

ISIS SUGA VERONEZ

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO
INSTRUMENTO *INSPIRIT-R* PARA AVALIAÇÃO DE
RELIGIOSIDADE NOS PACIENTES COM EPILEPSIA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010**

ISIS SUGA VERONEZ

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO
INSTRUMENTO *INSPIRIT-R* PARA AVALIAÇÃO DE
RELIGIOSIDADE NOS PACIENTES COM EPILEPSIA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Oswaldo Vitorino de Oliveira

Professor Orientador: Prof. Dr. Roger Walz

Professora Co-orientadora: Profa. Dra. Katia Lin

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2010

*Aos meus queridos pais,
fonte de amor e apoio incontestáveis.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Madoka e Valdir, exemplos de força, determinação e coragem, que sempre me apoiaram, incentivando-me e ensinando-me a não desistir jamais dos meus sonhos. Esta é mais uma etapa que conquistamos juntos.

Agradeço ao meu namorado, amigo e companheiro Denis. Obrigada pelo seu amor e compreensão, fundamentais durante esta jornada.

Agradeço principalmente à minha co-orientadora, Profa. Dra. Katia Lin, quem possibilitou a realização deste trabalho, dando-me a oportunidade de aprender tanto sobre Neurologia quanto sobre postura e ética profissional, qualidades nas quais todos os futuros médicos deveriam espelhar-se.

Agradeço à residente de Neurologia do HU/UFSC - Hospital Universitário, Dra Maria Alice Bicalho, que contribuiu com o trabalho em todas as suas etapas e foi importantíssima para esta realização.

Agradeço ao autor do questionário *INSPIRIT* (Copyright 1991, 1996, 2000), Jared Kass, Ph.D., que concedeu sua permissão para a realização deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Roger Walz e aos participantes de seu grupo de pesquisa NUPNEC, que contribuíram para importante etapa deste trabalho. Agradeço também aos responsáveis pela retrotradução do questionário, Renate Schinke e James Nels Wrathall, nativos da língua inglesa.

Agradeço à toda equipe do CEPESC – Centro de Epilepsia de Santa Catarina, e aos demais funcionários do HGCR - Hospital Governador Celso Ramos, que sempre foram cordiais e atenciosos, possibilitando a coleta de dados neste local. Agradeço especialmente à Dra. Lucia Sukys Claudino, Dr. Ricardo Guarnieri, Psicóloga Maria Emília Rodrigues de Oliveira Thais e à Enfermeira Carla Pauli.

Por fim, agradeço às minhas mais novas amizades conquistadas durante a faculdade, que direta ou indiretamente contribuíram para esta realização.

RESUMO

Objetivo: Realizar a adaptação transcultural do instrumento *INSPIRIT-R* para avaliação de religiosidade em pacientes com epilepsia no Brasil.

Métodos: Dois tradutores bilíngues brasileiros realizaram a tradução do instrumento original para o português. A seguir, dois professores de inglês nativos e bilíngues realizaram a retro-tradução. Uma equipe multidisciplinar julgou as diversas versões obtidas quanto à clareza, compreensibilidade, manutenção do conceito explorado em cada questão no instrumento original e adequação do seu significado para a população brasileira. Por fim, 50 pacientes do ambulatório de epilepsia do Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis responderam ao questionário final.

Resultados: Vinte e seis pacientes (52%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 33,7 anos (18-55 anos) e a média de escolaridade foi de 8,0 anos de estudo (3-17 anos). Oitenta por cento dos pacientes eram católicos e 82% dos pacientes apresentavam epilepsia do lobo temporal como diagnóstico sindrômico. O tempo médio de aplicação foi de 20 minutos. Na versão final em português as questões 3, 7C e 7E foram consideradas difíceis de compreender e sofreram modificações, assim como a forma do questionário na questão 7. A diferença entre os escores dos pacientes com epilepsia do lobo temporal e os pacientes com epilepsia generalizada idiopática foi estatisticamente significativa.

Conclusão: A versão em português do instrumento *INSPIRIT-R* foi facilmente compreendida, sendo mínimas as modificações realizadas no processo de adaptação cultural do instrumento.

ABSTRACT

Objective: To describe the cross-cultural adaptation of the *INSPIRIT-R* instrument for evaluation of spiritual attitudes and experiences of epilepsy patients in Brazil.

Methods: Two independent bilingual specialists translated the original instrument into Brazilian-Portuguese language. Later, two native English speakers translated the consensus version back into English. A multidisciplinary committee compared the back-translation with the original instrument in order to evaluate its content, comprehensibility, conceptual equivalence, cultural and context adjustment for Brazilian population. At last, the final version was tested in 50 outpatients with confirmed epilepsy diagnosis long-term followed at Centro de Cirurgia de Epilepsia de Santa Catarina (CEPESC).

Results: They were 33.7 (18-55) years-old and 26 (52%) were women. They attended school for 8.0 (3-17) years. Most of them (80%) were Catholics and 82% had confirmed diagnosis of temporal lobe epilepsy. The patients required about 20 minutes to complete the questionnaire. In the final Portuguese version of the *INSPIRIT-R*, the questions 3, 7C and 7E were considered difficult to understand and required slight modifications, as well as the layout of question 7. The difference between the scores of patients with temporal lobe epilepsy and idiopathic generalized epilepsy syndromes was statistically significant.

Conclusions: The Brazilian-Portuguese version of the *INSPIRIT-R* instrument was easily understood by most of the patients, after minimal modifications.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES.....	11
TABELA 2: VARIÁVEIS CLÍNICAS DOS PACIENTES.....	12
TABELA 3: RELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CRISES EPILÉPTICAS E SUA FREQUÊNCIA MÉDIA MENSAL.....	14
TABELA 4: RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE QUESTÕES COM DÚVIDA E ESCOLARIDADE.....	14
TABELA 5: QUESTÕES QUE APRESENTARAM DIFICULDADES NA COMPREENSÃO.....	15
TABELA 6: VERSÃO FINAL DAS QUESTÕES MODIFICADAS.....	15
TABELA 7: ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS E ESCORE DO QUESTIONÁRIO <i>INSPIRIT-R</i>	16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBZ	Carbamazepina
CEPESC	Centro de Epilepsia de Santa Catarina
CLB	Clobazam
CPC	Crise parcial complexa
CPS	Crise parcial simples
CRE	Escala de <i> coping </i> religioso-espiritual
DAE	Droga antiepiléptica
EEG	Eletroencefalograma
EGI	Epilepsia generalizada idiopática
ELT	Epilepsia do lobo temporal
ELTM	Epilepsia do lobo temporal mesial
FACIT-Sp-12	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-being Scale</i>
INSPIRIT-R	<i>Index of Core Spiritual Experiences - Revised</i>
ILAE	<i>International League Against Epilepsy</i>
NBI	Inventário Neurocomportamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Fenobarbital
RM	Ressonância Magnética
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
VPA	Valproato de sódio
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>WHO Quality of Life</i>
WHOSRPB	<i>WHO Spiritual, Religious and Personal Beliefs</i>

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS	30
ANEXO 2: INSTRUMENTO <i>INSPIRIT-R</i> ORIGINAL	31
ANEXO 3: AUTORIZAÇÃO DO AUTOR	34
ANEXO 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	35
ANEXO 5: PONTUAÇÃO DOS <i>SCORES</i>	36
ANEXO 6: MODIFICAÇÕES PELO COMITÊ DE JUÍZES	37
ANEXO 7: QUESTIONÁRIO <i>INSPIRIT-R</i> VERSÃO FINAL EM PORTUGUÊS .	40

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	viii
LISTA DE ANEXOS	ix
SUMÁRIO	x
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Epilepsia	1
1.2 Experiências religiosas em pacientes com epilepsia	2
1.3 Religiosidade e espiritualidade	3
1.4 Avaliação quantitativa da religiosidade/espiritualidade	5
2 OBJETIVO	7
2.1 Principal	7
2.2 Secundários	7
3 METODOLOGIA	8
3.1 O Instrumento	8
3.2 Tradução	9
3.3 Retro-tradução	9
3.4 Revisão por um Comitê de Juízes	9
3.5 Fase de testagem	9
3.6 Adaptação dos scores	10
4 RESULTADOS	11
5 DISCUSSÃO	17
6 CONCLUSÃO	23

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
NORMAS ADOTADAS	28
ANEXOS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epilepsia

A epilepsia é uma condição crônica que causa grande impacto no orçamento destinado à saúde e na qualidade de vida dos pacientes. Cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de epilepsia. Sua incidência anual em países desenvolvidos é de 50-100 casos para cada 100.000 indivíduos e sua prevalência é de aproximadamente 5-8 casos por 1.000 indivíduos. Nos países em desenvolvimento, as taxas de incidência e prevalência são maiores em virtude da maior proporção de indivíduos jovens na população e das suas condições de higiene e saúde pública. A incidência é variável com a idade, observando-se taxas mais altas na infância, diminuindo na idade adulta, e exibindo um segundo pico em pacientes acima de 65 anos de idade.^{1,2}

Com o diagnóstico e tratamento adequados, aproximadamente 80-90% dos pacientes terão sua crises controladas com um mínimo de efeitos indesejados, permitindo-lhes uma vida normal.³ Porém, a epilepsia pode acarretar problemas de ordem social aos pacientes e seus familiares, já que além das limitações impostas pelas próprias crises e seu tratamento, eventuais lesões neurológicas e reações habitualmente negativas da sociedade e do próprio paciente, distúrbios psiquiátricos ou psicológicos, comprometimento físico e déficits cognitivos também dificultam a independência social do paciente.⁴ A epilepsia normalmente não afeta a inteligência, mas dificuldades de aprendizagem podem ocorrer por crises frequentes e prolongadas – uma vez que convulsões estão usualmente associadas com comprometimento transitório da função cognitiva e, portanto, do aprendizado ou por efeitos colaterais dos medicamentos, como fadiga, sonolência e diminuição da atenção, podendo ser responsáveis pela associação da epilepsia com retardo mental.^{3,5} Apesar disso, os fatores sócio-econômicos mostram-se como os principais determinantes nos resultados dos testes de inteligência, sendo o nível de escolaridade dos pais um fator decisivo.⁵

O diagnóstico da epilepsia implica em uma anormalidade cerebral epileptogênica persistente capaz de gerar atividade paroxística espontânea. As epilepsias focais, geralmente relacionadas a uma disfunção cerebral localizada, são as mais frequentes, representando cerca de 60% dos casos. Podem apresentar etiologia conhecida (sintomática) ou desconhecida (criptogênica). As epilepsias generalizadas

representam aproximadamente 30% dos casos, ocorrendo frequentemente em um contexto genético destituído de lesão cerebral. Nos demais 10% dos casos, a classificação é indeterminada.^{1,6}

A epilepsia do lobo temporal (ELT) é a forma mais comum de epilepsia focal em adultos, respondendo por pelo menos 40% de todos os casos. A epilepsia do lobo temporal mesial (ELTM) apresenta um perfil clínico bem definido: manifesta-se, caracteristicamente, por meio de crises parciais complexas (CPC), também conhecidas como crises psicomotoras, precedidas ou não por auras ou crises parciais simples (CPS), podendo ainda ocorrer auras isoladas e crises parciais com generalização secundária. As crises epiléticas surgem, em geral, na infância tardia ou na adolescência. É comum o antecedente de crise febril na primeira infância, principalmente de crise febril complexa (crise prolongada, unilateral ou múltiplas crises em um mesmo episódio febril). Menos frequentemente este evento epilético inicial é não-febril. Segue-se um período latente e depois de vários anos surgem as crises parciais complexas, sendo esta sequência relativamente estereotipada uma das principais características desta síndrome. É frequente ainda o antecedente familiar de crise febril ou mesmo de epilepsia.^{1,7}

As CPC, na maioria dos pacientes, iniciam com olhar fixo, perda do contato com o meio e automatismos mastigatórios, oromandibulares e/ou manuais. Eventualmente ocorrem manifestações motoras (movimentos com o corpo, desvio ou versão óculo-cefálica, postura distônica de membros) com duração de 1-2 minutos. Pode haver ainda alterações da frequência cardíaca, respiração, diâmetro pupilar, palidez ou rubor, associados aos demais sintomas.^{1,8,9}

As auras correspondem a manifestações sensitivo-sensoriais, vegetativas ou psíquicas puramente subjetivas de curta duração, não excedendo 1 ou 2 minutos. Nelas, o paciente relata sensação de mal-estar epigástrico ascendente, associada a sintomas autonômicos e/ou psíquicos, frequentemente com palidez, sudorese, medo, podendo ocorrer também sensações olfativas ou gustativas (geralmente desagradáveis). Sensação de familiaridade com o meio (*déjà vu*) ou estranheza (*jamais vu*) são manifestações psíquicas comuns, bem como situações experienciais, em que o paciente tem memória de uma situação vivenciada com forte conteúdo emocional.¹

1.2 Experiências religiosas em pacientes com epilepsia

Grande parte dos estudos que relacionam religiosidade e epilepsia, demonstram uma maior correlação com a síndrome da ELT.¹⁰⁻¹⁹ Dentre as experiências manifestadas

em pacientes com ELT destacam-se as religiosas e espirituais. O tipo de experiência e seu conteúdo variam em cada paciente e dependem de seu passado religioso/espiritual, fatores culturais e de sua personalidade.^{10,11} Os estudos relatam experiências de exaltação, de sensação de bem-estar, conforto, percepção de um poder maior, despersonalização, desrealização, alucinações auditivas e visuais, idéias paranóides e discursos religiosos e filosóficos.¹⁰⁻¹⁵ Esses sintomas podem estar associados a automatismos manuais e/ou oromandibulares, sintomas autonômicos ou evoluir para crises generalizadas.^{10,11,14,16} Além disso, muitos desses pacientes apresentam um comportamento entre as crises de hiperreligiosidade, que pode se expressar em uma tendência de escrever copiosamente (hipergrafia) e falta de interesse sexual (hipossexualidade), neste caso caracterizando a síndrome de Gastaut-Geschwind.^{17,18}

Os estudos demonstram que as experiências religiosas/espirituais podem ocorrer antes (como auras), durante ou após as crises epiléticas (como psicoses pós-ictais).^{10,11,13-15,17,18}

Fenômenos ictais e pós-ictais resultam de alterações na função do córtex cerebral. Disfunções no sistema límbico são postuladas como a área responsável pelo conteúdo emocional dessas experiências. A literatura sugere que experiências religiosas são mais comuns quando o foco epileptogênico se inicia no hemisfério cerebral direito, principalmente no lobo temporal.¹⁹ Dentre as estruturas do lobo temporal, estudos de neuroimagem demonstraram que o hipocampo, amígdala e giro temporal superior são as regiões mais associadas a experiências religiosas.¹⁸

Devido as características experienciais e subjetivas desse tipo de crise, muitos pacientes tiveram um atraso no diagnóstico da epilepsia até desenvolverem crises generalizadas tônico-clônicas.^{12-14,16,17}

1.3 Religiosidade e Espiritualidade

A religiosidade e a espiritualidade são consideradas como importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes.²⁰ Atualmente, existe um consenso cada vez maior em relação à importância e peso que estes fatores têm na qualidade de vida dos pacientes em geral.²¹

No entanto estes dois conceitos devem ser considerados cientificamente como variáveis distintas, que podem ter efeitos diretos ou indiretos na morbi/mortalidade desses pacientes.²⁰

A religiosidade pode ser definida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do seu corpo. É o grau de participação ou adesão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião.^{20,22-24} A religiosidade, portanto, representa a forma como a humanidade tentou dar sentido a questões existenciais através de práticas institucionalizadas.²¹

A espiritualidade, por sua vez, é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso. É pessoal, subjetiva e enfatiza a vida.²³ De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a espiritualidade inclui a transcendência, a finalidade, e os valores (por exemplo, fé, perdão, esperança, gratidão, amor e paz interior), que podem ser compartilhados por povos com origens étnicas, culturais e religiosas diferentes.^{23,24} É um atributo, de caráter multidimensional, de qualquer pessoa que se questione perante a simples realidade de existir, o significado da vida e a razão de viver associado a experiências e sentimentos individuais.^{22,23}

A relação entre religiosidade e a saúde remonta aos primórdios da história, em que os poderes de cura estavam nas mãos daqueles reconhecidos pela comunidade como os que lidavam com os espíritos e possuidores de poderes sobrenaturais.²³

Existem evidências crescentes de que a religiosidade/espiritualidade está relacionada com saúde mental. Foi demonstrada uma associação positiva em 50% dos casos, sendo considerada um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinquente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais.^{20,21,24}

Estudos com pacientes oncológicos evidenciaram que doentes com um maior bem-estar espiritual tendem a ter uma melhor compreensão do propósito de vida, diminuindo o estresse crônico, melhorando a qualidade de vida a nível físico e emocional.²⁰

Recursos espirituais individuais, também chamados de “*coping* religioso-espiritual”, influenciam positivamente na qualidade de vida de pacientes com epilepsia, indicando que a espiritualidade pode influenciar a qualidade de vida desses pacientes independentemente de fatores clínicos e psicossociais, e ainda, que essa variável tem implicações positivas em estratégias de ajustamento psicossocial e melhora clínica.²⁵

Estudos demonstraram ainda que a religiosidade/espiritualidade, como estratégia de adaptação perante a uma situação de estresse, promove uma reinterpretação positiva

das doenças em condições crônicas ou agudas. Aumenta a colaboração do paciente durante o tratamento, ajuda no processo de ajustamento psicológico na tentativa de dar significado à doença e no combate à morbidade, melhorando o estado clínico do paciente e a expectativa de vida.^{23,25} Além disso, ambas as variáveis estão correlacionadas com uma melhor saúde mental, diminuindo a angústia e a depressão, com um crescimento espiritual através de emoções positivas como perdão, esperança, auto-estima e amor, e com melhor cooperatividade.^{20,26} Esses estudos também apontam que isso ocorre porque para muitas pessoas a religião e as crenças pessoais e espirituais são uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, ideal e força.²²

1.4 Avaliação quantitativa da religiosidade/espiritualidade

Diversas escalas já foram construídas e validadas para tentar mensurar e avaliar a importância da religiosidade/espiritualidade na vida do indivíduo. A exemplo disto estão instrumentos como *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-being Scale* (FACIT-Sp-12)²¹; *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) que avalia tanto o bem-estar existencial quanto religioso, de Paloutzian & Ellison²⁰; escala de *coping* religioso-espiritual (CRE) que foi o primeiro a ser utilizado no Brasil²⁶; *WHO Spiritual, Religious and Personal Beliefs* (WHOSRPB) um módulo de espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais e o *WHOQOL 100 Scale*²⁵; Hood's *Mysticism scale*¹⁷, Inventário Neurocomportamental (NBI)²⁷ e a escala *Index of Core Spiritual Experiences INSPIRIT-R* (Copyright 1991, 1996, 2000).²⁸

O instrumento *INSPIRIT-R*, desenvolvido por Kass e colaboradores²⁸, é baseado na observação de que pacientes com experiências religiosas obtinham melhor satisfação e propósito da vida e melhor evolução clínica que os pacientes que não relataram essas experiências. Kass também identificou que a maioria desses pacientes apresentava um evento distinto que resultava na convicção pessoal da existência de Deus, e que esses pacientes tinham a percepção de uma relação próxima a Deus. Portanto, a escala avalia essas duas variáveis e a relação entre a religiosidade e a saúde do indivíduo.

Entre os instrumentos citados, somente a escala de *coping* religioso-espiritual (CRE)²³, *WHO Spiritual, Religious and Personal Beliefs* (WHOSRPB) um módulo de espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais²⁵ e o inventário neurocomportamental (NBI)²⁷ foram adaptados para o Brasil. O primeiro avalia apenas o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com estresse, enquanto que o segundo examina as crenças da pessoa e como estas afetam a qualidade de vida, e o terceiro avalia diversas

características da personalidade, incluindo a espiritualidade. O instrumento *INSPIRIT-R*²⁸ ainda não foi validado para a população brasileira, que carece, portanto, de um instrumento que avalie experiências religiosas e espirituais correlacionando-as com o grau de religiosidade dos indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 Principal

Realizar a adaptação transcultural do instrumento *INSPIRIT-R* para avaliação de religiosidade em pacientes com epilepsia.

2.2 Secundários

1. Verificar o grau de religiosidade de pacientes com epilepsia
2. Correlacionar os dados coletados com outros estudos que relacionam religiosidade e epilepsia.
3. Comparar os dados obtidos com outros estudos que utilizaram o instrumento *INSPIRIT-R* realizados em outros países.

3 MÉTODOS

Este estudo é observacional de corte transversal. Os pacientes acompanhados regularmente no ambulatório de epilepsia do Centro de Epilepsia de Santa Catarina (CEPESC), Hospital Governador Celso Ramos – Florianópolis, Santa Catarina – com diagnóstico de epilepsia estabelecido por neurologistas experientes, de acordo com os critérios propostos pela ILAE (*International League Against Epilepsy*)²⁹, baseando-se na história clínica, semiologia de crises, achados de eletroencefalograma (EEG) e ressonância magnética (RM); foram entrevistados pelo pesquisador para obtenção de suas variáveis demográficas e clínicas.

As variáveis demográficas utilizadas foram sexo, idade, cor, dominância manual, escolaridade, profissão e religião. Já as variáveis clínicas foram: início da doença que corresponde à idade de início das crises recorrentes, em anos; tempo de doença sendo o período desde o início da doença até a data da entrevista, medido em anos; tipo de droga antiepiléptica e dose utilizada; frequência e características das crises, classificando-as quanto à síndrome epiléptica e dados sobre exames complementares como RM e EEG.

O presente estudo foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsinki, Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina e teve início após aprovação do Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 386/08 (anexo 1), e do Hospital Governador Celso Ramos sob o número 2008/0034, onde foi realizado.

De acordo com guias de adaptação transcultural de instrumentos^{30,31}, que preconizam cinco etapas a serem realizadas: 1) tradução; 2) retro-tradução; 3) revisão por um Comitê de Juízes; 4) testagem e 5) adaptação dos escores, foi iniciado o processo de adaptação transcultural do instrumento *INSPIRIT-R*.²⁸

3.1 O Instrumento

O instrumento *INSPIRIT-R* foi desenvolvido por Kass e colaboradores²⁸ e consiste de um questionário com 7 itens (anexo 2). A questão 7 é composta de uma lista de 12 tipos de experiências religiosas, sendo perguntado ao paciente se algumas dessas experiências ocorreram e o convenceram de que Deus existe. O máximo de pontos somados é utilizado como pontuação da questão. As questões 3, 5 e 7 identificam se

houve experiências que levaram o indivíduo a acreditar na existência de Deus. As questões 1, 2, 4, 6 identificam comportamentos e atitudes que se apresentam em pessoas que possuem a percepção de uma relação próxima a Deus. Para cada item do questionário, o paciente responde com base numa pontuação de 1-4 a fim de que todas as respostas tenham o mesmo peso.

Para a realização deste trabalho foi obtida a autorização do autor por meio de documento assinado pelo mesmo (anexo 3). Junto ao documento, o autor também enviou orientações quanto ao modo de pontuação dos escores e o questionário *INSPIRIT* na versão revisada (*INSPIRIT-R*), a qual foi utilizada neste trabalho.

3.2 Tradução

Dois tradutores brasileiros bilíngues, com domínio na língua inglesa e portuguesa, que conheciam o objetivo do trabalho realizaram a tradução do instrumento original para o português, gerando duas versões do *INSPIRIT-R*.

3.3 Retro-tradução

As duas versões traduzidas foram entregues a dois professores de inglês, ambos nativos, com pleno domínio dos dois idiomas, que desconheciam o objetivo do estudo e que não tiveram acesso ao instrumento original para ser realizada a retro-tradução. Nessa etapa duas novas versões do instrumento foram geradas.

3.4 Revisão por um Comitê de Juízes

Uma equipe multidisciplinar composta de 16 pessoas, entre elas: 5 médicos (neurologistas, psiquiatra e endocrinologista), 4 acadêmicos de Medicina, 1 psicólogo e 2 acadêmicos de Psicologia, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeiro, 1 fonoaudiólogo e 1 biomédico, reuniu-se para analisar as discrepâncias entre as diversas traduções, verificar a clareza e a compreensibilidade das questões, a manutenção do conceito explorado nos itens do questionário e o sentido de cada item para a nossa população. Após essa reunião de consenso uma versão final do instrumento *INSPIRIT-R* foi obtida.

3.5 Fase de testagem

Para a fase de testagem, 50 pacientes, em acompanhamento no ambulatório de epilepsia do Hospital Governador Celso Ramos, foram selecionados aleatoriamente para

participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4), no período de janeiro a junho de 2009.

Os critérios de inclusão foram:

- Pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos
- Pacientes com diagnóstico clínico e/ou eletroencefalográfico estabelecido de epilepsia

Os critérios de exclusão foram:

- Pacientes que não aceitaram participar do estudo
- Pacientes analfabetos
- Pacientes que apresentam sinais e/ou sintomas clínicos sugestivos de comorbidade intelectual (déficit cognitivo), psiquiátrica ou emocional que os impediriam de compreender e responder adequadamente ao questionário;

Após cada resposta do paciente, o examinador perguntou: “Explique com suas palavras o que você entendeu dessa pergunta”; “Você não entendeu alguma palavra dessa questão?”; “Em caso afirmativo, você tem alguma sugestão, outra palavra que possamos colocar no lugar desta que você não entendeu?”

O objetivo desta etapa foi testar a clareza do conteúdo, entendimento de cada questão e significado para a nossa cultura.

3.6 Adaptação dos scores

Os dados coletados foram analisados para garantir que a nova versão do instrumento demonstrasse as propriedades necessárias para uma aplicação válida.

Todos os dados coletados foram armazenados e analisados no programa Microsoft Office Excel 2007. A relação entre o questionário e variáveis clínicas dos pacientes foi determinada e a significância das associações observadas entre os grupos foi determinada através do teste *t* de *Student* e um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. Foi utilizada correlação de *Spearman* através do programa SPSS 15.0 para avaliar a correlação entre religiosidade e variáveis clínicas como idade, escolaridade e tempo de doença.

A pontuação dos escores foi realizada de acordo com as instruções do autor do instrumento original (anexo 5).

4 RESULTADOS

Em reunião com o Comitê de Juízes, foram realizadas modificações na forma do questionário na questão sete para facilitar a compreensão e resolução da questão.

Após a reunião do Comitê, foram entrevistados 50 pacientes na fase de testagem do instrumento. O tempo médio utilizado para responder ao questionário foi de 20 minutos.

A tabela 1 apresenta as variáveis demográficas dos pacientes entrevistados.

Tabela 1: Variáveis demográficas dos pacientes

Variável	Pacientes N = 50 (%)
Sexo	
Feminino	26 (52)
Masculino	24 (48)
Idade	
Média	33,7
Cor	
Branco	40 (80)
Pardo	09 (18)
Negro	01 (02)
Escolaridade	
Média	8,0
Dominância manual	
Destro	47 (94)
Sinistro	3 (6)
Religião	
Católica	40 (80)
Outras	10 (20)

A idade dos pacientes variou de 18-55 anos [com desvio padrão (DP) = 10,53] enquanto que a escolaridade variou de 3-17 anos (DP = 3,59).

Em relação à profissão, 30% dos pacientes eram desempregados ou não tinham profissão, 26% estavam na perícia médica e apenas um paciente era aposentado. Entre as outras profissões encontravam-se: agricultores (5), marceneiro (1), vendedor (1), faxineira (1), pescador (1), preparadores de sapatos (2), torneiro mecânico (1), artesão (1), estudante universitário (1), subgerente de loja (1), professores de educação física (2) e do lar (4).

Em relação à religião, além da Católica Apostólica Romana, outras religiões citadas foram Evangélica Adventista (2%), Evangélica Universal do Reino de Deus (4%), Evangélica Assembléia de Deus (4%), Evangélica Quadrangular (4%), Testemunha de Jeová (2%) e Protestante (2%). Do total de pacientes, 70% eram praticantes e 28% não praticantes. Apenas um paciente referiu não ter religião.

A tabela 2 apresenta as variáveis clínicas dos pacientes entrevistados.

Tabela 2: Variáveis clínicas dos pacientes.

Variável	Pacientes N = 50 (%)
Idade de início da doença (em anos)	
Média	15,9
Tempo de doença (em anos)	
Média	17,8
Síndrome	
Epilepsia focal do lobo temporal	41 (82)
Epilepsia generalizada idiopática	7 (14)
Epilepsia focal do lobo frontal	1 (2)
Indefinida	1 (2)
Droga antiepiléptica	
CBZ*	29 (58)
PB†	13 (26)
CLB‡	10 (20)
VPA§	8(16)
Outras	16 (32)
Dose média da DAE (em mg) (± DP)	
CBZ*	1134,4 (502,33)
PB†	203,8 (103)
CLB‡	28,0 (17,51)
VPA§	1125,0 (54,65)
Outras	---
Ressonância Magnética	
Não realizado	20 (40)
Esclerose mesial temporal	18 (36)
Normal	11 (22)
Outras	4 (8)
Eletroencefalograma	
Não realizado	21 (42)
Paroxismos epileptiformes na região temporal	13 (26)
Normal	11 (22)
Outros	5 (10)

*Carbamazepina

† Fenobarbital

‡ Clobazam

§ Valproato de sódio

^{||} Droga antiepiléptica

A idade de início da doença variou de 3 meses a 45 anos (DP = 11,58), enquanto que o tempo de doença variou de 1 ano a 47 anos e 9 meses (DP = 12,99).

Além da carbamazepina (CBZ), fenobarbital (PB), clobazam (CLB) e valproato de sódio (VPA), outras drogas antiepilépticas (DAE) utilizadas pelos pacientes foram clonazepam (5), divalproato de sódio (1), fenitoína (7), lamotrigina (2) e oxcarbazepina (1). As respectivas doses médias das drogas foram 3 mg, 450 mg, 314 mg, 300 mg e 600 mg.

Vinte e dois pacientes usavam mais de um tipo de droga antiepiléptica, enquanto que apenas 1 paciente não estava em uso de medicação. A figura 1 mostra o número de drogas utilizadas por paciente.

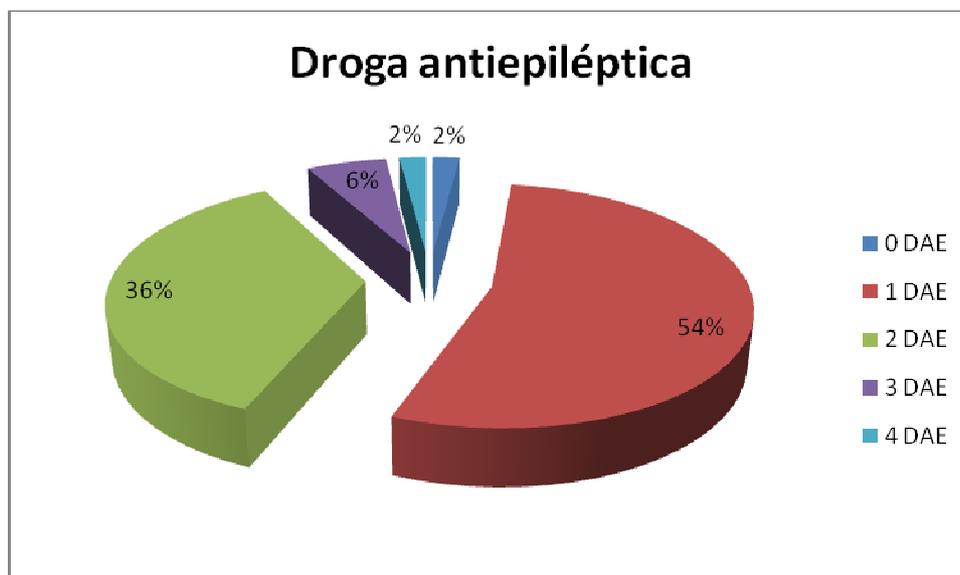


Figura 1: Número de drogas antiepilépticas utilizadas por paciente

Ao relacionar a escolaridade com a síndrome epiléptica, observa-se que a média de escolaridade dos pacientes com ELT foi de 8,2 anos, enquanto que nos pacientes com epilepsia generalizada idiopática (EGI) foi de 8,5 e, naqueles com epilepsia focal do lobo frontal foi de 11 anos com $p = 0,36$.

Dentre os pacientes com exame de RM com esclerose mesial temporal, dez pacientes (20%) apresentavam a alteração à direita enquanto que sete à esquerda (14%) e um paciente bilateral (2%). Entre as demais alterações encontradas estavam gliose temporal direita (1), gliose frontal bilateral (1), neoplasia de baixo grau temporal esquerda (1) e encefalomalácia temporal esquerda (1).

Com relação ao eletroencefalograma (EEG), os paroxismos epileptiformes temporais foram encontrados à direita em 5 pacientes (10%), à esquerda em 7 (14%) e bilateral em apenas um paciente. Entre as outras alterações encontradas estão complexo poliespícula onda generalizada (6%), surto de ondas lentas temporal direita (2%) e esquerda (2%).

Em relação ao tipo de crise epiléptica, observou-se que 14 pacientes referiram mais de um tipo de crise em relação ao último mês.

A tabela 3 apresenta dados em relação aos tipos de crises epilépticas e a frequência média mensal que os pacientes relataram.

Tabela 3: Relação entre tipos de crises epilépticas e sua frequência média mensal

Tipo de crise	Pacientes N = 50 (%)	Frequência média
CPS*	5 (10)	9,8
CPC†	28 (56)	8,8
CSG‡	26 (54)	5,0
CTCG§	5 (10)	0,4

*Crise parcial simples

†Crise parcial complexa

‡Crise secundariamente generalizada

§Crise tônico-clônica generalizada

Em relação ao questionário, a tabela 4 apresenta a associação entre o número de questões que cada paciente teve dúvidas para responder e a média da escolaridade em anos. Não foi observada associação significativa entre a dificuldade de compreensão das questões apresentadas e a escolaridade média dos pacientes ($p = 0,29$) utilizando o teste *t* de *Student*. A média de escolaridade dos pacientes com dúvida em mais de 1 questão (ou seja, em 2, 3 ou 4 questões) foi de 7,6 (DP = 3,75). Por outro lado, a média de escolaridade em anos dos que não tiveram dúvidas ou tiveram em apenas 1 questão foi de 8,0 (DP = 3,21).

Tabela 4: Associação entre número de questões com dúvidas e escolaridade dos pacientes

Questões com dúvidas	Pacientes N = 50 (%)	Escolaridade média (\pm DP)
Nenhuma	20 (40)	8,4 (3,36)
1 questão	14 (28)	8,3 (4,25)
2 questões	12 (24)	7,1 (3,43)
3 questões	3 (6)	7,6 (3,51)

4 questões 1 (2) 8,0 (0)

As questões da versão em português do questionário *INSPIRIT-R* que mais geraram dúvidas estão apresentadas na tabela 5. Estas questões sofreram modificações de acordo com as sugestões dos pacientes e estão apresentadas na tabela 6. Além disso, a questão 7 também sofreu modificação na sua forma para melhor compreensão dos pacientes. O questionário final encontra-se no anexo 6.

Tabela 5: Questões que apresentaram dificuldades na compreensão

Questões	Número de pacientes N = 50(%)
3 Com que frequência você sentiu que você já esteve muito próximo de uma força espiritual poderosa?	23 (46)
7C Uma sensação de união com a terra e todos os seres vivos	16 (32)
7E Encontrar ou ouvir um mestre ou professor espiritual	9 (18)

Tabela 6: Versão final das questões modificadas

Questões
3 Com que frequência você sentiu que já esteve muito próximo de uma força espiritual poderosa, que não seja necessariamente Deus?
7C Alguma sensação de união com a natureza.
7E Encontrar ou ouvir um mestre ou professor espiritual (por exemplo um padre, pastor).

Alguns pacientes relataram outras experiências religiosas/espirituais que os convenceram que Deus existia e que não foram citadas nas questões anteriores – de acordo com a questão 7M. Entre estas estão justificativas das crises por causas espirituais, o próprio estudo da Bíblia, ajudar ao próximo, assistir a um grupo de pessoas orando, a experiência religiosa de um ente querido (como a mãe que viu Nossa Senhora Aparecida) e experiência de mediunidade.

De acordo com o escore orientado pelo autor do instrumento original, Jared D. Kass, a média dos escores do questionário adaptado foi de 3,2 (DP = 0,49). Dezenove pacientes (38%) obtiveram escores maiores que 3,5.

Não houve associação entre o grau de religiosidade e a idade ($r_s = 0,07$; $p = 0,59$), escolaridade ($r_s = - 0,07$; $p = 0,61$) e tempo de doença ($r_s = 0,28$; $p = 0,05$) dos pacientes através do método de correlação de *Spearman*.

A tabela 7 apresenta os dados referentes à associação entre variáveis clínico-demográficas e o escore do questionário *INSPIRIT-R* versão em português.

Tabela 7: Associação entre variáveis clínico-demográficas e escore do questionário *INSPIRIT-R*

Variável	N = 50 (%)	Escore (\pm DP)	Valor p^*
Sexo			0,36
Feminino	26 (52)	3,4 (0,40)	
Masculino	24 (48)	3,2 (0,58)	
Síndrome			0,047†
Epilepsia focal do lobo temporal	41 (82)	3,3 (0,47)	
Epilepsia generalizada idiopática	7 (14)	3,1 (0,45)	
Idade			0,51
≤ 30 anos	24 (48)	3,2 (0,59)	
≥ 31 anos	26 (52)	3,3 (0,40)	
Escolaridade			0,36
≤ 8 anos	27 (54)	3,3 (0,42)	
≥ 9 anos	23 (46)	3,1 (0,58)	
Tempo de doença			0,22
≤ 15 anos	24 (48)	3,1 (0,51)	
≥ 16 anos	26 (52)	3,3 (0,48)	

* O valor de p foi obtido através do teste t de Student.

† Valor considerado estatisticamente significativo.

5 DISCUSSÃO

Neste trabalho, observou-se que o tempo demandado para responder às questões foi de cerca de 20 minutos. No trabalho original de Kass e colaboradores²⁸ não há dados sobre o tempo médio para responder às questões.

De modo geral, observou-se que poucas modificações foram necessárias na adaptação transcultural do instrumento *INSPIRIT-R* para a língua portuguesa após a fase de testagem.

Apesar de 60% dos pacientes apresentarem dúvidas em pelo menos uma questão do questionário, apenas 32% referiram dúvidas em duas questões ou mais. Estes pacientes apresentaram uma média de escolaridade menor que aqueles, porém a diferença não foi estatisticamente significativa.

Em duas questões (3 e 7E) foram utilizadas a técnica de acréscimo de explicações às frases do questionário, mantendo o significado original do conceito e aumentando a clareza do que é perguntado. Já na questão 7C foi realizada a substituição de parte da frase por um termo mais abrangente, facilitando a compreensão da questão sem, no entanto, modificar o conceito original.

Em relação aos pacientes entrevistados na fase de testagem, a relação entre o sexo masculino e feminino foi de 1:1,08. No entanto, a literatura demonstra que a frequência de epilepsia é ligeiramente maior no sexo masculino (1,5:1).³² A média de idade, bem como o tempo de doença de nossos pacientes, refletiu a realidade de um centro terciário de saúde especializado no tratamento de pacientes adultos. A maior porcentagem de pacientes brancos está de acordo com dados do IBGE em Santa Catarina (Censo 2000)³³, cuja população negra e parda representa apenas 11,7%.

Em relação à religião, 80% dos pacientes eram Católicos Apostólicos Romanos e 12% Evangélicos. Segundo dados do IBGE Censo 2000³³, 73,6% da população brasileira é Católica Apostólica Romana, estando em segundo lugar a religião Evangélica (15,4%).

Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à escolaridade nos pacientes com ELT quando comparados aos pacientes com EGI. Apesar disso, é frequente a associação de ELT com disfunções cognitivas, principalmente em relação à

memória de curta e de longa duração.^{4,34} Ademais, comprometimentos em funções executivas e baixos níveis de inteligência (QI < 85) são observados em cerca de 30% dos casos de ELT.³⁵ As alterações cognitivas na epilepsia possuem etiologia multifatorial, contribuindo a própria epilepsia, o tratamento (cirurgia ou DAE), as reações à epilepsia (estigma, marginalização e dinâmica familiar) e os danos ou disfunções cerebrais associados.^{3-5,35}

A ELT foi a síndrome epiléptica mais prevalente (82%). Os dados da literatura apontam que dentre as epilepsias focais, a ELT é a principal, correspondendo a 40% dos casos.^{1,7} Além disso, a prevalência mais alta desta síndrome no estudo também pode ser explicada pelo fato de o HGCR ser um hospital de referência e receber pacientes com maior dificuldade no controle das crises epiléticas. A ELT é uma síndrome frequentemente associada com refratariedade ao tratamento medicamentoso, principalmente em pacientes com ELTM, sendo a esclerose hipocampal a principal etiologia, encontrada em 50-70% dos pacientes.^{34,36}

A droga antiepiléptica mais utilizada pelos pacientes foi a carbamazepina (58%), seguida do fenobarbital, clobazam e ácido valpróico. O tratamento inicial da epilepsia é, em geral, monoterápico e individualizado, levando-se em conta os objetivos de controlar as convulsões, evitar ou minimizar os efeitos colaterais das medicações e manter ou restaurar a qualidade de vida do paciente. As DAE podem ser de amplo ou pequeno espectro. As de amplo espectro são utilizadas principalmente no início do tratamento medicamentoso, independente do tipo de crise ou síndrome epiléptica. Entre elas estão o ácido valpróico, lamotrigina, divalproato de sódio e topiramato, por exemplo. Em contraste, as de pequeno espectro incluem a carbamazepina, fenitoína, gabapentina, oxcarbazepina, entre outras. Estas são utilizadas no tratamento de pacientes com epilepsias focais, com crises parciais ou secundariamente generalizadas.³⁷

A maioria dos pacientes utilizava apenas um tipo de DAE, entretanto, 44% dos pacientes utilizavam mais de uma DAE no tratamento. A literatura demonstra que cerca de 50% dos pacientes nos quais a epilepsia é recém-diagnosticada tem suas crises controladas com a primeira DAE utilizada, e dois terços dos pacientes tornam-se livres das crises após receberem uma segunda ou terceira droga.³⁷ As altas doses de DAE associada à politerapia observada nos pacientes do estudo são justificadas pelo HGCR ser um centro terciário de saúde.

A RM e o EEG são importantes exames complementares na investigação da epilepsia, porém não descartam a doença se estiverem normais, uma vez que o diagnóstico é clínico.³ Boa parte dos pacientes ainda não haviam realizado estes exames no momento da entrevista (40% para RM e 42% para EEG) seja porque os exames já haviam sido solicitados e o paciente ainda não os realizara ou o diagnóstico foi firmado clinicamente por neurologistas experientes. Dos pacientes com exames, a maior parte apresentou esclerose mesial temporal (36%) e paroxismos epileptiformes temporais (26%) concordando com o diagnóstico sindrômico de ELT, principal síndrome presente nos pacientes deste estudo.

Os principais tipos de crises descritos foram CPC (56%) e crises parciais com generalização secundária (54%), com uma frequência média de 8,8 e 5,0 crises mensais, respectivamente. Este dado condiz com o perfil clínico da ELT, no qual as crises manifestam-se principalmente por meio de CPC, CPS e crises secundariamente generalizada.^{1,7} A alta frequência mensal das crises pode ser explicada pela maior dificuldade no controle das crises dos pacientes no estudo, já citado anteriormente.

A média dos escores do questionário adaptado foi de 3,2 (DP = 0,49). A média dos escores no estudo de Kass²⁸ foi de 2,8 (DP = 0,83). No presente estudo 38% dos pacientes obtiveram um escore maior que 3,5, enquanto que na amostra de Kass²⁸ 26% obtiveram este escore, o que, segundo o autor, indica uma forte ocorrência de experiências espirituais/religiosas nesta população. No estudo de Kass²⁸ a diferença entre os escores dos pacientes do sexo feminino e masculino foi estatisticamente significativa com um $p < 0,04$, enquanto que no presente estudo esta relação não se confirmou ($p = 0,36$).

Outros estudos de língua inglesa utilizaram o questionário *INSPIRIT* para relacionar diferentes variáveis. Schubmehl et al.³⁸ relacionaram o efeito da espiritualidade com atividades universitárias de estudantes, identificando uma média de 2,34 (DP = 0,53). Mahalik et al.³⁹ relacionaram espiritualidade e estratégias psicológicas de *coping* religioso em pacientes com lesão cerebral traumática, obtendo uma média de escore de 2,7 (DP = 0,80). Johnstone e Glass⁴⁰ também obtiveram um escore de 2,7 (DP = 0,80) correlacionando espiritualidade com a localização de lesões traumáticas cerebrais. Baider et al.⁴¹ ao validarem um estudo para avaliar religiosidade na população de Israel, utilizou o instrumento *INSPIRIT* e obteve um escore de 2,6 (DP = 0,66).

Os pacientes com ELT obtiveram um maior escore em relação aos pacientes com EGI, com uma diferença estatisticamente significativa. Este dado concorda com a maioria dos estudos que associa a religiosidade/espiritualidade com a ELT principalmente.¹⁰⁻¹⁹ Trimble e Freeman¹⁷ utilizaram o instrumento *INSPIRIT* de forma modificada para comparar experiências religiosas em pacientes com epilepsia que eram religiosos, com aqueles que não eram religiosos e um terceiro grupo de indivíduos não epiléticos frequentadores de igrejas. Concluíram que os pacientes religiosos com epilepsia apresentaram mais experiências religiosas (com uma diferença estatisticamente significativa) que aqueles religiosos que não tinham epilepsia, em diversas situações expressas no questionário como experiência de um milagre ($p < 0,001$), experiência de quase morte ou vida após morte ($p < 0,001$), experiência com uma figura espiritual importante ($p < 0,05$), entre outras.

Não apenas no estudo de Trimble e Freeman¹⁷, mas a maioria dos estudos que relacionam religiosidade e epilepsia o fazem com a ELT.¹⁰⁻¹⁹ Em 1970 Dewhurst e Beard¹¹ promoveram o conceito de que o lobo temporal é a região cerebral relacionada às experiências religiosas, cognitivas e emocionais. Eles descreveram seis pacientes com ELT com experiências religiosas além de analisarem os aspectos neurológicos, psicológicos e teológicos dessas experiências.

Devinsky¹⁵ comentou a falta de estudos para se associar a gênese de experiências religiosas com desordens neurológicas. Outros autores relacionaram a experiência religiosa com alterações anatômicas/funcionais do sistema nervoso. Wuerfel¹⁸ concluiu que o volume do hipocampo direito está negativamente correlacionado com religiosidade em pacientes com epilepsia refratária. Ozkara¹⁶ descreve um paciente com ELTM à direita associada à esclerose hipocampal cujas crises epiléticas cursavam com automatismos manuais caracterizados por cumprimentos religiosos de sua fé islâmica. Landtblom¹² descreve um paciente com aura religiosa relacionando-a a hipoplasia do hipocampo esquerdo. Em 2008, em um artigo de revisão, Devinsky e Lai¹⁹ concluem que não apenas o lobo temporal, mas também o córtex frontal, ambos do hemisfério direito estão mais associados com estas experiências religiosas.

No entanto, mesmo Dewhurst e Beard¹¹ em 1970, assim como Ogata¹⁰ relacionam a religiosidade e as crises com manifestações religiosas desses pacientes como resultado do seu passado espiritual/religioso, personalidade e fatores culturais, somados às desordens neuropsicológicas encontradas nestes pacientes.

Muitos autores também comentaram a dificuldade do diagnóstico de epilepsia nos pacientes com este tipo de crise. Dewhurst e Beard¹¹ já em 1970 revisaram as experiências de santos e outros personagens da história que provavelmente tinham epilepsia (como São Paulo, Santa Teresa de Ávila, entre outros). Carrazana¹³ comenta cinco casos de pacientes cujas crises foram confundidas com experiências de “vudu”. Hansen e Brodtkorb¹⁴ também descreveram 11 pacientes que tiveram seus diagnósticos e, portanto, tratamento da epilepsia atrasados por apresentarem crises com sensações de prazer, alguns com experiências religiosas.

Ogata¹⁰ descreveu três casos de pacientes com ELT e psicose pós-ictal que tiveram experiências religiosas durante o período ictal assim como comportamento de hiperreligiosidade entre as crises, com uma incidência de 1,3%. A incidência de experiências religiosas durante o estado de psicose pós-ictal foi de 27,3%. Devinsky e Lai¹⁹ observaram que 0,4-3% das epilepsias parciais apresentavam experiências religiosas ictais, mas com uma frequência maior quando se aplicavam questionários que indagavam isso diretamente ao paciente. Eles também observaram que a maioria das experiências religiosas ocorria no período pós-ictal e que pacientes com psicose pós-ictal podem ter hiperreligiosidade entre as crises de forma patológica.

As principais limitações deste estudo foram a realização do mesmo num único local, o HGCR, que é um hospital de referência para todo o Estado de Santa Catarina e que, portanto, recebe pacientes mais refratários ao tratamento medicamentoso convencional. Isso explica a ELT como principal síndrome encontrada nos pacientes do estudo. Além disso, outra limitação foi a dificuldade de aplicar o questionário no corredor dos ambulatórios do HGCR, sem uma sala específica destinada para o trabalho, prejudicando a coleta de dados, visto que os pacientes não tinham privacidade e tinham dificuldade para se concentrar pois havia muitos elementos que os distraíam ao redor. No entanto, isso é explicado pelo fato de o HGCR ser um hospital público terciário com grande demanda. É importante também frisar que o instrumento é dependente da colaboração e preservação cognitiva dos pacientes, o que pode ser mais complexo em se tratando de pacientes refratários crônicos.

A partir deste estudo pode-se afirmar que faltava na literatura brasileira um instrumento capaz de mensurar e avaliar a religiosidade de indivíduos doentes, não apenas como forma de *coping* religioso-espiritual – como faz a escala CRE²⁶, mas de forma precisa para relacionar as experiências religiosas e o propósito de vida com a saúde dos pacientes em questão. Existe no Brasil um estudo de Oliveira et al.²⁷ que

realizou a adaptação transcultural do NBI, o qual avalia, entre diversas outras características de personalidade, a espiritualidade, assim como estados episódicos que podem ter relevância clínica (humor, irritabilidade, paranóia e ansiedade).

A adaptação do instrumento *INSPIRIT-R* possibilitará a realização de diversos outros estudos brasileiros permitindo a comparação entre o perfil de pacientes religiosos ou não, e evitando o viés de seleção de pacientes que não são aptos para completar o questionário na língua inglesa.

6 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados indicam que a versão em português do questionário *INSPIRIT-R* necessitou de pequenas modificações no processo de adaptação transcultural do instrumento. Apenas três questões foram modificadas de acordo com as sugestões dos pacientes para melhor compreensão e clareza, sem alterar os conceitos do conteúdo original.

Os pacientes com ELT obtiveram um maior escore em relação aos pacientes com EGI, com uma diferença estatisticamente significativa. Isso demonstra que a maior prevalência de experiências religiosas ocorre na população com ELT.

Os dados coletados também estão de acordo com a maior parte dos estudos que correlacionam a ELT como a síndrome epiléptica mais associada a manifestações religiosas/espirituais, além de maior religiosidade mesmo no período interictal.⁷⁻¹⁶

Com relação aos demais estudos que utilizaram o instrumento *INSPIRIT*^{14, 33-36} em outros países, a maioria nos Estados Unidos, além do próprio estudo de Kass²⁴, observou-se que a média dos escores dos pacientes deste estudo foi mais alta que a dos estudos citados. É preciso, no entanto, considerar que esses estudos utilizaram populações diferentes, com objetivos distintos do presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Lin, K. Assimetria facial em pacientes com epilepsia do lobo temporal [tese de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Neurologia, 2006.
2. Sander JWAS, Shorvon SD. Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1987 Jul;50(7):829-39.
3. Epilepsia.org [homepage na internet] São Paulo: Liga Brasileira de Epilepsia [acesso em 2009 Nov 16]. Disponível em: http://www.epilepsia.org.br/epi2002/show_tema.asp?tema=30
4. Epilepsiabrasil.org [homepage na internet] São Paulo: Associação Brasileira de Epilepsia [atualizada em 2008 Nov 26; acesso em 2009 Out 29]. Disponível em: http://www.epilepsiabrasil.org.br/publico/atendimento_global.asp
5. Visioli-Melo JF, Rotta NT. Avaliação pelo p300 de crianças com e sem epilepsia e rendimento escolar. *Arquivos de Neuro-psiquiatria* [periódico na internet]. 2000 Jun [acesso em 2009 Out 29] 58(2B):476-484. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000300013&lng=en&nrm=iso
6. Engel, J Jr., Chair. Report of the ILAE Classification Core Group. *Epilepsia*. 2006 Set;47(9):1558-68.
7. Wieser HG. ILAE Comission report: Mesial temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis. *Epilepsia*. 2004 Jun;45(6):695-714.
8. Kutlu G, Bilir E, Erdem A, Gomceli Y, Leventoglu A, Kurt GS, et al. Temporal lobe ictal behavioral patterns in hippocampal sclerosis and other structural abnormalities. *Epilepsy Behav*. 2004 May;6(3):353-9.
9. Janszky J, Fogarasi A, Magalova V, Gyimesi C, Kovacs N, Schulz R, et al. Unilateral hand automatisms in temporal lobe epilepsy. *Seizure*. 2006 Set;15(6):393-6.
10. Ogata A, Miyakawa T. Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998 Jun;52(3):321-5.
11. Dewhurst K, Beard AW. Sudden religious conversions in temporal lobe epilepsy. 1970. *Epilepsy Behav*. 2003 Feb;4(1):78-87.

12. Landtblom AM. The sensed-presence: an epileptic aura with religious overtones. *Epilepsy Behav.* 2006 Aug;9(1):186-8.
13. Carrazana E, De Toledo J, Tatum W, Rivas-Vasquez R, Rey G, Wheeler S. Epilepsy and Religious Experiences: voodoo possession. *Epilepsia.* 1999 Feb;40(2):239-41.
14. Hansen BA, Brodtkorb E. Partial epilepsy with “ecstatic” seizures. *Epilepsy Behav.* 2003 Dec;4(6):667-73.
15. Devinsky O. Religious experiences and epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003 Feb;4(1):76-7.
16. Ozkara Ç, Sarý H, Hanoglu L, Naz Y, Aydogdu I, Ozyurt E. Ictal kissing and religious speech in a patient with right temporal lobe epilepsy. *Epileptic Disord.* 2004 Dec;6(4):241-5.
17. Trimble M, Freeman A. An investigation of religiosity and Gastaut-Geschwind syndrome in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2006 Nov;9(3):407-14.
18. Wuerfel J, Krishnamoorthy ES, Brown RJ, Lemieux L, Koepp M, Tebartz van Elst L, et al. Religiosity is associated with hippocampal but not amygdala volumes in patients with refractory epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004 Apr;75(4):640-2.
19. Devinsky O, Lai G. Spirituality and Religion in Epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2008 May;12(4):636-43.
20. Gastaud MB, Souza LDM, Braga L, Horta CL, Oliveira FM, Sousa PLR, et al. Bem estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Rev Psiquiatr RS.* 2006 Jan/Apr;28(1):12-8.
21. Pestana JP, Estevens D, Conboy J. O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Revista Cons-Ciências [periódico na internet]* 2007 Set [acesso em 2008 Jun 21]; 3 [aproximadamente 27 páginas]. Disponível em:
http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0391
22. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública.* 2003 Aug;37(4):446-55.
23. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Med.* 2007 Mar;21(2):47-53.
24. Levin, JS, Chatters LM. Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues. In: *handbook of religion and mental health*. Londres: Academic Press; 1998. p. 33-50.

25. Giovagnoli AR, Meneses RT, Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2006 Aug;9(1):133-9.
26. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol Estud.* 2005 Dec;10(3):507-16.
27. Oliveira GN, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, Mendes MFG et al. Adaptação transcultural do Inventário Neurocomportamental (NBI) para o Brasil. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2009 Sep;15(3):123-29.
28. Kass JD, Friedman R, Leserman J, Zuttermeister PC, Benson H. Health outcomes and a new index of spiritual experience. *J Sci Study Relig.* 1991 Jun;30(2):203-11.
29. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia.* 1989 Jul-Aug;30(4):389-99.
30. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993 Dec;46(12):1417-32.
31. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000 Dec;25(24):3186-91.
32. Pedley, TA. As epilepsias. In: Goldman L, Ausiello D, editors. *CECIL - Tratado de Medicina Interna.* 22 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 2640-54
33. IBGE.gov [homepage na internet]. Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [atualizada em 2010 Fev 09; acesso em 2010 Fev 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/tabela09.pdf.
34. Schlindwein-Zanini R, Izquierdo I, Cammarota M. Aspectos neuropsicológicos da Epilepsia do Lobo Temporal na infância. *Rev Neurocienc.* 2009;17(1):46-50.
35. Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Marchetti RL, Teixeira AL. Transtornos neuropsiquiátricos da epilepsia do lobo temporal. *Rev Bras Neurol.* 2009 Jan-Mar;45(1):15-23.
36. Andrade-Valença LPA, Valença MM, Velasco TR, Leite JP. Epilepsia do lobo temporal mesial associada à esclerose hipocampal. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2006 Mar;12(1):31-6.
37. French JA, Pedley TA. Initial management of epilepsy. *N Engl J Med.* 2008 Jul;359(2):166-76.
38. Schubmehl J, Cubbellotti S, Omum WV. The effect of spirituality and campus ministry on Academic accomplishment in college students. *Adolescence.* 2009 Summer;44(174):499-502.

39. Mahalik JL, Johnstone B, Glass B, Yoon DP. Spirituality, Psychological Coping, and Community Integration for Persons with Traumatic Brain Injury. *J Relig Disabil Health*. 2007 Dec;11(3):65-77.
40. Johnstone B, Glass B. Support for a neuropsychological model of spirituality in persons with traumatic brain injury. *Zygon*. 2008 Dec;43(4):861-74.
41. Baider L, Holland JC, Russak SM, De-Nour AK. The system of belief inventory (SBI-15): A validation study in Israel. *Psychooncology*. 2001 Nov-Dec;10(6):534–40.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXOS

ANEXO 1

APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO N° 348

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 386/08 FR- 235133

TÍTULO: Adaptação transcultural do instrumento INSPIRIT para avaliação de religiosidade em pacientes com epilepsia do lobo temporal.

AUTOR: Roger Walz, Katia Lin e Isis S. Veronez.

DPTO.: Clínica Médica/CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.


Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO 2

INSTRUMENTO *INSPIRIT-R* ORIGINAL

INDEX OF CORE SPIRITUAL EXPERIENCES

—INSPIRIT-R—

REVISED

RESEARCH FORMAT

Jared D. Kass, Ph.D.

Professor,
Division of Counseling and Psychology
Project Director, Study Project on Well-Being
Graduate School of Arts and Social Sciences
Lesley University
Cambridge, Massachusetts

Co-Director
Institute for Contemplative Education
Behavioral Health Education Initiative
Greenhouse, Inc.
Cambridge, Massachusetts

Further Information:
Dr. Jared Kass
Lesley University
29 Everett St., Cambridge, MA 02138-2790
TEL: 617-349-8340; FAX: 617-349-8333; EMAIL: jkass@lesley.edu

© 2000, 1996, Jared D. Kass

QUESTIONNAIRE ON SPIRITUAL ATTITUDES AND EXPERIENCES

The following questions concern your spiritual or religious beliefs and experiences. There are no right or wrong answers.

For each question, circle the number of the answer that is most true for you.

1. How strongly religious (or spiritually-oriented) do you consider yourself to be?
 1. Strong
 2. Somewhat strong
 3. Not very strong
 4. Not at all

2. About how often do you spend time on religious or spiritual practices?
 1. Several times per day to several times per week
 2. Once per week to several times per month
 3. Once per month to several times per year
 4. Once per year or less

3. How often have you felt as though you were very close to a powerful spiritual force?
 1. Never
 2. Once or twice
 3. Several times
 4. Often

PEOPLE HAVE MANY DIFFERENT IMAGES AND DEFINITIONS OF THE HIGHER POWER THAT WE OFTEN CALL GOD. PLEASE USE YOUR IMAGE AND YOUR DEFINITION OF GOD WHEN ANSWERING THE FOLLOWING QUESTIONS.

4. How close do you feel to God?
 1. Extremely close
 2. Somewhat close
 3. Not very close
 4. I don't believe in God

5. Have you ever had an experience that has convinced you that God exists?
 1. Yes
 2. Maybe
 3. I don't know
 4. No

6. Indicate whether you agree or disagree with this statement: "God dwells within you".
 1. Definitely disagree
 2. Tend to disagree
 3. Tend to agree
 4. Definitely agree

--continue next page--

7. The following list describes spiritual experiences that some people have had. Please indicate if you have had any of these experiences and the extent to which each of them has affected your belief in God.

SPIRITUAL EXPERIENCE	NEVER HAD THIS EXPERIENCE	HAD THIS EXPERIENCE AND IT:		
		Did not strengthen belief in God	Strengthened belief in God	Convinced me of God's existence
A. An experience of profound inner peace	1	2	3	4
B. An overwhelming experience of love	1	2	3	4
C. A feeling of unity with the earth and all living beings	1	2	3	4
D. An experience of complete joy and ecstasy	1	2	3	4
E. Meeting or listening to a spiritual teacher or master	1	2	3	4
F. An experience of God's energy or presence	1	2	3	4
G. An experience of a great spiritual figure (eg. Jesus, Mary, Elijah, Buddha)	1	2	3	4
H. A healing of your body or mind (or witnessed such a healing)	1	2	3	4
I. A miraculous (or not normally occurring) event	1	2	3	4
J. An experience of angels or guiding spirits	1	2	3	4
K. An experience of communication with someone who has died	1	2	3	4
L. An experience with near death or life after death	1	2	3	4
M. Other (specify) _____ _____	1	2	3	4

ANEXO 3

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR



Graduate School of
Arts and Social Sciences

29 Everett Street
Cambridge, MA 02138-2790
Tel 617 349 8370
Fax 617 349 8333
www.lesley.edu

Division of Counseling
and Psychology

December 16, 2008

Professor Katia Lin, M.D., M.Sc.
Neurology and Physiology
Departamento de Clinica Medica
Hospital Universitario, 3 andar
Universidade Federal de Santa Catarina -- UFSC
Campus Universitario, Florianapolis, SC, Brasil
Zip: 88040-970
Tel: (+55) 48 3721 9149 / 3879 6815
Fax: (+55) 48 3721 9014 / 3334 0659
Email: linkatia@uol.com.br; katia.lin@bol.com.br

Dear Dr. Lin,

Thanks for your letter, sent on December 9, 2008.

I grant permission for you to translate the Index of Core Spiritual Experiences (INSPIRIT) into Brazilian Portuguese for use in research.

As stated in your letter, the following conditions will be followed:

- 1) You will send me a copy of the Brazilian Portuguese translation, and grant me permission to use it in research.
- 2) All copies of the translated Brazilian Portuguese version will acknowledge my 2000, 1996, and 1991 copyrights of the instrument.
- 3) All research articles that you publish will include proper citations for the INSPIRIT.
- 4) You will send me copies of your published papers from your research with the INSPIRIT.

I am enclosing a copy of the research version of the INSPIRIT with scoring instructions.

Good luck in your work.

A handwritten signature in black ink that reads "Jared Kass". The signature is written in a cursive, flowing style.

Jared D. Kass, Ph.D., Professor
Tel: 617-349-8340
Fax: 617-349-8333
Email: jkass@lesley.edu

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa intitulada Adaptação transcultural do instrumento INSPIRIT para avaliação de religiosidade em pacientes com epilepsia do lobo temporal.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado dos objetivos do estudo, que, em linhas gerais é realizar a adaptação transcultural do instrumento INSPIRIT.

Fui também esclarecido de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e seus orientadores.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei contatar o pesquisador responsável ou seus orientadores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos.

O pesquisador da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo no meu tratamento.

Florianópolis, de de .

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Orientador: Roger Waltz

Co-orientadora: Katia Lin

Pesquisadora: Isis Suga Veronez tel (48) 99822153

ANEXO 5

PONTUAÇÃO DOS SCORES

INDEX OF CORE SPIRITUAL EXPERIENCES (INSPIRIT)

RESEARCH FORMAT SCORING INSTRUCTIONS

There are seven questions on the INSPIRIT. Some questions need to be recoded before calculating the scale score.

QUESTION #1: RECODE: (Strong=4) (Somewhat strong=3) (Not very strong=2) (Not at all=1)

QUESTION #2: RECODE: (Several times per day=4) (Once per week=3) (Once per month=2) (Once per year=1)

QUESTION #3: No recode necessary

QUESTION #4: RECODE: (Extremely close=4) (Somewhat close=3) (Not very close=2) (I don't believe in God=1)

QUESTION #5: RECODE: (Yes=4) (Maybe=3) (I don't know=2) (No=1)

QUESTION #6: No recode necessary.

QUESTION #7, A through M:

If any one of A-M = 4.....then question 7 = 4

If any one of A-M = 3 but none = 4.....then question 7 = 3

If any one of A-M = 2 but none = 4 or 3.....then question 7 = 2

If any one of A-M = 1 but none = 4, 3 or 2.....then question 7 = 1

If all of A-M are BLANK.....then question 7 = missing

Each of the seven questions should now have a score ranging from (1) to (4), with (4) being the most positive.

At least six questions should have non-missing values in order to create a scale score.

Each item is weighted equally.

The INSPIRIT score is the mean of the non-missing values for these 7 questions. The INSPIRIT score should be in the range of (1) to (4).

Further information: Jared D. Kass, Ph.D., Professor
Division of Counseling and Psychology
Lesley University
7 Mellen St., Cambridge, MA, 02138-2790
Tel: 617-349-8340 FAX: 617-349-8333; Email: jkass@lesley.edu

ANEXO 6

MODIFICAÇÃO PELO COMITÊ DE JUÍZES

INSPIRIT (Index of Core Spiritual Experience)

INSTRUÇÕES:

As questões seguintes referem-se às suas experiências e crenças religiosas ou espirituais. Não existem respostas certas ou erradas. Para cada questão, assinale a resposta que for mais verdadeira para você.

1. O quanto você se considera religioso(a) (ou espiritualmente orientado(a))?

- Muito
- Médio
- Pouco
- Nada
- Não entendi a pergunta

2. Com que frequência você dedica à prática religiosa ou espiritual?

- Várias vezes ao dia até várias vezes por semana
- Uma vez por semana até algumas vezes por mês
- Uma vez por mês até algumas vezes por ano
- Uma vez por ano ou menos
- Não entendi a pergunta

3. Com que frequência você sentiu que você já esteve muito próximo de uma força espiritual poderosa?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Várias vezes
- Frequentemente
- Não entendi a pergunta

As pessoas possuem diferentes definições e imagens para a “força superior” que geralmente chamamos de “Deus”. Por favor, utilize sua própria definição de Deus para responder às seguintes questões.

4. O quão próximo você se sente de Deus?

- Extremamente próximo
- Um pouco próximo
- Não muito próximo
- Eu não acredito em Deus
- Não entendi a pergunta

5. Você já teve alguma experiência de que o convenceu de que Deus existe?

- Sim
- Talvez
- Eu não sei

- () Não
 () Não entendi a pergunta

6. Indique se você concorda ou discorda da seguinte frase: “Deus está em você.”

- () Discordo completamente
 () Discordo em parte
 () Concordo em parte
 () Concordo completamente
 () Não entendi a pergunta

7. A lista seguinte descreve experiências espirituais que algumas pessoas tiveram. Por favor, indique se você já teve qualquer uma dessas experiências e o quanto cada uma delas afetou sua crença em Deus. Circule o número da resposta que for mais verdadeira para você.

EXPERIÊNCIA RELIGIOSA	NUNCA TIVE ESTA EXPERIÊNCIA	JÁ TIVE ESTA EXPERIÊNCIA E ELA:		
		NÃO FORTALECEU MINHA CRENÇA EM DEUS	FORTALECEU MINHA CRENÇA EM DEUS	CONVENCEU-ME DA EXISTÊNCIA DE DEUS
A. Alguma experiência de profunda paz interior Não entendi esta questão	1	2	3	4
B. Alguma experiência de amor muito intenso Não entendi esta questão	1	2	3	4
C. Alguma sensação de união com a terra e todos os seres vivos Não entendi esta questão	1	2	3	4
D. Alguma experiência de felicidade completa e êxtase Não entendi esta questão	1	2	3	4
E. Encontrar ou ouvir um mestre ou professor espiritual Não entendi esta questão	1	2	3	4
F. Alguma experiência da presença ou energia de Deus Não entendi esta questão	1	2	3	4
G. Alguma experiência com uma figura espiritual	1	2	3	4

importante (por exemplo, Jesus, Maria, José, Buda, etc.) Não entendi esta questão				
H. Alguma cura em seu corpo ou mente (ou testemunhou este tipo de cura) Não entendi esta questão	1	2	3	4
I. Algum milagre (ou um evento não natural) Não entendi esta questão	1	2	3	4
J. Alguma experiência com anjos ou espíritos-guia ou entidades espirituais Não entendi esta questão	1	2	3	4
K. Alguma experiência de comunicação com alguém que já morreu Não entendi esta questão	1	2	3	4
L. Alguma experiência de quase morte ou de vida após a morte Não entendi esta questão	1	2	3	4
M. Outro (especifique) _____ Não entendi esta questão	1	2	3	4

NOME: _____ **DATA:** ___ / ___ / ___

ANEXO 7
QUESTIONÁRIO *INSPIRIT-R* VERSÃO FINAL EM PORTUGUÊS

INSPIRIT (Index of Core Spiritual Experience)

INSTRUÇÕES:

As questões seguintes referem-se às suas experiências e crenças religiosas ou espirituais.

Não existem respostas certas ou erradas.

Para cada questão, assinale a resposta que for mais verdadeira para você.

1. O quanto você se considera religioso(a) (ou espiritualmente orientado(a))?
 Muito
 Médio
 Pouco
 Nada

2. Com que frequência você dedica à prática religiosa ou espiritual?
 Várias vezes ao dia até várias vezes por semana
 Uma vez por semana até algumas vezes por mês
 Uma vez por mês até algumas vezes por ano
 Uma vez por ano ou menos

3. Com que frequência você sentiu que você já esteve muito próximo de uma força espiritual poderosa, que não seja necessariamente Deus?
 Nunca
 Uma ou duas vezes
 Várias vezes
 Frequentemente

As pessoas possuem diferentes definições e imagens para a “força superior” que geralmente chamamos de “Deus”. Por favor, utilize sua própria definição de Deus para responder às seguintes questões.

4. O quão próximo você se sente de Deus?
 Extremamente próximo
 Um pouco próximo
 Não muito próximo
 Eu não acredito em Deus

5. Você já teve alguma experiência de que o convenceu de que Deus existe?
 Sim
 Talvez
 Eu não sei
 Não

6. Indique se você concorda ou discorda da seguinte frase: “Deus está em você.”
 Discordo completamente
 Discordo em parte
 Concordo em parte
 Concordo completamente

7. A lista seguinte descreve experiências espirituais que algumas pessoas tiveram. Por favor, indique se você já teve qualquer uma dessas experiências e o quanto cada uma delas afetou sua crença em Deus. Assinale a resposta que for mais verdadeira para você.

A. Alguma experiência de profunda paz interior.

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

B. Alguma experiência de amor muito intenso.

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

C. Alguma sensação de união com a natureza.

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

D. Alguma experiência de felicidade completa e êxtase.

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

E. Encontrar ou ouvir um mestre ou professor espiritual (por exemplo um padre, pastor).

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

F. Alguma experiência da presença ou energia de Deus.

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

G. Alguma experiência com uma figura espiritual importante (por exemplo, Jesus, Maria, José, Buda, etc.).

- Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

H. Alguma cura em seu corpo ou mente (ou testemunhou este tipo de cura).

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

I. Algum milagre (ou um evento não natural).

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

J. Alguma experiência com anjos ou espíritos-guia ou entidades espirituais.

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

K. Alguma experiência de comunicação com alguém que já morreu.

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

L. Alguma experiência de quase morte ou de vida após a morte.

- Nunca tive esta experiência
 Já tive esta experiência e ela não fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela fortaleceu minha crença em Deus
 Já tive esta experiência e ela convenceu-me da existência de Deus

M. Outro (especifique).
