vida relacionada à saúde são fatores que, de forma crescente, estão sendo reconhecidos como aspectos importantes na epilepsia (Trimble e Dodson, 1994).

A epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso é uma condição que interfere direta e negativamente na qualidade de vida dos pacientes, dificultando-lhes a interação social (Cramer, Perrine et al., 1996; Kellett, Smith et al., 1997). O

tratamento cirúrgico é uma forma eficaz no controle das crises em casos refratários, ocupa lugar importante no tratamento das epilepsias, e é bem sucedida em 90% dos casos. Contudo, apenas a ausência de crises não é o suficiente para garantir melhor qualidade de vida, pois aspectos psico-socio-culturais podem ter tanto impacto na doença quanto as crises epiléticas. O estudo da percepção do paciente em relação às suas atividades diárias e não apenas da frequência e gravidade das crises é necessário para analisarmos se houve ou não melhora da qualidade de vida, após a cirurgia (Frayman, Cukiert et al., 1999).

2.2.1 Incidência e Prevalência da Epilepsia Refratária

A frequência de epilepsia refratária na população não é claramente conhecida.

A prevalência da epilepsia ativa varia de 3,3 a 6,2/1000. Se considerarmos aqueles com história prévia de crises ou epilepsia inativa ou com crise única juntamente com os que têm epilepsia ativa, a prevalência sobe para 20/1000 (Baldauf, 2002). A maioria dos pacientes epiléticos têm suas crises controladas através de drogas antiepiléticas (DAE), porém estima-se que 20 a 30% apresentem crises refratárias ao tratamento medicamentoso (Dodrill, Beier et al., 1984; Alving, 1995; Guerreiro et al., 2000; Yacubian, 1998).

A porcentagem de pacientes refratários ao tratamento farmacológico permanece estável, em torno de 20% a 25%, provavelmente devido aos múltiplos mecanismos subjacentes à refratariedade, mesmo com o número crescente de novas drogas antiepiléticas (Sales e Leite, 2002).

Guerreiro et al. (2000) relatam que o tratamento medicamentoso das epilepsias tem por objetivo o controle das crises epiléticas. É tratamento sintomático, cuja seleção dos fármacos depende da eficácia para tipos específicos de crises epiléticas. Sessenta e cinco por cento dos pacientes conseguem controlar as crises através de tratamentos com uma única droga, porém 35% dos casos necessitam de duas ou mais drogas e, de 15 a 20 % destes são candidatos à cirurgia da epilepsia.

2.3 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida (QV) é um conceito subjetivo. Karnofsky e Burchenal (1949), citados por Paglioli-Neto (1995), referem que o conceito de “quanto maior o tempo de sobrevida, tanto melhor para o paciente” mudou para “quanto maior o tempo de sobrevida com boa qualidade de vida, tanto melhor para o paciente”.

A valorização do conceito de QV, em que o ator principal não é o médico e sim o paciente, é fundamental na nova perspectiva de avaliação desta condição na qual não só os efeitos da terapêutica médica são valorizados, mas a perspectiva e a expectativa do paciente são essenciais. O transporte desse tema para o campo da saúde/doença aumenta sua complexidade, uma vez que o impacto da doença na vida de uma pessoa depende de vários fatores, nem sempre controláveis (RIED et al., 2001).

Devinski (1995) evidencia que três dimensões principais devem ser investigadas na qualidade de vida relacionada à saúde: a saúde física (funcionamento diário, saúde geral, frequência de crises e gravidade, efeitos adversos das medicações, dor, energia, resistência); a saúde mental (bem-estar

emocional, auto-estima, estigma, ansiedade, depressão e cognição); e a saúde social (atividades sociais e relacionamentos com familiares e amigos). Além disso, fatores econômicos e ambientais estão presentes, mas usualmente não são incluídos nas medidas de QV.

A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença”. Isso significa que a mensuração da saúde e de seus cuidados deve incluir não só a indicação de mudanças na frequência e gravidade das doenças, mas também uma estimativa do bem-estar, e isso pode ser verificado ao medir a melhora na qualidade de vida relacionada aos cuidados com a saúde. Apesar de haver vários instrumentos de medida da frequência e gravidade das doenças, estes não se aplicam quando a mensuração do bem-estar e da qualidade de vida são o objetivo (Who, 1999).

Qualidade de Vida é definida pela OMS como uma percepção individual de sua posição na vida, no contexto cultural e de seus valores, no local onde o indivíduo vive e também em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos. Uma grande variação de conceitos é influenciada, de maneira complexa, pela saúde física, estado psicológico, crenças, relações sociais e sua relação com características importantes do seu ambiente (Who, 1999). Além disso, os autores complementam a idéia: “não é apenas ausência de enfermidade e/ou doença, mas também um estado de bem-estar físico, mental e social” (Hermann, Wyler et al., 1992).

2.3.1 Qualidade de Vida e Epilepsia

2.3.1.1 Aspectos Psicossociais

O impacto psicossocial das epilepsias tem sido bem documentado e seus portadores relatam a influência do seu diagnóstico e tratamento na dinâmica familiar, com baixa auto-estima e reduzida oportunidade de emprego (Jacoby et al., 1998), com elevados níveis de ansiedade e depressão (Jacoby et al., 1997) que aumentam com a piora do quadro clínico, portanto, das crises (Jacoby et al., 1996; Piazzini et al., 2001).

A maioria dos pacientes diagnosticados com epilepsia apresenta apenas algumas crises, que duram, em geral, alguns poucos minutos, e, ainda assim, as implicações deste diagnóstico são consideráveis, particularmente nas áreas de emprego, educação e lazer (Guerreiro et al., 2000).

Além das limitações impostas pelo risco de uma convulsão propriamente dita, a epilepsia foi ao longo dos anos cercada de mitos e preconceitos. Mesmo no meio médico, até pouco tempo, considerava-se a epilepsia como uma condição incurável, de prognóstico desfavorável. O que mais reforçava estas idéias era a falta de informação entre os familiares, pacientes e até mesmo entre profissionais da área da saúde (Shorvon, 1990).

Por séculos, a epilepsia tem sido uma doença com um alto grau de estigma e prejuízo. Hoje em dia, muitas pessoas com epilepsia têm um número enorme de limitações na sua vida diária (Ried, Specht et al., 2001).

Na saúde pública, a epilepsia acarreta grande impacto sobre a sociedade. A Organização Mundial da Saúde estimou-a como responsável por 1% dos dias de

trabalho perdidos com doenças em todo o mundo (Word Health Organization-WHO, 1999).

Ela foi considerada uma doença de causas sobrenaturais e, como consequência, pessoas com epilepsia foram mantidas afastadas do resto da sociedade. Nos Estados Unidos da América e no Reino Unido, a exclusão de pessoas com epilepsia de locais públicos e as leis eugênicas, proibindo o casamento de epiléticos, existiram até a década de 1970. Em algumas partes da Ásia, são práticas comuns a negação ou anulação do casamento por causa dela. Na China, em pesquisa recente, 31% das pessoas entrevistadas consideraram que os epiléticos não deveriam ser empregados (Kale, 1997; Who, 1997). Este estigma, imposto sobre pessoas com epilepsia, afeta as famílias, a vida social, o emprego, as perspectivas conjugais e de auto-estima. As pessoas com epilepsia escondem o seu problema e, como doença oculta, persiste como uma das mais negligenciadas condições médicas, o que explica, ao menos em parte, a importante lacuna de tratamento (Andermann, 1997).

A avaliação dos resultados da cirurgia da epilepsia tem sido dominada pela valorização da mudança da frequência das crises entre os períodos pré e pós-operatório. No entanto, como já salientamos, a epilepsia ativa, com crises de difícil controle, pode afetar significativamente diversos aspectos da vida do paciente, limitando sua capacidade de vida normal, de relacionamento social e interpessoal, com bem-estar físico e emocional e com auto-suficiência financeira. Até mesmo uma crise por ano pode comprometer o equilíbrio psicossocial de uma pessoa, deteriorar sua qualidade de vida de tal forma que não pode ser tolerada se existir uma possibilidade razoável de melhorar a situação. O conjunto destes aspectos psicossociais da vida do paciente é o que determina a sua satisfação em geral,

definindo sua qualidade de vida, nesse momento. Assim, a avaliação do impacto da cirurgia da epilepsia deve levar em consideração todos esses fatores, e não apenas a diminuição na frequência das crises ou a sua resolução (Vickrey et al., 1993; Salgado et al., 2001; Baker et al., 1996; Devinsky, 1995; Devinsky, 1993; Devinsky e Cramer, 1993; Seidman-Ripley et al., 1993).

Os pacientes portadores de epilepsia têm a percepção de sua doença através de suas crises. Ele pode não ter mais crises, mas se ainda se preocupa em tê-las, sua QV é afetada da mesma forma. O que importa é como o indivíduo se percebe. Assim, as avaliações afetivo-cognitivas dos pacientes são importantes fatores que controlam a maneira como ele sente o impacto da doença em seu cotidiano. Nesse sentido, a percepção de controle de crises é mais importante do que as variáveis da doença (tipo de crise, frequência, início, duração) na avaliação da QV. No entanto, este é um dado subjetivo, no qual o paciente refere como ele percebe o controle das crises, sendo diferente da frequência de crises (número real de crises, expresso em dias, meses ou anos) (Salgado e Souza, 2003).

Os episódios das crises epiléticas não são “contínuos ou previsíveis” e, frequentemente, são de curta duração. A sua imprevisão é uma constante ameaça aos pacientes epiléticos que se previnem com medicamentos antiepiléticos, evitam fatores precipitantes e adaptam-se a um estilo de vida compatível com a doença (Paglioli-Neto, 1995). O inesperado e o curso da epilepsia são fatores chaves no *handicap* psicossocial. Por séculos, a epilepsia foi uma condição de conotação extremamente negativa e, mesmo atualmente, “a marca” de ter epilepsia causa rejeição, levando a pensar quais conseqüências psicossociais de epilepsia e qual a constituição das variáveis física, social e psicológica no impacto da QV em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Baker, 2002).

As crises epilépticas geram problemas emocionais e de comportamento dos pacientes, de seus circunstantes e familiares (Seidman-Ripley et al., 1993). As relações familiares tendem ser mais complicadas, com rejeição ou superproteção das crianças com epilepsia, (Matthews, Barabas et al., 1982) com a baixa auto-estima e as dificuldades das relações interpessoais e relacionamento social, o que ocasiona baixos índices de casamentos (Batzel e Dodrill, 1984).

Dentre os aspectos que o paciente valoriza deverão ser contemplados o medo de uma nova crise, a perda de oportunidades de emprego ou de estudo por ser doente, o estigma do epiléptico, a restrição de atividades, a discriminação social (Krumholz et al., 1991; Alvarado et al., 1992; Simonatto et al., 1992; Cramer, 1994; Vickrey et al., 1994) e as eventuais manifestações emocionais de desequilíbrio, relacionados às crises ou aos efeitos colaterais e adversos das DAE (Devinsky e Cramer, 1993).

A escolaridade dos pacientes epilépticos fica comprometida pelas crises que ocorrem no ambiente escolar, pela baixa freqüência às atividades e eventuais perdas de provas, o que atrasa o seu desempenho e progressão, ou ainda, pela negação de participação nas atividades, por vergonha e medo, (Livingston 1981, Taylor, 1987; Taylor, 1993), ocasionando distúrbios funcionais. A oferta de empregos ou de oportunidades aos pacientes epilépticos é restrita, quando comparada à da população geral, inclusive com situações de proibição legal para algumas profissões como, por exemplo, a de motorista (Levin et al., 1988). Quando as crises são recorrentes e não são controladas por ação farmacológica, a tendência é piorar os diversos aspectos da vida do paciente, com o agravamento de todos os parâmetros de seu relacionamento familiar, circunstancial e ambiental.

A qualidade de vida pode ficar afetada pela frequência das crises, seu descontrole e refratariedade ao tratamento (Cramer, 1993). Os pacientes apresentam uma preocupação constante com os novos ataques e sua repercussão, o que diminui a sua auto-estima e autoconfiança (Jacoby, 1982).

Com o intuito de demonstrar a magnitude com que as crises epiléticas recorrentes afetam os diversos aspectos da vida do paciente, Chaplin et al. (1990), identificaram, a partir de entrevistas com pacientes, 21 áreas de preocupação psicossocial (Tabela 1).

Tabela 1: Áreas de preocupação de problemas psicossociais enfrentados pelos pacientes epiléticos.

1	A atitude em relação a aceitar os ataques epiléticos
2	A atitude em relação ao rótulo “epilepsia”
3	O medo de ter crises
4	O medo do estigma do emprego
5	A falta de segurança em relação ao futuro
6	Preocupação quanto à performance no trabalho
7	Preocupação com as relações sexuais
8	Preocupação com relações platônicas
9	Preocupação em morar sozinho
10	Falta de segurança ao viajar
11	Relações adversas na vida social
12	Reações adversas nas atividades de lazer
13	Mudanças na aparência física
14	Dificuldades nas relações familiares
15	Problemas com o uso crônico de medicação
16	Falta de confiança nos médicos
17	Falta de conhecimento sobre a epilepsia
18	Reações depressivas
19	Sensação de isolamento social
20	Letargia e falta de energia
21	Distúrbios do sono

Muitos estudos sobre qualidade de vida estão voltados para o entendimento da vida das pessoas acometidas por alguma doença, principalmente as crônicas, que obrigam os pacientes a conviverem com sintomas limitantes. No caso da epilepsia, as repercussões das crises interferem diariamente nos pacientes, de forma direta e negativa, causando prejuízos significativos na QV dessas pessoas. Essa interferência refere-se tanto à frequência e gravidade das crises, quanto à duração da síndrome epilética (Alonso e Albuquerque, 2002).

Em função das crises e de sua cronicidade, a epilepsia é uma condição que altera a vida do portador tanto no aspecto físico quanto no psicossocial, e por isso é considerada uma síndrome estigmatizada, que impõe restrições desde o aspecto familiar, passando pela escola, trabalho e lazer, até aspectos legais relacionados ao trabalho, ter habilitação como motorista, ou responsabilidades cíveis (Guerreiro et al., 2000; Dodrill et al., 1984).

Pesquisas que analisaram grupos de pessoas com epilepsia revelaram alguns problemas centrais, e estes são mostrados na Tabela 2. É importante ressaltar que, sendo a epilepsia um distúrbio muito heterogêneo, a frequência e a gravidade dos problemas relatados pelos estudos dependem, fundamentalmente, da população selecionada (O'Donoghue e Sander, 1998).

Tabela 2: Sumário dos fatores que apresentam impacto negativo na qualidade de vida de pessoas com epilepsia, segundo O'Donoghue e Sander (1998).

Domínios da qualidade de vida
<u>Físico</u>
Frequência de crises
Gravidade das crises
Cansaço e falta de energia
Distúrbios do sono
Problemas com medicação
Traumatismos
Comprometimentos devidos a distúrbios neurológicos associados
<u>Psicológico</u>
Ansiedade e depressão
Perda da auto-estima
Redução da autoconfiança
Comprometimento da concentração/cognição
Comprometimento da memória
Medo de crises/morte em crises
Dificuldades sexuais e medo de crises durante o ato sexual
<u>Social e vocacional</u>
Desemprego e subemprego
Limitação das atividades sociais
Redução na incidência de casamentos
Perda das possibilidades educacionais (secundárias à doença)
Dificuldades com carteira de habilitação de motorista e viagens
Problemas de seguro
Consequências financeiras do tratamento e desemprego
Limitações nas atividades de lazer

A epilepsia é um distúrbio que apresenta significantes consequências psicológicas e sociais na vida diária. Pessoas nesta condição relatam um significativo impacto da epilepsia em termos de disfunção familiar, redução de oportunidades sociais e de lazer, aumento dos níveis de ansiedade e depressão e

baixa auto-estima, comparados com pessoas sem esta condição (Jacoby, Baker et al., 1996; Baker, 2002).

A QV dos epiléticos pode ser muito comprometida por condições legais para dirigir automóveis, em emprego e em limitações na provisão de seguros, causando problemas de bem-estar e de independência de vida. A maioria das evidências dos problemas psicossociais associados com a epilepsia deriva dos estudos em países desenvolvidos e não há muitos estudos em países em desenvolvimento, pois não há incentivo para pesquisas nesta área. Poucos estudos demonstram que atitudes e conhecimentos sobre a epilepsia são pejorativos, explicados por algum grau de noção de ser uma doença infecciosa, ou de resultados de possessão de espíritos. As oportunidades de casamento e emprego são muito difíceis para o epilético, mais em países subdesenvolvidos do que nos países desenvolvidos (Baker, 2002).

A epilepsia é uma doença caracterizada pela perda de controle. A convulsão ocorre a qualquer momento com pouco ou nenhum tipo de proteção. A súbita e imprevisível perda de controle compromete uma faceta fundamental da condição, dando margem à susceptibilidade individual, à psicopatologia (Baker et al., 1996).

2.3.1.2 Estigma na Epilepsia

Entende-se por social tudo o que se refere ao meio no qual vivemos, do qual fazemos parte e com o qual interagimos. Na epilepsia, os pacientes podem sofrer limitações reais no desempenho de seus papéis sociais, podem ser tolhidos em sua independência, autonomia, liberdade, auto-imagem e autoconfiança. Além disso, não somente os pacientes podem sofrer com as dificuldades encontradas, mas as

pessoas que os cercam também. A abordagem social pode avaliar e auxiliar os pacientes no que se refere à percepção do estigma, preconceito, desajustes pessoais, familiares e profissionais, relacionamento interpessoal, dificuldades socioeconômicas, retornos às consultas e reorientação vocacional (Albuquerque, 1993).

Vários aspectos da vida do paciente com epilepsia podem ser afetados. Um exemplo disso é o medo de acidentes, portanto, leva o paciente a evitar saídas de sua casa, o que pode repercutir em isolamento social pelo receio por sua segurança e integridade física. As interferências nas atividades de vida diária também podem ser decorrentes de atitudes de não-aceitação de si mesmos, da percepção e interiorização da discriminação e do estigma ao qual estão sujeitos (Levin et al., 1988).

Os prejuízos sociais das epilepsias geralmente decorrem de preconceitos que expõem os pacientes a um grave processo de estigmatização, ao qual se acrescentam restrições que podem levá-los a um importante nível de incapacidade. Portanto, conviver com as crises epiléticas envolve mais do que o ajuste às intermitentes perdas de consciência, tratamento a longo prazo e supervisão médica. Estigma e discriminação têm sido relacionados às epilepsias, e seus portadores precisam aprender a lidar com graus variáveis de antipatia pública a sua condição clínica.

O estigma tem sido projetado como um dos problemas sociais mais comuns enfrentados por pessoas com epilepsia. Em um estudo para mensurar o estigma da epilepsia na cultura brasileira, Salgado et al. (2005) agruparam os resultados de questionários aplicados em pacientes e familiares em três principais áreas: médica (os sujeitos mostraram não ter informação suficiente ou adequada sobre epilepsia e

crises, o que não aconteceu em relação ao tratamento), social (o trabalho e as relações sociais aparecem como os aspectos de maior discriminação na epilepsia e, além disso, a falta de liberdade e restrições nas atividades de lazer foram aspectos bastante prejudicados) e pessoal (todos os sujeitos aparentemente têm os mesmos sentimentos e pensamentos sobre epilepsia e crises epiléticas).

Os pacientes convivem com o fato de as crises ocorrerem a qualquer momento, com a necessidade de uso regular de medicamentos, às vezes durante toda a vida, e com comprometimentos sociais, econômicos e psicológicos. As relações entre as pessoas com epilepsia e a sociedade têm sido difíceis, nem sempre adaptadas à realidade dos conhecimentos médicos, e geralmente associadas ao estigma e ao preconceito. A pessoa com epilepsia teme ser estigmatizada e discriminada se outras pessoas souberem da sua situação clínica, por isso se escondem tanto nos ambientes escolares e no trabalho.

2.3.1.3 Trabalho e Epilepsia

A crise epilética é uma experiência tão comprometedora no âmbito da população em geral, e há tanto folclore associado a ela, que a visualização desse episódio é considerada mais traumática para o espectador do que para o próprio paciente. Por isso, os estressantes psicossociais são considerados importantes e se baseiam em limitações a determinadas atividades. Os indivíduos epiléticos não devem operar máquinas perigosas, trabalhar em empregos que possam expô-los a grandes alturas, nadar, dirigir veículos e, em alguns casos, tomar banho sozinhos. Esses tipos de proibições podem desencadear um alto nível de estresse, pois, se for necessário omitir sua condição para sobreviver e não perder o emprego, podem

ocorrer riscos a sua saúde. Além disso, o fenômeno da dependência dos outros é difícil de romper, sendo mais fácil, algumas vezes, permanecer doente do que ficar livre das crises e sadio. Sendo assim, o paciente epilético precisa aprender a lidar com sua saúde (Vickrey et al., 1993).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos da América, entre participantes de grupos de auto-ajuda em epilepsia, constatou-se que problemas emocionais (preocupação e perda de confiança), problemas relacionados ao trabalho e restrições no estilo de vida, foram os aspectos que mais se relacionaram à epilepsia (Arntson et al., 1986). Estudos com grupos de pessoas com epilepsia particularmente grave revelaram um grau surpreendente de isolamento social e desemprego (Thompson e Oxley, 1988).

O trabalho é um importante fator para o ajustamento psicossocial (Salgado et al., 2005; Sarmiento e Gomez, 2000). O desemprego e o subemprego são muito mais frequentes em pacientes epiléticos e a resistência do empregador parece ser o principal fator responsável. Embora seja descrito que mais de 80% dos pacientes epiléticos estão aptos para o trabalho e que os índices de acidentes de trabalho, faltas e produtividades não diferem da população em geral, a dificuldade de encontrar e manter empregos tem sido relatada como a maior causa de desajustes para os portadores de crises epiléticas, inclusive para aqueles com crises controladas (Engel e Pedley, 1998). No entanto, em seu estudo, Sarmiento e Gómez (2000) constataram que o controle das crises é o fator decisivo para o ingresso e permanência no mercado de trabalho, embora a grande maioria esteja no mercado informal. Todos os pacientes com crises diárias e semanais encontravam-se desempregados, e 94,6% daqueles com crises mensais. Os pacientes com crises

diárias e 9,3% daqueles com crises semanais nunca exerceram atividade regular remunerada (Sarmiento e Gomez, 2000).

A inserção dos portadores de epilepsia no mercado de trabalho vem condicionada por um conjunto de fatores inter-relacionados, referentes à epilepsia, aos indivíduos epiléticos e aos códigos culturais implícitos da sociedade (Sarmiento e Gomez, 2000). Um importante comprometimento das pessoas com epilepsia é a restrição à atividade profissional, o que deve ser orientado à escolha de uma profissão adaptada com as suas características, supervisionada por profissionais da saúde que atendem pacientes com epilepsia (Albuquerque et al., 2003).

Existem algumas ocupações e atividades consideradas impróprias para os pacientes com epilepsia, dentre elas as de policiais, bombeiros, vigias solitários, instrutor de natação e salva-vidas, babás, enfermeiros, motoristas, controladores de máquinas e/ou equipamentos, trabalhos em altitudes ou com uso de escada e a prestação de serviços militares. No entanto, as restrições devem ser feitas com reservas. Para os pacientes cujas crises não estão controladas, cabe aplicar as regras gerais existentes, enquanto nos demais casos, as limitações profissionais exigem constante reavaliação. As únicas restrições dizem respeito àquelas ocupações que colocam em situação de risco a sua vida e a de outras pessoas. Uma vez que a terapia medicamentosa resgatou socialmente o epilético, não procede manter rigidez de legislação capaz de conduzir previamente a uma discriminação no trabalho (Sarmiento e Gomez, 2000).

2.3.1.4 Aspectos Legais na Epilepsia

As epilepsias constituem um importante problema médico, social e legal. As repercussões originadas pelas crises epiléticas podem ser vistas pelo direito civil, penal, militar, canônico e trabalhista. A maioria dos pacientes com epilepsia bem controlada não apresenta distúrbios psicopatológicos, mas há uma menor porcentagem de pacientes que apresentam distúrbios psiquiátricos graves (Albuquerque et al., 2003). Entretanto, as questões psiquiátricas, como os distúrbios de comportamento, podem levar a condutas ilegais.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças mentais parecem incluir epilepsias refratárias, epilepsias de longa duração, epilepsias com início na infância, epilepsias do lobo temporal, descargas epiléticas bilaterais ou múltiplas e lesões estruturais. Todos esses fatores parecem aumentar o risco do paciente apresentar disfunção cerebral, possivelmente devido à disruptura das funções límbicas associadas ao comportamento e personalidade. O desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos em pacientes com epilepsia parece ser decorrente de processos complexos multifatoriais (Albuquerque et al., 2003).

As restrições a algumas profissões e as renúncias, por exemplo, para conduzir veículos, podem significar proteção ao paciente e a outras vítimas. A distinção jurídica entre dolo e culpa pode ser difícil de definir em pacientes epiléticos. A noção de imputabilidade ou inimputabilidade é exclusivamente jurídica e não médica, o que pode dificultar a decisão. De um modo geral, a pessoa com epilepsia tem capacidade legal; quando existe incapacidade, ela é decorrente da doença de base, ou seja, da demência ou déficit cognitivo (Bodganovic et al., 2000).

O epiléptico deveria ser considerado inimputável apenas durante episódios críticos ou pós-críticos, nos quais existam alterações de consciência. A conduta violenta em pessoas com epilepsia é mais a exceção do que a regra. Além disto, parece não haver relação entre gravidade da epilepsia e agressividade (Bodganovic et al., 2000).

As leis indianas classificam as epilepsias como insanidade temporária e também proíbem casamentos de pessoas com epilepsia. Não impedem, porém, o trabalho e a educação (Albuquerque et al., 2003). Na Alemanha, as leis trabalhistas protegem os empregadores no caso de demissão de funcionários que não informaram serem portadores de epilepsia; os empregadores têm o direito de perguntar a respeito da saúde dos empregados, que são obrigados a responder. Na Espanha, a epilepsia por si só é motivo de exclusão das Forças Armadas e da Marinha (Albuquerque et al., 2003).

2.3.1.5 Aspectos Cognitivos na Epilepsia

Muitos fatores podem afetar a cognição na epilepsia: a etiologia das crises, lesões cerebrais adquiridas, tipo de crise, idade de início, frequência de crises, duração e gravidade, disfunção fisiológica intra-ictal e interictal, dano cerebral estrutural causado por crises repetidas ou prolongadas, fatores hereditários, fatores psicossociais e seqüelas de tratamentos para epilepsia, incluindo as drogas antiepilépticas e a cirurgia da epilepsia (Meador, 2002; Motamedi e Meador, 2003).

Ainda que muitos pacientes com epilepsia apresentem habilidades cognitivas normais, eles têm um risco aumentado de apresentarem déficits cognitivos. O tipo de patologia da epilepsia adjacente pode decidir o tipo de déficit. Por exemplo, a

epilepsia do lobo temporal pode causar prejuízos na memória e a epilepsia focal, envolvendo o hemisfério dominante para linguagem, pode induzir a dificuldade em encontrar palavras e nomeação, enquanto que certas síndromes epiléticas estão associadas com problemas graves cognitivos e comportamentais (Motamedi e Meador, 2003).

As intervenções terapêuticas na epilepsia podem diminuir os déficits cognitivos e comportamentais por proporcionarem uma parada ou diminuição das crises, mas podem também induzir efeitos na cognição e no comportamento. A cirurgia da epilepsia também pode induzir certos déficits cognitivos, embora em muitos casos eles possam ser minimizados com o procedimento.

Os déficits cognitivos e comportamentais são mais comuns em pacientes com epilepsia do que na população em geral. Estes déficits têm etiologia multifatorial, dependendo de fatores biológicos, tipo de crise, idade de início e neuropatologia para as variações dos problemas psicossociais e, em particular, as adversidades das intervenções terapêuticas nos pacientes com epilepsia. Embora a epilepsia por si só possa causar ou exacerbar os déficits cognitivos, a etiologia subjacente é o fator que mais contribui para isso (Motamedi e Meador, 2003).

2.3.1.6 Aspectos Emocionais na Epilepsia

Os pacientes epiléticos apresentam uma alta frequência de desajustes emocionais, nem sempre associados à gravidade de seu quadro clínico, mas, frequentemente, à dificuldade em aceitar o próprio diagnóstico e às limitações que as crises acarretam. Dessa maneira, os pacientes podem desenvolver como

mecanismo de defesa a negação do diagnóstico, visando manter o equilíbrio emocional (Guerreiro et al., 2000).

Após o período de negação, segue-se um período de conflito, no qual há aceitação dessa nova realidade, e um período de depressão, no qual há assimilação da situação de desprazer. Este período, se não for muito demorado, pode ser considerado “normal”, ao qual se segue um período de aceitação. Além disso, o paciente epilético encontra muitos fatores estressantes psicossociais, o primeiro é o de ser portador de uma doença crônica, a seguir, de característica episódica e o receio da convulsão inesperada que desencadeia o medo da prática de atividades sociais e esportivas normais, como sair com amigos durante a adolescência. A ameaça é maior que a ocorrência (Dodrill et al., 1984).

Uma doença crônica afeta a vida do indivíduo em fatores emocionais, físicos e sociais. Todos estes fatores contribuem ao ajustamento do paciente ao seu distúrbio e sua percepção do impacto na sua QV (Jacoby et al., 1993). A epilepsia tem um impacto maior na saúde mental e social do que na saúde física, comparada com outras doenças crônicas (Vickrey, 1993).

A depressão e a ansiedade são os fatores independentes mais frequentemente associados com redução da QV e aumentam a variância da QV mais do que em grupos combinados com variáveis demográficas ou de epilepsia clínica (Wiegartz et al., 1999). Estas complicações da epilepsia são multifatoriais (neurobiológicas e psicossociais). As determinantes neurobiológicas podem estar relacionados com o início das crises, o tipo, a frequência e a gravidade das convulsões; presença do status epilético, medicação e foco no lobo temporal lateral. Os determinantes psicossociais incluem o estigma social, eventos adversos na vida, medo, baixa auto-

estima, perda da diferenciação educacional, baixa taxa de casamento e alto desemprego (Piazzini et al., 2001).

A epilepsia é peculiar entre as doenças crônicas neurológicas em seu potencial de influenciar a QV. Frequentemente inicia na idade jovem e pode alterar o desenvolvimento social e cognitivo. Ela é episódica, ocorre sem predição e tipicamente envolve a perda de consciência e leva à restrição em habilitação para dirigir e no emprego. A epilepsia é associada com elevadas taxas de comorbidades psiquiátricas (Hermann et al., 2000; Boylan et al., 2004); e entre os pacientes psiquiátricos a associação entre a doença e QV é muito maior naqueles com depressão.

2.3.1.7 Mortalidade e Comportamento Suicida na Epilepsia

Estudos baseados em comunidades e populações selecionadas revelam que as pessoas com epilepsia têm mortalidade duas a três vezes superior à da população geral (Tomson, 2000). A redução ou remissão de crises epiléticas, através de tratamento adequado com DAE ou cirúrgico, é uma das medidas propostas para a redução desta mortalidade (Sander e Bell, 2004).

A doença desempenha um papel importante nas estatísticas de mortalidade dos países de Terceiro Mundo, entretanto a existência de fatores de risco evitáveis da epilepsia indica que há necessidade de implementação de programas públicos de saúde, especificamente direcionados a sua prevenção e manejo (Haggstram, 1999).

A epilepsia é uma condição benigna, com baixa mortalidade, porém as pessoas com epilepsia têm maior mortalidade do que as pessoas sem a doença, particularmente nos pacientes jovens e naqueles com formas graves. As taxas de

mortalidade são duas a três vezes maiores que na população geral. As causas mais comuns são acidentes por afogamento, batida na cabeça, acidente de trabalho, estado de mal epiléptico, neoplasias, doenças cérebro-vasculares, pneumonia e suicídio (Cockerell e Shorvon, 1997).

O suicídio é a mais séria consequência do não-tratamento ou refratariedade da depressão. Pacientes com epilepsia têm um risco significativamente maior de comportamento suicida do que a população em geral (Kanner e Barry, 2003).

A taxa de suicídio entre os epiléticos é cinco vezes maior, e naqueles com epilepsia do lobo temporal e convulsões parciais complexas, 25 vezes maior, do que na população em geral. A depressão concomitante é um fator causal importante, o comportamento suicida nos epiléticos e a incidência de transtornos afetivos variam de 11% a 65%, enquanto que a sensação de depressão tem sido relatada em até 80% dos pacientes. O risco de tentativa de suicídio é maior em epiléticos com o diagnóstico concomitante de transtornos afetivos orgânicos e perda cognitiva, sendo maior em mulheres do que em homens. A idade de início precoce da epilepsia e a elevada frequência de crises de generalização secundárias, parciais simples e convulsões de todos os tipos são fatores de risco de suicídio em homens, enquanto a baixa frequência de convulsões parciais e complexas é o maior risco nas mulheres. A dose diária de um antiepilético clássico é fator de risco para homens, enquanto a dose diária de fenobarbital é fator de risco para ambos. A dose diária de carbamazepina e valproato está inversamente correlacionada com o comportamento suicida em mulheres, mas não em homens (Kalinin e Polyanskiy, 2005).

Cerca de 10% de todas as mortes em pacientes com epilepsia são causadas diretamente por convulsões ou por estado de mal epiléptico e os acidentes fatais que ocorrem durante uma convulsão acrescentam um adicional de 5%. O suicídio

está listado como uma das causas de morte entre 7 a 22% dos casos em série (Haggstram, 1999)

O risco de suicídio é maior nos dois primeiros anos, após o paciente ser informado do diagnóstico. Depois de dez anos, o risco é o mesmo que para a população em geral. Outra causa de morte entre os pacientes com epilepsia é a chamada síndrome da morte súbita (SUDEP). Esta síndrome pode ser responsável por um número significativo de mortes em epilepsia e pode ser causado por uma apnéia primária. Estes casos são mais comuns em epilepsias graves ou intratáveis, sendo que sua incidência aumenta entre os candidatos à cirurgia. No entanto, a sua incidência e a sua fisiopatologia ainda não são bem entendidas (Haggstram, 1999; Leestman et al., 1997).

2.3.2 Medidas de Qualidade de Vida na Epilepsia

A QV relacionada à saúde está sendo reconhecida de forma importante na epilepsia, e vários instrumentos estão sendo desenvolvidos para este fim. Não há, entretanto, consenso na interpretação dos resultados pela dificuldade de padronização dos itens avaliados na QV e sua categorização. Wiebe et al. (2002) utilizaram quatro diferentes instrumentos e estimaram as variações de QV de mínima à máxima modificação, aplicados em pacientes com epilepsia de difícil controle. Verificaram a validade e a reprodutibilidade dos achados do conjunto dos instrumentos, na clínica e na pesquisa, para a determinação da magnitude das modificações da QV e dos efeitos de eventuais intervenções nestes pacientes, individualmente.

Embora muitas variáveis psicossociais tenham sido investigadas, somente nas últimas décadas foram agrupadas no conceito QV. Autores como O'Donoghue e Sander (1998) e Leidy et al. (1998) recentemente publicaram uma revisão crítica sobre os protocolos existentes. O primeiro estudo sistemático foi desenvolvido por Dodrill et al. (1980) que, apesar de ser considerado um passo na quantificação de auto-relatos, acabou não preenchendo muitos critérios da avaliação de QV relacionados à saúde abordados pelas pesquisas sociais nas últimas décadas (Souza 2001).

O desenvolvimento do *Epilepsy Surgery Inventory* (ESI-55) por Vickrey et al. (1992) como medida de efetividade da lobectomia temporal anterior representou uma tentativa para produzir uma avaliação de QV breve e adequada. Foi importante por incorporar uma medida genérica que permite comparações com outras doenças e medidas específicas da epilepsia. O *Quality of Life in Epilepsy Inventory* (QOLIE-89) surgiu como uma extensão do ESI-55, procurando ser mais abrangente. Estes mesmos autores, com o objetivo de serem mais parcimoniosos, desenvolveram o *Quality of life in Epilepsy Inventory* com 10 a 31 itens (QOLIE 10 e QOLIE 31) (Souza, 2001).

O'Donoghue e Sander (1998), preocupados com aspectos metodológicos relacionados às medidas de QV, propõem o *Subjective Handicap of Epilepsy* (SHE), usando como referencial teórico o conceito de “*handicap*”, definindo como a desvantagem pessoal, imposta pela doença, de viver o papel social que a maioria considera normal ou desejável.

Após várias pesquisas sobre os instrumentos de avaliação e na intenção de desenvolver um questionário de fácil aplicação que pudesse ser respondido por pacientes que freqüentam hospitais universitários, foi elaborado o Questionário de

Qualidade de Vida -65 (QQV-65). Segundo o autor, o questionário foi elaborado a partir da análise dos trabalhos de Vickrey et al. (1992); Devinsky et al. (1995) e O'Donoghue e Sander (1998) e procurou considerar as limitações lingüísticas, já identificadas em outros estudos desenvolvidos pelo grupo, relativas às dificuldades de compreensão das questões relacionadas aos déficits de escolaridade e à confusão na discriminação de diferentes intensidades de respostas. Essas dificuldades foram solucionadas através de uma validação semântica, que igualou as intensidades de respostas. O QQV-65 é um instrumento utilizado na rotina de atendimento a pacientes portadores de epilepsia no setor de psicologia aplicada à neurologia do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas (HC UNICAMP) (Souza, 2001).

2.4 DEPRESSÃO

O termo depressão pode ser usado para quantificar sintomas isolados, que podem estar presentes em condições normais (como na eutímia) ou associados à condições médicas sistêmicas (como, por exemplo, no hipotireoidismo). O termo depressão pode também caracterizar uma síndrome clínica em que vários sinais e sintomas depressivos estão presentes no luto, em depressões associadas a doenças médicas sistêmicas, a outros transtornos psiquiátricos ou a transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Pode, ainda, ser uma alteração primária do humor, como episódio depressivo, nas depressões recorrentes, na distímia ou na depressão bipolar (Moreno e Moreno, 1998).

Pesquisas da OMS revelam que os indivíduos que vivem um episódio depressivo têm 50% de probabilidade de ter um segundo. Para os que passam por um segundo episódio, a probabilidade de ter um terceiro aumenta para 75%, e quem

chegou ao terceiro, corre o risco 90% maior de sofrer uma quarta crise depressiva. Calcula-se que cerca de 20% da população mundial enfrentará esse problema em um dado momento da vida. A doença atinge crianças, adolescentes e adultos, sendo verificada incidência duas vezes maior em mulheres na faixa dos 20 aos 40 anos. A depressão encontra-se classificada no ***Grupo das Doenças Afetivas***, ou seja, aquelas que têm uma evolução cíclica, em que se alternam períodos depressivos com fases de absoluta sanidade.

Segundo Marder (1999), a depressão pode ser tanto um estado de humor quanto a manifestação primária de um transtorno de humor. Como um estado de humor, a depressão é experienciada por pessoas que não têm uma doença psiquiátrica, bem como por aquelas que têm transtornos que não são de humor, como a esquizofrenia ou transtornos orgânicos (Marder, 1999).

As características clínicas da depressão podem ser divididas em quatro grupos de sintomas: afetivos (tristeza, angústia, vazio, entre outros); cognitivos (diminuição da concentração, dificuldades para tomar decisões, déficit de memória e pensamento lentificado); somáticos e neurovegetativos (hipersonia, insônia, inapetência, aumento de apetite, fadiga, desânimo) ou psíquicos (idéias de culpa, de menos valia, de desesperança e de suicídio). A depressão, a partir da compreensão psicodinâmica, tem sido entendida como uma resposta à perda, que pode ser real, fantasiosa ou temida. Seu sentimento básico, a tristeza, é uma reação humana universal frente às situações de perda da saúde, da produtividade no trabalho, do salário, na escola, ou em casa, perda de energia, de liberdade, de expectativa de vida, perda da capacidade sexual (Mello, 2002; Kanner e Barry, 2003).

O sentimento de tristeza ou humor depressivo, assim como a alegria, fazem parte da vida afetiva normal e são influenciados pela personalidade e estilo de vida

de cada um. A doença depressiva seria a depressão no sentido clínico, com gravidade e duração maiores do que naqueles estados transitórios (Del Porto, 1999).

A extensão da manifestação de sintomas específicos varia para cada paciente: alguns apresentam predominantemente sintomas físicos, outros cognitivos, muitos ainda minimizam os sintomas, relacionando-os com algum episódio específico da vida, como aposentadoria, separação ou doença física (Flaherty et al., 1990; Akiskal, 1999; Marchetti et al., 2005).

As queixas chamadas físicas, somáticas ou neurovegetativas, podem ser confundidas com manifestações concernentes a vários quadros. O diagnóstico de transtorno depressivo deve ser cogitado se os resultados dos exames físico e laboratorial não oferecerem a explicação para novos sintomas orgânicos, especialmente se persistirem por mais de duas semanas. De qualquer forma, todos estes fatores aumentam a carga de sofrimento físico e emocional dos pacientes já comprometidos tanto pela doença em si, como pelas freqüentes comorbidades e sobrecarga do próprio tratamento (Boro e Haut, 2003).

DiMatteo et al. (2000) ressaltam a importância da depressão na adesão ao tratamento e à necessidade desses sintomas serem reconhecidos e tratados para que não se constituam num risco adicional. Um bom relacionamento com o médico tem influência positiva sobre esse “fenômeno”, chamado adesão ao tratamento. Dedicar atenção ao que sentem e pensam, às suas reações, contribui para o sucesso do tratamento e, conseqüentemente, para a longevidade dos pacientes.

Segundo a OMS, a depressão será, em vinte anos, a segunda maior causa de incapacidade e custo econômico no mundo (Murray e Lopez, 1997) e tem sido comentado por Marchetti e Yacubian (2001) como um dos transtornos mentais mais freqüentemente relatados e encontrados na associação com a epilepsia.

2.4.1 Avaliação da Depressão

Embora não se disponha de parâmetros fisiológicos ou biológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão, as escalas de avaliação servem para medir e caracterizar os sintomas, isto é, traduzem o fenômeno clínico em informações objetivas e quantitativas. As informações transmitidas pelas escalas de avaliação podem ser usadas para auxiliar no diagnóstico, para documentar o estado clínico do deprimido em determinado momento ou para completar informações do paciente que passou por uma avaliação prévia. Em geral, as escalas para avaliação de estados depressivos visam descrever as amostras de pacientes utilizadas, indicando os sintomas presentes ou ausentes no quadro clínico e avaliar as mudanças que se operam no curso do tratamento. As escalas não devem ser utilizadas como critério diagnóstico. Existem várias escalas de avaliação, que podem ser de auto-avaliação ou de avaliação do observador (Moreno e Moreno, 1998).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI), segundo Marder (1999), é uma das escalas de auto-avaliação mais usadas para identificação de intensidade de sintomas de depressão, tanto em pesquisa como na prática clínica. Ele focaliza os sintomas cognitivos da depressão, tais como pessimismo e auto-estima diminuída. Esta escala é sensível a alterações da intensidade dos sintomas, sendo, portanto, útil em ensaios clínicos com drogas.

Kanner e Palac (2000) sugeriram, pelos estudos de Beck, em 1961, que o BDI fosse utilizado como um instrumento de “*screening*” e identificação de sintomas em pacientes de consultório e que o processo de diagnóstico da depressão não poderia estar restrito em apenas uma escala. Pacientes com altos escores devem passar por uma avaliação clínica extensa e detalhada. Portanto, o BDI pode ser o

instrumento de diagnóstico útil para o rastreamento e a identificação de pacientes sintomáticos (Kanner e Palac, 2000).

Vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a depressão e têm contribuído para compreender o funcionamento psicológico de indivíduos com epilepsia, a prevalência de transtornos de humor sobre a QV, a interferência das DAE sobre os estados psíquicos. Os mais utilizados na avaliação de indivíduos com epilepsia são o *Hospital Anxiety and Depression Inventory* (HADS) (Andrews et al., 1999; O'Donoghue et al., 1999), o *Profile of Mood States* (POMS) (Cramer et al., 2004; Gillham et al., 2000), o *Symptom Checklist-90* (SCL-90) (Cunha et al., 2003; Hermann et al., 2000) e o *Beck Depression Inventory* (BDI) (Cunha, 2001). Este último foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, inclusive no Brasil.

2.4.2 Epilepsia e Depressão

A associação entre depressão e epilepsia vem sendo descrita desde a Antigüidade. Hipócrates (400 AC) sugeriu uma relação bidirecional quando descreveu “melancólicos freqüentemente tornam-se epiléticos, e epiléticos tornam-se melancólicos: o que determina a preferência é a direção que a doença toma; se é levada em direção ao corpo, é epilepsia, se sobre a inteligência, é melancolia” (Kanner e Barry, 2003).

Galeno (129-216 DC) citado por Gilliam, (2002) escreveu um tratado intitulado “Epilepsia e Melancolia” no qual enfatiza que a principal manifestação de ambos os transtornos iniciava no cérebro e poderia ter causas subjacentes comparáveis. Os transtornos depressivos representam a comorbidade psiquiátrica

mais freqüente na epilepsia (Kanner e Palac, 2000; Marchetti e Yacubian, 2001; Marchetti et al., 2005).

A prevalência de depressão ou de transtornos depressivos é de cerca de 10 a 20% nos pacientes com crises controladas, e de 20 a 60% naqueles com epilepsia refratária (Kanner e Palac, 2000).

Entretanto, algumas séries demonstram 80% de sintomas de depressão, enquanto a depressão endógena ocorre em 40% dos pacientes em alguns centros de epilepsia (Mendez et al., 1986; Robertson et al., 1987). Apesar de sua elevada prevalência, os transtornos depressivos continuam, no entanto, pouco diagnosticados e tratados. Uma razão importante para esta falha de percepção é a concepção pelos pacientes e médicos de que os epiléticos apresentam um processo reativo às doenças crônicas que é “normal” pelas dificuldades e obstáculos que enfrentam na vida. Esta “normalidade” determina que o paciente e seus familiares não valorizem as informações a respeito dos sintomas e, em consequência disso, não relatam as informações aos médicos. O médico, por sua vez, falha em não perguntar sobre eles (Kanner e Barry, 2003).

As estatísticas devem ser interpretadas com cuidado, pois os métodos na detecção de sintomas psiquiátricos e o tipo de pacientes incluídos num estudo variam muito. Alguns investigadores têm os dados derivados de questionários, auto-aplicável pelos pacientes, enquanto outros têm seus dados a partir de entrevistas psiquiátricas padronizadas. Estudos realizados em centros especializados, que atraem pacientes mais graves, poderiam relatar alta prevalência de transtornos mentais o que não poderia ser generalizado. Mesmo sabendo de elevada freqüência de sintomas de depressão e de transtornos depressivos em

pacientes com epilepsia, a verdadeira prevalência e incidência dos diferentes tipos de transtornos afetivos não estão bem estabelecidas (Kanner e Palac, 2000).

Kanner e Palac (2000) estabelecem algumas relações entre depressão e epilepsia, e consideram que há um impacto negativo do não-tratamento dos transtornos de humor na QV, independentemente da gravidade das convulsões; a depressão e a epilepsia poderiam ter mecanismos fisiopatológicos comuns; a depressão é muito freqüente em distúrbios neurológicos crônicos (esclerose múltipla, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral [AVC] e epilepsia); a depressão influencia na QV destas situações crônicas e, além disso, não é adequadamente diagnosticada e tratada nestes casos.

Os distúrbios neurológicos aumentam o risco de depressão, mas a depressão aumenta o risco de desenvolvimento de outros distúrbios neurológicos como epilepsia e o AVC (Kanner e Barry 2003; Kanner, 2003).

Pacientes com epilepsia têm mais elevada prevalência de transtornos depressivos do que a população em geral, mas a relação entre a freqüência de convulsões e a depressão não estão bem estudadas.

O questionário BDI foi utilizado para avaliar sintomas de depressão em 143 pacientes com epilepsia em tratamento ambulatorial. Os pacientes livres de convulsões por mais de seis meses eram considerados como não intratáveis (Attarian et al., 2003).

- 36% eram não-intratáveis e não-deprimidos
- 43% eram intratáveis e não-deprimidos
- 10% eram intratáveis e depressivos
- 11% eram não-intratáveis e depressivos

Os pacientes com epilepsia têm alta prevalência de depressão, quando comparados com a população em geral, mas a intratabilidade das crises convulsivas não parece ser um fator de risco independente para a ocorrência de depressão. Não houve correlação entre a gravidade da depressão e a frequência mensal de convulsões. O estudo de Attarian et al. (2003) não demonstra estes fatos, pois os que têm pelo menos seis meses livres de convulsões não estão protegidos da depressão, e a frequência das convulsões não se correlaciona com a gravidade da depressão. Pacientes com epilepsia intratável têm piores escores de QV do que os livres de convulsões. Assim, vários estudos demonstram que é a presença de depressão que contribui para os baixos índices de QV, independentemente da frequência e gravidade das crises convulsivas (Attarian et al., 2003).

A depressão contribui de maneira significativa para uma QV prejudicada, mesmo após o controle da gravidade da doença, ainda é um fator preditivo de piora neurológica e de aumento da taxa de mortalidade (Kanner e Barry, 2003).

As manifestações psiquiátricas na epilepsia têm etiologia multifatorial, podem estar associadas a fatores neurológicos, psicossociais e iatrogênicos. A comorbidade psiquiátrica exige a interação de fármacos, mas existe o receio de que ela possa induzir a *neocrises* epiléticas nos pacientes (Fitzmann e Gomes, 2001).

Hecimovic et al. (2003) apresentam dados sobre os mecanismos fisiopatogênicos das depressões em geral e na epilepsia. Estudos epidemiológicos recentes indicam que 10 a 20% dos pacientes com epilepsia controlada e 20 a 60% com crises recorrentes têm transtornos depressivos. Estes autores revisam dados da teoria monoaminérgica da depressão, incluindo distúrbios neuroendócrinos e a sua possível associação com modificações volumétricas de várias estruturas

neuroanatômicas (amígdala, hipocampo, córtex pré-frontal) que foram identificadas em pacientes com depressão maior (Hecimovic et al., 2003).

Na direção inversa, a relação de epilepsia e depressão foi relatada por Kanner e Palac (2000) com aumentado risco de pacientes com depressão desenvolverem epilepsia posteriormente à primeira crise (16%). Segundo Forsgren e Nystrom (1999), a depressão precede a primeira crise não provocada sete vezes mais nos pacientes do que nos controles. Nos pacientes com convulsão focal, a história de depressão é dezessete vezes mais freqüente que nos controles.

Vários autores têm discutido a relação multifatorial entre a depressão e a epilepsia. Nela, podem incluir fatores genéticos, iatrogênicos, endógenos e o processo adaptativo (mal adaptativo). Recentemente foi sugerida a possível interação bidirecional entre a epilepsia e a depressão, conforme intuíram Hipócrates e Galeno. Tais estudos tentam correlacionar de maneira significativa a estreita relação entre distúrbios depressivos e epilepsia, sugerindo a possibilidade de um mecanismo patogênico comum atuando em ambos os transtornos (Kanner e Palac, 2000; Gillian e Kanner, 2002), explicando assim a alta taxa de comorbidades entre estes dois transtornos (Jobe, 2003; Kanner e Balabanov, 2002; Kanner e Barry, 2003).

O diagnóstico de transtornos depressivos em pacientes com epilepsia requer um alto grau de suspeição, pois eles podem ter formas atípicas em epiléticos e diferentes em pacientes não-epilépticos. Os transtornos depressivos podem ser classificados de acordo com a relação temporal entre o início dos sintomas psiquiátricos e a ocorrência da crise ictal (os sintomas depressivos são a manifestação clínica da crise), perictal (os sintomas precedem e/ou são seguidos

pela crise) e interictal (sintomas ocorrem independentemente da ocorrência das crises) (Kanner e Palac, 2000).

Loring et al. (2004) relatam que a depressão está associada à diminuição da QV nos pacientes epiléticos e à contribuição relativa dos aspectos específicos da epilepsia, assim como as variáveis clínicas e cognitivas da QV não foram investigadas simultaneamente. Uma bateria de testes, incluindo o BDI, EFA *Concerns Index*, MMPI-2, QOLIE-89, WAIS-III e o *Selective Reminding*, foram administrados em 115 epiléticos candidatos à cirurgia com escala de QI normal e observaram nas análises regressivas que os sintomas de depressão, refletidos pelo BDI ($R^2=0,45$) em uma escala de Depressão MMPI-2 ($R^2=0,36$) são fortes preditores de QV. Quando o BDI e EFA *Concerns Index* estão combinados em uma mesma regressão, ambas continuam a contribuir significativamente para o escore total da QV (QOLIE-89), com ambas as variáveis contribuindo com 61% de variância (Loring et al., 2004).

Embora os pacientes com convulsões em idades mais avançadas tenham QV pior, e pacientes com nível mais elevado de instrução apresentem melhores escores de QV, nenhum fator foi relacionado com QV após considerar os efeitos das variáveis psicológicas e condições relacionadas com epilepsia. Através das múltiplas determinantes de QV, sintomas de depressão e convulsões são os fatores mais importantes que afetam QV em pacientes com epilepsia intratável.

O efeito dos sintomas depressivos na QV em epilepsia é muito forte e diversos relatos demonstram cerca de 50% de variância, quando comparados com medidas de QV formais (Boylan et al., 2004; Cramer et al., 2003; Perrine et al., 1995).

Gilliam et al. (1999) observaram que a presença de depressão foi o mais forte preditor clínico da auto-avaliação do seu próprio estado de saúde por pacientes com cirurgia do lobo temporal. Em outro estudo com 194 pacientes com epilepsia refratária, encontrou forte correlação entre o questionário BDI e o baixo escore de QV, entretanto falhou em encontrar correlação entre o tipo e a frequência mensal de convulsões com os escores de QV. Igualmente, Lehrner et al. (1999) verificaram em 56 pacientes com epilepsia do lobo temporal que a depressão era o elemento simples mais importante como preditor para cada domínio da QV relacionado à saúde, mesmo após o controle das crises convulsivas.

Perrine et al. (1995), ao estudarem 257 pacientes epiléticos e selecionarem as relações das funções neuropsicológicas com a QV relacionada à saúde, concluíram que o humor apresenta a mais elevada correlação com a escala de QV e foi o mais poderoso preditor em análise de regressão da QV.

O uso de questionários de QV e o inventário de avaliação de sintomas de depressão, nos quais o preenchimento da auto-avaliação é feito com lápis e papel, é problemático e pode resultar em efeitos de confusão, de efetividade e erros de respostas associados à depressão. Uma avaliação da depressão em epilepsia deveria contemplar medidas mais objetivas e menos sujeitas a erros (Hermann, Seidenbergen e Bell, 2000).

A avaliação das condições dos pacientes com ER quanto a sua QV e outras condições psicossociais no período pré-operatório da cirurgia da epilepsia é um marco relevante, pois é o parâmetro que balizará o efeito positivo da melhora da QV após o procedimento cirúrgico; que ditará a perspectiva da relação doente/família após a cirurgia, que contará os ganhos que terá na sua vida após o

controle das crises; que dirá da eficácia do procedimento médico realizado a curto e longo prazo na visão do paciente, dos seus familiares e da equipe terapêutica.

Ressalta-se destacar a importância de identificar os aspectos de QV e a possível interação com os sintomas depressivos, a fim de identificar os desajustes psicossociais e comportamentais e, assim, auxiliar e encaminhar estes pacientes à investigação, tratamento e acompanhamento especializado, buscando de forma mais efetiva um bom prognóstico após a cirurgia, na QV e no bem-estar em geral, pois o conhecimento pré-cirúrgico da situação do paciente é a base do estabelecimento do impacto da diferença mensurável da melhoria da QV e das condições psicossociais após o procedimento terapêutico.

Visto que o assunto é bastante discutido e existem muitos enfoques a serem desenvolvidos sobre este tema, nosso objetivo principal neste trabalho foi estudar os aspectos relacionados à qualidade de vida e aos sintomas de depressão dos pacientes com epilepsia refratária hospitalizados e com perspectiva imediata de tratamento cirúrgico e em acompanhamento ambulatorial com perspectiva remota de tratamento cirúrgico. Além disso, foram investigadas possíveis associações entre essas variáveis e as diferenças entre os grupos com perspectiva de tratamento cirúrgico.

Perspectiva com o Tratamento Cirúrgico

A perspectiva do tratamento cirúrgico pode desencadear sintomas de depressão relacionados à incerteza do sucesso do tratamento, à “mutilação” cerebral e suas seqüelas e à incerteza de viver sem convulsões e ter um período de reeducação e ajustamento com a possibilidade de perda de superproteção familiar (Wilson et al., 2001).

O controle das crises pela cirurgia não elimina automaticamente os padrões de comportamento nem altera as relações sociais e familiares previamente estabelecidas com a doença (Wilson et al., 2001).



3 OBJETIVOS



3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida e os sintomas depressivos em pacientes com epilepsia refratária à terapêutica medicamentosa com proposta de tratamento cirúrgico imediato (hospitalizados) ou remoto (ambulatoriais).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Avaliar a QV por meio da aplicação do Questionário de Qualidade de Vida 65, nos pacientes com epilepsia refratária.
- 2) Verificar as possíveis diferenças na qualidade de vida entre os pacientes com epilepsia refratária hospitalizados e em atendimento ambulatorial.
- 3) Verificar a existência e possíveis diferenças nos sintomas depressivos entre os dois grupos de pacientes pelo Inventário de Depressão de Beck.
- 4) Correlacionar a qualidade de vida com os sintomas de depressão.



4 CASUÍSTICA E MÉTODOS



4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, inferencial e comparativo entre duas amostras independentes.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por pacientes com epilepsia, refratários ao tratamento medicamentoso.

A amostra constituiu-se de pacientes epiléticos refratários ao tratamento medicamentoso. Tais pacientes, de ambos os gêneros, encontravam-se hospitalizados ou em tratamento ambulatorial, no período de novembro de 2002 a abril de 2004, no Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas da PUCRS, eram candidatos à cirurgia da epilepsia e foram tomados aleatoriamente por amostragem sistemática. Foram avaliados pelos instrumentos (QQV-65 e BDI) 127 pacientes, dos quais, 99 foram selecionados para este estudo, por terem preenchido o questionário QQV-65 e 94 o BDI de forma completa (Tabela 3). A amostra foi dividida em dois grupos:

- Grupo 1 (G1): pacientes refratários ao tratamento medicamentoso, hospitalizados para investigação e possível tratamento cirúrgico imediato da epilepsia (1-2 semanas);

- Grupo (G2): pacientes refratários ao tratamento medicamentoso e em acompanhamento ambulatorial, com perspectiva remota de tratamento cirúrgico da epilepsia (6-12 meses);

Nesta pesquisa, os pacientes cirúrgicos com perspectiva imediata de realizar o procedimento cirúrgico e hospitalizados serão referidos como **G1**. Os pacientes com perspectiva remota de realizar o procedimento cirúrgico e em acompanhamento ambulatorial serão referidos como **G2**.

Tabela 3: Número de pacientes (**G1 e G2**) que responderam aos questionários.

	Total = 99	G1 = 66	G2 = 33
QQV 65	99	66	33
BDI	94	61	33

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a inclusão na pesquisa, os pacientes deveriam preencher os critérios abaixo:

1. ter diagnóstico médico de epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso, hospitalizados para investigação e candidatos à cirurgia da epilepsia, admitidos no Programa de Cirurgia da Epilepsia (PCE) do Hospital São Lucas da PUCRS;
2. ter diagnóstico médico de epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso, aguardando a cirurgia da epilepsia, em um período

aproximado de 6 a 12 meses, acompanhados no ambulatório do Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas (SN HSL) da PUCRS;

3. ter idade mínima de 18 anos;
4. ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em participar do estudo e de seus procedimentos.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que preencheram os seguintes critérios:

1. ter QI (Quociente de Inteligência) estimado abaixo de 69;
2. não preencheram os questionários de forma completa;
3. ter ER sem indicação de tratamento cirúrgico.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O QI estimado foi obtido pelos subtestes vocabulário e cubos do WAIS-R. (*Weschler Adult Intelligence Scale - revised.*). O escore médio de todos os pacientes variou de médio inferior à médio (80-109).

Foram aplicados questionários específicos para avaliar a QV e os sintomas de depressão, durante a investigação neuropsicológica no período pré-cirúrgico e durante as consultas ambulatoriais. Os questionários foram preenchidos pelos pacientes e, quando necessário, com auxílio de um integrante da equipe de neuropsicologia.

4.5.1 Avaliação da Qualidade de Vida

Questionário de Qualidade de Vida 65 (QQV-65)

Elaborado por Souza (2001), a partir dos trabalhos de Vickrey et al. (1992), Devinsky et al. (1995) e O'Donoghue et al. (1998), este questionário consta de duas partes. A primeira compreende os dados dos pacientes (gênero, idade atual, idade de início das crises, estado civil, atividade ocupacional/emprego e escolaridade).

A segunda parte do QQV-65 refere-se ao instrumento propriamente dito. São 65 questões que investigam a QV do paciente com epilepsia (Anexo A).

São avaliados os aspectos:

➔ percepção de saúde (11 itens) - questões 1 a 11

As questões envolvem a percepção do paciente em relação a sua saúde geral, comparando-a com a situação de um ano atrás, em relação às áreas que poderiam estar mais prejudicadas pela epilepsia (escola, saúde física, emocional, relacionamento social, trabalho, lazer), relacionamento afetivo, vida familiar, trabalho ou estudo, vida social e satisfação com a vida.

➔ físico (6 itens) - questões 12 a 17

As questões contemplam a sensação de bem-estar físico e os problemas como dano ou dor. Em relação a isso, foram avaliados os níveis de interferência e os empecilhos conseqüentes na realização de tarefas do dia-a-dia, de autocuidado, e nos graus de satisfação com a saúde.

➔ social (18 itens) – questões 18 a 35

As questões referem-se à satisfação com a vida familiar e fora do círculo familiar, relacionamento afetivo-sexual, interações sociais, suporte familiar, sentimento de solidão e rejeição, interferência nas atividades de trabalho, estudo ou lazer, satisfação com ocupações diárias, e problemas na direção automobilística.

➔ emocional (12 itens) – questões 36 a 47

As questões referem-se a sentimentos e sensações como interesse, ânimo, chateação, satisfação, tristeza, felicidade, cansaço, orgulho, dependência, calma e tranquilidade.

➔ locus de controle (6 itens) - questões 48 a 53;

As questões referem-se às dificuldades na resolução dos problemas e no controle sobre a vida, sobre a doença e sobre as dificuldades em realizar tarefas com outras pessoas. É uma variável explicativa das percepções das pessoas sobre o controle exercido em eventos nos quais se envolvem. Pode ser definido como a discriminação do indivíduo diante do seu poder de controlar ou não os eventos segundo sua percepção. Ele responde seletivamente à própria percepção, de forma compatível com o grau de controle que supõe ter.

➔ autoconceito (8 itens) - questões 54 a 61

As questões referem-se ao autoconceito de uma pessoa normal, capaz de ter ambição, preocupações com a possibilidade de crises futuras,

com o contato com o público, devido à epilepsia e com o tempo de uso de medicações. Além disso, valoriza a autopercepção em relação ao número de crises e em relação aos outros.

➔ cognitivo (4 itens) - questões 61 a 65

As questões referem-se aos déficits de memória, de atenção, de fala, de linguagem e ao grau de interferência no trabalho ou estudo dos entrevistados.

Além de o questionário avaliar os aspectos separadamente, pode ser investigado a QV a partir de um escore total. Este resultado é a soma de todos os itens listados acima.

O cálculo dos resultados do QQV-65 está apresentado em anexo, a partir dos escores por aspectos e total (Anexo B).

Algumas questões, por apresentarem a pergunta em forma de negação, recebem o valor invertido para representar o bem-estar em relação à QV.

Aspectos:

- ➔ percepção de saúde: questões 4 e 5;
- ➔ físicos: questões 13 a 16;
- ➔ sociais: questões 21,25 a 30, 33 e 35;
- ➔ emocionais: questões 37,40,42,43,45 e 46;
- ➔ locus de controle: questões 48 a 52;
- ➔ autoconceito: questões 57 a 61;
- ➔ cognitivos: questões 62 a 65.

O cálculo das questões “saúde 4 e 5” é realizado a partir da média de seus subitens.

Todos os itens são transformados linearmente em escalas de 0-100 pontos, com altos valores representando melhor índice de bem-estar.

Segundo Souza (2001), o questionário no Brasil procurou considerar as limitações lingüísticas identificadas em estudos anteriores, relativas às dificuldades de compreensão das questões, relacionadas à dificuldade na discriminação de diferentes intensidades de respostas e déficits de escolaridade. Dessa forma, o questionário resolveu essas dificuldades através de uma validação semântica, bem como igualou as intensidades de respostas.

4.5.2 Avaliação dos Sintomas de Depressão

Inventário de Depressão de Beck- BDI (*Beck Depression Inventory*)

Originalmente criado por Beck e colegas em 1961 e revisado em 1979 e 1982, o BDI é um instrumento para medida da intensidade de sintomas da depressão, não sendo utilizado para diagnóstico de quadros específicos, e sim uma medida escalar, com itens descritivos de atitudes e sintomas que podem ser encontrados em diferentes categorias nosológicas. Pode oferecer importantes subsídios do ponto de vista clínico, não só pelo nível em que recai o escore total, mas em relação ao conteúdo específico da configuração assumida pelos itens assinalados, que revela o padrão sintomático que o examinando descreve (Cunha, 2001).

O BDI é uma escala de auto-relato, que consta de 21 itens, cada um com quatro alternativas de resposta, subentendendo graus crescentes de gravidade da

depressão, com escores de 0 (normal) a 3 (mais grave). O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens e permite a classificação de níveis de intensidade da depressão (escore máximo= 63). Assim sendo, quanto maior o resultado, maior o grau de depressão. Os itens foram selecionados com base em observações e relatos de sintomas e atitudes mais frequentes em pacientes psiquiátricos, com transtornos depressivos, e não foram escolhidos para refletir qualquer teoria de depressão, em particular (Beck e Steer, 1993) (Anexo C).

Os itens do BDI se referem a

- 1) tristeza;
- 2) pessimismo;
- 3) sentimento de fracasso;
- 4) insatisfação;
- 5) culpa;
- 6) punição;
- 7) auto-aversão;
- 8) auto- acusações;
- 9) idéias suicidas;
- 10) choro;
- 11) irritabilidade;
- 12) retraimento social;
- 13) indecisão;
- 14) mudança na auto-estima;
- 15) dificuldade de trabalhar;
- 16) insônia;
- 17) fatigabilidade;

- 18) perda de apetite;
- 19) perda de peso;
- 20) preocupações somáticas;
- 21) perda da libido.

Segundo o manual da versão em português (Cunha, 2001), os pontos de corte, calculados com base nos dados de pacientes aos quais foi apresentada a versão do BDI em português, são mais elevados do que os apresentados no Manual de 1993, e constam na Tabela 4.

Instruções dadas aos pacientes para o preenchimento do BDI:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, 3) próximo à afirmação que descreve *a melhor* maneira que você tem se sentido na *última semana, incluindo hoje*. Se várias informações parecerem aplicar igualmente bem, faça um círculo em torno de cada uma. *Tome cuidado de ler todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer a sua escolha*”

Tabela 4: Níveis de escores do BDI.

<i>Nível</i>	<i>Escore</i>
Mínimo	0-11
Leve	12-19
Moderado	20-35
Grave	36-63

Para análise dos resultados das comparações múltiplas entre os escores de QV pelo QQV-65 e os níveis de escores de sintomas de depressão pelo BDI, em relação aos grupos 1 e 2, consideramos o nível de escore mínimo de BDI como normal, e para a presença de sintomas depressivos, os escores leve, moderado e grave como alterado (Tabela 5).

Tabela 5: Níveis de classificação dos escores do BDI categorizados.

<i>Nível</i>	<i>Escore</i>
Mínimo =Normal	0-11
Leve, moderado, grave =Alterado	12-63

4.5.3 Aplicação dos Instrumentos de Coleta de Dados

As aplicações dos instrumentos deste estudo ocorreram em uma sala, onde o examinando pudesse estar concentrado para a leitura. Foram verificadas as condições de compreensão da leitura e solicitado que, se ficasse em dúvida com alguma resposta, pulasse a questão para ser perguntado e auxiliado pelo examinador posteriormente.

A estimativa de tempo de administração dos questionários foi em torno de 10 a 15 minutos para BDI e, para o QQV-65, aproximadamente, 30 a 45 minutos.

4.6 VARIÁVEIS

Foram consideradas como variáveis preditoras a situação de estar hospitalizado para possível tratamento cirúrgico da epilepsia ou estar em

acompanhamento ambulatorial; e como variáveis de desfecho, a qualidade de vida e os sintomas de depressão.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados em planilhas Excel e transportados para planilhas SPSS, versão 11.5, autorizada pela PUCRS.

As variáveis categóricas são apresentadas de forma tabular e gráfica e descritas com base na frequência absoluta e percentagens. As variáveis quantitativas são descritas em função da média e desvio padrão.

As relações entre os escores de QV e BDI, em função da natureza das variáveis, foram estimados pelo coeficiente de correlação *rho de Spearman* e *r de Pearson*. As associações entre as variáveis categóricas (gênero, problema ao dirigir, atividade ocupacional/emprego em relação ao grupo) foram apresentadas em tabelas de contingência e avaliadas pelo teste de associação *Qui-quadrado* (χ^2).

Para comparar o grau de instrução dos pacientes em relação ao grupo foi empregado o Teste não-paramétrico Mann-Whitney.

As médias de idade atual e de início das crises, em relação à variável grupo, foram avaliadas através do Teste T.

Para avaliar a interação entre grupo e BDI (normal e alterado) em relação a média de QV e seus aspectos foi utilizada a Análise de Variância Múltipla. Sempre que significativa, a interação entre grupo e BDI, o Teste de Comparações Múltiplas de Tukey foi empregado como complemento.

Em todos os casos, os resultados foram considerados significativos quando $p \leq 0,05$.

5 ASPECTOS ÉTICOS

5 ASPECTOS ÉTICOS

Aos pacientes ou responsáveis, foi apresentado o termo de consentimento informado (Anexos D e E), esclarecendo-os quanto aos objetivos e às implicações do estudo.

Todos os pacientes incluídos no estudo, após a aceitação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, através do qual se dispuseram a participar do estudo e de seus procedimentos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, conforme ofício nº496/02-CEP.

6 RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Ao longo do período da pesquisa foram analisados os dados da QV obtidos de 99 pacientes, sendo 66 hospitalizados com proposta de tratamento cirúrgico imediato para epilepsia (**G1**) (Anexo F) e 33 pacientes em acompanhamento ambulatorial com proposta de tratamento cirúrgico remoto para epilepsia (**G2**) (Anexo G), conforme a Tabela 6. Os dados do BDI foram coletados em 94 pacientes.

Tabela 6: Caracterização dos pacientes com ER e sua divisão em grupos.

<i>Variáveis</i>	<i>Grupo geral (n=99)</i>	<i>G1 (n=66)</i>	<i>G2 (n=33)</i>
<u>Gênero</u>			
Masculino	60 (60,6%)	42 (63,6%)	18 (54,5%)
Feminino	39 (39,4%)	24 (36,4%)	15 (45,5 %)
Teste χ^2 : p=0,469			
<u>Idade atual (média em anos)</u>	34,03 $\pm$ 11,22 DP	32,26 $\pm$ 8,72 DP	37,58 $\pm$ 14,54 DP
Teste T: p=0,06			
<u>Idade início de crises (média em anos)</u>	11,41 $\pm$ 8,82 DP	9,18 $\pm$ 7,14 DP	15,88 $\pm$ 10,21 DP
Teste T: p<0,001			
<u>Estado civil</u>			
Solteiro	60 (60,6%)	45 (68,2%)	15 (45,5%)
Casado	32 (32,3%)	19 (28,8%)	13 (39,4%)
Separado/divorciado	6 (6,1%)	2 (3%)	4 (12,1%)
Viúvo	1 (1%)	0 (0%)	1 (3,0%)
<u>Atividade ocupacional/emprego (qualquer atividade remunerada)</u>			
Sim	41 (42,3%)	27 (40,9%)	14 (45,2%)
Não	56 (57,7%)	39 (59,1%)	19 (54,8%)
Teste χ^2 : p= 0,693			
<u>Escolaridade</u>			
Ensino Fundamental incompleto	49 (49,5%)	36 (54,5%)	13 (39,4%)
Ensino Fundamental completo	16 (16,2%)	9 (13,6%)	7 (21,2%)
Ensino Médio incompleto	10 (10,1%)	6 (9,1%)	4 (12,1%)
Ensino Médio completo	15 (15,2%)	8 (12,1%)	7 (21,2%)
Ensino Superior incompleto	6 (6,1%)	5 (7,6%)	1 (3,0%)
Ensino Superior completo	3 (3,0%)	2 (3,0%)	1 (3,0%)
Teste não paramétrico Mann-Whitney: p=0,293			

DP= Desvio Padrão

p: nível mínimo de significância

A seguir serão apresentados os resultados obtidos nesta pesquisa a partir das variáveis estudadas.

6.2 QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ER

Na Tabela 7, mostramos as médias e Desvio Padrão (DP) dos escores de QV total e por aspectos a partir do QQQ-65 em todos os pacientes do estudo. O escore médio total para todos os pacientes foi de $53,2 \pm 17,9$ DP (variação de escores entre 18,35 a 88,83), independente do grupo. Observamos que o aspecto social ($M=48,69 \pm 19,42$ DP) aparece com o menor valor médio.

Conforme já foi explicitado, o escore de cada aspecto de QV pode variar numa escala de 0 (pior possível) a 100 (melhor possível) sendo que quanto mais próximo de 100, melhor a QV e bem-estar (Anexo H).

Tabela 7: Descrição dos escores de QV total e por aspectos, independente do grupo.

	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
PERCEPÇÃO DE SAÚDE	49,20	19,03	13,64	90,66
FÍSICO	50,56	24,67	0,00	88,89
SOCIAL	48,69*	19,42	11,11	96,30
EMOCIONAL	54,29	19,42	11,11	86,11
LÓCUS DE CONTROLE	59,70	21,66	0,00	100,00
AUTOCONCEITO	55,13	20,11	4,17	95,83
COGNITIVO	54,88	32,16	0,00	100,00
QUALIDADE DE VIDA TOTAL	53,21	17,19	18,35	88,83

Total de pacientes igual a 99

*menor escore médio em todos os pacientes entre os aspectos de QV

A observação dos escores de QV total verificados na população de pacientes, independentemente do grupo e do gênero, demonstra que em todos os aspectos houve associação significativa e direta, ao nível de $p < 0,01$ (Tabela 8).

Tabela 8: Matriz de Correlação de Pearson entre as variáveis de QV total e por aspectos na população dos pacientes independente do grupo.

		<i>QUALIDADE DE VIDA TOTAL</i>	<i>SAÚDE</i>	<i>FÍSICO</i>	<i>SOCIAL</i>	<i>EMO- CIONAL</i>	<i>LÓCUS CON- TROLE</i>	<i>AUTO CON- CEITO</i>	<i>COG- NITIVO</i>
QUALIDADE DE VIDA TOTAL	Correlação de Pearson	1,000							
PERCEPÇÃO DE SAÚDE	Correlação de Pearson	,830*							
FÍSICO	Correlação de Pearson	,736*	,608*						
SOCIAL	Correlação de Pearson	,855*	,772*	,585*					
EMOCIONAL	Correlação de Pearson	,752*	,679*	,466*	,692*				
LÓCUS DE CONTROLE	Correlação de Pearson	,759*	,539*	,455*	,566*	,539*			
AUTO CONCEITO	Correlação de Pearson	,692*	,442*	,452*	,498*	,362*	,525*		
COGNITIVO	Correlação de Pearson	,772*	,533*	,405*	,582*	,445*	,506*	,485*	1,000

n= 99 pacientes

*Todas as correlações foram significativas ao nível de 1%($p < 0,01$)

A Tabela 9 mostra a frequência de uma questão importante dentro do contexto de QV, relacionada ao empecilho que a epilepsia pode causar nos pacientes para dirigir veículos automotores.

Tabela 9: Questão destacada do QQV-65 relacionada à direção de veículos automotores.

<i>QQV-65 questão 35</i> <i>A epilepsia pode impedir as</i> <i>peçoas de dirigir.</i> <i>A epilepsia, para você, causa</i> <i>problemas para dirigir?</i>	<i>Total</i>	<i>G1</i>	<i>G2</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
1 muitíssimo	48 (48,5%)	36 (36,4%)	12 (12,1%)
2 bastante	18 (18,2%)	12 (12,1%)	6 (6,1%)
3 um pouco	9 (9,1%)	5 (5,1%)	4 (4,0%)
4 não	24 (24,2%)	13 (13,1%)	11 (11,1%)
Total	99 (100,0%)	66 (66,7%)	33 (33,3%)
Teste Não-paramétrico Mann-Whitney p=0,297 n= 99 pacientes			

6.3 DIFERENÇAS ENTRE O **G1** E **G2**

Apresentamos na Tabela 10 os escores de QV total, salientando as diferenças entre os grupos **G1** e **G2**.

Analisando estes escores por grupo, observamos uma variação semelhante à média total dos indivíduos no **G1** (18,35 a 82,34, M= 49,05± 14,80 DP). No entanto, no **G2**, a variação foi de 21,66 a 88,83 (M= 61,53± 18,80 DP), mostrando escores médios maiores neste grupo, mais próximos do limite superior da escala.

Tabela 10: Escores de QV total e diferenças entre *G1* e *G2*.

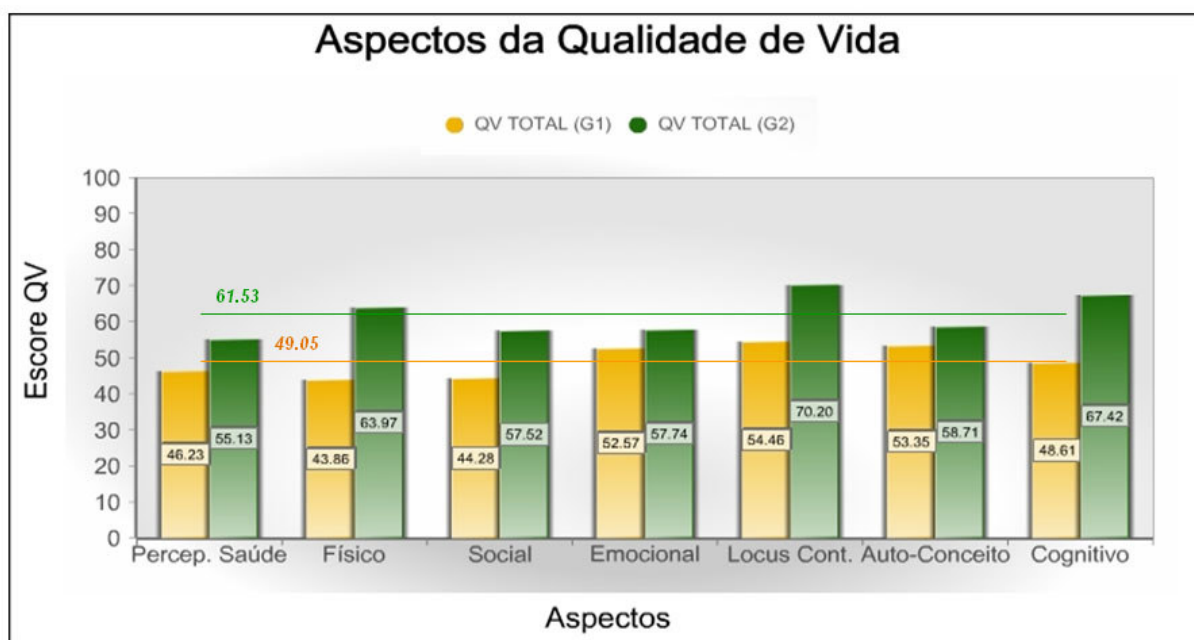
<i>Grupos</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>G1</i>	66	49,05	14,80	18,35	82,34
<i>G2</i>	33	61,53	18,80	21,66	88,83
Total	99	53,21	17,19	18,35	88,83

p<0,001

n= n° de pacientes

As diferenças entre os escores médios de QV total se mostraram altamente significativas quando comparados os dois grupos p<0,001.

O Gráfico 1 mostra a representação gráfica dos escores médios dos aspectos da QV de todos os pacientes com ER.



n= 99 pacientes

Gráfico 1: Representação gráfica dos escores de QV dos pacientes estudados segundo os aspectos de QV, nos dois grupos de pacientes.

Na Tabela 11 analisamos os dados dos aspectos de QV em relação aos dois grupos.

Tabela 11: Descrição dos aspectos de QV relacionados aos grupos *G1* e *G2*.

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>p</i>
PERCEPÇÃO DE SAÚDE	G1	66	46,23	16,94	14,60	85,61	0,044
	G2	33	55,13	21,73	13,64	90,66	
	Total	99	49,20	19,03	13,64	90,66	
FÍSICO	G1	66	43,85	23,57	0,00	83,33	<0,001
	G2	33	63,97	21,38	11,11	88,89	
	Total	99	50,56	24,67	0,00	88,89	
SOCIAL	G1	66	44,27	16,79	11,11	90,74	0,001
	G2	33	57,51	21,49	12,96	96,30	
	Total	99	48,69	19,42	11,11	96,30	
EMOCIONAL	G1	66	52,56	19,36	11,11	86,11	0,213
	G2	33	57,74	19,37	11,11	86,11	
	Total	99	54,29	19,42	11,11	86,11	
LOCUS DE CONTROLE	G1	66	54,46	19,49	0,00	94,44	<0,000
	G2	33	70,20	22,25	27,78	100,00	
	Total	99	59,70	21,66	0,00	100,00	
AUTOCONCEITO	G1	66	53,34	19,17	4,17	87,50	0,212
	G2	33	58,71	21,73	8,33	95,83	
	Total	99	55,13	20,11	4,17	95,83	
COGNITIVO	G1	66	48,61	28,96	0,00	100,00	0,005
	G2	33	67,42	34,94	0,00	100,00	
	Total	99	54,88	32,16	0,00	100,00	
QUALIDADE DE VIDA TOTAL	G1	66	49,05	14,80	18,35	82,34	<0,001
	G2	33	61,53	18,80	21,66	88,83	
	Total	99	53,21	17,19	18,35	88,83	

n= nº de pacientes

p= nível mínimo de significância do Teste T

Analisando os aspectos de QV separadamente, o locus de controle mostrou maior escore em ambos os grupos (*G1* e *G2*) com $M=54,46 \pm 19,49$ DP e $M=70,20 \pm 22,25$ DP respectivamente.

Nos pacientes do *G1*, o aspecto físico foi o que teve índices mais baixos ($M=43,85 \pm 23,57$ DP) e no *G2*, a percepção de saúde foi o aspecto com menor índice ($M=55,13 \pm 21,73$ DP) encontrado.

Através do teste T verificou-se que todos os aspectos de QV apresentam diferenças significativas ($p \leq 0,05$) quando comparados os dois grupos, com exceção dos aspectos emocional ($p=0,213$) e autoconceito ($p=0,212$).

6.4 SINTOMAS DE DEPRESSÃO NO TOTAL DE PACIENTES E NOS GRUPOS

A Tabela 12 é uma descrição com médias e desvio padrão dos escores do BDI em 94 pacientes (Anexos I e J).

O escore médio apresentado no BDI foi de $13,71 \pm 10,50$ DP. Na comparação entre os grupos, verificamos os escores médios do BDI no *G1* de $15,10 \pm 10,19$ DP e no *G2* de $M=11,15 \pm 10,74$ DP (Tabela 12). As diferenças entre as médias em *G1* e *G2* não se mostraram significativas ($p=0,082$).

Tabela 12: Escores de BDI nos grupos *G1* e *G2* e no total de pacientes.

<i>Grupos</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>G1</i>	61	15,10	10,19	0	43
<i>G2</i>	33	11,15	10,74	0	49
Total	94	13,71	10,50	0	49

$p=0,082$

A Tabela 13 apresenta a distribuição dos escores do BDI por níveis encontrados nos grupos *G1* e *G2*.

Tabela 13: Distribuição dos escores do BDI por níveis e suas respectivas porcentagens nos grupos **G1** e **G2**.

		<i>MÍNIMO</i>	<i>LEVE</i>	<i>MODERADO</i>	<i>GRAVE</i>	<i>Total (n)</i>
Grupos	G1	23 (37,7 %)	21 (34,4%)*	14 (23,0%)	3 (4,9%)	61
	G2	23 (69,7%)*	4 (12,4%)	5 (15,2%)	1 (3,0%)	33
Total		46	25	19	4	94

N= n° de pacientes

χ^2 : p= 0,025

* Análise de resíduos ajustados: p<0,05

Foram avaliadas as variações entre Grupo e nível de escore de BDI. Através do teste de Qui-quadrado complementado pela análise de resíduos ajustados, ao nível de significância de 5%, verifica-se uma associação do **G1** com o nível de sintomas leves de depressão e o grupo **G2** com nível mínimo de sintomas, ou seja, considerado normal.

A representação gráfica da associação entre os níveis de escores categorizados do BDI nos grupos está apresentada no Gráfico 2.

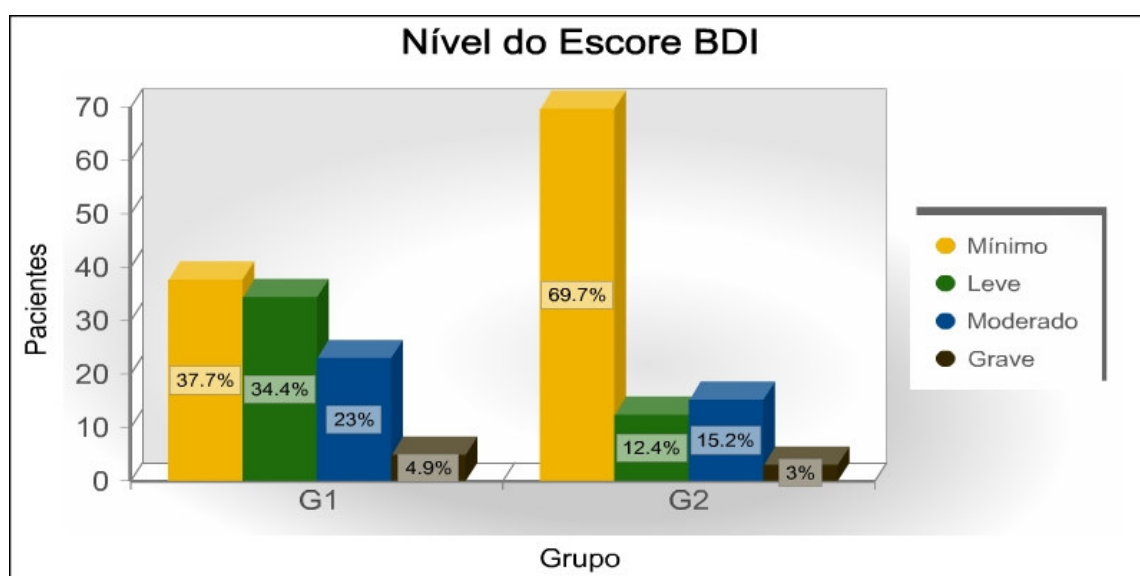


Gráfico 2: Porcentagem dos níveis de escores categorizados do BDI nos dois grupos.

Observou-se que as diferenças entre os dois grupos são pouco evidentes quando se avaliam sintomas de depressão pelo escore geral do BDI. No entanto, tornam-se mais evidentes quando comparados após a distribuição por níveis (mínimo, leve, moderado e grave).

Classificamos as categorizações dos escores do BDI, sintetizando a presença ou não de sintomas de depressão, considerando ausência de sintomas (mínimo) como normal, e a presença de sintomas (leve, moderado e grave) como alterado.

Quando classificamos a presença ou ausência de sintomas de depressão (Tabela 14), observamos que, no **G1**, 23 pacientes (37,7 %) apresentaram o nível mínimo de depressão (normal) contra a soma de 38 (62,3 %) com manifestação de nível leve a grave de sintomas de depressão.

No **G2**, o nível mínimo (normal) atingiu 69,7% (23 pacientes) contra a soma de 30,3% (10 pacientes) com manifestação de nível leve a grave de sintomas de depressão.

Tabela 14: Classificação quanto à presença ou ausência de sintomas de depressão nos grupos **G1** e **G2**.

		<i>NORMAL</i>	<i>ALTERADO</i>	<i>Total (n)</i>
<i>Grupos</i>	<i>G1</i>	23 (37,7 %)	38 (62,3%)	61
	<i>G2</i>	23 (69,7%)	10 (30,3%)	33
Total		46	48	94

χ^2 : p= 0,003

No Gráfico 3, podemos observar de forma mais evidente a distribuição (normal ou alterado) de sintomas de depressão nos dois grupos de pacientes.

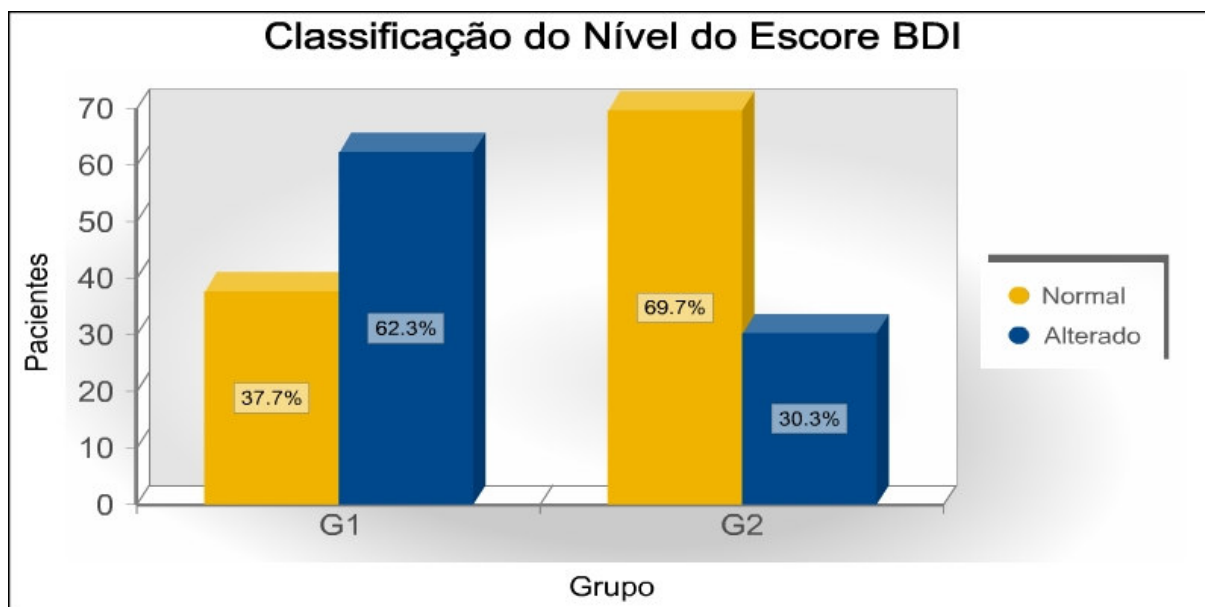


Gráfico 3: Porcentagens dos níveis de escores do BDI classificados quanto à presença ou não de sintomas de depressão em ambos os grupos

Analizamos, ainda, separadamente o item 9 do BDI referente à ideação suicida. Observou-se a presença de 12% do **G1** e um número maior (21%) em **G2**. (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição de frequência de respostas do item 9 do BDI (ideação suicida).

BDI item 9 Ideação suicida	Geral		Grupo			
	<i>N</i>	<i>%</i>	G1		G2	
			<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.	79	84,0	53	86,9	26	78,8
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.	8	8,5	5	8,2	3	9,1
2 Gostaria de me matar.	3	3,2	1	1,6	2	6,1
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.	4	4,3	2	3,3	2	6,1
Total	94	100,0	61	100,0	33	100,0

6.5 RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Sempre que relacionamos QV com BDI, as médias podem apresentar alguma alteração em relação aos resultados anteriormente apresentados em função da ausência da avaliação de cinco pacientes. Portanto, as próximas análises serão baseadas em apenas 94 pacientes.

Observou-se correlação significativa inversa moderada ($\rho = -0,704$; $p < 0,001$) entre QV total e escores do BDI nos pacientes da pesquisa.

A QV total, avaliada conjuntamente com a classificação dos níveis de escores de depressão categorizados, desde um nível mínimo (normal) à leve, moderado e grave (alterado), em relação ao **G1** e **G2** estão representadas nas Tabelas 16 a 18.

Tabela 16: Distribuição da média e do Desvio Padrão (DP) da QV total em relação aos grupos (**G1 e G2**) e à classificação normal e alterado do BDI.

BDI	QV total Grupo				Total	
	G1		G2		Média	DP
	Média	DP	Média	DP		
Normal	60.20 ^B	12.93	70.76 ^A	11.92	65.48	13.40
Alterado	45.16 ^C	11.07	40.31 ^C	13.89	44.15	11.72
Total	50.83	13.82	61.53	18.81	54.59	16.47

Médias seguidas de letras distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, complementada pelo Teste de Comparações Múltiplas de Tukey, ao nível de significância de 5%

$p = 0,309$ (grupo); $p < 0,001$ (BDI); $p = 0,007$ (grupo*BDI);

Verifica-se haver interação significativa entre Grupo e BDI, ou seja, no **G1** e no **G2** a média de QV das pessoas com BDI normal é significativamente maior do que entre os pacientes com BDI alterado. Entre os pacientes com BDI normal, a

média do **G1** é significativamente menor do que no **G2**, mas entre os pacientes com BDI alterado, esta diferença não é significativa.

Tabela 17: Distribuição da média e do Desvio Padrão (DP) dos aspectos percepção de saúde (a), físico (b), social (c), emocional(d) e autoconceito(e) da QV em relação aos grupos (**G1 e G2**) e à classificação normal e alterado do BDI.

Tabela 17a – Aspecto Percepção de saúde

BDI	Aspecto Percepção de saúde Grupo				Total	
	G1		G2			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Normal	59.08	13.48	64.53	17.45	61.81 ^A	15.66
Alterado	40.93	13.87	33.52	13.78	39.39 ^B	14.04
Total	47.78	16.25	55.13	21.73	50.36	18.58

p=0,773 (grupo); p<0,001 (BDI); p=0,062 (grupo*BDI);

Tabela 17b – Aspecto Físico

BDI	Aspecto Físico				Total	
	Grupo					
	G1		G2		Média	DP
	Média	DP	Média	DP		
Normal	52.90	21.18	67.15	20.30	60.02 ^A	21.74
Alterado	41.23	23.09	56.67	23.10	44.44 ^B	23.71
Total	45.63 ^b	22.93	63.97 ^a	21.39	52.07	23.96

p=0,004 (grupo); p =0,032 (BDI); p=0,907 (grupo*BDI);

Tabela 17c – Aspecto Social

BDI	Aspecto Social Grupo				Total	
	G1		G2			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Normal	57.57	14.95	66.02	17.07	61.80 ^A	16.43
Alterado	38.45	12.65	37.96	17.92	38.35 ^B	13.69
Total	45.66	16.37	57.52	21.50	49.82	19.09

p=0,252 (grupo); p<0,001 (BDI); p=0,199 (grupo*BDI);

Tabela 17d – Aspecto Emocional

BDI	Aspecto Emocional Grupo				Total	
	G1		G2			
	Média	DP	Média	DP	Media	DP
Normal	66.43	12.89	67.03	12.29	66.73 ^A	12.46
Alterado	47.15	17.80	36.39	15.46	44.91 ^B	17.74
Total	54.42	18.57	57.74	19.38	55.59	18.82

p=0,152 (grupo); p<0,001 (BDI); p=0,109 (grupo*BDI);

Tabela 17e – Aspecto Autoconceito

BDI	Aspecto Autoconceito Grupo				Total	
	G1		G2			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Normal	61.05	17.84	64.49	18.29	62.77 ^A	17.95
Alterado	51.75	17.59	45.42	24.09	50.43 ^B	19.01
Total	55.26	18.11	58.71	21.73	56.47	19.42

p=0,736 (grupo); p<0,001 (BDI); p=0,257 (grupo*BDI);

Médias seguidas de letras distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, complementada pelo Teste de Comparações Múltiplas de Tukey, ao nível de significância de 5%

Constatou-se não haver interação significativa entre Grupo e BDI. Independente do grupo, os pacientes com BDI normal apresentam média dos aspectos percepção de saúde, físico, social, emocional e autoconceito significativamente maior do que os pacientes com BDI alterado. E, no aspecto físico, independentemente da classificação normal ou alterado do BDI, o **G2** apresenta uma média significativamente maior do que no **G1**.

Tabela 18: Distribuição da média e do Desvio Padrão (DP) dos aspectos lôcus de controle(a) e cognitivo(b) da QV em relação aos grupos (**G1** e **G2**) e à classificação normal e alterado do BDI.

Tabela 18a – Aspecto *Locus* de controle

BDI	Aspecto Locus de controle Grupo				Total	
	G1		G2			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Normal	62.80 ^B	18.23	81.64 ^A	13.24	72.22	18.41
Alterado	51.02 ^{BC}	19.15	43.89 ^C	15.15	49.54	18.47
Total	55.46	19.52	70.20	22.26	60.64	21.60

p=0,145 (grupo); p<0,001 (BDI); p=0,002 (grupo*BDI);

Tabela 18b – Aspecto Cognitivo

BDI	Aspecto Cognitivo				Total	
	Grupo					
	G1	G2				
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Normal	61.59 ^B	25.96	84.42 ^A	22.93	73.01	26.83
Alterado	45.61 ^{BC}	26.90	28.33 ^C	24.91	42.01	27.18
Total	51.64	27.46	67.42	34.95	57.18	31.05

p=0,639 (grupo); p<0,001 (BDI); p=0,001 (grupo*BDI);

Médias seguidas de letras distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, complementada pelo Teste de Comparações Múltiplas de Tukey, ao nível de significância de 5%

Verifica-se interação significativa entre Grupo e BDI, ou seja, no **G1** não há diferença significativa entre a média dos aspectos Locus de controle e cognitivo, quando comparados os pacientes com BDI normal e alterado. No **G2**, os pacientes com BDI normal apresentam média significativamente maior do que entre os pacientes com BDI alterado. Entre as pessoas com BDI normal, a média do **G1** é significativamente menor nesses dois aspectos do que no **G2**.

7 DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

A epilepsia é uma síndrome complexa de elevada prevalência e que representa a expressão de inúmeros problemas neurológicos de maior ou menor gravidade. A evolução dos conhecimentos fisiopatológicos, de investigação e terapêutica melhoraram sobremaneira a vida dos pacientes epiléticos, existem, entretanto, inúmeras situações que são difíceis de solucionar, como o estigma da doença, sua repercussão pessoal, familiar, social e conjuntural.

Há uma parcela de pacientes portadores de epilepsia que apresentam crises refratárias ao tratamento medicamentoso (20% a 30%). A epilepsia refratária carrega intrinsecamente inúmeros problemas que ultrapassam o diagnóstico simples da epilepsia, pois, por definição, representa uma situação clínica não resolvida e, portanto, sujeita às instabilidades da doença em sua forma máxima, com a conotação da imprevisibilidade, insegurança, medo e depressão (Dodrill et al., 1984; Alving, 1995; Guerreiro et al., 2000; Yacubian, 1998).

O grupo de pacientes portadores da epilepsia refratária pode ser considerado entre os de maior gravidade desta síndrome, com repercussões importantes na qualidade de vida e nas condições psíquicas. A eventualidade do tratamento cirúrgico para os portadores de epilepsia refratária traz esperança para a melhoria da sua qualidade de vida e dos seus problemas emocionais. A identificação dos variados aspectos da qualidade de vida e a sua quantificação, bem como a sua relação com a depressão, o mais freqüente componente psicopatológico desses pacientes, são de fundamental importância para a avaliação das condições do período pré-cirúrgico e como parâmetro de reavaliações futuras (período pós-cirúrgico e acompanhamento) passíveis de quantificação.

As diversas nuances da epilepsia refratária nos remetem à necessidade do uso de inúmeros fármacos específicos, em doses elevadas e esquemas terapêuticos variados, o que ocasiona efeitos colaterais e reações adversas potencializadoras que, no contexto clínico, tendem a piorar a situação do paciente, pelo aumento da morbidade.

O entendimento dos diferentes aspectos avaliados nos pacientes epiléticos, quanto a sua qualidade de vida, é importante e de muita pertinência no contexto da saúde individual e com repercussões no contexto da saúde nacional e mundial, pela sua relevância, prevalência e custos, segundo dados elaborados pela OMS sobre o impacto social no trabalho, na vida diária, nos relacionamentos social e afetivo (Hermann et al., 1992; Devinski, 1995)

O presente trabalho analisa a qualidade de vida de pacientes com epilepsia refratária e suas eventuais relações com os sintomas de depressão, em dois grupos: os hospitalizados (**G1**), com perspectiva imediata (1 a 2 semanas) para o tratamento cirúrgico, e os em acompanhamento ambulatorial (**G2**), com perspectiva remota (6 a 12 meses) de tratamento cirúrgico.

A investigação dos pacientes com epilepsia refratária deve ser progressiva e objetivada com direcionamento para o tratamento cirúrgico, com a finalidade de diminuição na frequência das crises ou sua resolução total, e a possibilidade de uma vida normal, com adequado relacionamento social, interpessoal, de bem-estar físico e emocional, melhorando a sua QV (Vickrey et al., 1993).

A intervenção cirúrgica tem-se mostrado uma terapêutica radical no tratamento da epilepsia refratária, com sucesso apreciável (Engel e Shewmon, 1993; Paglioli-Neto, 1995). Esta condição é indicada para os pacientes que já

fizeram uso de diversos esquemas terapêuticos e não conseguiram a estabilidade clínica desejável.

Os pacientes com ER apresentam uma QV que pode ser diferente daquela dos indivíduos normais ou com epilepsia controlada com medicamentos, com uma interferência direta e negativa na QV, dificultando sua interação social (Souza, 2001).

Metodologia – a escolha do instrumento

O instrumento utilizado para a avaliação da QV neste trabalho foi o QQV-65. Esse instrumento mostrou-se simples e prático, sendo seu manuseio de fácil compreensão para os pacientes, principalmente para uma população que frequenta hospitais universitários, com menor condição socioeconômica, educacional e cultural, tendo sido esta uma das razões para sua escolha. Além disso, o QQV-65 foi elaborado a partir de pesquisas sobre os instrumentos similares na avaliação da QV pela análise dos trabalhos de Vickrey et al., (1992); Devinsky et al. (1995) e O'Donoghue e Sander (1998) e procurou considerar as limitações lingüísticas, já identificadas em outros estudos desenvolvidos pelo grupo, relativas às dificuldades de compreensão das questões relacionadas aos déficits de escolaridade e à confusão na discriminação de diferentes intensidades de respostas. Tais dificuldades foram solucionadas através de validação semântica que igualou as intensidades de respostas. O QQV-65 é instrumento utilizado na rotina de atendimento a pacientes portadores de epilepsia no setor de psicologia aplicada à neurologia do Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas (UNICAMP) (Souza, 2001). O QQV-65 é apenas mais um dos instrumentos úteis na avaliação da Qualidade de Vida e outros métodos podem e devem ser utilizados com o mesmo propósito.

A valorização dos resultados do QQV-65 é feita descritivamente e por comparação, não havendo nível de corte a ser apreciado (Souza, 2001).

Outro instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck (BDI), que, segundo Marder (1999), é uma das escalas de auto-avaliação mais usadas para identificação de intensidade de sintomas de depressão. Ele focaliza os sintomas cognitivos da depressão, tais como pessimismo e auto-estima diminuída. Esta escala é sensível às alterações da intensidade dos sintomas, sendo, portanto, útil em ensaios clínicos com drogas. Kanner e Palac (2000) sugeriram, pelos estudos de Beck em 1961, que o BDI fosse utilizado como um instrumento de “*screening*” e identificação de sintomas em pacientes de consultório e que o processo de diagnóstico da depressão não poderia estar restrito a apenas uma escala. Pacientes com altos escores devem passar por uma avaliação clínica extensa e detalhada.

Amostra – a escolha do grupo estudado

O contato diário com pacientes com ER hospitalizados para investigação e tratamento cirúrgico da epilepsia permitiu vivenciar o impacto do desajuste psicossocial a que estão submetidos, com especial ênfase aos pacientes que realizaram cirurgia para tratamento da epilepsia, e independente de estarem “curados”, alguns apresentarem sintomas importantes de depressão. Por esse motivo, investigamos se tais comportamentos assemelham-se àqueles de pacientes que estão em acompanhamento ambulatorial, igualmente refratários, mas em momento diferente de investigação, com o intuito de identificar as diferenças e buscar medidas preventivas a serem tomadas antes da sua internação, facilitando-a bem como o procedimento cirúrgico propriamente dito. Acredita-se que o acompanhamento individualizado de pacientes, na fase anterior a sua internação,

propiciaria melhora na qualidade de vida e nos sintomas de depressão, quando presentes no período pré e pós-cirúrgico.

Em pacientes com epilepsia refratária, foi observado que a falta de controle adequado das crises epiléticas lhes acarreta desajustes psicossociais. Segundo Paglioli-Neto (1995), os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para epilepsia do lobo temporal mostraram semelhanças na QV com os controlados por medicação e muito diferente dos refratários.

Tendo em vista esses resultados, resolvemos estudar dois grupos de pacientes epiléticos refratários, sendo o grupo 1 (**G1**) aqueles com perspectiva imediata de tratamento cirúrgico, e o grupo 2 (**G2**) aqueles com perspectiva remota ao mesmo tratamento.

Procuramos considerar os grupos de pacientes em estágios diferentes de investigação, alguns prontos para a terapêutica cirúrgica e outros, em estágios incipientes de investigação.

Dentre os refratários, os hospitalizados encontram-se mais comprometidos do que os não-hospitalizados. Acredita-se que a situação hospitalar seja fator estressante e que possa exacerbar esses desajustes, trazendo à tona a fragilidade e todos os comprometimentos vividos. Sendo assim, desenvolvemos estratégias para minimizar e facilitar este processo.

Soma-se a isso que a iminência de solucionar uma situação (pré-cirúrgica) ou de já ter resolvido (pós-cirúrgica) possa se transformar em algo negativo, pois perderão a condição de superproteção já enraizada na rotina de vida dos pacientes.

Aspectos Demográficos

Na Tabela 6 apresentamos os dados de caracterização da amostra.

Gênero

A maioria dos pacientes deste estudo foi do gênero masculino (60 pacientes), proporção que se observa semelhante nos grupos **G1** (42 pacientes) e **G2** (18 pacientes). Este dado corrobora com achados na literatura, que mostra pequeno predomínio da epilepsia no gênero masculino em relação ao feminino (1,1 a 1,7 vezes) (Guerreiro et al., 2000, Gomes, 2000; Hauser e Annegers, 1993; Aldenkamp et al., 2003).

Idade atual

O grupo estudado foi composto de 99 pacientes, sendo 66 no **G1** e 33 no **G2**. A diferença entre o número de pacientes nos dois grupos se deve ao período da coleta dos dados, pois, quando realizamos o estudo, a maioria dos atendidos no ambulatório não apresentava refratariedade ao tratamento medicamentoso ou não tinha indicação cirúrgica.

A média de idade dos pacientes do estudo foi de 34 anos, sendo no **G1** de 32,2 anos e, no **G2**, de 37,3 anos.

Estudos similares com pacientes refratários ao tratamento medicamentoso apresentam média de idade semelhante ao do presente estudo (Leidy et al., 1998; Salgado e Souza, 2001).

Idade de início das crises

A média de idade de início das crises foi de 11,4 anos de idade, sendo 9,2 anos no **G1** e 15,9 anos no **G2**. A diferença entre os dois grupos foi significativa. Portuguese (1998), Salgado e Souza (2001) encontraram a média de idade de início das crises semelhante aos resultados desta pesquisa.

Estado civil

Quanto ao estado civil, verificou-se que 60% dos pacientes são solteiros no grupo geral, conservando-se este percentual no **G1** (68,2%), e diminuindo para 45,5% no **G2**. A literatura indica que existe grande número de solteiros entre as pessoas com epilepsia, o que poderia refletir as dificuldades de estabelecer uma relação íntima (Lechtenberg, 1984).

Dansky et al. (1980) concluíram que a taxa de casamento é significativamente reduzida quando as crises iniciam na primeira década da vida, constatação semelhante à encontrada em nosso trabalho para o **G1**. Este fator, pelo menos em parte, pode ser o resultado da reação dos pais ao diagnóstico e a superproteção ou isolamento social a que submetem os pacientes (Matthews et al., 1982; Batzel e Dodrill, 1984).

Encontramos 60,6% de pacientes solteiros no nosso estudo, índices similares a esses são encontrados em outro estudo no Brasil (48,5%) (Salgado e Souza, 2002). As oportunidades de casamento são difíceis para o paciente portador de epilepsia, sendo menores em países subdesenvolvidos do que nos desenvolvidos (Baker, 2002). Confirmando essa idéia, Aldenkamp et al. (2003), na Holanda, verificaram que 70% dos pacientes epiléticos referenciados para tratamento em serviço especializado tinham parceiros.

Atividade ocupacional/emprego

Sabe-se que a epilepsia influencia a situação profissional dos pacientes pelo risco de alguns tipos de trabalho e pelo preconceito e estigma por parte dos outros trabalhadores e empregadores, limitando as oportunidades. Somam-se a isso os efeitos da medicação, com alterações cognitivas, e a conseqüente redução do

desempenho. O paciente pode desenvolver uma avaliação negativa de si e do ambiente (Jacoby, 1995).

Os epilépticos esperam uma reação negativa dos empregadores e estas expectativas podem influenciar a apresentação e sua conduta numa entrevista, pois os sentimentos de rejeição tornam-se proeminentes. De fato, os empregadores, desinformados a respeito da epilepsia apresentam sentimentos de rejeição aos candidatos epilépticos (Haggstram, 1999).

Na China, 31% de pessoas entrevistadas consideravam que o epiléptico não deveria ser empregado. Essa situação propicia a ocultação da doença e a negligência do seu tratamento. A procura, a manutenção do emprego e o ajustamento vocacional e financeiro são dificuldades inerentes mais acentuadas nos epilépticos (Hermann et al., 1990; Dodrill et al., 1984).

Nossos resultados demonstram que 57,7% dos pacientes não apresentavam, no momento da avaliação, qualquer atividade remunerada, proporção que se manteve nos dois grupos em estudo. Salgado e Souza (2002) encontraram 69,4 % de pacientes sem qualquer atividade remunerada. Nesse estudo, os autores revelam que o trabalho foi a área considerada mais prejudicada pela epilepsia, demonstrando dificuldade e segregação deste grupo em desenvolver atividades produtivas, numa idade de grande atividade “profissional” ($\pm$ 35 anos). O desemprego e o sub-emprego foram citados pelos autores como variáveis de maior impacto na área profissional. Resultados semelhantes foram encontrados por Alonso et al. (2005), em que 44% dos pacientes alegaram o trabalho como a esfera mais prejudicada na epilepsia. Guldvog et al. (1991) estimam que 50% dos pacientes tenham problemas para encontrar emprego, devido à discriminação e ao estigma que sofrem na

sociedade. Conseqüentemente, os pacientes escolhem por não informar aos empregadores sua condição de saúde, por medo de represálias.

Escolaridade

A baixa escolaridade verificada no nosso estudo (Tabela 6), corroborada por dados da literatura, é fator relevante para trabalhar e conseguir emprego. Os pacientes com epilepsia geralmente têm menos chance de ter qualificação escolar e manter continuidade em seus estudos. Salgado e Souza (2002) encontraram 58,2% de pacientes com o ensino fundamental incompleto. Nossos dados apontam que 65,7% de todos os pacientes não concluíram o ensino fundamental (1º grau), a maioria incompleto (49,5%). Ao analisarmos o item ensino médio (antigo 2º grau), verificamos que apenas 15,2% completaram o curso e 10,1% não o completaram. Em relação ao ensino superior (3º grau), 3% completaram-no, enquanto 6,1% não completaram o nível superior.

Entretanto, Aldenkamp et al. (2003), na Holanda, encontraram escolaridade semelhante à da população em geral, em seu grupo de pacientes epiléticos especiais.

Os resultados relacionados aos dados demográficos (média de idade atual, média de idade de início das crises, estado civil, atividade ocupacional/emprego, escolaridade) encontrados nos trabalhos de Salgado e Souza (2000, 2002) assemelham-se aos nossos, possivelmente pela similaridade das amostras. Os dois estudos foram realizados em hospitais universitários onde existem centros de referência para o tratamento das epilepsias com um ambulatório específico para tratamento de pacientes epiléticos referenciados. Além disso, o fato de ambos os trabalhos enfocarem pacientes com a mesma nacionalidade reforça o contexto

social do nosso país, onde as questões relacionadas ao emprego, subemprego e escolaridade são evidentes.

Neste contexto tão difícil e comprometido, a avaliação da QV revela como os pacientes com epilepsia percebem a si e aos outros ao seu redor em relação a sua condição. Essa percepção é de extrema importância, pois é a partir dela que o indivíduo vai lidar com os eventos cotidianos e com os limites impostos pela sociedade e pela doença em si. A maneira como a pessoa percebe a influência da epilepsia em sua vida é fundamental para sua avaliação de QV e seu contato com o mundo.

A QV total foi analisada conforme os aspectos listados na Tabela 7. Cada um desses aspectos representa o somatório de questões específicas, em uma escala de 0 a 100 pontos. A média do somatório dos aspectos analisados é o escore de QV dos pacientes, que pode ser representado em um total ou por aspectos separados.

Neste estudo, a média de QV total foi 53,21 nos 99 pacientes.

O aspecto considerado mais afetado foi o social ($M= 48,69 \pm 19,42$ DP), seguido da percepção da saúde ($M=49,20$), físico ($M=50,56$), emocional ($M= 54,29$), cognitivo ($M= 54,88$), autoconceito ($M= 55,13$) e locus de controle ($M= 59,7$).

Considerando que o cálculo proposto para este questionário fornece a possibilidade de termos uma medida escalar, onde zero (0) representa o pior possível e 100 o melhor possível, quanto maior o escore, melhor o nível de bem-estar e, por conseguinte, a QV. Podemos deduzir que nosso grupo de pacientes encontra-se em nível médio de bem-estar, na escala de QV total.

O aspecto social, o mais afetado, poderia ser explicado pela tendência ao isolamento devido às crises, medo, insegurança, dificuldades no relacionamento,

desemprego, à baixa escolaridade e ao estigma social, todos itens de significativo impacto na vida dos epiléticos. A média desses aspectos situou-se abaixo da média da QV total, portanto, o pior índice de bem-estar.

Salgado e Souza (2001) encontraram na avaliação da QV em epilepsia, utilizando o mesmo instrumento deste estudo, dados um pouco diferentes dos nossos. Os domínios mais afetados foram o de trabalho, emocional, lazer, seguido pelo social, físico e escolar. Cabe ressaltar que tal amostra contemplava pacientes com epilepsia geral, e não somente ER.

Salgado (2003) em outro estudo de QV, utilizando o QQV-65 para a avaliação de 140 pacientes epiléticos (em geral), encontrou escores que variaram de 28,00 a 93,24. A percepção de saúde foi o aspecto mais afetado na avaliação, seguido dos aspectos emocional, social, do autoconceito, lócus de controle, físico e cognitivo. A variação dos escores para todos os pacientes no nosso trabalho foi de 18,35 a 88,83, o que mais uma vez pode representar, através das diferenças dos intervalos, maior gravidade da doença representada pela pior QV em nossos pacientes com epilepsia refratária.

A observação de Aldenkamp et al. (2003), os quais analisaram 198 pacientes com epilepsia, referenciados para quatro serviços especializados na Holanda, quanto à QV avaliada pelo QOLIE-10, revela que os aspectos psicossociais foram todos favoráveis naquela amostra: 50% dos pacientes tinham emprego, nível de educação semelhante ao da população em geral e 70% deles tinham parceiro. Verificaram a existência de informações corretas sobre epilepsia entre familiares e amigos, e a doença era aceita na sociedade. Somente 6% dos pacientes reportaram baixa QV. As diferenças marcantes nos achados relatados entre os

pacientes brasileiros e os holandeses muito provavelmente decorreram das diferenças socioeconômicas e culturais existentes entre as duas populações.

Paglioli Neto (1995) demonstrou em seu estudo que indivíduos com bom controle das crises apresentam escores significativamente melhores nas escalas de QV do que aqueles com crises de difícil controle. Apenas na escala do questionário *Washington Psychosocial Seizure Inventory* (WPSI), que avalia a situação financeira, não houve diferenças, pois todos os pacientes apresentaram dificuldades nessa área, provavelmente em função da conjuntura econômica do país e da amostra ser, em sua maioria, composta de pacientes de níveis socioeconômicos-culturais similares. No grupo de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para epilepsia do lobo temporal, foi observado um perfil psicossocial estatisticamente equivalente ao dos pacientes bem controlados com medicação. Os dados mostraram que o procedimento cirúrgico que levou ao bom controle das crises acarretou um impacto positivo no ajuste psicossocial dos pacientes (Paglioli-Neto, 1995).

Os pacientes com ER apresentam uma QV que pode ser diferente daquela dos indivíduos normais ou com epilepsia controlada com medicamentos, com uma interferência direta e negativa na QV, dificultando sua interação social (Souza et al., 2000).

Ao avaliar os escores de QV total na população de pacientes, independentemente do grupo, houve associação significativamente positiva ($P < 0,001$); isto é, há uma relação muito forte entre todos os aspectos avaliados pelo questionário. A piora do escore de um aspecto está inter-relacionada com todos os outros, conforme o Coeficiente de Correlação de Pearson (Tabela 8).

Segundo O'Donogue e Sander (1998), os fatores físicos tais como frequência e gravidade das crises, cansaço, distúrbios do sono, problemas com medicação

associados aos psicológicos (ansiedade, depressão, perda da auto-estima e da autoconfiança, comprometimento da memória, medo de morte durante as crises) e os sociais ligados ao desemprego e subemprego (problemas com seguro, limitações de lazer, redução de casamentos, entre outros aspectos) estão intimamente relacionados, constatação que se repetiu em nosso estudo.

Analizando o aspecto do QQV-65 mais afetado em todos os pacientes, o social, salientamos uma pergunta (Quadro 2), muito importante e de grande relevância e interesse no entendimento desta variável, uma vez que a epilepsia é uma condição médica reconhecida como de risco para a segurança de direção veicular. Em 48,5% dos pacientes, a epilepsia causa muitíssimos problemas para dirigir veículos automotores. Este é um dos fatores mais limitantes para a independência social, principalmente nos jovens portadores de epilepsia. A permissão para dirigir veículos automotores ou a renovação da habilitação para as pessoas portadoras da doença é problemática, pois envolve médicos, peritos examinadores, consultores das autoridades de trânsito, bem como aqueles que promovem o tratamento destes pacientes (Adura, 2004).

Diversas entidades nacionais envolvidas com as questões médicas, legais e de pacientes estabeleceram em agosto de 1999 um consenso aprovado pela Câmara Temática de Saúde do Conselho Nacional de Trânsito sobre as diretrizes para a direção de veículos automotores por pessoas com epilepsia. Surge dessa discussão uma série de interpretações considerando as etiologias da epilepsia, sua gravidade e evolução clínica, devendo a decisão de permitir ou não seguir critérios justos (Adura, 2004).

Adura (2004) relata, ainda, que a princípio a condição de portador de epilepsia e o fato de usar medicamentos antiepilépticos não incompatibilizarão o

candidato à direção de veículo, salvo se o quadro não estiver controlado, sujeitando-o a freqüentes crises com alteração da consciência.

Restrições severas podem encorajar os pacientes a “burlar” a lei. Para evitar a perda da permissão para dirigir, podem ocultar tal condição do seu médico ou ao departamento de trânsito, ou ainda dirigirem sem habilitação legal. Existem diversas condições para aprovação de candidatos com uso ou em esquema de retirada de medicação antiepiléptica, e, entre elas, podemos salientar estar livre de crises no mínimo um ano e com acompanhamento médico, dirigir somente veículos da categoria B (carro de passeio), não ser motorista profissional (veículos pesados e transporte público), entre outros (Krumholz et al.,1991).

A epilepsia, de um modo geral, por ser uma doença crônica, afeta o comportamento e o bem-estar da pessoa. O seu diagnóstico revela alta incidência de dificuldades psicossociais que influenciam no ajustamento social e na qualidade de vida dos pacientes. As inúmeras conseqüências psicossociais da epilepsia em geral interferem na vida em diversos aspectos, como já foram descritos anteriormente.

Mas será que esse comportamento assemelha-se em todos os pacientes com epilepsia refratária? Para responder a essa questão, buscamos avaliar o comportamento de dois grupos de pacientes epiléticos com perspectivas cirúrgicas diferentes. O **G1**, com perspectiva de procedimento cirúrgico imediato, já hospitalizado para a investigação no período pré-cirúrgico e o **G2**, em acompanhamento ambulatorial e com perspectiva remota (6-12 meses) para o procedimento cirúrgico. Os dois grupos, apesar de terem epilepsia refratária, são distintos nas suas características e comportamento, provavelmente por estarem em momentos diferentes de tratamento e evolução da doença.

Na análise dos escores totais de QV por grupos, observou-se no **G1** a média $M=49,05$, e escores mais elevados no **G2**, com média $M= 61,53$ ($P<0,001$). Essas observações quantitativas indicam melhor QV do **G2**, quando comparado ao **G1** (Gráfico1).

Observamos diferenças significativas em todos os aspectos de QV (Tabela11), com exceção do aspecto emocional ($P= 0,213$) e de autoconceito ($P= 0,212$).

Salgado et al. 2004, em um estudo sobre a avaliação das expectativas no período pré-cirúrgico dos pacientes em relação às suas percepções, crenças e entendimentos a respeito de procedimentos anteriores e posteriores à cirurgia, salientam que o aspecto emocional apareceu como o mais afetado pela epilepsia, seguido pelos aspectos social e físico. Nossos resultados também mostram que os aspectos emocionais estão igualmente afetados em ambos os grupos, confirmando-se como característica dos pacientes com ER candidatos à cirurgia e exigindo preocupação em relação ao acompanhamento desses pacientes.

Guerreiro et al. (2000) evidenciaram que os pacientes epiléticos apresentam dificuldades em aceitar o diagnóstico da doença e as limitações que enfrentam com as crises. Procuram desenvolver mecanismos de defesa como a negação, para manter um equilíbrio emocional, aspecto este, junto com autoconceito (consciência da doença), comuns nos pacientes com epilepsia em geral. No nosso estudo, o autoconceito apresentou-se de forma similar nos dois grupos, mostrando que as dificuldades encontradas em perceber a doença, em aceitar sua nova imagem, as (in)capacidades, preocupações com o uso de medicações e número de crises são fatores que devem e podem ser trabalhado com os pacientes, independentemente do momento de perspectiva cirúrgica em que se encontram.

Ao avaliar os grupos separadamente, o menor escore médio encontrado no **G1** foi o aspecto físico (M=43,85) (sensação de bem-estar físico, problemas com dano ou dor e suas interferências e impossibilidades de realizar atividades do dia-a-dia, de autocuidado e satisfação com a saúde). Acredita-se que isso possa estar relacionado à hospitalização, à situação de estar fora do ambiente familiar, à restrição de suas atividades a um ambiente único, ao autocuidado limitado e dependente, à iminência do procedimento cirúrgico.

No **G2**, a percepção de saúde apresentou menor média, ou seja, é a mais afetada (M=55,13). Possivelmente, este grupo tem uma preocupação presente quanto à comparação de sua saúde atual com a do passado, sentindo-se mais comprometido no momento, a ponto de estar aguardando tratamento cirúrgico. Além disso, os doentes percebem prejuízos importantes causados pela epilepsia, em todos os âmbitos (estudo, relacionamentos, trabalho, lazer) inclusive na satisfação com a vida. Salgado (2003) encontrou em seu estudo com 140 pacientes com epilepsia (em geral), utilizando o mesmo instrumento deste trabalho, o aspecto saúde como o mais afetado, principalmente nas questões relacionadas aos prejuízos que a doença traz para os estudos, trabalho, relacionamento afetivo e lazer.

A epilepsia afeta a vida do indivíduo de maneira global, conforme já foi descrito anteriormente. As situações psicológicas enfrentadas pelos epiléticos e seus familiares podem causar dificuldades adaptativas, de acordo com Marchetti e Damasceno (2000), tais como momentos de risco, incapacitação, restrições, perdas, imprevisibilidade. Essas situações geram reações emocionais como medo, ansiedade, raiva, vergonha, culpa, tristeza e até mesmo depressão. São vistas, em tais situações, mecanismos de defesa patológicos, que ajudam na diminuição da

qualidade de vida e podem tornar-se fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais.

A alta prevalência descrita na literatura sobre a comorbidade entre epilepsia e depressão instigou-nos a buscar essa associação nos nossos pacientes, uma vez que observamos a presença de depressão tanto antes como após a cirurgia.

Nos 94 pacientes com ER, a média dos escores do BDI foi de 13,71, indicando nível leve de depressão. A prevalência e incidência da depressão nas epilepsias é bastante variável (8 e 55 %) e nos pacientes com crises recorrentes, principalmente nas epilepsias do lobo temporal (ELT), pode ser ainda mais freqüente. Em 70 pacientes com ELT, Alonso et al. (2005) relatam 56% de pacientes com sintomas de depressão.

A escala de auto-relato de depressão (BDI) estabelece 21 itens escalonados em níveis mínimo, leve, moderado e grave, conforme a intensidade dos sintomas. Em relação aos níveis de escore do BDI, **G1** mostrou que 62,3% apresentam sintomas de depressão e somente 30,6% no **G2** apresentaram tais sintomas.

A análise da presença dos sintomas de depressão, pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI), oferece ao examinador um subsídio clínico, de fácil aplicabilidade além de ter sido validado e apresenta versão em português (Cunha, 2001, Griffith, 2005).

A partir das informações pretendidas e de acordo com nosso propósito, dividimos os pacientes em grupos como os que não apresentavam (normal) ou apresentavam (alterado) sintomas de depressão (Tabela 14) com o intuito de posteriormente correlacionar os resultados com os escores de QV.

Os pacientes hospitalizados apresentaram sintomas mais graves de depressão e têm em comum a história mais precoce e longa de epilepsia. Distância dos

familiares e dos entes queridos, limitação ao ambiente hospitalar, sensação de medo e insegurança quanto ao êxito do procedimento cirúrgico e quanto a ocorrência de seqüelas são fatores que podem contribuir para agravar os sintomas de depressão.

No nosso estudo, salientamos a análise do item referente à ideação suicida, o qual está muito ligado à sintomatologia depressiva (Cunha, 2001). A análise dessa situação mostrou-se numericamente diferente entre os grupos, com predomínio no **G2** (21,32 % x 13,1% para **G1**). Apesar do grupo **G2** não ter mais sintomas de depressão, quando comparado ao **G1**, deve-se ter atenção especial ao item que se refere ao pensamento suicida, o qual pode indicar situações extremas de depressão. Parece-nos que alguns pacientes do **G2** apresentam-se mais desesperados e sem perspectiva de vislumbrar uma solução mais imediata para seus problemas.

Nesta pesquisa, correlacionamos os resultados de QV com os de sintomas de depressão, e para isso, consideramos escores mínimos (soma dos escores entre 0-11) como normal e a presença de sintomas de depressão leve, moderado ou grave (soma dos escores entre 12-63) como alterado.

A análise da relação entre os escores de BDI e a QV total mostrou, em nosso estudo, associação negativa altamente significativa ($P < 0,001$). Os níveis mais elevados de QV estão associados com os menores escores de BDI; os pacientes com melhor QV são os que apresentam menos sintomas de depressão.

Tais achados reforçam-se nos estudos de Gilliam (2002) que, em 195 pacientes consecutivos com ER, aplicou os questionários QOLIE-89 e BDI, encontrando forte correlação entre gravidade de depressão e QV ($P < 0,001$), comprovando uma correlação linear entre o aumento dos escores de BDI e a diminuição dos escores da QV. Johnson et al. (2004), replicando estudos anteriores de Gilliam (2002), encontraram resultados semelhantes a esta pesquisa. A

depressão mostrou ser fator independente e significativo em análise de regressão para a QV.

Alonso et al. (2005), avaliando a relação entre QV e depressão em epiléticos em geral, encontraram uma associação estatisticamente significativa entre QV e depressão, sendo que o grupo de pacientes com sintomas depressivos apresentou escores mais baixos ($P=0,001$) em todos os domínios do questionário de QV (SF-36), quando comparado com os resultados do grupo sem depressão (BDI). Assim, quanto maior a pontuação do BDI, mais baixos os escores do SF-36. Em nossos resultados, os achados foram similares aos estudos dos pesquisadores citados.

Lehrner et al. (1999) estabeleceram que a depressão é um poderoso indicador da QV, e também Bazil (2004) considera que a influência da depressão na QV em epiléticos está no início da sua compreensão, sendo uma das mais importantes variáveis que afetam a QV, semelhante à frequência das convulsões. A interação com tal variável é importante, pois, nas convulsões não-controladas, ocorrem transtornos de humor, depressão e ansiedade, que se acentuam e devem ser tratados intensamente pelos médicos, pois podem melhorar consideravelmente a QV.

Ao considerarmos a relação existente entre a QV e os grupos **G1** e **G2** com a classificação dos escores do BDI (normal e alterado), observamos que segue o padrão semelhante ao do grupo total, isto é, os pacientes com melhor QV são os que apresentam menos sintomas de depressão. A média da QV total dos pacientes com BDI normal é significativamente maior no **G2**, o que significa que, mesmo sem sintomas de depressão, a QV do **G1** é pior do que a do **G2**. A iminência cirúrgica, mesmo em pacientes sem depressão, parece influenciar negativamente a QV.

Weigartz et al. (1999), analisando as comorbidades na epilepsia, considerando a depressão, comparando não-deprimidos com deprimidos, encontrou escores de QV (QOLIE 31) muito piores nos deprimidos nos diversos domínios da avaliação da QV. Seu estudo centrou-se em epilepsia refratária, sem considerar a situação de expectativa cirúrgica.

Giullian e Kanner (2002) enfatizam que o estado de humor é o mais importante preditor de QV dos epilépticos e observam correlação muito forte entre elevados escores de BDI com pior QV, criando o conceito *dose-dependente*.

Perrine et al. (1995) estudou 257 pacientes epilépticos para determinar as relações das funções neuropsicológicas com QV relacionadas à saúde. O fator humor foi o que apresentou a mais elevada correlação com a escala de QV e foi o mais poderoso preditor de situação na avaliação da QV em estudo de análise de regressão.

Loring et al. (2004), aplicando diversos questionários em 115 pacientes epilépticos candidatos à cirurgia da epilepsia, com QI normal, verificaram que os sintomas de depressão refletidos pelo BDI e a escala de depressão de MMPI-2 foram fortes preditores da QV. Isso evidencia que quanto maior o número de sintomas de depressão, pior a QV. A literatura, portanto, mostra forte associação entre depressão e QV na epilepsia refratária. Estudos, relacionando estes três aspectos: QV, depressão e perspectiva de procedimento cirúrgico, no entanto, não foram encontrados.

Observamos, a partir dos resultados relacionados aos aspectos de QV com a classificação dos escores do BDI (normal e alterado) que, independentemente do grupo de pacientes (**G1** ou **G2**), os sem-sintomas de depressão apresentam melhores

índices de bem-estar nos aspectos percepção de saúde, físico, social, emocional e autoconceito, do que o grupo com sintomas de depressão.

Os aspectos de QV referentes ao cognitivo e *locus de controle* mostram-se diferentes entre os grupos. Isto é, os pacientes do **G1**, mesmo sem depressão, mostram piores índices de bem-estar nestes dois aspectos, quando comparados ao **G2**.

Existem poucos estudos na literatura que fazem a correlação dos escores do BDI com os aspectos individualizados da QV.

Citamos o estudo de Hermann et al. (2000), que analisaram a QV com o Questionário SF-36 em pacientes epiléticos crônicos e correlacionaram os dados com a situação de não-depressão, depressão maior e depressão subsindrômica, verificando uma acentuada redução da QV em inúmeros domínios, principalmente o emocional, físico e de vitalidade, nos pacientes com depressão comparados com os não-deprimidos.

Acredita-se que os pacientes do **G1** apresentem o aspecto cognitivo mais prejudicado em sua percepção que o **G2**, por estarem se defrontando com suas “incapacidades”. Ou seja, no momento da internação para a investigação cirúrgica propriamente dita, são realizados diversos exames que irão determinar se ele irá ou não beneficiar-se com o procedimento cirúrgico. Naquele momento, são realizados teste neuropsicológicos, incluindo a avaliação da memória, funções executivas/atenção, linguagem, entre outros testes que podem remetê-los às suas dificuldades no momento em que estão sendo testados.

Em nosso estudo, os pacientes do **G1** apresentam o aspecto *locus de controle* mais prejudicado que do **G2**, refletindo a perda do controle dos eventos no ambiente hospitalar. Nessas, situações de incontrolabilidade ou impotência, pessoas

que não usam qualquer estratégia de enfrentamento podem ser vulneráveis aos sintomas depressivos (Salgado, 2003).

O *locus de controle* é a variável que traduz a probabilidade de se atribuir ao próprio comportamento as conseqüências inerentes a relações de contingência e a produção de reforços disponíveis no ambiente. É uma variável explicativa das percepções das pessoas sobre o controle que elas exercem sobre os eventos nos quais se envolvem. O indivíduo pode perceber a si mesmo como fonte de controle dos acontecimentos externos, como uma extensão do fato de atribuir ao seu próprio comportamento o poder de agir sobre o meio (*internalidade*). Ao contrário, pode tender a atribuir o controle de fatos dos quais participa a fatores externos, que podem ser entidades e pessoas, acaso, ou destino (*externalidade*). Ambas as probabilidades se apresentam em variados graus ao longo de um contínuo (Dela Coleta, 1987).

O *locus de controle* pode ser, então, definido como a discriminação do indivíduo diante do seu poder de controlar ou não os eventos segundo sua própria percepção. Ele estará respondendo seletivamente à própria percepção, de forma compatível com o grau de controle que supõe ter, que vai da *internalidade absoluta* até a *externalidade total* (Salgado, 2003).

Pela sua experiência de vida, pessoas com epilepsia têm *locus de controle* externo, pois acreditam ter pouco controle da sua condição e da sua vida. A experiência de falta de controle e incerteza é central para esses pacientes. Isso se aplica às crises, falta de controle do próprio corpo, dependência da medicação e da ajuda dos outros (Salgado e Souza 2001 e 2003). O *locus de controle* externo está associado principalmente à depressão e à dificuldade de ajustamento psicossocial (Hermann et al., 1990).

Considerando o resultado das avaliações realizadas por meio da aplicação dos questionários QVV-65 e BDI na avaliação da QV e de sintomas de depressão em pacientes com ER, candidatos ao tratamento cirúrgico da epilepsia, podemos enfatizar a importância da relação QV e sintomas de depressão e das variáveis individuais significantes evidenciadas, para valorizar as possibilidades de diagnóstico efetivo dessas situações, para sua profilaxia, tratamento e melhora das condições gerais dos pacientes. Conforme Alonso et al. (2005), cabe ressaltar um aspecto importante e pouco elucidado na literatura: escores elevados no BDI podem ser o reflexo do humor depressivo apresentado pelo paciente e não de depressão clínica propriamente dita.

A procura e a identificação dos sintomas, o diagnóstico formal de depressão e o tratamento específico são as mais eficazes condutas para minorar a morbidade decorrente deste conjunto esquecido e pouco valorizado de queixas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interpretação dos resultados desse estudo requer algumas considerações a respeito da metodologia empregada.

Em primeiro lugar, houve a utilização do instrumento de avaliação de QV (QQV-65) não usado anteriormente no PCE, que forneceu dados de entendimento da QV de forma quantitativa, dos pacientes com ER candidatos ao tratamento cirúrgico; em segundo lugar, investigamos dois grupos de pacientes com perspectivas de tratamento imediato (*G1*) e remoto (*G2*); em terceiro lugar, houve a avaliação dos sintomas de depressão e a sua valorização no contexto; em quarto lugar, tais dados podem servir de base para serem comparados com futuras avaliações, no período pós-operatório (seis meses após a cirurgia) e verificar as eventuais mudanças nas características de QV e sintomas de depressão dos pacientes com epilepsia refratária.

Nossos objetivos: investigar a QV e os sintomas de depressão nos pacientes, a partir das informações que obtivemos foram atingidos. Podemos, agora, propor medidas de intervenção que minimizem a falta de bem-estar associada aos sintomas depressivos no período pré e pós-cirúrgico.

A perspectiva imediata do procedimento cirúrgico é, com certeza, um aspecto estressante para os pacientes. Também a falta de bem-estar, associada a todas as sensações e emoções, como tristeza, desânimo, insegurança, desesperança, nem sempre é resolvida com tratamento cirúrgico, pois são fatores subjetivos que podem persistir com o paciente, mesmo com a “cura” da doença.

A iminência do tratamento cirúrgico e suas variáveis implícitas; retirada de áreas cerebrais, seqüelas cognitivas, perda de ganho secundário pelo fato de estar

em uma condição de doente, dependência e muitas limitações, são desencadeadores de todos os aspectos adversos da QV e dos sintomas depressivos.

Ao término do estudo, reforçamos a idéia de que, se os pacientes, quando em acompanhamento ambulatorial, fossem acompanhados e tratados até sua hospitalização, muitos desses eventos prejudiciais poderiam ser minimizados e evitados nessa situação de tratamento do período pré-operatório.

9 CONCLUSÕES

9 CONCLUSÕES

A aplicação dos questionários de QV (QQV-65) e de sintomas de depressão (BDI) em pacientes com ER candidatos ao tratamento cirúrgico da epilepsia, com perspectiva imediata (**G1**) e remota (**G2**), demonstra que.

- ➔ a QV dos pacientes com ER atingiu escore médio na quantitação do QV-65 com deterioração mais acentuada nos aspectos social, percepção de saúde e físico. Houve forte associação entre todos os aspectos da QV;
- ➔ os dois grupos de pacientes com ER são diferentes em relação à QV total. O grupo de pacientes com perspectiva imediata (**G1**) mostra escore de QV pior que o grupo de pacientes com perspectiva remota de cirurgia (**G2**), na maioria dos aspectos, com exceção do emocional e do autoconceito;
- ➔ existe diferença entre os grupos de pacientes com ER em relação aos sintomas de depressão. O grupo de pacientes hospitalizados (**G1**) apresenta intensidade maior de sintomas depressivos do que o grupo em acompanhamento ambulatorial (**G2**);
- ➔ existe forte correlação entre a intensidade dos sintomas depressivos e a piora da QV. Os pacientes com melhores escores de QV são os que apresentam menos sintomas de depressão.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Akiskal HS. Transtornos do humor: características clínicas. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
- Albuquerque M. Epilepsias parciais de difícil tratamento: aspectos psicossociais. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1993.
- Albuquerque M; Scorza FA; Priel MR; Arida RM; Amado D. Aspectos legais das epilepsias. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2003;9(3):193-6.
- Aldenkamp AP, Van Donselaar CA; Flamman H; Lafarre DLW. Psychosocial reactions to the in an unselected group of patients with epilepsy under treatment in general hospitals. *Seizure* 2003;12:101-6.
- Alonso N.B; Albuquerque M.. Qualidade de vida: a necessidade de validação de instrumentos para a língua portuguesa. *Neurociências* 2002;10(2):105-19.
- Alonso NB; Silva TI, Westphal AC, et al. Sintomas depressivos e qualidade de vida em indivíduos com epilepsia por esclerose mesial temporal. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2005;11(3):117-22.
- Alvarado L; Ivanovic-Zuvic F; Candia X, et al. Psychosocial evaluation of adults with epilepsy in Chile. *Epilepsia*. 1992;33(4):651-6.
- Alving J. What is intractable epilepsy? In: Johannessen SI, Gram L, Sillanpää M, et al., editors. *Intractable epilepsy*. Bristol; Biomedical Publishing;1995.
- Andermann LF. Epilepsy in developing countries. *Transcult Psychiatric Res Rev*. 1995;32(4):351-84.
- Andrews D, Camp K; Kilpatrick C, et al. The assessment and treatment of concerns and anxiety in patients undergoing presurgical monitoring for epilepsy. *Epilepsia*. 1999;40(11):1535-42.
- Arntson P, Droge D; Norton R, et al. The perceived psychosocial consequences of having epilepsy. In: Whitman S; Hermann BP. *Psychopathology in epilepsy: social dimensions*. New York: oxford university press; 1986.
- Aruda FE. Diretriz Nacional para direção de veículos automotores por pessoas com epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2004;10(3):175-80.
- Attarian H; Vahle V; Carter J, et al. Relationship between depression and intractability of seizures. *Epilepsy Behav*. 2003;4(3):298-301.
- Baker GA. The psychosocial burden of epilepsy. *Epilepsia*. 2002;43(Suppl 6):26-30.

Baker GA, Jacoby A, Chadwick DW. The associations of psychopathy and epilepsy: a community study. *Epilepsy Res.* 1996;25(1):1:29-39.

Baldauf CM. Estratégias terapêuticas clínicas para o tratamento da epilepsia refratária. In: Cukiert A. Tratamento clínico e cirúrgico das epilepsias de difícil controle. São Paulo: Lemos; 2002.

Batzel LW, Dodrill C B. Neuropsychological and emotional correlates of marital status and ability to live independently in individuals with epilepsy. *Epilepsia.* 1984;25(5):594-8.

Bazil CW. Comprehensive care of the epilepsy patient- control, comorbidity, and cost. *Epilepsia.* 2004;45(Suppl6):3-12.

Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory: manual. San Antonio: The Psychological Corporation; 1993.

Bodganovic SH, Mead SH, Duncan JS. Aggressive behavior at a residential epilepsy center. *Seizure.* 2000;9:58-64.

Boro A, Hau TS. Medical comorbidities in the treatment of epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003;4:S2-S12.

Boylan LS; Flint LA, Labovitz DL, et al. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology.* 2004;62(2):258-61.

Bustamante VCT, Lüders HO, Sakamoto AC. Classificando as crises epilêpticas para a programação terapêutica. In: Yacubian EMT, editor. Tratamento medicamentoso das epilepsias. São Paulo: Lemos;1999.

Chaplin JE, Shorvon S, Floy DM. A quantitative approach to measuring the social effects of epilepsy. *Neuroepidemiology.* 1990;9:151-8.

Cockerell OC, Shorvon SD. Epilepsias: conceitos atuais. São Paulo: Lemos;1997.

Comission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy (1989): proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia.* 1989;26:268-78.

Cramer JA, Hammer AE, Kustra RP. Improved mood states with lamotrigine in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2004;5(5):702-7.

Cramer JA. A clinimetric approach to assessing quality of life in epilepsy. *Epilepsia.* 1993;34(Suppl 4):s8-s13.

Cramer JA. Quality of life for people with epilepsy. *Neurol Clin.* 1994;12(1):1-13.
Cramer JA, Blum D, Reed M. et al. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003;4(5):515-21.

Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, et al. Development and cross-cultural translation of a 31-item quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31). *Epilepsia*. 1998;39:81-8.

Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, et al. A brief questionnaire to screen for quality of life in epilepsy: The QOLIE-10. *Epilepsia*. 1996;37(6):577-82.

Cunha I, Brissos S, Dinis M, et al. Comparision between the results of the Symptom Checklist -90 in two different populations with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2003;4(6):733-9.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Da Costa JC. Atividade epileptiforme interictal espontânea e ictal induzida in vitro em cérebro isolado da tartaruga: um modelo experimental para o estudo da epilepsia [tese]. Porto Alegre, UFRGS; 1993.

Da Costa JC, Oliveira MLK, Panta RMG. Epilepsia na infância. *Acta Méd. (Porto Alegre)* 1982;142-79.

Della Coleta J.A. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. *Arq Bras Psicologia*,39(2) 79-97, 1987.

Dansky L, Andermann E, Andermann F. Mariage and fertility in epileptic patients. *Epilepsia*. 1980;21:261-71.

Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(supl 1):sI 6-sII2. [Supl depressão].

Devinsky O, Cramer JA. Introduction: quality of life in epilepsy. *Epilepsia*. 1993;34(suppl 4):S1-S3.

Devinsky O. Clinical usues of the quality-of-life in epilepsy inventoty. *Epilepsia*. 1993;34(suppl 4):S39-44.

Devinsky O. Outcome research in neurology: incorporating health-related quality of life. *Ann Neurol*. 1995;37(2):141-2.

Devinsky O, Vickrey BG, Cramer J. Development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*. 1995;36:1080-104.

Dimatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000;160(14):2107-7.

Dodrill CB, Batzel LW, Queisser HR, et al. An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. *Epilepsia*. 1980;21(2):123-35.

- Dodrill CB, Beier R, Kasparick M, et al. Psychosocial problems in adults with epilepsy: comparison of findings from four countries. *Epilepsia*. 1984;25(2):176-83.
- Drane DL, Meador KJ. Cognitive and behavioral effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav*. 2002;3(5S):49-53.
- Engel J Jr, Pedley T. Introduction: What's epilepsy ? in: Engel,J.Jr ; e Pedley,T.A. (eds) *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*. Lippincott-Raven Publications,p. 1-10,1997.
- Engel J Jr, Shewmon DA. Overview: who should be considered a surgical candidate? In: Engel J Jr. editor. *Surgical treatment of epilepsies*. 2nd.ed. New York: Raven;1993.
- Fernandes JG, Schmidt MI, Tozzi S, et al. Prevalence of epilepsy: the Porto Alegre study. *Epilepsia*. 1992;33(S3):132.
- Fitzmann A, Gomes MM. A interface entre epilepsia e psiquiatria. *Braz J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2001;7(2):55-67.
- Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
- Forsgren, L. Epidemiology of intractable epilepsy in adults. In: Johannessen SI, Gram L, Sillanpää M, et al., editors. *Intractable epilepsy*. Bristol; Biomedical Publishing;1995.
- Forsgren L, Nystrom L. An incident case referent study of epileptic seizures in adults. *Epilepsy Res*. 1999;6:66-81.
- Frayman L, Cukiert A, Forster C, et al. Quality of life of patients after epilepsy surgery. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(1):30-3.
- Gastaut H. *Dicionário de epilepsia*. Parte 1: definições. São Paulo: Clínica Neurológica da Escola Paulista de Medicina, 1985.
- Gillham R, Bryant-comstock L, Kane K. Validation of Side Effect And Life Satisfaction (SEALS). *Inventory Seizure*. 2000;9(7):458-63.
- Gilliam F. Optimizing health outcomes in active epilepsy. *Neurology*. 2002;58:s9-s20.
- Gilliam F, Kanner AM. Treatment of depressive disorders in epilepsy patients. *Epilepsy Behav*. 2002;3:s2-s9.
- Gilliam F, Kuzniecky R, Meador K, et al. Oriented outcome assessment after temporal lobectomy for refractory epilepsy. *Neurology*. 1999;53:687-94.

Gilman JT, Duchouwny M, Jayakar P, et al. Medical intractability in children evaluated for epilepsy surgery. *Neurology*. 1994;44:1341-3.

Gomes MM. Epidemiologia: distribuição, fatores de riscos e considerações prognósticas. In: Guerreiro CA, Guerreiro MM, Cendes F, et al. *Epilepsia*. 3^a.ed. São Paulo: Lemos; 2000.

Gomes MM. Epilepsias: uma prioridade nacional em cuidados de saúde. *Rev Bras Neurol*. 1994;30(5):141-57.

Griffith NM, Szaflarski JP, Szaflarski M, et al. Measuring depressive symptoms among treatment-resistant seizure disorder patients: POMS Depression scale as an alternative to the BDI-II. *Epilepsy Behav*. 2005;7:266-72.

Guberman AH, Bruni J. *Essentials of clinical epilepsy*. New York: Butterworth-Heinemann; 1999.

Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, et al. *Epilepsia*. 3^a.ed. São Paulo: Lemos; 2000.

Guerreiro CAM, Guerreiro MM. *Epilepsia*. São Paulo: Lemos; 1993.

Guldvog B, Loyning Y, Hauglie-Hanssen E, et al. Surgical versus medical treatment for epilepsy. II. Outcome related to social areas. *Epilepsia*. 1991;32(4):477-86.

Haggström LM. Percepção e atitudes sobre epilepsia: uma visão de pacientes, profissionais de saúde e leigos[dissertação]. Porto Alegre: PUCRS; 1999.

Hauser WA, Annegers JF. Epidemiology of epilepsy. In: Laidlaw J, editor. *A textbook of epilepsy*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993. p.23-45.

Hecimovic H, Goldstein JD, Sheline YI, et al. Mechanisms of depression in epilepsy from a clinical perspective. *Epilepsy Behav*. 2003;4:s25-s30.

Hermann BP, Seidenberg M, Bell B, et al. Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: association with chronicity of epilepsy and impact on quality of life. *Epilepsy Behav*. 2000;13:184-90.

Hermann BP, Wyler AR, Somes G, et al. Pathological status of the mesial temporal lobe predicts memory outcome from left anterior temporal lobectomy. *Neurosurgery*. 1992;31(4):652-7.

Hermann BP, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia*. 2000;41 (Suppl. 2):s31-s41.

Hermann BP, Whitman S, Wyler AR, et al. Psychosocial predictors of psychopathology in epilepsy. *Br J Psychiatry*. 1990;156:98-105.

- Jacoby A. Epilepsy and the quality of everyday life. findings from a study of people with well controlled epilepsy. *Soc Sci Med*. 1982;34(6):657-66.
- Jacoby A. Impact of epilepsy on employment status: findings from a UK study of people with well-controlled epilepsy. *Epilepsy Res*. 95;21:125-32.
- Jacoby A, Baker G, Smith D, et al. Measuring the impact of epilepsy: the development of a novel scale. *Epilepsy Res*. 99;16(1):83-8.
- Jacoby A, Baker GA, Steen N, et al. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from UK community study. *Epilepsia*. 1996;37(2):148-61.
- Jacoby A, Buck D, Baker GA, et al. Uptake and costs of care for epilepsy: findings from a UK regional study. *Epilepsia*. 1998;39(7):776-86.
- Jacoby A, Buck D, Baker GA, et al. Cross cultural differences in a quality of life among people with epilepsy. *Epilepsia*. 1997;38(suppl 3):282.
- Jobe PC. Common pathogenic mechanisms between depression and epilepsy: an experimental perspective. *Epilepsy Behav*. 2003;4:s14-s24.
- Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*. 2004;45(5):544-50.
- Kale R. Bringing epilepsy out of the shadows. *Br Med J*. 1997;315(7099):2-3.
- Kalinin VV, Polyanskiy DA. Gender differences in risk factors of suicidal behavior in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2005;6(3):424-9.
- Kanner A, Barry JJ. The impact of mood disorders in neurological disease: should neurologists be concerned? *Epilepsy Behav*. 2003;4:s3-s13.
- Kanner AM, Palac S. Depression in epilepsy: a common but often unrecognized comorbid malady. *Epilepsy Behav*. 2000;1(1):37-51.
- Kanner AM. Depression in epilepsy: a frequently neglected multifaceted disorder. *Epilepsy Behav*. 2003;4(Suppl 4):s11-s19.
- Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology*. 2002;58(8 Suppl 5):S27-39.
- Kanner AM, Barry JJ. Depression and epilepsy: a closer look at their intimate relationship. *Epilepsy Behav*. 2003;4(Suppl 3):s1-s57.
- Karnofsky DA, Burchenal J. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod C, editor. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press; 1949. p 191-205.

Kellett MW, Smith DF, Baker GA, et al. Quality of life after epilepsy surgery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997 Jul;63(1):52-8.

Koepp MJ, Duncan JS. Epilepsy. *Curr Opin Neurol*. 17(4): 467-74, 2004.

Kogeorgos J, Fonagy P, Scott D. Psychiatric symptom patterns of chronic epileptics attending a neurological clinic: a controlled investigation. *Br J Psychiatry*. 1982;140:236-43.

Krumholz A, Fisher RS, Lesser RS, et al. Driving and epilepsy: a review and reappraisal. *JAMA*. 1991;265:622-6.

Lechtenberg R. Epilepsy and the family. Boston: Harvard University Press; 1984.

Leestman JE, et al. Sudden unexplained death in epilepsy: observations from a large clinical development program. *Epilepsia*. 1997;38(1):47-55.

Lehrner J, KalchmaYR, et al. Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure*. 1999;8(2):88-92.

Leidy NK, Rentz AM, Grace EM. Evaluation health-related quality of life outcomes in clinical trials of antiepileptics drugs therapy. *Epilepsia*. 1998;39:965-77.

Levin R, Banks S, Berg B. Psychosocial dimensions of epilepsy: a review of the literature. *Epilepsia*. 1988;29(6):805-16.

Livingston S. Psychosocial aspects of epilepsy. In: British Epilepsy Association, editor. *Perspectives on epilepsy 80/81*. Berkshire: The Association; 1981.

Loring DW, Meador KJ, Lee GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2004;5:976-80.

Marchetti RL, Castro APW, Kuregant D; et al. Transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev Psiq Clín*. 2005;32(3):170-82.

Marchetti RL, Damasceno BP. Epilepsia: psicopatologia e comportamento. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, et al. *Epilepsia*. São Paulo: Lemos; 2000. p 231-42.

Marchetti RL, Yacubian EMT. Transtornos depressivos associados à epilepsia. *Braz J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2001;7(1):7-12.

Marder SR. Escalas de avaliação psiquiátrica. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria*. 6ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. v.1.

Marino Junior R, Cukiert A, et al. Epidemiological aspects of epilepsy in São Paulo: a prevalence study. *Arq Neuropsiquiatr*. 1986;44(3):243-54.

- Matthews WS, Barabas G; et al. Emotional concomitants of childhood epilepsy. *Epilepsia*. 1982; 23(6):671-81.
- Meador KJ. Cognitive outcomes and predictive factors in epilepsy. *Neurology*. 2002;58(suppl 5):s21-s26.
- Meinardi H, Scott RA, Reis R.. The situation and ways forward. *Epilepsia*. 2001;42:132-49.
- Mello VA. Aspectos psiquiátricos pré e pós-operatórios das epilepsias refratárias. In: Cukiert A. Tratamento clínico e cirúrgico das epilepsias de difícil controle. São Paulo: Lemos; 2002.
- Mendez MF, Cummings JL, Benson DF, et al. Depression in epilepsy: significance and phenomenology. *Arch Neurol*. 1986;43:766-70.
- Moreno RA, Moreno DH. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia - Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery - Asberg (MADRS). *Rev Psiquiatria Clín*. 1998;25(5).
- Motamedi G, Meador K. Epilepsy and cognition. *Epilepsy Behav*. 2003;4:s25-s38.
- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9064):1498-504.
- O'Donoghue MF, Goodridge DM, Redhead K, et al. Assessing the psychosocial consequences of epilepsy: a community based study. *Br J Gen Pract*. 1999;49(440):211-4.
- O'Donoghue MF, Sander JWAS. Qualidade de vida e gravidade das crises como medida de resultados em epilepsia. In: Da Costa JC, Palmini A, Yacubian EMT, et al., editores. Fundamentos neurobiológicos das epilepsias. São Paulo: Lemos; 1998.
- Oliver A. Risk and benefit in the surgery of epilepsy: complications and positive results on seizure tenency and intellectual function. *Acta Neurol Scand*. 1988;78(suppl 117):114-21.
- Paglioli-Neto E. Tratamento cirúrgico da epilepsia do lobo temporal: o impacto do controle das crises no perfil psicossocial dos pacientes [dissertação]. Porto Alegre: PUCRS; 1995.
- Perrine K, Hermann BP, Meador KJ, et al. The relationship of neuropsychological functioning to quality of life in epilepsy. *Arch Neurol*. 1995;52(10):997-1003.
- Piazzini A, Canevini P, Maggiori G; et al. Depression and anxiety in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2001;2(5):481-9.
- Placencia M, Shorvon SD, et al. Epileptic seizures in an Andean region of Ecuador: incidence and prevalence and regional variation. *Brain*. 1992;115(Pt 3):771-82.

- Portuguez MW. Memória, epilepsia e lobectomia temporal: um estudo neuropsicológico [tese]. São Paulo: UNIFESP/Escola Paulista de Medicina; 1998.
- Ried S, Specht U, Thorbecke R, et al. Moses: an education program for patients with epilepsy and their relatives. *Epilepsia.*, 2001;42(suppl 3):76-80.
- Robertson M, Trimble M, Townsend H, et al. The phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia.* 1987;28:364-7.
- Sales LV, Leite JP. Bases neuropatológicas das epilepsias refratárias. In: Cukiert A. Tratamento clínico e cirúrgico das epilepsias de difícil controle. São Paulo: Lemos; 2002.
- Salgado PCB, Souza EAP. Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. *Estudo Psicologia.* 2003;8(1):165-8.
- Salgado PCB. A relação entre a percepção de controle de crises e a qualidade de vida de adultos com epilepsia [dissertação]. Campinas: UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas; 2003.
- Salgado PCB, Fernandes PT, Noronha ALA, et al. The second step in the construction of a stigma scale of epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(2-B):395-8.
- Salgado PCB, Fernandes PT, Souza EAP. Patient's expectations for epilepsy surgery: preliminary results. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2004;10(3):143-5.
- Salgado PCB, Souza EAP. Qualidade de vida em epilepsia e percepção de controle de crises. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001;59(3-A):537-40.
- Salgado PCB, Souza EAP. Impacto da epilepsia no trabalho- Avaliação da qualidade de vida. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002, 60 (2B): 442-445.
- Sander JW, Bell GS. Reducing mortality: an important aim of epilepsy management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75(3):349-51.
- Sander JWA. Some aspects of prognosis in the epilepsies: a review. *Epilepsia.* 1993;34(6):1007-16.
- Sarmiento MR, Minayo-Gomez C. A epilepsia, o epilético e o trabalho: relações conflitantes. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(1):183-93.
- Schmidt D. Medical intractability in partial epilepsies. In: Luders H, editor. *Epilepsy surgery.* New York: Raven; 1991.
- Scott RA, Lhatoo SD, et al. The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bull World Health Organ.* 2001;79(4):344-51.
- Seidman-Ripley JG, Bound VK, et al. Psychosocial consequences of postoperative seizure relief. *Epilepsia.* 1993;34(2):248-54.

- Shorvon SD, Farmer PJ. Epilepsy in developing countries: a review of epidemiological, sociocultural, and treatment aspects. *Epilepsia*. 1988;29(Suppl 1):s36-54.
- Shorvon SD. Epidemiology, classification, natural history, and genetics of epilepsy. *Lancet*. 1990;336(8707):93-6.
- Simonatto D, Dias MD, Pinto TH, et al. Epilepsy and public education. *Arq Neuropsiquiatr*. 1992;50:309-12.
- Souza EAP, Guerreiro MM, Guerreiro CAM. Qualidade de vida. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, et al, editores. *Epilepsia*. São Paulo: Lemos; 2000.
- Souza EAP. Questionário de qualidade de vida na epilepsia: resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(3-A):541-4.
- Taylor DC. Epilepsy as a chronic sickness: remediating its impact. In: Engel J Jr, editor. *Surgical treatment of the epilepsies*. 2nd.ed. New York: Raven; 1993.
- Taylor DC. Psychosocial issues in the evaluation of impact and outcome of temporal lobectomy. In: Engel J Jr, editor. *Surgical treatment of the epilepsies*. 2nd.ed. New York: Raven; 1993.
- Thompson PJ, Oxley J. Socioeconomic accompaniments of severe epilepsy. *Epilepsia*. 1988;29(Suppl 1):s9-18.
- Tomson T. Mortality in epilepsy. *J Neurol*. 2000;247(1):15-21.
- Trimble MR, Dodson ED, editors. *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven; 1994.
- Vickrey BGA. A procedure for developing a quality-of-life measure for epilepsy surgery patients. *Epilepsia*. 1993;34(Suppl 4):s22-7.
- Vickrey BG, Hays RD, Graber J, et al. A health-related quality of life instrument for patients evaluated for epilepsy surgery. *Med Care*. 1992;30:299-319.
- Vickrey BG, Hays RD, Hermann BP, et al. Outcomes with respect to quality of life. In: Engel J Jr, editor. *Surgical treatment of the epilepsies*. 2nd.ed. New York: Raven; 1993.
- Vickrey BG, Hays RD, Rusch R, et al. Quality of life of epilepsy surgery patients as compared with outpatients with hypertension, diabetes, heart disease, and/or depressive symptoms. *Epilepsia*. 1994;35(3):597-607.
- Wiebe S, Matijevic S, Eliasziw M, et al. Clinically important change in quality of life in epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73(2):116-20.

Wiegartz P, Seidenberg M, Woodard A, et al. Co-morbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: recognition and etiology of depression. *Neurology*. 1999;53(5 Suppl 2):S3-8.

Wilson S Bladin P, Saling M. The “burden of normality”: concepts of adjustment after surgery for seizures. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2001;70: 649-656.

World Health Organization. Fact Sheet 217: The global burden of mental and neurological problems. Geneva: WHO; 1999.

World Health Organization. The global campaign against epilepsy: out of the shadows. Geneva: WHO; 1997. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/globalepilepsycampaign/en/print.html

World Health Organization. Social consequences and economic aspects: fact sheet N.166. Geneva: WHO; 2001.

Yacubian EMT. Epilepsia refratária em adultos. In: Da Costa JC, Palmini A, Yacubian EMT, et al., editores. *Fundamentos neurobiológicos das epilepsias*. São Paulo: Lemos; 1998.

Yacubian EMT. Proposta de classificação das crises e síndromes epiléticas: correlação videoeletroencefalográfica. *Rev Neurociências*. 2002;10(2):49-65.

ANEXOS

Anexo A
Questionário

DATA: ____ / ____ / ____

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Gênero () masculino () feminino

Idade: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Escolaridade: _____

Atividade ocupacional/Emprego: Sim ____ Não ____

Estado civil: _____

Idade de início das crises: _____

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA 65 – SOUZA, 1998
(QQV-65)

PERCEPÇÃO DE SAÚDE

1. Em geral, como você acha que sua saúde é?

- 1.1 Ruim
- 1.2 Regular
- 1.3 Boa
- 1.4 Muito Boa
- 1.5 Excelente

2. Comparando a um ano atrás, como você classificaria sua saúde hoje?

- 2.1 Muito pior
- 2.2 Um pouco pior
- 2.3 A mesma coisa
- 2.4 Um pouco melhor
- 2.5 Muito melhor

3. De um modo geral, como você avalia sua Qualidade de Vida?

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
 Pior possível Melhor possível

4. O que você acha que está mais prejudicado atualmente?				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
4.1 Escola	1	2	3	4
4.2 Saúde Física	1	2	3	4
4.3 Saúde emocional	1	2	3	4
4.4 Relacionamento Social	1	2	3	4
4.5 Trabalho	1	2	3	4
4.6 Lazer	1	2	3	4

5. O que você acha que foi mais prejudicado pela epilepsia?				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
5.1 Escola	1	2	3	4
5.2 Saúde Física	1	2	3	4
5.3 Saúde Emocional	1	2	3	4
5.4 Relacionamento Social	1	2	3	4
5.5 Trabalho	1	2	3	4
5.6 Lazer	1	2	3	4

	Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Como está seu relacionamento afetivo?	1	2	3	4
7. Como está sua vida familiar?	1	2	3	4
8. Como está seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4
9. Como está sua vida social?	1	2	3	4
10. Como está seu lazer?	1	2	3	4

11. Quanto você está satisfeito com a sua vida?

- 11.1 Não está satisfeito
- 11.2 Pouco satisfeito
- 11.3 Bastante satisfeito
- 11.4 Muitíssimo satisfeito

ASPECTOS FÍSICOS

Pensando nas atividades que você faz diariamente, responda o que tem acontecido nos últimos 6 meses:				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
12. A epilepsia tem feito você se sentir bem fisicamente?	1	2	3	4
13. A epilepsia tem causado a você dano ou dor?	1	2	3	4
14. A dor interferiu no seu trabalho ou outras atividades?	1	2	3	4
15. A epilepsia impediu você de realizar as atividades do dia-a-dia? (andar, subir degraus, carregar peso)?	1	2	3	4
16. A epilepsia impediu você de realizar atividades de autocuidado (tomar banho, vestir-se)?	1	2	3	4
17. Você está satisfeito com sua saúde hoje?	1	2	3	4

ASPECTOS SOCIAIS

Pensando sobre sua vida familiar e relacionamentos, responda:				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
18. Você está satisfeito com sua vida familiar?	1	2	3	4
19. Você está satisfeito com sua vida fora da família?	1	2	3	4
20. Você está satisfeito com seu relacionamento afetivo sexual?	1	2	3	4
21. Você tem dificuldade de fazer novos amigos por causa da epilepsia?	1	2	3	4
22. Você acha que recebe apoio e suporte da família e amigos?	1	2	3	4
23. Você fala sobre você mesmo com sua família e amigos?	1	2	3	4
24. Alguém esteve disponível quando você precisou de ajuda?	1	2	3	4
25. Você tem se sentido só por causa da epilepsia?	1	2	3	4

Pensando sobre sua vida familiar e relacionamentos, responda:				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
26. Você se sente ou já se sentiu rejeitado por causa da epilepsia?	1	2	3	4

A epilepsia pode interferir nas suas atividades de trabalho ou estudo.				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
27. A epilepsia causou problemas para fazer seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4
28. Ficou afastado por causa da epilepsia?	1	2	3	4
29. Ficou preocupado com a possibilidade de perder seu trabalho ou estudo por causa da epilepsia?	1	2	3	4
30. A epilepsia impediu você de fazer o tipo de trabalho ou estudo que gostaria de fazer?	1	2	3	4
31. Quão feliz você está com seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4
32. Você está satisfeito com a maneira que ocupa seu dia?	1	2	3	4

A epilepsia muitas vezes pode afetar o que você faz de lazer e diversão. Durante os últimos seis meses...				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
33. A epilepsia impediu você de fazer atividades de lazer?	1	2	3	4
34. Quão feliz você está com o tempo gasto com lazer?	1	2	3	4

A epilepsia pode impedir as pessoas de dirigir.				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
35. A epilepsia causa este problema para você?	1	2	3	4

ASPECTOS EMOCIONAIS

Durante as últimas quatro semanas você tem se sentido...				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
36. Muito animado?	1	2	3	4
37. Chateado porque alguém o(a) criticou?	1	2	3	4
38. Tem mostrado interesse em alguma coisa?	1	2	3	4
39. Satisfeito?	1	2	3	4
40. Desanimado e triste?	1	2	3	4
41. Feliz?	1	2	3	4
42. Cansado?	1	2	3	4
43. Muito sozinho ou isolado?	1	2	3	4
44. Orgulhoso porque foi elogiado?	1	2	3	4
45. Desencorajado pelos problemas de saúde?	1	2	3	4
46. Dependente dos outros?	1	2	3	4
47. Calmo e tranqüilo?	1	2	3	4

LOCUS DE CONTROLE

Pensando em sua própria vida, diga se você concorda ou não com estas afirmações.				
	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo muitíssimo
48. Realmente não existe maneira de resolver os problemas que tenho.	1	2	3	4
49. Às vezes sinto que estou sendo empurrado pela vida.	1	2	3	4
50. A epilepsia me faz sentir que não consigo controlar minha vida.	1	2	3	4
51. A epilepsia me faz sentir que não consigo fazer as coisas tão bem quanto outras pessoas.	1	2	3	4
52. Tenho pouco controle sobre minha doença.	1	2	3	4
53. Posso fazer todas as coisas que quero fazer.	1	2	3	4

AUTOCONCEITO

	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
54. Você se considera uma pessoa normal?	1	2	3	4
55. Você se considera uma pessoa capaz?	1	2	3	4
56. Você tem ambição como as outras pessoas?	1	2	3	4
57. Você fica preocupado em ter uma crise no futuro?	1	2	3	4
58. Você fica preocupado em machucar-se durante as crises?	1	2	3	4
59. Você fica preocupado em estar em público por causa da epilepsia?	1	2	3	4
60. Você fica preocupado em ter que tomar medicação por muito tempo?	1	2	3	4
61. Você acha que tem mais crises do que outras pessoas com epilepsia?	1	2	3	4

ASPECTOS COGNITIVOS

	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
62. Você teve problemas com sua memória? (lembrar nomes de pessoas, onde colocou as coisas)?	1	2	3	4
63. Você teve problemas com sua atenção (concentração na conversa, no trabalho, na leitura)?	1	2	3	4
64. Você teve problemas com sua fala ou linguagem?	1	2	3	4
65. Os problemas de memória, atenção ou fala interferiram no seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4

Observações:

Anexo B

Fórmula para cálculo da pontuação de QV por aspecto e no total

Aspectos	Cálculos de Pontuação
Saúde	$\{(3 \times \text{SAÚDE1} + 1) / 4 + (3 \times \text{SAÚDE2} + 1) / 4 + (3 \times \text{SAÚDE3} + 10) / 10 + \text{SAÚDE4} + \text{SAÚDE5} + \text{SAÚDE6} + \text{SAÚDE7} + \text{SAÚDE8} + \text{SAÚDE9} + \text{SAÚDE10} + \text{SAÚDE11} - 11\} \times 100 / 33$
Físico	$(\text{ASPFIS12} + \text{ASPFIS13} + \text{ASPFIS14} + \text{ASPFIS15} + \text{ASPFIS16} + \text{ASPFIS17} - 6) \times 100 / 18$
Social	$(\text{SOCIAL18} + \text{SOCIAL19} + \text{SOCIAL20} + \text{SOCIAL21} + \text{SOCIAL22} + \text{SOCIAL23} + \text{SOCIAL24} + \text{SOCIAL25} + \text{SOCIAL26} + \text{SOCIAL27} + \text{SOCIAL28} + \text{SOCIAL29} + \text{SOCIAL30} + \text{SOCIAL31} + \text{SOCIAL32} + \text{SOCIAL33} + \text{SOCIAL34} + \text{SOCIAL35} - 18) \times 100 / 54$
Emocional	$(\text{AFETO36} + \text{AFETO37} + \text{AFETO38} + \text{AFETO39} + \text{AFETO40} + \text{AFETO41} + \text{AFETO42} + \text{AFETO43} + \text{AFETO44} + \text{AFETO45} + \text{AFETO46} + \text{AFETO47} - 12) \times 100 / 36$
Locus de Controle	$(\text{CONTR48} + \text{CONTR49} + \text{CONTR50} + \text{CONTR51} + \text{CONTR52} + \text{CONTR53} - 6) \times 100 / 18$
Auto Conceito	$(\text{CONC54} + \text{CONC55} + \text{CONC56} + \text{CONC57} + \text{CONC58} + \text{CONC59} + \text{CONC60} + \text{CONC61} - 8) \times 100 / 24$
Cognitivo	$(\text{COGNIT62} + \text{COGNIT63} + \text{COGNIT64} + \text{COGNIT65} - 4) \times 100 / 12$
SCORE TOTAL	$(\text{SAÚDE} + \text{FÍSICO} + \text{SOCIAL} + \text{AFETO} + \text{LÓCUS de CONTROLE} + \text{AUTO CONCEITO} + \text{COGNITIVO}) / 7$

Itens tiveram seus valores invertidos por serem questões na negativa:

- Itens invertidos: Itens Saúde: 4 e 5; Itens Aspectos Físicos: 13 a 16; Itens Aspectos Sociais: 21, 25 a 30, 33 e 35; Itens Emocional: 37, 40, 42, 43, 45 e 46; Itens Percepção de controle: 48 a 52; Itens Autoconceito: 57 a 61; Itens Aspectos Cognitivos: 62 a 65.
- Todas as escalas foram transformadas linearmente em escalas 0-100 pontos, com altos valores representando um funcionamento melhor de bem-estar.
- O cálculo do item “saúde 4 e saúde 5” deve ser feito a partir da média de seus subitens.

Anexo C

BECK DEPRESSION INVENTORY – Inventário de Depressão de Beck (BDI)**Nome:****Idade:****Data:**

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, 3) próximo à afirmação que descreve a *melhor* maneira que você tem se sentido na *última semana, incluindo hoje*. Se várias informações parecerem aplicar igualmente bem, faça um círculo em torno de cada uma. *Tome cuidado de ler todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer a sua escolha*”

Grupo 1

0. Não me sinto triste
1. Eu me sinto triste
2. Estou sempre triste e não consigo sair disso
3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

Grupo 2

0. Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
2. Acho que nada tenho a esperar
3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

Grupo 3

0. Eu não me sinto um fracasso
1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

Grupo 4

0. Tenho tanto prazer em tudo como antes
1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes
2. Não encontro um prazer real em mais nada
3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo

Grupo 5

0. Não me sinto especialmente culpado
1. Eu me sinto culpado grande parte do tempo
2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
3. Eu me sinto sempre culpado

Grupo 6

0. Não acho que esteja sendo punido
1. Acho que posso ser punido
2. Creio que vou ser punido
3. Acho que estou sendo punido

Grupo 7

0. Não me sinto decepcionado comigo mesmo
1. Estou decepcionado comigo mesmo
2. Estou enojado de mim
3. Eu me odeio

Grupo 8

0. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
2. Eu me culpo sempre por minhas falhas
3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece

Grupo 9

0. Não tenho quaisquer idéias de me matar
1. Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
2. Gostaria de me matar
3. Eu me mataria se tivesse oportunidade

Grupo 10

0. Não choro mais do que o habitual
1. Choro mais agora do que costumava
2. Agora, choro o tempo todo
3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

Grupo 11

0. Não sou mais irritado agora do que já fui
1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
2. Agora, me sinto irritado o tempo todo
3. Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar

Grupo 12

0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas
1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3. Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas

Grupo 13

0. Tomo decisões tão bem quanto antes
1. Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
2. Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
3. Absolutamente não consigo mais tomar decisões

Grupo 14

0. Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
1. Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo
2. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
3. Acredito que pareço feio

Grupo 15

0. Posso trabalhar tão bem quanto antes
1. É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho

Grupo 16

0. Consigo dormir tão bem como o habitual
1. Não durmo tão bem como costumava
2. Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

Grupo 17

0. Não fico mais cansado do que o habitual
1. Fico cansado mais facilmente do que costumava
2. Fico cansado em fazer qualquer coisa
3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

Grupo 18

0. O meu apetite não está pior do que o habitual
1. Meu apetite não é tão bom como costumava ser
2. Meu apetite é muito pior agora
3. Absolutamente não tenho mais apetite

Grupo 19

0. Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente
1. Perdi mais do que 2 kilos e meio
2. Perdi mais do que 5 kilos
3. Perdi mais do que 7 kilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos

Sim _____ Não _____

Grupo 20

0. Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual
1. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação
2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

Grupo 21

0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
1. Estou menos interessado por sexo do que costumava
2. Estou muito menos interessado por sexo agora
3. Perdi completamente o interesse por sexo

Escore total _____

Anexo D**Termo de Consentimento Ambulatório****PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA E EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está em sendo **acompanhado no ambulatório** do Hospital São Lucas da PUCRS com o objetivo de se tratar e ter um melhor controle de suas crises epiléticas. Como parte desta avaliação, estamos realizando uma série de questionários a fim de conhecer alguns aspectos e características relacionados ao seu comportamento e sua qualidade de vida. Nosso objetivo é verificar se existe alguma relação com estas características pessoais e as relacionadas com a epilepsia, que serão realizadas durante a sua consulta neste hospital. Você somente terá que responder às perguntas de forma mais verdadeira. Serão aplicados alguns questionários que você responderá sozinho ou juntamente com alguém da equipe da neuropsicologia e se você tiver qualquer dúvida poderá perguntar a qualquer hora para a pessoa que estiver aplicando o questionário.

Estes questionários não terão influência alguma na avaliação e realização de seu tratamento. Caso você não concorde em participar do mesmo, isto não irá alterar de nenhuma maneira o plano de tratamento estabelecido.

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Em qualquer momento poderei solicitar novas informações. A Fga. Sabine Possa Marroni certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e o meu tratamento não será modificado em razão de seus resultados.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a Fga. Sabine Possa Marroni no telefone (51) 3248-3202 ou 9989-5248.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

PORTO ALEGRE _____ de _____ de _____.

Nome do paciente

assinatura

SABINE POSSA MARRONI- CRFa 6531 - RG 2040336238

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____
pela _____ enquanto eu estava presente.

Testemunha / RG

assinatura

Anexo E**Termo de Consentimento Internados****PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA E EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está **internado** o Hospital São Lucas da PUCRS com o objetivo de ser submetido a uma avaliação para realização de cirurgia da epilepsia, para melhor controle de suas crises epiléticas. Como parte desta avaliação, estamos realizando uma série de questionários a fim de conhecer alguns aspectos e características relacionados ao seu comportamento e sua qualidade de vida. Nosso objetivo é verificar se existe alguma relação com estas características pessoais e as relacionadas com a epilepsia, que serão realizadas durante a sua internação, antes da cirurgia. Você somente terá que responder às perguntas de forma mais verdadeira e isso ocorrerá em algum momento de sua internação. Serão aplicados alguns questionários que você responderá sozinho ou juntamente com alguém da equipe da neuropsicologia e se você tiver qualquer dúvida poderá perguntar a qualquer hora para a pessoa que estiver aplicando o questionário.

Estes questionários não terão influência alguma na avaliação e realização de sua cirurgia. Caso você não concorde em participar do mesmo, isto não irá alterar de nenhuma maneira o plano de tratamento estabelecido.

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Em qualquer momento poderei solicitar novas informações. A Fga. Sabine Possa Marroni certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e o meu tratamento não será modificado em razão de seus resultados.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a Fga. Sabine Possa Marroni no telefone (51) 3248-3202 ou 9989-5248.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

PORTO ALEGRE _____ de _____ de _____.

Nome do paciente

assinatura

SABINE POSSA MARRONI- CRFa 6531 - RG 2040336238

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____ pela
_____ enquanto eu estava presente.

Testemunha / RG

assinatura

Anexo F

Dados Demográficos *G1*

	sexo	Escolaridade	trabalha S/N	causa prob dirigir	estado civil	idade início cc	idade atual (a)
1	m	E.F. Completo	n	muito	solt	6 anos	22 anos
2	m	E.F. Incompleto	s	pouco	solt	12 anos	31 anos
4	m	E.F. Completo	n	não	solt	5 anos	20 anos
4	m	E.F. Completo	s	muito	casado	15 anos	46 anos
5	f	E.F. Incompleto	n	muito	casada	11 meses	33 anos
6	m	E.M. Incompleto	s	não	solt	11 anos	22 anos
7	m	E.F. Incompleto	s	muito	solt	7 anos	27 anos
8	m	E.M. Completo	s	muito	solt	3 anos	29 anos
9	f	E.F. Completo	n	muito	solt	2 anos	36 anos
10	f	E.S. Incompleto	n	muito	solt	11 meses	28 anos
11	m	E.F. Incompleto	n	muito	solt	2 anos	33 anos
12	m	E.M. Completo	n	muito	solt	5 anos	24 anos
13	m	E.M. Completo	s	muito	solt	9 anos	30 anos
14	f	E.F. Incompleto	n	não	solt	3 meses	18 anos
15	f	E.F. Incompleto	n	bastante	solt	3 anos	18 anos
16	f	E.F. Completo	n	não	solt	3 anos	18 anos
17	m	E.F. Incompleto	n	muito	solt	6 anos	32 anos
18	f	E.F. Completo	n	muito	casada	22 anos	30 anos
19	f	E.F. Incompleto	s	não	solt	3 anos	28 anos
20	m	E.S. Completo	n	pouco	solt	13 anos	33 anos
21	f	E.F. Incompleto	n	muito	casada	14 anos	31 anos
22	m	E.M. Completo	n	não	solt	14 anos	50 anos
23	m	E.M. Completo	s	muito	casado	15 anos	33 anos
24	m	E.M. Completo	n	não	casado	20 anos	45 anos
25	m	E.F. Completo	s	muito	casado	14 anos	33 anos
26	m	E.F. Incompleto	s	muito	casado	14 anos	33 anos
27	f	E.M. Incompleto	n	não	solt	15 anos	18 anos
28	m	E.F. Completo	n	muito	solt	5 anos	27 anos
29	m	E.F. Incompleto	s	muito	solt	10 anos	39 anos
30	m	E.F. Completo	s	bastante	casado	12 anos	43 anos
31	m	E.F. Completo	n	muito	solt	12 anos	25 anos
32	f	E.M. Completo	n	muito	solt	24 anos	29 anos
33	f	E.F. Completo	n	não	casada	19 anos	57 anos
34	f	E.F. Incompleto	n	muito	casada	1 ano 6 meses	37 anos
35	f	E.F. Incompleto	s	bastante	solt	2 anos	41 anos
36	m	E.F. Completo	s	muito	solt	19 anos	40 anos
37	m	E.M. Completo	n	bastante	solt	4 anos	21 anos
38	m	E.S. Incompleto	s	muito	solt	1 ano 3 meses	34 anos
39	f	E.F. Incompleto	s	bastante	solt	8 anos	39 anos
40	f	E.F. Incompleto	n	não	solt	4 anos	35 anos
41	m	E.F. Incompleto	s	muito	casado	15 anos	40 anos
42	m	E.F. Completo	s	muito	solt	1 ano 8 meses	29 anos
43	m	E.F. Completo	n	não	solt	6 anos	18 anos
44	f	E.S. Incompleto	s	muito	solt	17 anos	25 anos
45	m	E.M. Incompleto	n	muito	solt	4 anos	27 anos

Continuação Anexo F

	sexo	Escolaridade	trabalha S/N	causa prob dirigir	estado civil	idade inicio cc	idade atual (a)
46	f	E.M. Completo	n	muito	solt	16 anos	30 anos
47	m	E.F. Incompleto	s	bastante	casado	12 anos	33 anos
48	m	E.F. Incompleto	s	muito	casado	22 anos	53 anos
49	m	E.M. Incompleto	n	muito	solt	17 anos	27 anos
50	m	E.F. Incompleto	n	bastante	divorciado	5 anos	40 anos
51	f	E.F. Incompleto	n	muito	solt	1 ano 6 meses	33 anos
52	f	E.F. Completo	s	muito	separada	2 anos	40 anos
53	m	E.F. Incompleto	n	muito	solt	19 anos	44 anos
54	m	E.M. Incompleto	n	muito	solt	1 ano 6 meses	40 anos
55	m	E.F. Incompleto	n	pouco	solt	24 anos	32 anos
56	m	E.F. Completo	n	bastante	solt	8 anos	19 anos
57	m	E.F. Incompleto	n	bastante	solt	3 anos	30 anos
58	f	E.S. Incompleto	n	bastante	solt	6 meses	38 anos
59	f	E.F. Incompleto	n	bastante	solt	9 anos	21 anos
60	f	E.F. Incompleto	n	bastante	solt	1 ano	34 anos
61	m	E.F. Incompleto	s	muito	casado	21 anos	40 anos
62	m	E.M. Completo	s	bastante	casado	20 anos	44 anos
63	f	E.F. Incompleto	s	não	casada	3 anos	31 anos
64	m	E.F. Incompleto	n	muito	casado	16 anos	33 anos
65	m	E.S. Completo	s	não	casado	3 anos	26 anos
66	f	E.S. Completo	s	muito	solt	11 meses	34 anos

E.F.Incompleto = Ensino Fundamental Incompleto; E.F. Completo = Ensino Fundamental Completo; E.M. Incompleto = Ensino Médio Incompleto; E.M. Completo = Ensino Médio Completo; E.S. Incompleto = Ensino Superior Incompleto; E.S. Completo = Ensino Superior Completo

Anexo G

Dados Demográficos G2

	sexo	Escolaridade	trabalha S/N	causa prob dirigir	estado civil	idade início cc	idade atual (a)
1	m	E.F. Incompleto	sim	muito	solt	11 anos	24 anos
2	m	E.F. Completo	não	não	solt	20 anos	24 anos
3	m	E.F. Incompleto	não	um pouco	casado	22 anos	31 anos
4	f	E.M. Completo	não	um pouco	casada	15 anos	22 anos
5	m	E.M. Incompleto	não	não	separado	16 anos	60 anos
6	m	E.M. Completo	sim	muito	casado	12 anos	41 anos
7	m	E.F. Incompleto	sim	muito	solteiro	24 anos	29 anos
8	m	E.S. Incompleto	sim	não	solt	15 anos	23 anos
9	f	E.F. Incompleto	não	bastante	viuva	40 anos	66 anos
10	m	E.F. Incompleto	não	não	solt	7 anos	18 anos
11	m	E.F. Incompleto	sim	bastante	solt	3 meses	23 anos
12	m	E.F. Incompleto	sim	não	casado	10 anos	38 anos
13	m	E.F. Incompleto	sim	não	solt	18 anos	32 anos
14	f	E.F. Incompleto	não	muito	casada	10 anos	57 anos
15	f	E.F. Completo	não	não	casado	3 anos	54 anos
16	f	E.F. Completo	não	muito	solt	13 anos	19 anos
17	m	E.F. Incompleto	não	muito	solt	4 anos	32 anos
18	m	E.M. Completo	não	bastante	casado	34 anos	49 anos
19	f	E.F. Completo	não	bastante	solteira	31 anos	57 anos
20	f	E.M. Incompleto	não	um pouco	casada	6 meses	26 anos
21	m	E.M. Completo	não	muito	solt	16 anos	28 anos
22	f	E.F. Completo	não	um pouco	casada	22 anos	41 anos
23	f	E.M. Completo	sim	muito	separada	8 anos	50 anos
24	f	E.M. Completo	sim	muito	casada	12 anos	37 anos
25	f	E.M. Incompleto	não	não	solt	14 anos	30 anos
26	f	E.F. Incompleto	sim	bastante	casada	23 anos	66 anos
27	f	E.F. Completo	não	muito	solt	25 anos	50 anos
28	m	E.M. Completo	sim	bastante	casado	16 anos	33 anos
29	f	E.M. Incompleto	sim	não	casada	3 meses	22 anos
30	m	E.S. Ccompleteo	não	muito	solt	17 anos	37 anos
31	m	E.F. Completo	sim	não	separado	24 anos	58 anos
32	m	E.F. Completo	sim	não	separado	36 anos	41 anos
33	f	E.F. Completo	sim	não	solt	5 anos	22 anos

E.F.Incompleto = Ensino Fundamental Incompleto; E.F. Completo = Ensino Fundamental Completo; E.M. Incompleto = Ensino Médio Incompleto; E.M. Completo = Ensino Médio Completo; E.S. Incompleto = Ensino Superior Incompleto; E.S. Completo = Ensino Superior Completo

Anexo H

Tabela QQV 65

Grupo	Nº	QQV.01	QQV.02	QQV.03	QQV.04	QQV.04	QQV.04	QQV.04	QQV.04	QQV.04	QQV.05	QQV.05	QQV.05	QQV.05	QQV.05	QQV.05	QQV.06	QQV.07	QQV.08	QQV.09	QQV.10	QQV.11	QQV.12	QQV.13	QQV.14	QQV.15	QQV.16	QQV.17	QQV.18
1	1	1	2	5	4	3	3	3	2	3	4	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	1	4	1	2
1	2	2	4	10	4	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	2	3	3	3	1	3	3	2	4	1	3
1	3	4	5	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	2	4	4	4	4	2	4
2	4	2	3	5	2	4	4	4	1	2	2	4	4	4	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2
1	5	3	3	0	4	4	2	4	1	4	4	2	4	4	1	4	3	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4
1	6	1	5	10	1	3	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	4	2
2	7	2	1	5	1	1	1	3	1	3	1	1	3	3	1	3	3	2	1	3	2	2	1	3	3	2	4	1	3
1	8	2	4	10	2	3	3	3	4	4	2	4	3	4	4	4	2	3	2	2	3	3	1	4	4	4	4	2	3
2	9	3	3	8	3	3	3	3	2	4	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	4	4	2	3
1	10	3	3	5	1	4	4	4	4	4	1	3	3	4	3	1	3	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	2	4
1	11	2	4	8	2	4	3	4	1	2	1	4	3	1	3	3	2	2	1	1	2	2	1	4	4	1	3	2	1
2	12	4	4	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	1	4	4	4	4	3	4
2	13	5	5	6	4	4	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	2	2	3	3	4	2	2	4	4	4	4	1	2
1	14	3	1	8	4	2	1	2	4	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	4	1	2
2	15	3	3	7	4	4	4	3	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	4	4	2	3
1	16	3	4	7	3	2	1	3	4	1	3	2	1	2	3	1	3	3	1	1	3	1	2	3	4	2	4	1	3
2	17	2	4	4	4	2	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	4	4	4	4	2	3
1	18	1	4	7	3	2	1	4	4	4	3	2	2	3	1	3	2	1	2	3	3	2	1	3	3	4	4	1	2
1	19	4	4	8	2	3	3	4	2	2	3	3	4	4	3	2	3	3	2	4	2	3	1	3	2	4	4	3	3
1	20	2	3	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	3	3	4	1	4	4	4	1	1
2	21	4	5	10	3	4	2	3	3	3	3	4	2	4	4	4	3	4	3	3	3	3	2	4	4	4	4	2	4
1	22	3	4	10	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	1	3	3	2	4	1	2	1	2	1	1	1	1	1
1	23	3	3	7	2	4	3	3	2	3	2	4	3	4	3	2	2	3	1	2	3	2	2	3	4	2	4	2	2
1	24	3	3	7	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	2	3	1	4	4	2	4	2	3
1	25	2	3	5	2	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	2	2	1	1	3	3
1	26	3	2	8	4	3	4	3	1	1	4	3	4	3	1	1	4	4	1	3	2	4	1	1	1	1	4	1	4
1	27	1	4	6	2	2	3	1	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	1	1	4	4	4	4	2	3
2	28	3	5	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	3	3	3	1	3	2	2	4	4	4
2	29	3	4	6	2	3	3	2	4	3	1	3	3	3	4	3	2	3	1	1	3	2	1	2	4	4	4	2	3
1	30	4	3	6	4	4	3	3	2	4	1	4	3	3	2	4	3	4	2	3	3	2	1	4	4	3	4	2	4
2	31	4	5	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	1	4	4	4	4	1	4
1	32	2	2	5	4	3	3	1	1	4	4	3	3	1	1	4	3	3	3	3	3	2	1	3	4	4	4	2	3
2	33	4	5	8	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3
1	34	3	4	6	4	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	4	2	3	1	2	1	3	2	3	3	4	4	2	2
2	35	4	4	8	4	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	2	4	4	4	4	3	3
1	36	3	3	7	4	4	2	4	3	3	4	4	2	4	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	4	4	1	3
1	37	2	3	7	4	2	1	2	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	1	3	1	4	4	2	3
1	38	1	3	4	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	4	4	2	3	2	2	1	2	2	3	3	1	4
1	39	3	4	7	1	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	1	4	2	2	3	2	2
1	40	1	4	10	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	4	4	4	4	3	3	1	2	4	2	1	1	4
1	41	2	2	5	1	4	4	3	1	4	1	4	3	3	1	4	3	4	1	1	3	2	1	3	4	1	3	2	4
1	42	2	1	2	1	1	1	3	4	4	1	2	3	2	2	1	3	3	2	3	1	2	2	2	2	2	4	1	2
1	43	3	1	10	4	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	3	2	3	2	1	3	4	1	2	1	2	4	1	4
1	44	1	4	3	1	3	3	4	4	4	1	3	3	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	3	4	1	2
1	45	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3
1	46	2	1	3	4	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	3	3	1	2	2	2	1	1	2	3	4	1	3
2	47	1	2	5	2	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1
1	48	1	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3
1	49	1	5	1	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	4	2	3	2	3	1	2	3	4	4	2	2	2
2	50	2	4	5	4	3	3	3	2	2	4	3	3	4	2	1	2	2	2	2	1	2	2	4	3	4	4	3	2
2	51	5	5	9	2	2	3	3	1	1	1	1	3	3	3	3	4	4	1	4	3	4	1	1	1	1	4	4	4
1	52	2	4	0	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	3	1	1	2
2	53	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	4	4	4	4	1	2
2	54	3	4	8	4	4	3	4	2	4	3	4	3	4	1	4	3	3	1	3	3	3	3	2	2	4	4	2	3
2	55	2	4	1	4	3	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	4	4	2	4	2	1
2	56	2	5	7	1	3	1	4	1	2	4	4	4	2	1	1	4	3	2	3	4	2	2	4	1	4	4	2	3

Continuação Anexo H

1	57	4	4	7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	2	1	3	3	3	3	2	3	
1	58	2	4	5	2	3	2	3	1	3	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	3	3	2	4	1	2		
2	59	4	3	10	2	4	3	3	4	4	2	4	4	2	3	1	3	3	3	2	1	3	3	3	4	4	4	3	3	
2	60	3	4	5	1	2	1	2	2	2	4	3	4	4	3	4	2	3	1	2	1	2	3	4	4	4	4	2	3	
2	61	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	4	4	4	4	3	3		
1	62	3	4	7	1	3	2	4	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	1	1	2	4	4	3	3	2	3	3	
1	63	3	3	7	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	3	3	3	3	3	2	4	4	4	4	3	3	
2	64	2	3	4	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	3	4	4	4	4	2	2	
2	65	1	2	5	1	3	3	2	1	3	1	3	2	3	1	3	1	2	1	2	2	1	1	2	2	3	3	1	1	
2	66	3	3	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	4	3	4	4	4	4	3	3	
1	67	2	3	5	2	4	2	2	2	2	3	4	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1	3	3	4	4	1	3	
1	68	2	4	9	1	3	4	4	3	4	1	3	4	4	3	4	3	3	2	3	4	3	2	2	3	4	4	3	3	
1	69	3	4	5	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	3	2	3	2	3	2	2	4	4	4	4	2	2	
1	70	2	4	4	4	3	1	2	1	2	4	2	1	2	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	3	4	2	3	
2	71	2	3	5	4	2	2	4	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	2	2	2	2	1	3	4	3	4	1	2	
2	72	4	5	8	3	3	3	4	4	3	1	3	2	2	1	2	3	4	3	3	2	3	1	4	4	4	4	4	4	
1	73	1	4	10	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	3	1	1	3	1	1	1	4	2	3
1	74	2	4	7	2	3	2	3	3	2	3	3	4	2	4	3	2	3	2	1	3	2	1	3	4	3	1	2	2	
1	75	1	3	2	4	4	1	1	2	3	3	4	1	2	1	3	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	
1	76	2	4	8	4	4	3	3	2	3	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	1	3	3	2	2	3	2	
2	77	4	5	10	4	4	3	3	3	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4
1	78	3	5	10	3	4	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	4	4	3	3	4	3	1	1	1	3	4	3	
2	79	3	3	6	4	1	2	2	1	2	4	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	4	1	1	
2	80	3	4	8	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	2	4	2	2	2	1	4	4	4	4	2	2	
1	81	1	1	7	1	1	3	1	2	1	1	1	3	1	2	1	3	3	1	3	3	3	1	1	1	1	3	1	4	
1	82	3	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2
2	83	2	5	9	3	3	3	2	1	2	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	2	3	2	4	4	4	4	3	4	
2	84	3	3	5	4	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	1	4	4	4	4	1	3	
1	85	2	4	5	2	2	2	2	1	3	2	3	1	2	1	2	2	2	1	3	2	2	1	3	2	1	2	1	1	
1	86	2	2	2	4	2	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	2	3	1	2	2	2	1	2	3	4	3	1	3	
1	87	2	3	5	2	3	3	3	1	2	1	3	3	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	1	3	1	2	
1	88	2	4	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	1	3	2	3	1	4	2	3	4	1	3	
1	89	1	2	7	3	4	3	3	4	3	2	3	2	3	4	2	1	2	1	2	3	2	1	3	3	1	1	1	3	
1	90	1	2	3	4	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	1	3	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	
1	91	3	3	7	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	1	3	3	3	1	2	3	2	2	2	1	2	4	2	2	
1	92	2	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	2	1	2	3	3	1	4	
1	93	1	4	3	4	1	1	3	1	1	4	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	3	4	2	1
1	94	3	3	8	1	3	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4
1	95	2	3	8	3	2	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	4	4	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	4	
1	96	2	1	5	1	2	1	3	2	2	1	2	1	3	1	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	3	1	3	
1	97	2	1	4	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	98	4	5	9	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	2	3	3	4	4	2	3	3
1	99	5	5	8	2	4	3	2	2	3	3	4	2	2	2	3	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	4	4	3	3

Continuação Anexo H

QOV.19	QOV.20	QOV.21	QOV.22	QOV.23	QOV.24	QOV.25	QOV.26	QOV.27	QOV.28	QOV.29	QOV.30	QOV.31	QOV.32	QOV.33	QOV.34	QOV.35	QOV.36	QOV.37	QOV.38	QOV.39	QOV.40	QOV.41	QOV.42	QOV.43	QOV.44	QOV.45	QOV.46	QOV.47	QOV.48	QOV.49	QOV.50
1	1	4	4	3	4	1	1	2	2	3	1	2	1	1	2	1	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	2	4	4	3
1	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3
4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	1	3	4	3	4	4	4
1	2	4	3	1	3	3	2	1	2	1	2	2	2	3	3	1	2	4	2	2	4	2	2	3	1	3	2	2	4	3	2
1	1	2	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3
4	1	4	2	2	4	4	2	1	4	1	1	4	4	1	4	1	4	1	4	3	1	4	1	4	4	1	1	4	1	4	4
1	4	4	4	3	4	4	4	1	1	4	4	4	4	2	1	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	2	1	4	4	4
3	4	4	2	3	3	4	4	3	4	3	3	2	2	4	2	4	3	4	2	3	4	2	2	4	3	4	4	4	4	4	4
1	2	4	2	2	2	3	4	3	2	2	1	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	1	3	3	2	3	4	3
3	1	4	4	4	4	4	4	1	4	4	1	4	4	4	3	1	1	4	3	3	4	3	3	4	1	4	4	3	4	4	2
1	1	3	4	3	3	2	2	2	1	4	4	3	2	4	4	3	3	2	2	1	3	1	4	1	1	2	1	1	2	2	4
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	1	2	4	4	3	1	4	4	3	4	4	4
2	2	4	2	2	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	2	4	3	2	2	2	2	3	3	1	4	4	4	4	4
2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	4	3	2
3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	3	3	4	3	1	3	4	1	2	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4
1	1	2	3	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	1	3	2	2	3	3	1	2	3	3
1	4	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	3	3	2	3	1	4	3	1	1	3	2	3	3	4
2	2	4	4	1	2	4	4	3	3	2	4	1	1	4	2	1	1	2	3	1	2	1	2	1	2	2	1	4	3	1	4
4	3	4	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	1	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	2	4	4
3	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2	4	3	2	1	1	3	4	1	1
3	2	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	1	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
3	3	1	4	4	4	1	1	1	1	1	2	4	4	1	4	4	2	4	1	1	4	4	1	3	2	2	2	1	4	3	1
1	1	4	3	2	3	1	1	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	4	2	2	4	3	2	4	2	2	1	2	4	4	3
3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	1	3	3	4	1	4	2	3	3	2	4	4	3	4	3	3	4	4	4
3	1	1	3	3	1	2	1	2	1	1	1	4	4	2	3	1	3	1	4	3	2	4	1	2	1	1	1	3	1	1	1
4	1	4	4	4	3	4	4	1	1	1	1	1	3	4	4	1	1	4	3	3	2	2	2	4	1	4	4	3	4	4	4
1	1	4	3	3	3	3	3	2	4	4	4	3	3	3	2	4	3	4	2	3	4	2	3	4	4	1	4	2	2	3	3
2	1	2	3	3	3	2	4	1	1	4	1	1	1	2	2	2	2	3	4	1	2	2	2	3	4	4	4	2	3	4	2
1	2	4	2	1	2	4	4	1	4	3	4	2	2	4	2	4	2	4	2	2	4	2	4	3	4	4	2	2	2	3	4
3	2	4	3	3	3	4	4	1	2	4	3	2	2	4	2	3	3	4	2	2	4	3	3	4	1	4	4	3	4	3	3
4	4	1	4	4	4	1	1	3	4	4	3	3	2	3	2	2	2	4	2	3	3	3	3	3	1	4	4	2	4	4	3
3	3	4	4	4	4	4	4	3	1	2	1	2	2	4	3	1	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	2	2	4	1
3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	3	2	4
1	1	3	3	2	3	4	2	3	2	1	1	2	1	4	2	4	2	4	2	1	3	2	2	2	1	3	2	3	4	3	4
2	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	3	3	1	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3
1	2	4	3	3	3	4	4	1	1	1	1	1	2	4	2	1	3	4	2	2	2	2	4	3	3	3	1	2	3	4	2
2	4	4	3	3	2	4	4	2	3	1	1	2	1	4	2	4	2	4	1	1	4	3	3	3	1	4	4	3	3	3	4
2	3	4	4	1	4	4	3	3	1	1	1	3	2	1	2	1	4	4	3	2	4	4	3	4	3	4	4	2	4	4	4
1	1	3	2	2	2	1	1	3	3	4	4	2	2	2	2	4	4	1	2	2	3	3	3	1	2	1	1	2	3	3	2
1	4	1	3	4	4	1	1	1	4	2	4	4	2	2	3	1	3	1	1	3	1	4	3	1	3	1	1	3	1	1	1
1	3	4	4	2	3	3	3	1	1	1	1	1	2	3	2	1	2	3	3	2	3	2	4	3	1	3	1	2	3	3	3
4	1	2	3	3	4	1	3	1	4	2	1	2	3	2	1	1	1	3	4	2	1	2	2	3	2	2	4	2	4	3	4
1	2	4	3	3	3	4	2	2	2	1	1	4	3	1	3	3	3	2	1	3	4	3	4	2	4	4	2	1	4	4	2
1	1	2	3	3	3	2	1	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	3	1	1	2	1	3	2	2
1	1	1	3	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	3	1	1	2	3	1	1	4	4	4
1	1	3	4	3	3	1	2	1	1	2	1	1	1	3	1	4	2	2	4	2	3	3	3	2	3	1	2	4	4	4	2
1	1	4	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	3	2	3	1	1	2	4	1	2
1	3	1	3	3	4	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	3	1	1	1	2	4	1	1
1	2	1	3	3	1	4	3	2	3	3	3	3	1	2	3	2	2	3	2	1	2	1	2	4	1	3	3	1	4	4	4
2	2	4	2	2	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	4	1	3	3	2	2	2	2	2	3	4	4	3	3	2	4
2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4
4	1	1	2	2	4	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
2	1	1	3	1	1	4	2	1	2	2	2	3	1	2	4	1	1	2	2	4	2	2	1	1	3	1	2	4	3	1	1
3	2	4	3	3	3	4	4	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	4	3	3	4	3	4	4	2	4	4	3	4	4	3
1	1	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2	1	4	1	1	2	1	2	4	1	1	3	1	4	1	1
3	1	3	4	4	3	4	1	4	4	3	2	1	1	1	1	3	2	4	4	3	4	2	3	1	4	3	1	2	4	3	4

Continuação Anexo H

2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	2	3	4	4	
2	2	3	3	3	4	2	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	3	2	3	3	1	3	2	2	3	3	3	3	
1	1	1	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	3	1	2	1	3	4	3	3	4	4	3	2	1	4	1	4	4	3	1		
2	1	4	3	2	3	4	3	4	3	4	4	1	2	4	1	3	2	4	1	2	3	2	2	2	1	3	3	1	3	1	4		
3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	1	2	2	3	3	4	3	3	4	3	4	2	3	4	4	4	
2	2	1	3	4	3	2	4	1	1	2	2	4	1	1	3	2	3	3	2	2	3	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	3	2	1	2	3	4	3	4	3	2	2	2	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	1	3	4	3	2	4	4	4	
2	2	4	4	3	3	4	4	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	4	1	2	3	2	3	4	3	4	4	2	4	4	4	4	
1	1	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	4	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	3	3	1	
3	3	4	3	3	3	4	4	2	2	2	4	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	
3	2	4	3	2	3	4	3	2	3	2	1	1	1	3	1	1	3	4	3	3	4	3	3	3	1	4	4	3	4	4	3	3	
3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	4	3	3	1	3	4	1	3	3	3	2	4	2	3	3	3	4	3	1	3	
2	2	4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	2	4	2	4	2	4	2	2	3	3	4	4	3	4	2	3	4	3	4	4	
1	1	1	4	2	4	3	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	1	3	2	4	1	3	4	2	4	2	2	4	2	4	4	
2	2	4	2	2	3	4	3	2	3	3	2	2	2	3	3	1	2	4	3	3	3	3	3	4	1	3	4	3	4	3	3	3	
3	4	4	3	3	3	4	2	3	3	1	2	2	2	4	2	2	3	3	3	3	4	3	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	
1	1	4	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	3	1	1	3	2	1	3	1	1	1	1	
1	1	2	3	3	3	3	2	4	4	2	3	3	4	4	3	1	3	2	4	2	3	4	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	
1	1	2	3	2	3	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	2	2	3	4	3	3	2	3	3	1	3	2	2	4	4	3	3	
1	1	3	2	2	3	3	1	2	2	1	2	2	2	3	3	1	2	3	3	2	4	2	1	4	3	4	3	2	3	4	3	3	
3	2	3	3	2	4	4	3	3	4	1	4	3	3	3	2	4	3	3	2	3	4	3	3	4	3	4	4	2	4	4	4	4	
3	3	1	4	3	4	2	1	1	1	1	1	3	4	1	2	1	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	3	
2	1	3	1	2	2	2	2	3	4	4	4	1	1	4	1	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	4	1	
2	1	4	4	2	3	4	4	2	4	4	2	2	2	4	2	4	2	4	3	2	4	2	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	
1	1	2	3	4	3	3	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	4	3	3	2	2	4	4	1	2	2	3	4	3	3	3	
1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	3	1	3	4	2	4	3	2	1	1	1	2	2	3	3	
4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	4	1	3	4	3	2	3	4	
3	3	4	1	2	3	1	4	3	3	3	4	2	1	1	3	4	1	4	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	4	3	3	
2	1	3	3	2	3	3	3	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2	3	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	4	3	1	
2	1	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2	3	4	3	3	4	4	3	4	2	3	4	4	1	3	
2	1	4	2	2	2	3	4	2	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	3	2	3	2	3	4	2	3	2	1	4	3	4	4	
1	1	3	2	1	3	3	2	1	2	3	3	2	1	2	1	3	3	3	2	1	3	3	2	3	1	3	4	2	4	3	2	2	
1	1	3	2	2	3	3	4	3	3	2	4	2	3	3	2	2	2	4	2	2	4	3	3	4	1	4	2	2	4	4	3	3	
1	1	3	2	2	2	3	3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	3	1	1	4	2	2	2	1	2	2	1	4	3	3	3	
2	1	4	4	3	4	4	4	1	2	1	1	1	2	4	2	2	1	4	2	2	4	2	3	3	1	3	2	2	4	3	3	3	
2	4	4	3	2	3	2	3	1	1	1	1	1	1	3	2	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4	1	2	3	2	2
1	1	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	1	1	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	3	3	3	
4	4	4	3	2	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	4	3	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	
1	4	3	4	4	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	4	4	3	4	3	4	4	3	2	2	2	4	4	3	3	
1	2	4	2	3	4	3	3	2	1	1	3	1	2	2	2	4	2	4	4	2	3	2	3	4	3	4	1	2	4	4	3	3	
3	4	1	4	2	3	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	3	1	3	2	3	4	3	4	2	1	3	2	2	2	
3	3	4	1	3	4	1	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4
2	1	4	4	3	4	4	4	3	4	1	2	2	2	2	2	1	4	4	2	2	4	3	3	4	3	3	1	2	4	2	2	2	

Continuação Anexo H

QOV.51	QOV.52	QOV.53	QOV.54	QOV.55	QOV.56	QOV.57	QOV.58	QOV.59	QOV.60	QOV.61	QOV.62	QOV.63	QOV.64	QOV.65	SAÚDE	SAÚDE	SAÚDE	SAÚDE	SAÚDE	SAÚDE	SAÚDE	SAÚDE	FISICO	SOCIAL	EMOCI	LOCUS	AUTO	COGNI	ESCOR
3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	1	1,75	2,5	22,3	11,3	34,1	33,3	33,3	52,8	72,2	58,3	50	47,7
2	2	1	2	3	3	1	2	2	1	4	3	3	4	2	3,5	3,67	1,75	3,25	4	33,2	22,2	67,2	44,4	46,3	83,3	55,6	41,7	66,7	57,9
1	4	4	4	4	4	3	3	1	1	4	4	4	4	4	4	4	3,25	4	4	39,3	28,3	85,6	77,8	90,7	72,2	83,3	66,7	100	82,3
2	4	1	1	1	2	3	1	1	2	3	3	3	4	2	2,83	2,83	1,75	2,5	2,5	22,4	11,4	34,6	11,1	37	47,2	55,6	25	66,7	39,6
2	1	1	4	2	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	3,17	3,17	2,5	2,5	1	23,3	12,3	37,4	5,56	31,5	11,1	50	33,3	0	24,1
1	1	3	4	4	1	1	1	1	4	1	4	2	2	1	1,83	1,5	1	4	4	22,3	11,3	34,3	16,7	51,9	55,6	44,4	37,5	41,7	40,3
4	1	4	3	2	3	1	1	3	1	4	4	4	4	4	1,67	2	1,75	1	2,5	21,9	10,9	33,1	44,4	70,4	66,7	83,3	41,7	100	62,8
4	3	4	4	4	4	1	3	4	4	4	4	2	3	3	3,17	3,5	1,75	3,25	4	30,7	19,7	59,6	72,2	72,2	75	94,4	83,3	66,7	74,8
1	3	2	3	2	3	2	1	3	1	3	1	2	1	1	3	2,67	2,5	2,5	3,4	28,1	17,1	51,7	66,7	46,3	44,4	55,6	41,7	8,33	45
2	2	1	1	3	3	4	1	1	4	4	4	4	4	4	3,5	2,5	2,5	2,5	2,5	34,5	23,5	71,2	77,8	74,1	69,4	50	54,2	100	71
4	2	2	3	2	1	1	4	4	4	1	2	2	2	2	2,67	2,5	1,75	3,25	3,4	23,6	12,6	38,1	50	53,7	27,8	55,6	50	33,3	44,1
4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,25	3,25	4	40,5	29,5	89,4	77,8	96,3	66,7	100	91,7	100	88,8
4	4	1	3	3	2	4	4	4	2	4	3	3	4	4	3,5	3,67	4	4	2,8	34	23	69,6	72,2	72,2	61,1	83,3	75	83,3	73,8
4	4	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2,5	1,5	2,5	1	3,4	21,9	10,9	33	33,3	11,1	16,7	66,7	37,5	0	28,3
3	4	4	3	3	3	2	2	2	4	4	3	3	4	4	3,83	2,83	2,5	2,5	3,1	31,8	20,8	62,9	61,1	74,1	75	94,4	62,5	83,3	73,3
1	2	1	1	3	3	1	2	1	1	4	3	3	4	3	2,33	2	2,5	3,25	3,1	25,2	14,2	43	55,6	18,5	36,1	33,3	33,3	75	42,1
3	3	2	2	2	1	1	4	3	3	4	1	1	2	1	1,67	1,67	1,75	3,25	2,2	22,5	11,5	34,9	77,8	25,9	44,4	66,7	50	83,3	44
4	3	1	3	4	3	3	4	2	1	4	2	4	4	4	3	2,33	1	3,25	3,1	25,7	14,7	44,5	55,6	51,9	30,6	66,7	66,7	83,3	57
4	3	2	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	2,67	3,17	3,25	3,25	3,4	32,7	21,7	65,9	61,1	59,3	77,8	83,3	87,5	91,7	75,2
1	2	1	1	2	1	1	4	3	3	2	2	1	2	1	1,83	1,33	1,75	2,5	2,2	21,6	10,6	32,2	66,7	20,4	38,9	22,2	37,5	16,7	33,5
4	4	3	1	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	3	3,5	3,25	4	4	36,8	25,8	78	77,8	81,5	77,8	94,4	54,2	100	80,5
1	2	1	4	4	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1,5	1,5	2,5	3,25	4	27,8	16,8	50,8	5,56	48,1	41,7	33,3	50	0	32,8
3	3	1	2	2	3	2	2	4	1	4	3	2	3	2	2,83	3	2,5	2,5	3,1	26,9	15,9	48,3	61,1	33,3	50	66,7	50	50	51,3
4	1	1	4	4	4	1	4	3	1	4	4	4	3	4	3,83	4	2,5	2,5	3,1	31,9	20,9	63,4	61,1	77,8	66,7	66,7	70,8	91,7	71,2
1	1	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	3,67	3	1,75	2,5	2,5	30,4	19,4	58,8	33,3	35,2	38,9	16,7	62,5	100	49,3
1	1	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1	1	3	4	2,67	2,67	2,5	1,75	3,4	31	20	60,6	16,7	57,4	58,3	66,7	87,5	41,7	55,5
2	2	2	2	2	3	4	4	4	2	3	2	2	4	2	2	2,33	1	3,25	2,8	26,4	15,4	46,6	72,2	64,8	66,7	44,4	66,7	50	58,8
2	2	1	3	1	1	2	2	2	4	4	4	2	4	2	1	1	2,5	4	4	29,5	18,5	56,1	55,6	38,9	61,1	38,9	45,8	66,7	51,9
4	3	3	2	3	2	2	2	4	4	4	3	3	4	4	2,83	2,83	2,5	3,25	2,8	26,2	15,2	46,1	61,1	57,4	58,3	83,3	62,5	83,3	64,6
4	2	3	3	3	2	4	4	4	1	4	3	1	4	1	3,33	2,83	3,25	2,5	2,8	31,7	20,7	62,8	66,7	64,8	69,4	72,2	70,8	41,7	64,1
3	2	2	4	3	2	4	2	2	3	4	4	3	4	4	4	4	3,25	4	4	39,3	28,3	85,6	66,7	64,8	61,1	66,7	66,7	91,7	71,9
1	2	2	4	4	4	1	1	2	3	4	1	3	4	4	2,67	2,67	1,75	1,75	2,5	28,3	17,3	52,5	66,7	63	77,8	33,3	62,5	66,7	60,3
4	2	4	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3,83	3,83	3,25	4	3,4	38,3	27,3	82,8	88,9	83,3	86,1	77,8	83,3	100	86
4	4	2	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2,83	2,67	2,5	3,25	2,8	26,1	15,1	45,6	66,7	42,6	41,7	83,3	83,3	100	66,2
4	4	2	3	3	1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3,67	3,83	3,25	3,25	3,4	38,4	27,4	83	83,3	79,6	75	83,3	66,7	100	81,6
3	1	2	3	2	1	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3,33	3,17	2,5	2,5	3,1	29,6	18,6	56,4	66,7	42,6	52,8	50	58,3	83,3	58,6
4	1	2	4	4	1	1	1	1	1	3	4	1	3	2	2,67	4	1,75	2,5	3,1	30	19	57,6	50	57,4	58,3	61,1	33,3	58,3	53,7
3	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	3	3	4	3	2,67	2,5	1	2,5	2,2	27,9	16,9	51,1	33,3	48,1	80,6	66,7	20,8	75	53,7
3	3	2	1	2	2	3	2	3	2	1	2	2	1	1	2,67	2,5	2,5	3,25	3,1	29	18	54,6	44,4	42,6	36,1	55,6	33,3	16,7	40,5
1	3	2	1	3	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1,33	1,33	1	3,25	4	32,9	21,9	66,4	27,8	51,9	36,1	16,7	29,2	0	32,6
2	3	1	2	2	2	1	3	1	1	3	3	3	4	1	2,83	2,67	1,75	1,75	2,5	25,5	14,5	43,9	44,4	40,7	47,2	50	25	58,3	44,2
3	1	2	4	4	3	2	1	4	3	4	1	2	4	1	2,33	1,83	1,75	1	1,6	22,5	11,5	34,9	38,9	40,7	44,4	61,1	70,8	33,3	46,3
2	4	2	4	4	4	1	2	2	1	4	2	2	2	2	2,5	2,5	2,5	1	4	27,5	16,5	50	27,8	51,9	58,3	66,7	58,3	33,3	49,5
3	3	1	1	2	2	1	1	1	2	4	1	1	2	3	3,17	2	1	3,25	1,9	21,3	10,3	31,3	38,9	25,9	16,7	44,4	25	25	29,6
3	4	1	4	4	4	4	1	2	4	3	3	1	1	1	1	1	1,75	1,75	2,2	16,7	5,7	17,3	0	16,7	25	77,8	79,2	33,3	35,6
1	1	1	1	2	4	2	2	2	3	4	1	1	3	1	2	1,5	1,75	1	1,9	21,2	10,2	30,8	33,3	38,9	50	38,9	50	16,7	36,9
2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	2	2	1,5	1,5	1	1,75	2,5	18,3	7,25	22	16,7	13	30,6	27,8	16,7	25	21,7
1	1	1	2	3	3	4	4	1	4	4	4	2	4	3	1	1	1	1,75	2,8	17,6	6,55	19,8	0	27,8	22,2	16,7	70,8	75	33,2
4	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2,17	2,33	1	4	1,3	25,8	14,8	44,8	61,1	44,4	36,1	77,8	83,3	66,7	59,2
4	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	3	3	2,83	2,83	1,75	3,25	2,5	24,2	13,2	39,9	77,8	72,2	52,8	66,7	95,8	50	65
4	1	4	4	4	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	2	2,33	4	4	3,7	36	25	75,9	33,3	87	83,3	83,3	37,5	100	71,5
2	2	1	2	1	1	3	2	1	1	2	1	2	1	1	1,83	1	1,75	3,25	1	18,8	7,83	23,7	16,7	24,1	25	27,8	20,8	8,33	20,9
1	1	4	1	1	3	2	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2,5	15,5	4,5	13,6	66,7	31,5	36,1	27,8	41,7	0	31
3	3	2	1	2	3	2	2	4	4	4	2	2	4	3	3,5	3,17	2,5	3,25	3,4	31,8	20,8	63,1	50	57,4	77,8	72,2	58,3	58,3	62,5
3	3	1	3																										

Continuação Anexo H

2	3	2	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	2	3	3	3,25	3,25	3,1	32,6	21,6	65,5	50	53,7	75	66,7	83,3	58,3	64,6
3	3	1	2	3	3	1	3	4	1	4	4	4	4	4	2,33	2,5	1,75	3,25	2,5	23,3	12,3	37,4	44,4	31,5	36,1	55,6	54,2	100	51,3
4	4	3	3	4	4	2	4	1	3	4	3	2	2	2	3,33	2,67	3,25	2,5	4	30,8	19,8	59,8	83,3	31,5	66,7	72,2	70,8	41,7	60,9
3	3	1	2	1	1	4	3	4	4	4	1	1	2	2	1,67	3,67	2,5	3,25	2,5	24,6	13,6	41,2	83,3	61,1	38,9	50	62,5	16,7	50,5
4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	1,75	3,25	1,9	31,9	20,9	63,3	88,9	74,1	66,7	94,4	87,5	75	78,6
1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	3	1	1	1	1	2,67	2,17	2,5	3,25	3,1	24,7	13,7	41,5	72,2	42,6	63,9	44,4	33,3	0	42,6
3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	2	3,67	3,67	2,5	2,5	3,1	32,4	21,4	64,9	83,3	55,6	75	66,7	70,8	58,3	67,8
4	4	1	2	3	3	1	1	4	1	4	1	1	1	1	3,5	3,5	1,75	2,5	2,2	25,5	14,5	43,8	83,3	40,7	58,3	83,3	45,8	0	50,8
1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	3	2,17	2,17	1	1,75	2,5	18,6	7,58	23	33,3	27,8	11,1	38,9	8,33	33,3	25,1
4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2,5	2,5	4	35	24	72,7	88,9	68,5	72,2	94,4	87,5	91,7	82,3
4	3	1	2	3	2	3	3	2	3	4	2	2	3	3	2,33	2,83	1,75	2,5	2,5	25,9	14,9	45,2	55,6	44,4	72,2	72,2	58,3	50	56,9
4	1	2	2	3	3	3	2	2	2	4	3	2	4	2	3,17	3,17	1,75	3,25	3,7	33	22	66,8	66,7	53,7	61,1	50	54,2	58,3	58,7
3	2	2	4	3	2	3	2	3	4	3	4	2	3	3	3,33	3,5	2,5	3,25	2,5	30,1	19,1	57,8	77,8	70,4	66,7	66,7	66,7	66,7	67,5
3	1	1	4	4	3	1	2	1	2	2	2	1	4	1	2,17	2	1,75	3,25	2,2	23,4	12,4	37,5	38,9	27,8	50	50	45,8	33,3	40,5
4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3,33	1,75	2,5	2,5	26,1	15,1	45,7	55,6	50	66,7	83,3	79,2	75	65,1
3	4	4	4	4	4	1	3	4	3	4	4	4	4	4	3,33	1,83	3,25	4	3,4	33,8	22,8	69,1	83,3	61,1	77,8	94,4	79,2	100	80,7
1	1	1	1	1	3	4	3	3	4	4	2	2	2	2	1,5	1,5	1	3,25	4	21,3	10,3	31,1	33,3	24,1	27,8	0	62,5	33,3	30,3
1	2	1	3	3	2	4	3	3	3	4	3	4	3	3	2,5	3,17	1,75	3,25	3,1	26,8	15,8	47,8	44,4	55,6	58,3	33,3	70,8	75	55
1		3	2	1	1	2	2	3	2	2	2	3	1	1	2,5	2,33	1	2,5	1,6	18,9	7,93	24	11,1	24,1	52,8	50	29,2	25	30,9
1	4	1	1	1	1	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3,17	3,17	1,75	3,25	3,4	29,7	18,7	56,8	44,4	33,3	58,3	55,6	37,5	66,7	50,4
4	4	3	2	3	3	1	1	4	1	4	3	2	3	3	3,5	3,17	3,25	4	4	40,9	29,9	90,7	88,9	68,5	72,2	94,4	45,8	58,3	74,1
2	4	4	4	4	2	4	1	1	4	4	3	1	2	1	2,33	1,33	2,5	4	4	35,2	24,2	73,2	38,9	38,9	86,1	83,3	66,7	25	58,9
1	1	3	1	4	4	1	1	1	1	4	1	1	2	1	2	2,17	2,5	2,5	2,8	21	9,97	30,2	27,8	38,9	16,7	27,8	37,5	8,33	26,7
4	3	2	3	3	4	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3,5	3,5	2,5	3,25	3,4	31,2	20,2	61,1	72,2	63	75	77,8	79,2	91,7	74,3
3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	4	1	1	3	2	1,5	1,5	1	1	3,1	24,1	13,1	39,7	11,1	38,9	52,8	61,1	62,5	25	41,6
1	2	4	1	3	1	4	1	2	3	2	1	2	4	2	1,33	1	2,5	2,5	1,3	16,6	5,63	17,1	27,8	13	38,9	44,4	37,5	41,7	31,5
4	1	3	2	3	3	2	2	4	2	4	4	4	4	4	2,33	3,33	1,75	4	3,7	35,1	24,1	73,1	83,3	92,6	75	61,1	58,3	100	77,6
3	3	2	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3,33	3,33	2,5	2,5	2,5	31,2	20,2	61,1	66,7	55,6	47,2	66,7	87,5	83,3	66,9
1	2	1	1	2	4	2	1	2	2	4	2	2	2	1	2	1,83	1,75	3,25	2,5	23,3	12,3	37,4	22,2	27,8	19,4	33,3	41,7	25	29,5
1	1	1	1	1	3	1	1	1	4	4	1	1	4	1	1,83	1,5	1,75	1,75	1,6	20,4	9,43	28,6	44,4	44,4	66,7	33,3	33,3	25	39,4
3	2	1	3	2	2	2	2	4	2	3	1	1	3	3	2,33	2,33	1,75	2,5	2,5	23,4	12,4	37,6	22,2	38,9	50	61,1	50	33,3	41,9
1	2	1	1	3	4	2	1	3	2	3	1	2	3	2	4	4	1,75	3,25	3,4	30,4	19,4	58,8	50	35,2	50	38,9	45,8	33,3	44,6
3	3	1	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3,33	2,67	1	1,75	3,1	22,9	11,9	35,9	22,2	51,9	58,3	66,7	75	75	55
3	2	4	3	4	4	2	2	2	3	4	4	3	4	4	2,33	2,33	1	1,75	1,9	18,3	7,32	22,2	16,7	27,8	27,8	72,2	66,7	91,7	46,4
2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	4	4	2,33	2,5	2,5	2,5	3,1	26,9	15,9	48,3	38,9	48,1	47,2	50	37,5	66,7	48,1
2	2	1	2	2	3	2	2	1	4	2	1	1	3	1	1	1	1,75	1,75	2,8	18,3	7,3	22,1	33,3	46,3	75	33,3	41,7	16,7	38,3
3	2	1	1	2	2	1	2	3	2	4	2	2	4	2	1,83	1,83	1	3,25	1,9	15,8	4,82	14,6	55,6	27,8	16,7	50	37,5	50	36
3	1	2	3	3	3	3	1	3	1	3	4	4	4	4	3,17	3,5	2,5	2,5	3,4	34,1	23,1	69,9	83,3	74,1	75	66,7	50	100	74,1
3	1	1	3	3	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1,33	1,75	2,5	3,4	24	13	39,3	5,56	38,9	75	55,6	33,3	25	39
4	3	2	3	2	3	1	4	4	2	4	4	3	2	3	1,83	1,67	1,75	1	2,5	20,8	9,75	29,5	27,8	46,3	61,1	77,8	62,5	66,7	53,1
2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1,75	1	2,2	16	4,95	15	0	25,9	50	33,3	4,17	0	18,3
4	4	1	3	3	3	3	3	4	1	4	3	3	3	3	3,5	3,83	3,25	4	3,7	37,3	26,3	79,6	72,2	70,4	80,6	83,3	66,7	66,7	74,2
3	2	2	4	4	4	3	3	2	2	4	1	2	2	2	2,67	2,67	4	4	3,4	32,7	21,7	65,9	77,8	55,6	63,9	50	75	25	59

Anexo I
BDI Final G1

Grupo	BDI.01	BDI.02	BDI.03	BDI.04	BDI.05	BDI.06	BDI.07	BDI.08
Internados	1	1	1	2	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	1	0	2
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	2	1	1	3	3	3	1	0
Internados	3	3	2	2	1	3	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	1	1	0	0	0	2	0	2
Internados	1	0	0	0	0	0	1	0
Internados	1	0	0	1	5	0	0	1
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	1	1	1	1	0	0	0	1
Internados	1	0	0	1	2	1	2	3
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	3	2	0	2	3	1	1	1
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	1	0	1	3	0	3	1	2
Internados	0	0	1	1	0	0	1	1
Internados	1	0	0	0	0	0	0	0
Internados	1	1	1	1	1	0	1	1
Internados	1	1	1	1	1	0	1	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	1	1	0	0	1
Internados	1	1	0	0	0	0	0	2
Internados	0	0	0	1	0	0	0	0
Internados	1	0	1	0	0	0	0	2
Internados	1	3	3	1	3	3	1	3
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	2	3	2	1	3	2	3	1
Internados	1	0	2	2	2	3	1	2
Internados	1	0	0	1	0	0	0	0
Internados	1	0	1	3	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	1	0	2	1	2	3	0	2
Internados	1	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	2	0	0	0	0	0	0	2
Internados	0	0	0	0	0	1	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	1	1	1	3	3	0	1	2
Internados	0	0	0	0	0	1	0	0
Internados	2	1	3	1	0	0	1	1
Internados	0	1	0	1	0	0	1	0
Internados	1	0	0	0	0	0	0	0

Continuação Anexo I

Grupo	BDI.01	BDI.02	BDI.03	BDI.04	BDI.05	BDI.06	BDI.07	BDI.08
Internados	1	0	3	1	0	1	1	0
Internados	2	0	2	3	1	3	2	0
Internados	1	0	0	1	1	1	0	0
Internados	0	0	1	3	0	1	0	2
Internados	1	0	0	0	0	0	0	2
Internados	1	3	0	3	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	1	0	1	1	1	3	1	2
Internados	1	2	1	1	0	0	1	2
Internados	0	0	1	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	1
Internados	1	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	1	1	0	0	0	1
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	1	0	0	3	1	0

Continuação Anexo I

Grupo	BDI.09	BDI.10	BDI.11	BDI.12	BDI.13	BDI.14	BDI.15	BDI.16
Internados	0	0	1	0	2	0	3	1
Internados	0	0	0	1	0	0	0	0
Internados	0	0	3	0	0	0	0	0
Internados	0	1	1	2	2	0	1	1
Internados	0	1	3	0	0	0	2	1
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	3	0	0	0	3	0
Internados	1	3	3	1	0	2	2	1
Internados	0	0	1	1	0	1	1	0
Internados	0	3	1	0	0	1	1	1
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	2	2	0	1	0
Internados	0	0	1	0	0	3	1	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	1	3	3	3	3	1
Internados	0	0	3	0	2	0	0	0
Internados	0	0	3	0	2	2	2	0
Internados	1	0	1	1	2	0	2	0
Internados	0	1	1	0	0	0	0	1
Internados	0	0	1	0	0	1	2	1
Internados	0	1	1	0	3	0	1	0
Internados	0	0	1	0	2	0	2	1
Internados	0	0	1	0	0	0	3	1
Internados	0	0	1	2	0	0	2	1
Internados	0	0	1	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	1	0
Internados	0	0	1	1	0	3	1	1
Internados	0	1	0	0	0	0	0	0
Internados	2	1	1	3	2	3	3	1
Internados	1	1	1	3	2	3	3	3
Internados	0	0	0	0	2	0	1	1
Internados	0	1	1	3	2	0	2	3
Internados	0	0	0	0	3	2	0	3
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	3	0	0	2	0	0
Internados	0	1	1	0	3	2	2	1
Internados	0	3	0	0	0	0	0	0
Internados	0	0	0	0	0	0	0	0
Internados	0	3	3	0	2	0	0	3
Internados	0	0	3	0	1	0	0	0
Internados	0	0	3	0	0	0	1	0
Internados	0	0	1	2	2	0	3	1
Internados	0	1	3	0	3	0	0	0
Internados	1	1	1	1	2	1	2	2
Internados	0	0	1	0	2	2	1	1
Internados	0	0	3	0	0	0	0	0

Continuação Anexo I

Grupo	BDI.09	BDI.10	BDI.11	BDI.12	BDI.13	BDI.14	BDI.15	BDI.16
Internados	0	0	1	0	0	2	0	1
Internados	3	0	2	1	0	2	1	2
Internados	0	1	0	0	1	0	1	1
Internados	0	3	1	2	2	0	1	1
Internados	0	3	0	0	0	0	0	0
Internados	0	3	1	1	2	3	3	1
Internados	0	0	1	0	2	1	2	1
Internados	1	1	1	1	2	0	2	1
Internados	0	1	0	1	2	2	1	0
Internados	0	1	1	0	2	0	2	3
Internados	0	0	1	0	1	0	3	0
Internados	0	0	1	1	2	2	2	1
Internados	3	1	0	0	2	0	2	1
Internados	0	0	0	0	1	0	0	0
Internados	0	3	0	1	2	1	2	0

Continuação Anexo I

Grupo	BDI.17	BDI.18	BDI.19	BDI.PESO	BDI.20	BDI.21	total	grau
Internados	1	0	1	Não	3	3	20	moderado
Internados	1	0	0	Não	0	0	5	mínimo
Internados	0	0	0	Não	0	0	3	mínimo
Internados	3	0	2	não	3	2	32	moderado
Internados	3	0	1	Não	2	3	30	moderado
Internados	1	0	2	não	0	0	3	mínimo
Internados	0	0	0	Não	0	1	7	mínimo
Internados	0	2	0	não	0	0	21	moderado
Internados	1	1	3	Não	2	0	13	leve
Internados	1	1	2	não	0	0	19	leve
Internados	0	1	0	Não	0	0	1	mínimo
Internados	0	0	0	Não	2	0	12	leve
Internados	0	1	0	Não	0	0	16	leve
Internados	0	0	0	não	0	0	0	mínimo
Internados	1	1	2	Sim	3	2	36	grave
Internados	1	1	1	Não	0	3	11	mínimo
Internados	1	1	1	Não	0	0	23	moderado
Internados	0	0	0	Não	0	1	12	leve
Internados	0	1	1	Não	0	0	6	mínimo
Internados	1	2	1	Não	1	1	18	leve
Internados	0	0	0	Não	2	1	15	leve
Internados	1	0	0	Sim	1	0	8	mínimo
Internados	1	2	1	Não	0	0	12	leve
Internados	0	0	2	não	2	0	14	leve
Internados	1	0	0	não	0	0	3	mínimo
Internados	0	0	3	Sim	2	0	10	mínimo
Internados	2	0	0	Sim	1	2	30	moderado
Internados	1	0	0	não	1	0	3	mínimo
Internados	3	2	2	não	0	3	43	grave
Internados	3	2	2	Não	1	3	41	grave
Internados	1	3	1	não	2	3	16	leve
Internados	3	2	0	Não	1	2	25	moderado
Internados	1	0	1	Sim	2	2	14	leve
Internados	0	0	0	Não	0	0	0	mínimo
Internados	0	1	0	Sim	0	1	18	leve
Internados	3	0	1	Não	2	1	18	leve
Internados	0	0	0	Não	0	0	3	mínimo
Internados	0	0	0	não	0	0	0	mínimo
Internados	1	1	1	Não	2	2	22	moderado
Internados	0	0	1	Sim	1	0	7	mínimo
Internados	0	0	0	Não	0	0	4	mínimo
Internados	2	0	0	Não	1	3	27	moderado
Internados	2	0	0	Não	1	0	11	mínimo
Internados	3	0	1	não	2	1	27	moderado
Internados	1	0	3	Não	1	2	17	leve
Internados	0	0	2	Não	0	0	6	mínimo

Continuação Anexo I

Grupo	BDI.17	BDI.18	BDI.19	BDI.PESO	BDI.20	BDI.21	total	grau
	2	0	1	Não	3	1	18	leve
	2	0	0	Sim	2	0	28	moderado
	2	2	2	Não	1	2	17	leve
	1	0	3	Não	0	1	22	moderado
	0	1	0	não	0	1	8	mínimo
	2	0	0	não	1	0	24	moderado
	2	0	0	não	1	0	10	mínimo
	1	1	1	Não	1	1	24	moderado
	1	1	1	Não	1	0	19	leve
	2	2	0	Não	0	0	14	leve
	1	0	0	não	0	0	7	mínimo
	1	1	0	Não	0	0	12	leve
	0	1	0	não	1	3	17	leve
	0	0	1	Sim	0	0	2	mínimo
	1	0	0	Sim	0	2	17	leve

Anexo J
BDI Final G2

Grupo	BDI.01	BDI.02	BDI.03	BDI.04	BDI.05	BDI.06	BDI.07	BDI.08
Ambulatório	0	1	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	1	0	0	0	1	1	1
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	1	3	0	1	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	1	1	1	1	0	0	1	1
Ambulatório	1	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	1	0	0	0	0
Ambulatório	0	2	0	0	0	0	0	2
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	1	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	1	0	1	2	0	3	0	0
Ambulatório	1	0	1	1	0	0	0	1
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	2	0	3	1	0	0	1	2
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	1
Ambulatório	3	3	3	3	3	3	3	3
Ambulatório	1	0	0	0	1	0	1	0
Ambulatório	1	0	0	1	0	0	0	1
Ambulatório	1	1	2	1	0	3	1	1
Ambulatório	1	0	1	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	3	0	0
Ambulatório	1	2	2	1	2	2	1	2
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	1	0	0	1	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	1
Ambulatório	1	3	2	3	0	0	1	1
Ambulatório	0	0	0	0	1	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	2
Ambulatório	2	0	0	0	0	0	0	0

Continuação Anexo J

Grupo	BDI.09	BDI.10	BDI.11	BDI.12	BDI.13	BDI.14	BDI.15	BDI.16
Ambulatório	0	0	1	0	1	0	1	1
Ambulatório	0	1	2	0	2	1	1	0
Ambulatório	0	1	1	0	1	0	1	2
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	1	0
Ambulatório	0	0	3	1	1	0	0	0
Ambulatório	0	3	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	3	2	1	0	3	0	2	0
Ambulatório	0	0	1	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	2	1	3	0	3	3
Ambulatório	0	0	3	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	1	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	1
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	1
Ambulatório	0	1	0	0	2	0	3	1
Ambulatório	0	1	1	0	1	2	2	1
Ambulatório	0	0	0	3	0	0	0	0
Ambulatório	2	1	1	0	2	0	3	1
Ambulatório	0	0	0	0	1	0	1	1
Ambulatório	3	3	2	3	3	1	3	0
Ambulatório	1	0	0	1	0	0	0	0
Ambulatório	1	0	1	1	0	0	1	0
Ambulatório	0	3	1	1	2	1	1	0
Ambulatório	0	1	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	2	1	1	2	2	2	2	2
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	1	0	0	0	0	1
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	0	1	0	0	1	0	0
Ambulatório	1	0	0	0	2	0	2	0
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	1
Ambulatório	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulatório	0	1	2	0	0	1	0	0

Continuação Anexo J

Grupo	BDI.17	BDI.18	BDI.19	BDI.PESO	BDI.20	BDI.21	total	grau
Ambulatório	1	0	1	não	0	0	7	mínimo
Ambulatório	1	0	2	não	1	0	11	mínimo
Ambulatório	1	0	2	Sim	1	0	14	leve
Ambulatório	0	1	0	não	0	0	2	mínimo
Ambulatório	0	0	0	não	0	1	11	mínimo
Ambulatório	1	0	0	Não	1	0	5	mínimo
Ambulatório	1	0	0	não	1	0	19	leve
Ambulatório	0	0	0	Não	0	0	2	mínimo
Ambulatório	3	3	2	não	0	3	24	moderado
Ambulatório	1	1	1	não	0	0	10	mínimo
Ambulatório	1	0	0	não	0	2	4	mínimo
Ambulatório	0	0	0	Sim	0	0	2	mínimo
Ambulatório	1	0	0	Não	1	0	3	mínimo
Ambulatório	3	0	3	Sim	1	1	22	moderado
Ambulatório	1	0	0	Não	2	2	17	leve
Ambulatório	0	0	0	não	1	0	4	mínimo
Ambulatório	2	1	0	não	3	1	26	moderado
Ambulatório	0	0	0	Não	1	0	5	mínimo
Ambulatório	3	1	0	Não	2	1	49	grave
Ambulatório	1	1	1	Não	1	0	9	mínimo
Ambulatório	0	0	0	Não	1	0	8	mínimo
Ambulatório	0	0	0	Sim	0	2	21	moderado
Ambulatório	0	0	0	Não	1	3	7	mínimo
Ambulatório	0	0	0	não	1	0	4	mínimo
Ambulatório	1	0	3	Não	1	1	33	moderado
Ambulatório	0	0	0	Não	0	0	0	mínimo
Ambulatório	1	1	0	Não	1	0	7	mínimo
Ambulatório	0	0	0	Não	0	0	0	mínimo
Ambulatório	0	0	0	não	0	1	4	mínimo
Ambulatório	1	0	1	Sim	1	0	19	leve
Ambulatório	1	0	0	Não	1	0	4	mínimo
Ambulatório	1	0	0	não	1	0	4	mínimo
Ambulatório	3	1	0	Não	1	0	11	mínimo

Anexo L

Tabela Geral

Nº	GÊNERO	BDI CATEGÓRICA	QUALIDADE DE VIDA	ESCORE BDI	SAÚDE TOTAL	FÍSICO	SOCIAL
1	1	3	47,72727273	20	34,09090909	33,33333333	33,33333333
2	1	1	57,87638288	5	67,17171717	44,44444444	46,2962963
3	1	1	82,33525734	3	85,60606061	77,77777778	90,74074074
4	1	1	39,5983646	7	34,5959596	11,11111111	37,03703704
5	1	3	24,12217412	32	37,37373737	5,55555556	31,48148148
6	2	3	40,28980279	30	34,34343434	16,66666667	51,85185185
7	1	1	62,79461279	11	33,08080808	44,44444444	70,37037037
8	1	1	74,78354978	3	59,5959596	72,22222222	72,22222222
9	1	2	44,95430495	14	51,71717172	66,66666667	46,2962963
10	1	1	70,95358345	7	71,21212121	77,77777778	74,07407407
11	1	3	44,06445406	21	38,08080808	50	53,7037037
12	2	1	88,82876383	2	89,39393939	77,77777778	96,2962963
13	1	1	73,83116883	11	69,5959596	72,22222222	72,22222222
14	2		28,32972583		33,03030303	33,33333333	11,11111111
15	1	1	73,34175084	5	62,92929293	61,11111111	74,07407407
16	1	2	42,11880712	13	42,97979798	55,55555556	18,51851852
17	1	2	44,01394901	19	34,94949495	77,77777778	25,92592593
18	1	2	57,01779702	19	44,49494949	55,55555556	51,85185185
19	1	1	75,21524772	1	65,85858586	61,11111111	59,25925926
20	1	2	33,498076	12	32,17171717	66,66666667	20,37037037
21	1	1	80,52549303	2	78,03030303	77,77777778	81,48148148
22	2		32,78018278		50,75757576	5,55555556	48,14814815
23	2	2	51,34199134	16	48,28282828	61,11111111	33,33333333
24	2	1	71,16522367	0	63,43434343	61,11111111	77,77777778
25	1	4	49,34463684	36	58,83838384	33,33333333	35,18518519
26	2	1	55,54232804	11	60,55555556	16,66666667	57,40740741
27	2	3	58,77585378	23	46,61616162	72,22222222	64,81481481
28	2	3	51,85786436	24	56,06060606	55,55555556	38,88888889
29	1	1	64,58994709	10	46,11111111	61,11111111	57,40740741
30	1	2	64,06084656	12	62,77777778	66,66666667	64,81481481
31	1	1	71,88552189	4	85,60606061	66,66666667	64,81481481
32	2	1	60,34752285	6	52,52525253	66,66666667	62,96296296
33	1	1	86,03174603	2	82,77777778	88,88888889	83,33333333
34	1	2	66,17123617	18	45,60606061	66,66666667	42,59259259
35	1	1	81,57046657	3	83,03030303	83,33333333	79,62962963
36	1	2	58,58104858	15	56,36363636	66,66666667	42,59259259
37	1	1	53,73496873	8	57,62626263	50	57,40740741
38	1	2	53,66402116	12	51,11111111	33,33333333	48,14814815
39	1	2	40,47138047	14	54,5959596	44,44444444	42,59259259
40	2	1	32,56974507	3	66,41414141	27,77777778	51,85185185
41	1	1	44,24001924	10	43,93939394	44,44444444	40,74074074
42	1	3	46,32154882	30	34,8989899	38,88888889	40,74074074
43	1	1	49,47089947	3	50	27,77777778	51,85185185
44	1	4	29,5983646	43	31,26262626	38,88888889	25,92592593
45	2	4	35,6024531	41	17,27272727	0	16,66666667
46	2	2	36,93362193	16	30,75757576	33,33333333	38,88888889
47	2	3	21,65704666	22	21,96969697	16,66666667	12,96296296
48	2	3	33,19264069	25	19,84848485	0	27,77777778
49	2	2	59,18470418	14	44,84848485	61,11111111	44,44444444
50	2	2	65,02525253	17	39,8989899	77,77777778	72,22222222
51	2	1	71,48508899	4	75,85858586	33,33333333	87,03703704
52	1		20,91750842		23,73737374	16,66666667	24,07407407

Continuação Anexo L

Grupo	GÊNERO	BDI CATEGÓRICA	QUALIDADE DE VIDA	ESCORE BDI	SAÚDE TOTAL	FÍSICO	SOCIAL
53	1	3	31,04858105	26	13,63636364	66,66666667	31,48148148
54	1	1	62,45069745	5	63,08080808	50	57,40740741
55	2	4	42,18734969	49	22,62626263	61,11111111	24,07407407
56	2	1	68,86844637	9	62,17171717	61,11111111	51,85185185
57	1	1	64,64165464	0	65,45454545	50	53,7037037
58	1	1	51,3047138	8	37,37373737	44,44444444	31,48148148
59	1	2	60,86459836	18	59,84848485	83,33333333	31,48148148
60	2	3	50,52308802	21	41,16161616	83,33333333	61,11111111
61	2	1	78,55820106	7	63,33333333	88,88888889	74,07407407
62	2	2	42,56373256	18	41,46464646	72,22222222	42,59259259
63	2	1	67,81024531	3	64,94949495	83,33333333	55,55555556
64	2	1	50,76599327	4	43,78787879	83,33333333	40,74074074
65	2	3	25,10822511	33	22,97979798	33,33333333	27,77777778
66	2	1	82,28114478	0	72,72727273	88,88888889	68,51851852
67	1	1	56,85425685	0	45,2020202	55,55555556	44,44444444
68	1	3	58,67845118	22	66,76767677	66,66666667	53,7037037
69	1	1	67,52044252	7	57,82828283	77,77777778	70,37037037
70	2	1	40,47258297	4	37,47474747	38,88888889	27,77777778
71	2	1	65,06132756	7	45,70707071	55,55555556	50
72	1	1	80,71067821	0	69,14141414	83,33333333	61,11111111
73	1	3	30,2970178	27	31,06060606	33,33333333	24,07407407
74	2	1	55,03968254	11	47,77777778	44,44444444	55,55555556
75	1	3	30,88143338	27	24,04040404	11,11111111	24,07407407
76	1	2	50,37157287	17	56,76767677	44,44444444	33,33333333
77	2	1	74,12818663	4	90,65656566	88,88888889	68,51851852
78	1	1	58,87445887	6	73,23232323	38,88888889	38,88888889
79	1	2	26,73520924	19	30,2020202	27,77777778	38,88888889
80	1	1	74,26527177	4	61,06060606	72,22222222	62,96296296
81	1	2	41,58369408	18	39,6969697	11,11111111	38,88888889
82	2	3	31,47306397	28	17,07070707	27,77777778	12,96296296
83	1	1	77,63588264	4	73,08080808	83,33333333	92,59259259
84	2	1	66,86507937	11	61,11111111	66,66666667	55,55555556
85	2	2	29,54545455	17	37,37373737	22,22222222	27,77777778
86	1	3	39,4011544	22	28,58585859	44,44444444	44,44444444
87	1	1	41,88311688	8	37,62626263	22,22222222	38,88888889
88	1	3	44,57551708	24	58,78787879	50	35,18518519
89	1	1	54,997595	10	35,90909091	22,22222222	51,85185185
90	1	3	46,42135642	24	22,17171717	16,66666667	27,77777778
91	2	2	48,1012506	19	48,28282828	38,88888889	48,14814815
92	2	2	38,34535835	14	22,12121212	33,33333333	46,2962963
93	2		36,01370851		14,5959596	55,55555556	27,77777778
94	1	1	74,13900914	7	69,8989899	83,33333333	74,07407407
95	1	2	38,95382395	12	39,34343434	5,55555556	38,88888889
96	2	2	53,0964406	17	29,54545455	27,77777778	46,2962963
97	1		18,34656085		15	0	25,92592593
98	1	1	74,20875421	2	79,64646465	72,22222222	70,37037037
99	2	2	59,01154401	17	65,85858586	77,77777778	55,55555556

Continuação Anexo L

Nº	EMOCIONAL	LÓCUS CONTROLE	AUTO CONCEITO	COGNITIVO
1	52,7777778	72,2222222	58,3333333	50
2	83,3333333	55,5555556	41,6666667	66,6666667
3	72,2222222	83,3333333	66,6666667	100
4	47,2222222	55,5555556	25	66,6666667
5	11,1111111	50	33,3333333	0
6	55,5555556	44,4444444	37,5	41,6666667
7	66,6666667	83,3333333	41,6666667	100
8	75	94,4444444	83,3333333	66,6666667
9	44,4444444	55,5555556	41,6666667	8,3333333
10	69,4444444	50	54,1666667	100
11	27,7777778	55,5555556	50	33,3333333
12	66,6666667	100	91,6666667	100
13	61,1111111	83,3333333	75	83,3333333
14	16,6666667	66,6666667	37,5	0
15	75	94,4444444	62,5	83,3333333
16	36,1111111	33,3333333	33,3333333	75
17	44,4444444	66,6666667	50	8,3333333
18	30,5555556	66,6666667	66,6666667	83,3333333
19	77,7777778	83,3333333	87,5	91,6666667
20	38,8888889	22,2222222	37,5	16,6666667
21	77,7777778	94,4444444	54,1666667	100
22	41,6666667	33,3333333	50	0
23	50	66,6666667	50	50
24	66,6666667	66,6666667	70,8333333	91,6666667
25	38,8888889	16,6666667	62,5	100
26	58,3333333	66,6666667	87,5	41,6666667
27	66,6666667	44,4444444	66,6666667	50
28	61,1111111	38,8888889	45,8333333	66,6666667
29	58,3333333	83,3333333	62,5	83,3333333
30	69,4444444	72,2222222	70,8333333	41,6666667
31	61,1111111	66,6666667	66,6666667	91,6666667
32	77,7777778	33,3333333	62,5	66,6666667
33	86,1111111	77,7777778	83,3333333	100
34	41,6666667	83,3333333	83,3333333	100
35	75	83,3333333	66,6666667	100
36	52,7777778	50	58,3333333	83,3333333
37	58,3333333	61,1111111	33,3333333	58,3333333
38	80,5555556	66,6666667	20,8333333	75
39	36,1111111	55,5555556	33,3333333	16,6666667
40	36,1111111	16,6666667	29,1666667	0
41	47,2222222	50	25	58,3333333
42	44,4444444	61,1111111	70,8333333	33,3333333
43	58,3333333	66,6666667	58,3333333	33,3333333
44	16,6666667	44,4444444	25	25
45	25	77,7777778	79,1666667	33,3333333
46	50	38,8888889	50	16,6666667
47	30,5555556	27,7777778	16,6666667	25
48	22,2222222	16,6666667	70,8333333	75
49	36,1111111	77,7777778	83,3333333	66,6666667
50	52,7777778	66,6666667	95,8333333	50
51	83,3333333	83,3333333	37,5	100
52	25	27,7777778	20,8333333	8,3333333

Continuação Anexo L

Nº	EMOCIONAL	LÓCUS CONTROLE	AUTO CONCEITO	COGNITIVO
53	36,1111111	27,7777778	41,6666667	0
54	77,7777778	72,2222222	58,3333333	58,3333333
55	27,7777778	38,8888889	54,1666667	66,6666667
56	58,3333333	94,4444444	54,1666667	100
57	75	66,6666667	83,3333333	58,3333333
58	36,1111111	55,5555556	54,1666667	100
59	66,6666667	72,2222222	70,8333333	41,6666667
60	38,8888889	50	62,5	16,6666667
61	66,6666667	94,4444444	87,5	75
62	63,8888889	44,4444444	33,3333333	0
63	75	66,6666667	70,8333333	58,3333333
64	58,3333333	83,3333333	45,8333333	0
65	11,1111111	38,8888889	8,3333333	33,3333333
66	72,2222222	94,4444444	87,5	91,6666667
67	72,2222222	72,2222222	58,3333333	50
68	61,1111111	50	54,1666667	58,3333333
69	66,6666667	66,6666667	66,6666667	66,6666667
70	50	50	45,8333333	33,3333333
71	66,6666667	83,3333333	79,1666667	75
72	77,7777778	94,4444444	79,1666667	100
73	27,7777778	0	62,5	33,3333333
74	58,3333333	33,3333333	70,8333333	75
75	52,7777778	50	29,1666667	25
76	58,3333333	55,5555556	37,5	66,6666667
77	72,2222222	94,4444444	45,8333333	58,3333333
78	86,1111111	83,3333333	66,6666667	25
79	16,6666667	27,7777778	37,5	8,3333333
80	75	77,7777778	79,1666667	91,6666667
81	52,7777778	61,1111111	62,5	25
82	38,8888889	44,4444444	37,5	41,6666667
83	75	61,1111111	58,3333333	100
84	47,2222222	66,6666667	87,5	83,3333333
85	19,4444444	33,3333333	41,6666667	25
86	66,6666667	33,3333333	33,3333333	25
87	50	61,1111111	50	33,3333333
88	50	38,8888889	45,8333333	33,3333333
89	58,3333333	66,6666667	75	75
90	27,7777778	72,2222222	66,6666667	91,6666667
91	47,2222222	50	37,5	66,6666667
92	75	33,3333333	41,6666667	16,6666667
93	16,6666667	50	37,5	50
94	75	66,6666667	50	100
95	75	55,5555556	33,3333333	25
96	61,1111111	77,7777778	62,5	66,6666667
97	50	33,3333333	4,1666667	0
98	80,5555556	83,3333333	66,6666667	66,6666667
99	63,8888889	50	75	25

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM EPILEPSIA REFRACTÁRIA
AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: PERSPECTIVA IMEDIATA E REMOTA
DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH EPILEPSY REFRACTORY TO DRUG
THERAPY: IMMEDIATE AND REMOTE PROSPECT OF SURGICAL
PROCEDURE**

Sabine Possa Marroni¹, Jaderson Costa da Costa², Mirna Wetters Portuguez³

¹ Fonoaudióloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde – Faculdade de Medicina da PUCRS.

² Professor Titular de Neurologia – Faculdade de Medicina da PUCRS- Chefe do Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas da PUCRS.

³ Professora Adjunta de Neurologia – Faculdade de Medicina da PUCRS

Hospital São Lucas da PUCRS - Serviço de Neurologia
Av. Ipiranga, 6690 - sala 220
Cep: 90610-000

Endereço para correspondência:

Sabine Possa Marroni

Av Ipiranga, 6690, Centro Clínico da PUCRS, sala 408.

Telefone: 51. 3320 5134

e-mail: binimarroni@terra.com.br

RESUMO

A epilepsia, síndrome clínica neurológica grave e comum, é caracterizada pela recorrência de episódios, convulsivos ou não. O tratamento medicamentoso com drogas antiepilépticas (DAE) é eficaz e controla as crises na maioria dos pacientes. Há, entretanto, percentual razoável de doentes que apresentam epilepsia refratária (ER), não controlada com DAE, e passíveis de tratamento cirúrgico. Pacientes com ER têm qualidade de vida (QV) deteriorada pelo estigma da doença e segregação a que se submetem e são sujeitos a elevada prevalência de casos de depressão. Entretanto, a perspectiva da terapia cirúrgica pode desencadear sintomas de depressão relacionados à incerteza do sucesso do tratamento, à “mutilação” cerebral e suas seqüelas, à dúvida de viver sem convulsões e ter um período de re-educação e ajustamento psicossocial, com possibilidade de perda da superproteção familiar.

Objetivos: Avaliar a QV dos pacientes com ER à terapêutica medicamentosa, com perspectiva imediata e remota de tratamento cirúrgico, e verificar possíveis diferenças na QV e nos sintomas de depressão entre os grupos.

Método: O grupo de 99 pacientes com ER foi dividido em Grupo 1: 66 pacientes hospitalizados com perspectiva imediata de tratamento cirúrgico (1 a 2 semanas), considerado o **G1**. O grupo 2 (**G2**) composto de 33 pacientes em acompanhamento ambulatorial e com perspectiva remota de tratamento cirúrgico (6-12 meses). Foram utilizados o Questionário de Qualidade de Vida -65 (QQV-65) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) para este estudo.

Resultados: Em ambos os grupos, houve predomínio do gênero masculino 60,6%; 49,5% com Ensino Fundamental Incompleto; 57,7% sem atividade ocupacional/emprego e 60,6% solteiros. A média de idade foi 34 anos, e a idade de início das crises foi mais precoce no **G1** do que no **G2** ($p<0,001$). O escore médio total do QQV-65 foi de 53,21 ($\pm 17,9$ DP) e houve diferença significativa ($p<0,0001$) entre as médias dos escores de **G1 e G2**. Todos os aspectos de QV, com exceção do emocional e do autoconceito, mostraram diferenças significantes entre os grupos ($p\leq 0,05$). A categorização dos escores de BDI demonstra significância entre os grupos ($p=0,025$) com elevado predomínio dos sintomas de depressão no G1. A relação entre os escores totais de QV e a classificação dos escores de BDI demonstrou associação significativa negativa ($\rho = - 0,704$; $p<0,001$). Os pacientes com melhor QV são os que apresentam menos sintomas de depressão.

Conclusão: Pacientes com ER à terapêutica medicamentosa com perspectiva de tratamento cirúrgico apresentam QV deteriorada. Os do **G1** têm pior QV do que os do **G2**. Sintomas de depressão são mais acentuados nos do **G1**. A QV dos pacientes com ER é pior naqueles com sintomas de depressão, mostrando a elevada associação entre as comorbidades nesses pacientes.

Palavras chaves: epilepsia, epilepsia refratária, qualidade de vida, avaliação, depressão.

ABSTRACT

Epilepsy is a common severe clinical neurological syndrome characterized by the recurrence of episodes, either convulsive or not. Drug treatment with antiepileptic drugs (AEDs) is efficacious and controls crises in most patients. However, there is a considerable percentage of patients who present refractory epilepsy (RE), uncontrolled with AEDs and amenable to a surgical approach. Patients with RE have a deteriorated quality of life (QOL) as a result of the stigma of the disease and the segregation to which they are submitted, and present a high prevalence of depression. Nevertheless, the prospect of surgical intervention can trigger depression symptoms related to the uncertainty about the effectiveness of the treatment, brain "mutilation" and its sequelae, doubt of living without seizures, and having a period of reeducation and psychosocial adaptation, with the potential loss of familial overprotection.

Aims: To evaluate the QOL of patients with RE under drug therapy with immediate and remote prospect of surgical treatment, and to ascertain the possible differences in the QOL and depression symptoms among the groups.

Method: A total of 99 patients with RE were divided in two groups: Group 1 (**G1**), comprising 66 hospitalized patients with prospect of immediate surgery (within 1-2 weeks), and Group 2 (**G2**), comprising 33 outpatients and remote prospect of undergoing surgery (within 6-12 months). The Quality of Life Questionnaire (QLQ- 65) and Beck's Depression Inventory (BDI) were used in this study.

Results: Males predominated in both groups (60.6%); 49.5% patients had not finished Elementary School, 57.7% had no occupational activity/job, and 60.6% were single. Mean age was 34 years, and the age of seizures onset was earlier in **G1** than in **G2** ($p < 0.001$). The overall mean score in the QLQ-65 was 53.21.(± 17.9 SD), and there was a significant difference ($p < 0.0001$) between the mean scores in **G1** and **G2**. All aspects of the QOL except for the emotional one and self-concept showed significant differences between the groups ($p \leq 0.05$). The categorization of BDI scores showed a significant predominance of depression symptoms in **G1** ($p = 0.025$). The overall QOL scores and the rating of BDI scores showed a significant negative correlation ($\rho = -0.704$; $p < 0.001$). Patients with better QOL presented fewer depression symptoms.

Conclusion: Patients with medically refractory epilepsy with a prospect of surgical treatment present deteriorated QOL, i.e. **G1** patients had a worse QOL than **G2** ones. Depression symptoms are more pronounced in **G1** patients. QOL in patients with RE is worse in those with depression symptoms, showing a strong association between comorbidities in these patients.

Key words: epilepsy, refractory epilepsy, quality of life, assessment, depression.

1) INTRODUÇÃO

A epilepsia, conjunto de alterações neurológicas relativamente comuns, pode ser considerada uma das mais sérias doenças neurológicas, pois afeta mais ou menos 50 milhões de indivíduos em todo o mundo. Estima-se que no Brasil existam mais de 3 milhões de pessoas com epilepsia. Ela caracteriza-se pela ocorrência de crises epiléticas ou não, freqüentemente recorrentes, e pode ser diagnosticada e tratada de maneira eficaz com medicamentos específicos, drogas antiepiléticas, na maioria das vezes. Um percentual variável, aproximadamente 30% dos pacientes epiléticos, apresentam quadro clínico de crises de difícil controle terapêutico, correspondendo à chamada epilepsia refratária (ER) (Dodrill, Beier et al., 1984; Alving 1995; Guerreiro et al., 2000; Yacubian, 1998).

A qualidade de vida de pacientes epiléticos submetidos a tratamento adequado e com controle das crises poderá ser satisfatória, entretanto, para pacientes com epilepsia refratária, tal situação poderá ser desfavorável e incerta. A recorrência das crises, a incerteza de que a qualquer momento poderá ser surpreendido por um “ataque”, a dificuldade de controle e manejo dessas situações pode trazer uma variedade de comorbidades neuropsiquiátricas, dentre elas, a depressão. Além disso, a necessidade do uso de maior número de fármacos corrobora com a piora desse quadro, trazendo prejuízos significativos à qualidade de vida dos pacientes (Vickrey et al., 1993; Salgado e Souza, 2001; Baker et al., 1996; Devinsky, 1995; Devinsky, 1993; Devinsky e Cramer, 1993; Seidman-Ripley et al., 1993).

A epilepsia, como afecção crônica e estigmatizante, acarreta inúmeros problemas socioeducacionais e psicológicos, devido à ignorância generalizada e à discriminação social, e como consequência determina alterações na convivência e

comportamento, ocasionando sintomas de depressão e piorando, de forma importante, a qualidade de vida e o ajustamento psicossocial (Jacoby, Backer et al., 1996; Baker, 2002; Levin et al., 1988; Salgado et al., 2005).

A depressão será, em futuro próximo, importante causa de incapacidade e custo econômico no mundo (Murray e Lopes, 1997) e é transtorno mental freqüente associado com a epilepsia (Marchetti e Yacubian, 2001).

Depressão e epilepsia são descritas desde a Antigüidade por Hipócrates e Galeno, têm prevalência de 10 a 20% nos pacientes com crises controladas, e 20 a 60% naqueles com epilepsia refratária (Kanner e Palac, 2000; Kanner e Barry, 2003). Mesmo muito freqüentes, os transtornos depressivos continuam pouco diagnosticados e tratados, pois médicos, familiares e pacientes consideram “normal” a presença desses transtornos pelas dificuldades e obstáculos que os epiléticos enfrentam na vida (Kanner e Barry, 2003).

A identificação de sintomas depressivos, sua quantificação em escalas especiais e o seu tratamento são fundamentais para QV dos epiléticos, principalmente os refratários, pois são fortes preditores de piora de QV (Gilliam, 1999).

Os portadores de epilepsia refratária ao tratamento farmacológico desenvolvem exacerbação das dificuldades emocionais relacionadas à convivência com a doença e ficam sujeitos à grande instabilidade psíquica, com repercussões graves na sua qualidade de vida, devido à incerteza, à vergonha, ao estigma e à segregação que lhes são impostos.

O estigma que os pacientes epiléticos vivenciam causa diversos problemas sociais, afetivos, educacionais e psicológicos. Esse assunto é abordado nos centros mundiais de tratamento cirúrgico da epilepsia, sendo observado nas publicações

sobre o assunto. Torna-se importante, dessa forma, ressaltar que cada centro possui suas próprias características, sendo eles fatores educacionais, culturais, condição de saúde pública e de trabalho, recursos sociofinanceiros, entre outros.

Os pacientes com epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso são candidatos à terapêutica cirúrgica que, nos últimos anos, tornou-se opção importante para o controle desejável das crises devido à obtenção de resultados satisfatórios e à perspectiva de realidade em nosso meio. O Programa de Cirurgia da Epilepsia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PCE-HSL-PUCRS) é centro de referência de impacto nacional e internacional no tratamento cirúrgico de pacientes com epilepsia refratária aos medicamentos, acolhendo volume grande de portadores dessa doença crônica. Os pacientes são acompanhados no ambulatório do Serviço de Neurologia e, quando refratários ao tratamento medicamentoso, são candidatos à internação e avaliação para possível intervenção cirúrgica. Após a internação, são feitas avaliações no período pré-operatório, incluindo a avaliação neurológica clínica, eletroencefalográfica, neurorradiológica e neuropsicológica, a fim de localizar com precisão a área cerebral a ser operada e decidir se este paciente será beneficiado ou não com tratamento cirúrgico.

Visto que o assunto é bastante discutido e existem muitos enfoques a serem desenvolvidos sobre este tema, nosso objetivo principal neste trabalho foi estudar os aspectos relacionados à qualidade de vida e aos sintomas de depressão dos pacientes com epilepsia refratária, hospitalizados e com perspectiva imediata de tratamento cirúrgico e em acompanhamento ambulatorial com perspectiva remota de tratamento cirúrgico. Além disso, foram investigadas possíveis associações entre essas variáveis e as diferenças entre os grupos com perspectiva de tratamento cirúrgico.

2) MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, inferencial e comparativo entre duas amostras independentes. A amostra foi constituída por 99 pacientes com epilepsia, refratários ao tratamento medicamentoso, e candidatos à cirurgia da epilepsia, divididos em dois grupos: G1-66 pacientes refratários ao tratamento medicamentoso, hospitalizados para investigação e possível tratamento cirúrgico imediato da epilepsia -1 a 2 semanas; e G2-33 pacientes refratários ao tratamento medicamentoso e em acompanhamento ambulatorial, em perspectiva remota de tratamento cirúrgico da epilepsia – seis a doze meses, do Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas da PUCRS. A caracterização da amostra está apresentada na Tabela 1.

Utilizaram-se dois instrumentos para este estudo:

Questionário de Qualidade de Vida – 65 (QQV-65) - Souza (2001).

O questionário consta de 65 perguntas relacionadas com diversos aspectos de qualidade de vida como percepção de saúde, físico, social, emocional, locus de controle, autoconceito e cognitivo. Além de o questionário avaliar os aspectos separadamente, pode ser investigado a QV a partir de um escore total. Este resultado é a soma de todos os itens listados acima, transformados linearmente em escalas de 0-100 pontos, com altos valores representando melhor índice de bem-estar.

Inventário de Depressão de Beck (BDI) - Cunha (2001).

O BDI é uma escala de auto-relato, que consta de 21 itens, cada um com quatro alternativas de resposta, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 (normal) a 3 (mais grave). O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens e permite a classificação de níveis de intensidade da depressão (escore máximo = 63). Assim sendo, quanto maior o

resultado, maior o grau de depressão (Beck e Steer, 1993). Os pontos de cortes do BDI são categorizados como mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63), e classificados como normal (mínimo) e alterado (de leve a grave).

Os pacientes preencheram os critérios de inclusão e exclusão e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em participar do estudo e de seus procedimentos.

As aplicações dos instrumentos deste estudo ocorreram em uma sala, onde o examinando pudesse estar concentrado para a leitura. Foram verificadas as condições de compreensão da leitura e solicitado que, se ficasse em dúvida com alguma resposta, pulasse a questão para ser perguntado e auxiliado pelo examinador posteriormente.

Análise Estatística

Os dados coletados foram tabulados em planilhas Excel e transportados para planilhas SPSS, versão 11.5, autorizada pela PUCRS. As variáveis categóricas são apresentadas de forma tabular e gráfica e descritas com base na frequência absoluta e porcentagens. As variáveis quantitativas são descritas em função da média e desvio padrão. As relações entre os escores de QV e BDI, em função da natureza das variáveis, foram estimados pelo coeficiente de correlação *rho de Spearman* e *r de Pearson*. As associações entre as variáveis categóricas (gênero, problema ao dirigir, atividade ocupacional/emprego em relação ao grupo) foram apresentadas em tabelas de contingência e avaliadas pelo teste de associação *Qui-quadrado*. Para comparar o grau de instrução dos pacientes em relação ao grupo foi empregado o Teste não-paramétrico Mann-Whitney. As médias de idade atual e de início das crises, em relação à variável grupo foram avaliadas através do Teste T. Para avaliar a interação entre grupo e BDI (normal e alterado) em relação a média de QV e seus aspectos foi utilizada a Análise de Variância Múltipla. Sempre que significativa, a interação entre grupo e BDI, o Teste de Comparações Múltiplas de Tukey foi empregado como complemento. Em todos os casos, os resultados foram considerados significativos quando $p \leq 0,05$.

3) RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos pacientes com ER e sua divisão em grupos.

Tabela 1: caracterização dos pacientes com ER e sua divisão em grupos.

<i>Variáveis</i>	<i>Grupo geral (n=99)</i>	<i>G1 (n=66)</i>	<i>G2 (n=33)</i>
<u>Gênero</u> Masculino Feminino Teste χ^2: p=0,469	60 (60,6%) 39 (39,4%)	42 (63,6%) 24 (36,4%)	18 (54,5%) 15 (45,5 %)
<u>Idade atual (média em anos)</u> Teste T: p=0,06	34,03 $\pm$ 11,22 DP	32,26 $\pm$ 8,72 DP	37,58 $\pm$ 14,54 DP
<u>Idade início de crises (média em anos)</u> Teste T: p<0,001	11,41 $\pm$ 8,82 DP	9,18 $\pm$ 7,14 DP	15,88 $\pm$ 10,21 DP
<u>Estado civil</u> Solteiro Casado Separado/divorciado Viúvo	60 (60,6%) 32 (32,3%) 6 (6,1%) 1 (1%)	45 (68,2%) 19 (28,8%) 2 (3%) 0 (0%)	15 (45,5%) 13 (39,4%) 4 (12,1%) 1 (3,0%)
<u>Atividade ocupacional/emprego</u> (qualquer atividade remunerada) Sim Não Teste χ^2: p= 0,693	41 (42,3%) 56 (57,7%)	27 (40,9%) 39 (59,1%)	14 (45,2%) 19 (54,8%)
<u>Escolaridade</u> Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo Teste não-paramétrico Mann-Whitney: p=0,293	49 (49,5%) 16 (16,2%) 10 (10,1%) 15 (15,2%) 6 (6,1%) 3 (3,0%)	36 (54,5%) 9 (13,6%) 6 (9,1%) 8 (12,1%) 5 (7,6%) 2 (3,0%)	13 (39,4%) 7 (21,2%) 4 (12,1%) 7 (21,2%) 1 (3,0%) 1 (3,0%)

DP= Desvio Padrão

p: nível mínimo de significância

Na Tabela 2, mostramos as médias e Desvio Padrão (DP) dos escores de QV total e por aspectos a partir do QV-65 em todos os pacientes do estudo. O escore médio total para todos os pacientes foi de $53,2 \pm 17,9$ DP (variação de escores entre 18,35 a 88,83), independente do grupo. Observamos que o aspecto social ($M=48,69 \pm 19,42$ DP) aparece com o menor valor médio.

Tabela 2: Descrição dos escores de QV total e por aspectos, independente do grupo.

		<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
PERCEPÇÃO DE SAÚDE		49,20	19,03	13,64	90,66
FÍSICO		50,56	24,67	0,00	88,89
SOCIAL		48,69*	19,42	11,11	96,30
EMOCIONAL		54,29	19,42	11,11	86,11
LÓCUS DE CONTROLE		59,70	21,66	0,00	100,00
AUTOCONCEITO		55,13	20,11	4,17	95,83
COGNITIVO		54,88	32,16	0,00	100,00
QUALIDADE DE VIDA TOTAL		53,21	17,19	18,35	88,83

Total de pacientes igual a 99

*menor escore médio em todos os pacientes entre os aspectos de QV

A observação dos escores de QV total verificados na população de pacientes, independentemente do grupo e do gênero, demonstra que em todos os aspectos houve associação significativa e direta, ao nível de $p < 0,001$.

Os escores de QV total, salientando as diferenças entre os grupos **G1** e **G2**, demonstram uma variação semelhante à média total dos indivíduos no **G1** (18,35 a 82,34, $M = 49,05 \pm 14,80$ DP). No entanto, no **G2**, a variação foi de 21,66 a 88,83 ($M = 61,53 \pm 18,80$ DP), mostrando escores médios maiores neste grupo, mais próximos do limite superior da escala. As diferenças entre os escores médios de QV total se mostraram altamente significativas quando comparados os dois grupos $p < 0,001$.

Na Tabela 3, analisamos os dados dos aspectos de QV em relação aos dois grupos.

Tabela 3: Descrição dos aspectos de QV relacionados aos grupos **G1** e **G2**.

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>p</i>
PERCEPÇÃO DE SAÚDE	G1	66	46,23	16,94	14,60	85,61	0,044
	G2	33	55,13	21,73	13,64	90,66	
	Total	99	49,20	19,03	13,64	90,66	
FÍSICO	G1	66	43,85	23,57	0,00	83,33	<0,001
	G2	33	63,97	21,38	11,11	88,89	
	Total	99	50,56	24,67	0,00	88,89	
SOCIAL	G1	66	44,27	16,79	11,11	90,74	0,001
	G2	33	57,51	21,49	12,96	96,30	
	Total	99	48,69	19,42	11,11	96,30	
EMOCIONAL	G1	66	52,56	19,36	11,11	86,11	0,213
	G2	33	57,74	19,37	11,11	86,11	
	Total	99	54,29	19,42	11,11	86,11	
LÓCUS DE CONTROLE	G1	66	54,46	19,49	0,00	94,44	<0,000
	G2	33	70,20	22,25	27,78	100,00	
	Total	99	59,70	21,66	0,00	100,00	
AUTOCONCEITO	G1	66	53,34	19,17	4,17	87,50	0,212
	G2	33	58,71	21,73	8,33	95,83	
	Total	99	55,13	20,11	4,17	95,83	
COGNITIVO	G1	66	48,61	28,96	0,00	100,00	0,005
	G2	33	67,42	34,94	0,00	100,00	
	Total	99	54,88	32,16	0,00	100,00	
QUALIDADE DE VIDA TOTAL	G1	66	49,05	14,80	18,35	82,34	<0,001
	G2	33	61,53	18,80	21,66	88,83	
	Total	99	53,21	17,19	18,35	88,83	

N= n° de pacientes

p= nível mínimo de significância do Teste T

Analisando os aspectos de QV separadamente, o locus de controle mostrou maior escore em ambos os grupos (**G1** e **G2**) com $M=54,46 \pm 19,49$ DP e $M=70,20 \pm 22,25$ DP respectivamente.

Nos pacientes do **G1**, o aspecto físico foi o que teve índices mais baixos ($M=43,85 \pm 23,57$ DP) e no **G2**, a percepção de saúde foi o aspecto com menor índice ($M=55,13 \pm 21,73$ DP) encontrado. Através do teste, verificou-se que todos os aspectos de QV apresentam diferenças significativas ($p \leq 0,05$), quando comparados os dois grupos, com exceção dos aspectos emocional ($p=0,213$) e autoconceito ($p=0,212$).

A descrição das médias e desvio padrão dos escores do BDI em 94 pacientes foi $13,71 \pm 10,50$ DP. Na comparação entre os grupos, verificamos os escores médios do BDI no *G1* de $15,10 \pm 10,19$ DP e no *G2* de $M=11,15 \pm 10,74$ DP. As diferenças entre as médias em *G1* e *G2* não se mostraram significativas ($p=0,082$).

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos escores do BDI por níveis encontrados nos grupos *G1* e *G2*.

Tabela 4: Distribuição dos escores do BDI por níveis e suas respectivas porcentagens, nos grupos *G1* e *G2*.

		MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE	Total (n)
Grupos	G1	23 (37,7 %)	21 (34,4%)*	14 (23,0%)	3 (4,9%)	61
	G2	23 (69,7%)*	4 (12,4%)	5 (15,2%)	1 (3,0%)	33
Total		46	25	19	4	94

N= n° de pacientes

χ^2 : $p=0,025$

* Análise de resíduos ajustados: $p<0,05$

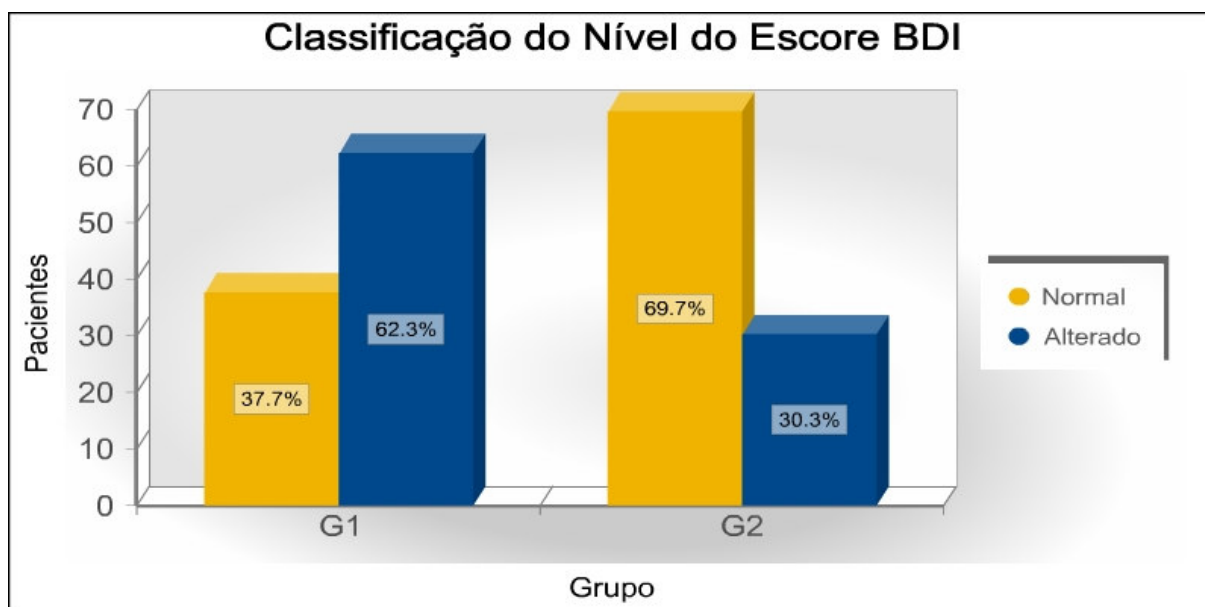
Foram avaliadas as variações entre Grupo e nível de escore de BDI. Através do teste de Qui-quadrado complementado pela análise de resíduos ajustados, ao nível de significância de 5%, verifica-se uma associação do *G1* com o nível de sintomas leves de depressão e o grupo *G2* com nível mínimo de sintomas, ou seja, considerado normal.

Observou-se que as diferenças entre os dois grupos são pouco evidentes quando se avaliam sintomas de depressão pelo escore geral do BDI. No entanto, tornam-se mais evidentes quando comparados após a distribuição por níveis (mínimo, leve, moderado e grave). Classificamos as categorizações dos escores do BDI sintetizando a presença ou não de sintomas de depressão, considerando ausência de sintomas (mínimo) como normal e a presença de sintomas (leve, moderado e grave) como alterado.

Quando classificamos a presença ou ausência de sintomas de depressão, observamos que no **G1** 23 pacientes (37,7 %) apresentaram o nível mínimo de depressão (normal) contra a soma de 38 (62,3 %) com manifestação de nível leve a grave de sintomas de depressão.

No **G2**, o nível mínimo (normal) atingiu 69,7% (23 pacientes) contra a soma de 30,3% (10 pacientes) com manifestação de nível leve a grave de sintomas de depressão.

No Gráfico 1, podemos observar de forma mais evidente a distribuição (normal ou alterado) de sintomas de depressão nos dois grupos de pacientes.



χ^2 : $p = 0,003$

Gráfico 1: Porcentagens dos níveis de escores do BDI classificados quanto à presença ou não de sintomas de depressão em ambos os grupos

Os escores de BDI e sua relação com a QV total é significativa e observou-se correlação significativa inversa moderada ($\rho = -0,704$; $p < 0,001$) entre QV total e escores do BDI nos pacientes da pesquisa.

A QV total, avaliada conjuntamente com a classificação dos níveis de escores de depressão categorizados, desde um nível mínimo (normal) à leve,

moderado e grave (alterado), em relação ao **G1** e **G2** estão representados na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição da média e do Desvio Padrão (DP) da QV total em relação aos grupos (**G1** e **G2**) e à classificação normal e alterado do BDI.

BDI	QV total Grupo				Total	
	G1		G2			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Normal	60.20 ^B	12.93	70.76 ^A	11.92	65.48	13.40
Alterado	45.16 ^C	11.07	40.31 ^C	13.89	44.15	11.72
Total	50.83	13.82	61.53	18.81	54.59	16.47

Médias seguidas de letras distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, complementada pelo Teste de Comparações Múltiplas de Tukey, ao nível de significância de 5%

P=0,309 (grupo); P<0,001 (BDI); P=0,007 (grupo*BDI);

Verifica-se haver interação significativa entre Grupo e BDI, ou seja, no **G1** e no **G2** a média de QV das pessoas com BDI normal é significativamente maior do que entre os pacientes com BDI alterado. Entre os pacientes com BDI normal, a média do **G1** é significativamente menor do que no **G2**, mas entre os pacientes com BDI alterado, esta diferença não é significativa.

4) DISCUSSÃO

Os pacientes com ER apresentam uma QV que pode ser diferente daquela dos indivíduos normais ou com epilepsia controlada com medicamentos, com uma interferência direta e negativa na QV, dificultando sua interação social (Souza, 2001).

Em pacientes com epilepsia refratária, foi observado que a falta de controle adequado das crises epiléticas lhes acarreta desajustes psicossociais. Segundo Paglioli-Neto (1995) e Souza et al. (2000), os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para epilepsia do lobo temporal mostraram semelhanças na QV com os controlados por medicação e muito diferente dos refratários.

Dentre os refratários, os hospitalizados encontram-se mais comprometidos do que os não-hospitalizados. Acredita-se que a situação hospitalar seja fator estressante e que possa exacerbar esses desajustes, trazendo à tona a fragilidade e todos os comprometimentos vividos. Sendo assim, desenvolvemos estratégias para minimizar e facilitar este processo.

Na análise das características demográficas dos pacientes, observamos que o único parâmetro significativo é a idade de início das crises ($p < 0,001$) entre os grupos, o que pode sugerir que o início precoce e, portanto, maior tempo de epilepsia, pode levar à maior gravidade das consequências da doença no *GI*. Portuguese (1998), Salgado e Souza (2001) encontraram a média de idade de início das crises semelhante aos resultados desta pesquisa.

A maioria encontrada nesse estudo foi de homens (60,6%); o estado civil predominante foi de solteiros (57,7%) e a maioria não tinha nenhuma atividade ocupacional/emprego no momento da avaliação. A média de idade de todos os pacientes foi de 34,03 anos. A amostra demonstrou baixa escolaridade (65,7%) com Ensino Fundamental completo ou incompleto.

Neste estudo, a média de QV total foi 53,21 nos 99 pacientes.

O aspecto considerado mais afetado foi o social ($M= 48,69 \pm 19,42$ DP), seguido da percepção da saúde ($M=49,20$), físico ($M=50,56$), emocional ($M= 54,29$), cognitivo ($M= 54,88$), autoconceito ($M= 55,13$) e locus de controle ($M= 59,7$).

O aspecto social, o mais afetado, poderia ser explicado pela tendência ao isolamento devido às crises, medo, insegurança, dificuldades no relacionamento, desemprego, à baixa escolaridade e ao estigma social, todos itens de significativo impacto na vida dos epiléticos. A média desses aspectos situou-se abaixo da média da QV total, portanto, o pior índice de bem-estar.

Salgado e Souza (2001) encontraram na avaliação da QV em epilepsia, utilizando o mesmo instrumento deste estudo, dados um pouco diferentes dos nossos. Os domínios mais afetados foram o de trabalho, emocional, lazer, seguido pelo social, físico e escolar. Cabe ressaltar que tal amostra contemplava pacientes com epilepsia geral, e não somente ER.

Salgado (2003), em outro estudo de QV, utilizando o QQV-65 para a avaliação de 140 pacientes epiléticos (em geral), encontrou escores que variaram de 28,00 a 93,24. A percepção de saúde foi o aspecto mais afetado na avaliação, seguido dos aspectos emocional, social, do autoconceito, locus de controle, físico e cognitivo. A variação dos escores para todos os pacientes no nosso trabalho foi de 18,35 a 88, 83, o que mais uma vez pode representar, através das diferenças dos intervalos, maior gravidade da doença representada pela pior QV em nossos pacientes com epilepsia refratária.

A observação de Aldenkamp et al. (2003), os quais analisaram 198 pacientes com epilepsia, referenciados para quatro serviços especializados na Holanda,

quanto à QV avaliada pelo QOLIE-10, revela que os aspectos psicossociais foram todos favoráveis naquela amostra: 50% dos pacientes tinham emprego, nível de educação semelhante ao da população em geral e 70% deles tinham parceiro. Verificaram a existência de informações corretas sobre epilepsia entre familiares e amigos, e a doença era aceita na sociedade. Somente 6% dos pacientes reportaram baixa QV. As diferenças marcantes nos achados relatados entre os pacientes brasileiros e os holandeses muito provavelmente decorreram das diferenças socioeconômicas e culturais existentes entre as duas populações.

Ao avaliar os escores de QV total na população de pacientes, independentemente do grupo, houve associação significativamente positiva ($P < 0,001$); isto é, há uma relação muito forte entre todos os aspectos avaliados no questionário. A piora do escore de um aspecto está interrelacionada com todos os outros, conforme o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Na análise dos escores totais de QV por grupos, observou-se no **G1** a média $M=49,05$, e escores mais elevados no **G2**, com média $M= 61,53$ ($P < 0,001$). Essas observações quantitativas indicam melhor QV do **G2** quando comparado ao **G1**.

Observamos diferenças significativas em quase todos os aspectos de QV (Tabela 3) com exceção do aspecto emocional ($P= 0,213$) e de autoconceito ($P= 0,212$).

Salgado et al. 2004, em um estudo sobre a avaliação das expectativas no período pré-cirúrgico dos pacientes em relação às suas percepções, crenças e entendimentos a respeito de procedimentos anteriores e posteriores à cirurgia, salientam que o aspecto emocional apareceu como o mais afetado pela epilepsia, seguido pelos aspectos social e físico. Nossos resultados também mostram que os aspectos emocionais estão igualmente afetados em ambos os grupos, confirmando-

se como característica dos pacientes com ER candidatos à cirurgia e exigindo preocupação em relação ao acompanhamento desses pacientes.

Guerreiro et al. (2000) evidenciaram que os pacientes epiléticos apresentam dificuldades em aceitar o diagnóstico da doença e as limitações que enfrentam com as crises. Procuram desenvolver mecanismos de defesa, como a negação, para manter um equilíbrio emocional, aspecto este, junto com autoconceito (consciência da doença), comuns nos pacientes com epilepsia em geral. No nosso estudo, o autoconceito apresentou-se de forma similar nos dois grupos, mostrando que as dificuldades encontradas em perceber a doença em aceitar sua nova imagem, as (in)capacidades, preocupações com o uso de medicações e número de crises são fatores que devem e podem ser trabalhado com os pacientes, independentemente do momento de perspectiva cirúrgica em que se encontram.

Ao avaliar os grupos separadamente, o menor escore médio encontrado no **G1** foi o aspecto físico (M=43,85) (sensação de bem-estar físico, problemas com dano ou dor e suas interferências e impossibilidades de realizar atividades do dia-a-dia, de autocuidado e satisfação com a saúde). Acredita-se que isso possa estar relacionado à hospitalização, à situação de estar fora do ambiente familiar, à restrição de suas atividades a um ambiente único, ao autocuidado limitado e dependente, à iminência do procedimento cirúrgico.

No **G2**, a percepção de saúde apresentou menor média, ou seja, é a mais afetada (M=55,13). Possivelmente, este grupo tem uma preocupação presente quanto à comparação de sua saúde atual com a do passado, sentindo-se mais comprometido no momento, a ponto de estar aguardando tratamento cirúrgico. Além disso, os doentes percebem prejuízos importantes causados pela epilepsia, em todos os âmbitos (estudo, relacionamentos, trabalho, lazer) inclusive na satisfação

com a vida. Salgado (2003) encontrou em seu estudo com 140 pacientes com epilepsia (em geral), utilizando o mesmo instrumento deste trabalho, o aspecto saúde como o mais afetado, principalmente nas questões relacionadas aos prejuízos que a doença traz para os estudos, trabalho, relacionamento afetivo e lazer.

A epilepsia afeta a vida do indivíduo de maneira global, conforme já foi descrito anteriormente. As situações psicológicas enfrentadas pelos epiléticos e seus familiares podem causar dificuldades adaptativas de acordo com Marchetti e Damasceno (2000), tais como momentos de risco, incapacitação, restrições, perdas, imprevisibilidade. Essas situações geram reações emocionais como medo, ansiedade, raiva, vergonha, culpa, tristeza e até mesmo depressão. São vistas, em tais situações, mecanismos de defesa patológicos, que ajudam na diminuição da qualidade de vida e podem tornar-se fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais.

Nos 94 pacientes com ER, a média dos escores do BDI foi de 13,71, indicando nível leve de depressão. A prevalência e incidência da depressão nas epilepsias é bastante variável (8 e 55 %) e nos pacientes com crises recorrentes, principalmente nas epilepsias do lobo temporal (ELT), pode ser ainda mais freqüente. Em 70 pacientes com ELT, Alonso et al. (2005) relatam 56% de pacientes com sintomas de depressão.

A escala de auto-relato de depressão (BDI) estabelece 21 itens escalonados em níveis mínimo, leve, moderado e grave, conforme a intensidade dos sintomas (CUNHA, 2001, Griffith, 2005). Em relação aos níveis de escore do BDI, **G1** mostrou que 62,3% apresentam sintomas de depressão e somente 30,6%, no **G2**, apresentaram tais sintomas.

Os pacientes hospitalizados apresentaram sintomas mais graves de depressão e têm em comum a história mais precoce e longa de epilepsia. Distância dos familiares e dos entes queridos, limitação ao ambiente hospitalar, sensação de medo

e insegurança quanto ao êxito do procedimento cirúrgico e quanto à ocorrência de seqüelas são fatores que podem contribuir para agravar os sintomas de depressão.

Nesta pesquisa, correlacionamos os resultados de QV com os de sintomas de depressão, e para isso, consideramos escores mínimos (soma dos escores entre 0-11) como normal e a presença de sintomas de depressão leve, moderado ou grave (soma dos escores entre 12-63) como alterado.

A análise da relação entre os escores de BDI e a QV total mostrou, em nosso estudo, associação negativa altamente significativa ($P < 0,001$). Os níveis mais elevados de QV estão associados com os menores escores de BDI; os pacientes com melhor QV são os que apresentam menos sintomas de depressão.

Tais achados reforçam-se nos estudos de Gilliam (2002) que, em 195 pacientes consecutivos com ER, aplicou os questionários QOLIE-89 e BDI, encontrando forte correlação entre gravidade de depressão e QV ($p < 0,001$), comprovando uma correlação linear entre o aumento dos escores de BDI e a diminuição dos escores da QV. Johnson et al. (2004), replicando estudos anteriores de Gilliam (2002), encontraram resultados semelhantes a esta pesquisa. A depressão mostrou ser fator independente e significativo em análise de regressão para a QV.

Alonso et al. (2005), avaliando a relação entre QV e depressão em epiléticos em geral, encontraram uma associação estatisticamente significativa entre QV e depressão, sendo que o grupo de pacientes com sintomas depressivos apresentou escores mais baixos ($p = 0,001$) em todos os domínios do questionário de QV (SF-36), quando comparado com os resultados do grupo sem depressão (BDI). Assim, quanto maior a pontuação do BDI, mais baixos os escores do SF-36. Em nossos resultados, os achados foram similares aos estudos dos pesquisadores citados.

Lehrner et al. (1999) estabeleceram que a depressão é um poderoso indicador da QV, e também Bazil (2004) considera que a influência da depressão na QV em epiléticos está no início da sua compreensão, sendo uma das mais importantes variáveis que afetam a QV, semelhante à frequência das convulsões. A interação com tal variável é importante, pois, nas convulsões não-controladas, ocorrem transtornos de humor, depressão e ansiedade, que se acentuam e devem ser tratados intensamente pelos médicos, pois podem melhorar consideravelmente a QV.

Ao considerarmos a relação existente entre a QV e os grupos **G1** e **G2** com a classificação dos escores do BDI (normal e alterado), observamos que segue o padrão semelhante ao do grupo total, isto é, os pacientes com melhor QV são os que apresentam menos sintomas de depressão. A média da QV total dos pacientes com BDI normal é significativamente maior no **G2**, o que significa que, mesmo sem sintomas de depressão, a QV do **G1** é pior do que a do **G2**. A iminência cirúrgica mesmo em pacientes sem depressão, parece influenciar negativamente a QV.

Weigartz et al. (1999), analisando as comorbidades na epilepsia, considerando a depressão, comparando não-deprimidos com deprimidos, encontrou escores de QV (QOLIE 31) muito piores nos deprimidos nos diversos domínios da avaliação da QV. Seu estudo centrou-se em epilepsia refratária, sem considerar a situação de expectativa cirúrgica.

Giullian e Kanner (2002) enfatizam que o estado de humor é o mais importante preditor de QV dos epiléticos e observam correlação muito forte entre elevados escores de BDI com pior QV, criando o conceito *dose-dependente*.

Perrine et al. (1995) estudaram 257 pacientes epiléticos para determinar as relações das funções neuropsicológicas com QV relacionadas à saúde. O fator humor foi o que apresentou a mais elevada correlação com a escala de QV e foi o

mais poderoso preditor de situação na avaliação da QV em estudo de análise de regressão.

Loring et al.(2004), aplicando diversos questionários em 115 pacientes epilépticos candidatos à cirurgia da epilepsia, com QI normal, verificaram que os sintomas de depressão refletidos pelo BDI e a escala de depressão de MMPI-2 foram fortes preditores da QV. Isso evidencia que quanto maior o número de sintomas de depressão, pior a QV. A literatura, portanto, mostra forte associação entre depressão e QV na epilepsia refratária. Hermann et al. (2000), em seu estudo, relacionando estes três aspectos: QV, depressão e perspectiva de procedimento cirúrgico, no entanto, não foram encontrados.

Observamos, a partir dos resultados relacionados aos aspectos de QV com a classificação dos escores do BDI (normal e alterado) que, independentemente do grupo de pacientes (**G1** ou **G2**), os sem-sintomas de depressão apresentam melhores índices de bem-estar nos aspectos percepção de saúde, físico, social, emocional e autoconceito, do que o grupo com sintomas de depressão.

Considerando o resultado das avaliações realizadas por meio da aplicação dos questionários QQV-65 e BDI na avaliação da QV e de sintomas de depressão em pacientes com ER, candidatos ao tratamento cirúrgico da epilepsia, podemos enfatizar a importância da relação QV e sintomas de depressão e das variáveis individuais significantes evidenciadas, para valorizar as possibilidades de diagnóstico efetivo dessas situações, para sua profilaxia, tratamento e melhora das condições gerais dos pacientes. Conforme Alonso et al. (2005), cabe um aspecto importante e pouco elucidado na literatura: escores elevados no BDI podem ser o reflexo do humor depressivo apresentado pelo paciente e não de depressão clínica propriamente dita.

A procura e a identificação dos sintomas, o diagnóstico formal de depressão e o tratamento específico são as mais eficazes condutas para minorar a morbilidade decorrente deste conjunto esquecido e pouco valorizado de queixas.

CONCLUSÃO

A aplicação do questionário de QV (QQV-65) em pacientes com ER, candidatos ao tratamento cirúrgico da epilepsia, com perspectiva imediata (**G1**) e remota (**G2**) demonstra que a QV dos pacientes com ER atingiu escore médio na quantitação do QV-65 com deterioração mais acentuada nos aspectos social e com forte associação entre todos os aspectos. Existem diferenças na QV total entre os grupos. O grupo de pacientes com perspectiva imediata (**G1**) mostra escore de QV pior que o grupo de pacientes com perspectiva remota de cirurgia (**G2**), na maioria dos aspectos, com exceção do emocional e do autoconceito.

Utilizando o BDI para investigar sintomas de depressão (BDI), observamos a existência de diferença entre os grupos de pacientes com ER. O grupo de pacientes hospitalizados (**G1**) apresenta intensidade maior de sintomas depressivos do que o grupo em acompanhamento ambulatorial (**G2**). Ainda, existe forte correlação entre a intensidade dos sintomas depressivos e a piora da QV. Os pacientes com melhores escores de QV são os que apresentam menos sintomas de depressão.

A iminência do tratamento cirúrgico e suas variáveis implícitas: retirada de áreas cerebrais, seqüelas cognitivas, perda de ganho secundário pelo fato de estar em uma condição de doente, dependência e muitas limitações, podem ser desencadeadores de todos os aspectos adversos da QV e dos sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldenkamp AP, Van Donselaar CA; Flamman H; Lafarre DLW. Psychosocial reactions to the in an unselected group of patients with epilepsy under treatment in general hospitals. *Seizure* 2003;12:101-6.

Alonso NB; Silva TI, Westphal AC, et al. Sintomas depressivos e qualidade de vida em indivíduos com epilepsia por esclerose mesial temporal. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2005;11(3):117-22.

Alving J. What is intractable epilepsy? In: Johannessen SI, Gram L, Sillanpää M, et al., editors. *Intractable epilepsy*. Bristol; Biomedical Publishing;1995.

Baker GA. The psychosocial burden of epilepsy. *Epilepsia.* 2002;43(Suppl 6):26-30.

Baker GA, Jacoby A, Chadwick DW. The associations of psychopathy and epilepsy: a community study. *Epilepsy Res.* 1996;25(1):1:29-39.

Bazil CW. Comprehensive care of the epilepsy patient- control, comorbidity, and cost. *Epilepsia.* 2004;45(Suppl6):3-12.

Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory: manual*. San Antonio: The Psychological Corporation; 1993.

Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Devinsky O, Cramer JA. Introduction: quality of life in epilepsy. *Epilepsia.* 1993;34(suppl 4):S1-S3.

Devinsky O. Clinical usues of the quality-of-life in epilepsy inventoty. *Epilepsia.* 1993;34(suppl 4):S39-44.

Devinsky O. Outcome research in neurology: incorporating health-related quality of life. *Ann Neurol.* 1995;37(2):141-2.

Dodrill CB, Beier R, Kasparick M, et al. Psychosocial problems in adults with epilepsy: comparison of findings from four countries. *Epilepsia.* 1984;25(2):176-83.

Gilliam F. Optimizing health outcomes in active epilepsy. *Neurology.* 2002;58:s9-s20.

Gilliam F, Kanner AM. Treatment of depressive disorders in epilepsy patients. *Epilepsy Behav.* 2002;3:s2-s9.

Gilliam F, Kuzniecky R, Meador K, et al. Oriented outcome assessment after temporal lobectomy for refractory epilepsy. *Neurology.* 1999;53:687-94.

Griffith NM, Szaflarski JP, Szaflarski M, et al. Measuring depressive symptoms among treatment-resistant seizure disorder patients: POMS Depression scale as an alternative to the BDI-II. *Epilepsy Behav.* 2005;7:266-72.

Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, et al. *Epilepsia*. 3. ed. São Paulo: Lemos; 2000.

Hermann BP, Seidenberg M, Bell B, et al. Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: association with chronicity of epilepsy and impact on quality of life. *Epilepsy Behav.* 2000;13:184-90.

Jacoby A, Baker GA, Steen N, et al. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from UK community study. *Epilepsia*. 1996;37(2):148-61.

Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*. 2004;45(5):544-50.

Kale R. Bringing epilepsy out of the shadows. *Br Med J.* 1997;315(7099):2-3.

Kanner A, Barry JJ. The impact of mood disorders in neurological disease: should neurologists be concerned? *Epilepsy Behav.* 2003;4:s3-s13.

Kanner AM, Palac S. Depression in epilepsy: a common but often unrecognized comorbid malady. *Epilepsy Behav.* 2000;1(1):37-51.

Lehrner J, KalchmaYR, et al. Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure*. 1999;8(2):88-92.

Levin R, Banks S, Berg B. Psychosocial dimensions of epilepsy: a review of the literature. *Epilepsia*. 1988;29(6):805-16.

Loring DW, Meador KJ, Lee GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2004;5:976-80.

Marchetti RL, Castro APW, Kurcgant D; et al. Transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005;32(3):170-82.

Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 1997;349(9064):1498-504.

Paglioli-Neto E. Tratamento cirúrgico da epilepsia do lobo temporal: o impacto do controle das crises no perfil psicossocial dos pacientes [dissertação]. Porto Alegre: PUCRS; 1995.

Perrine K, Hermann BP, Meador KJ, et al. The relationship of neuropsychological functioning to quality of life in epilepsy. *Arch Neurol.* 1995;52(10):997-1003.

Portuguez MW. Memória, epilepsia e lobectomia temporal: um estudo neuropsicológico [tese]. São Paulo: UNIFESP/Escola Paulista de Medicina; 1998.

Salgado PCB, Souza EAP. Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. *Estudo Psicologia*. 2003;8(1):165-8.

Salgado PCB. A relação entre a percepção de controle de crises e a qualidade de vida de adultos com epilepsia [dissertação]. Campinas: UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas; 2003.

Salgado PCB, Fernandes PT, Noronha ALA, et al. The second step in the construction of a stigma scale of epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2-B):395-8.

Salgado PCB, Fernandes PT, Souza EAP. Patient's expectations for epilepsy surgery: preliminary results. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2004;10(3):143-5.

Salgado PCB, Souza EAP. Qualidade de vida em epilepsia e percepção de controle de crises. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(3-A):537-40.

Seidman-Ripley JG, Bound VK, et al. Psychosocial consequences of postoperative seizure relief. *Epilepsia*. 1993;34(2):248-54.

Souza EAP, Guerreiro MM, Guerreiro CAM. Qualidade de vida. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, et al, editores. *Epilepsia*. São Paulo: Lemos; 2000.

Souza EAP. Questionário de qualidade de vida na epilepsia: resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(3-A):541-4.

Vickrey BG, Hays RD, Hermann BP, et al. Outcomes with respect to quality of life. In: Engel J Jr, editor. *Surgical treatment of the epilepsies*. 2nd.ed. New York: Raven; 1993.
Wiegartz P, Seidenberg M, Woodard A, et al. Co-morbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: recognition and etiology of depression. *Neurology*. 1999;53(5 Suppl 2):S3-8.

Yacubian EMT. Epilepsia refratária em adultos. In: Da Costa JC, Palmini A, Yacubian EMT, et al., editores. *Fundamentos neurobiológicos das epilepsias*. São Paulo: Lemos; 1998.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)