



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

**PERCEPÇÃO DE AUTOCONTROLE EM EPILEPSIA: UM  
ESTUDO TRANSCULTURAL**

MESTRADO

JORGE LUÍS WOLLSTEIN MORITZ

FLORIANÓPOLIS  
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Jorge Luís Wollstein Moritz

**PERCEÇÃO DE AUTOCONTROLE EM EPILEPSIA: UM  
ESTUDO TRANSCULTURAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Médicas.

Orientadora: Prof. Dra. Kátia Lin  
Coorientador: Prof. Dr. Peter Wolf

FLORIANÓPOLIS  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Moritz, Jorge Luis Wollstein  
PERCEPÇÃO DE AUTOCONTROLE EM EPILEPSIA: UM  
ESTUDO TRANSCULTURAL / Jorge Luis Wollstein Moritz  
; orientador, Kátia Lin, coorientador, Peter  
Wolf, 2018.  
102 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas-Novo,  
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Ciências Médicas-Novo. 2. Epilepsia focal. 3.  
Aura. 4. Locus de controle. 5. Controle interno  
externo. I. Lin, Kátia . II. Wolf, Peter . III.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de  
Pós-Graduação em Ciências Médicas-Novo. IV. Título.


**JORGE LUIS WOLLSTEIN MORITZ**

**Percepção de autocontrole em epilepsia: um estudo transcultural**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

Foi aprovada em 05 de março de 2018, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração: **Investigação Clínica**.



---

**Prof. Dr. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho**  
Coordenador do Programa

**Banca Examinadora:**



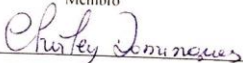
---

**Prof. Dr. Kátia Lin**  
Presidente/Orientador



---

**Prof. Dr. Juliana Ben**  
Membro



---

**PROF. DR. Chirley Domingues**  
Membro

**Florianópolis, 2018**



Dedico este trabalho à minha família, sem a qual não teria tido a base necessária para realizá-lo.





## AGRADECIMENTOS

À minha esposa, pela paciência, compreensão e coerência nos momentos mais difíceis desta empreitada, assim como aos meus dois filhos que, embora um tanto privados de minha presença, sempre me receberam com sorriso e alegria.

Aos meus pais, que sempre me deram incentivo para os estudos.

À orientadora, Prof. <sup>a</sup> Kátia Lin, sempre solícita, disposta, e que me fez entender o verdadeiro sentido da palavra "motivação".

Ao coorientador Prof. Peter Wolf, que doou um pouco de seu vasto saber para organizar este estudo.

Aos colegas de profissão da clínica Neuron, que me passaram os meandros da pós-graduação, sempre presentes e prontos para dar uma eventual cobertura.

Aos alunos de Medicina da equipe "*Locus of Control*", incluindo o Gabriel, Isadora, Pietro e Caroline, que já cedo demonstraram estar no caminho da pesquisa, consumindo seu precioso tempo de estudo nas tarefas ligadas ao trabalho. Aqui, meus agradecimentos incluem o braço lituano da equipe, com o qual tive alguns contatos, poucos, mas cruciais.

A todos aqueles ligados direta ou indiretamente à realização do Mestrado, como os alunos do programa, parceiros de conversa e de discussões, secretariado da pós-graduação, ambulatório de epilepsia e colegas médicos.



*“A humildade é a única base sólida de todas as virtudes”.*

**Confúcio**



## RESUMO

**Objetivo:** *Locus* de Controle Geral (LdCG) é um conceito psicológico usado para medir a extensão na qual o indivíduo percebe-se como resultante de fatores internos (próprios do indivíduo, de suas ações, vontades, forças), ou externos, ou seja, de terceiros, acerca de sua vida. O objetivo deste estudo é analisar a relação entre LdCG e características clínicas, grau de ansiedade, depressão, religiosidade/espiritualidade, e qualidade de vida nos pacientes com epilepsia (PCE).

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, multicêntrico, realizado com 186 pacientes com um diagnóstico definitivo de epilepsia recrutados consecutivamente e 189 controles saudáveis, no Brasil e na Lituânia. Dados clínicos e demográficos foram obtidos, e todos os pacientes responderam a escalas internacionalmente validadas: LdCG de *Rotter*, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Qualidade de Vida em epilepsia (QOLIE-31) e Escala de Espiritualidade (INSPIRIT-R).

**Resultados:** A média de idade foi de  $36,15 \pm 13,75$  anos, 61,3% foram mulheres, média de idade de início da epilepsia foi  $17,27 \pm 13,59$  anos, e a frequência média de crises, de  $8,22 \pm 20,00$ /mês. Não houve diferenças estatisticamente significantes nos traços psicológicos entre PCE e controles saudáveis, exceto em sintomas depressivos (HADS - escore de Depressão; PCE:  $4,98 \pm 4,19$  vs. controles:  $4,11 \pm 3,24$ ;  $p = 0,03$ ). No grupo de PCE, aqueles com aura apresentaram maiores escores de Depressão ( $5,37 \pm 4,09$  vs.  $3,78 \pm 4,31$ ;  $p = 0,02$ ). Pacientes que puderam reagir à uma crise demonstraram níveis mais elevados de sintomas depressivos ( $6,01 \pm 4,40$  vs.  $4,14 \pm 3,83$ ;  $p = 0,002$ ), e de ansiedade ( $8,60 \pm 4,87$  vs.  $6,70 \pm 4,05$ ;  $p = 0,004$ ), com impacto negativo no QOLIE-31 ( $56,10 \pm 17,39$  vs.  $62,37 \pm 16,13$ ;  $p = 0,01$ ) porém não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nos escores de LdCG ( $p = 0,73$ ) ou INSPIRIT-R ( $p = 0,71$ ) entre aqueles que conseguem reagir às crises ou não.

**Conclusão:** A comparação entre PCE e controles saudáveis mostrou resultados similares nos aspectos psicológicos, excetuando-se a depressão. A habilidade de perceber e reagir a uma aura está associada à ansiedade e sintomas depressivos em PCE, com nível de qualidade de vida mais baixo. Estes determinantes podem ajudar pesquisadores a implementar estratégias não farmacológicas no intuito de melhorar o autocontrole e a qualidade de vida em epilepsia.

**Palavras-chave:** epilepsia focal, aura, *locus* de controle, controle interno-externo, desamparo adquirido.

## ABSTRACT

**Objective:** General Locus of Control (GLoC) is a psychological concept that may be used to measure the extent to which internal factors, i.e., personal to the individual, his actions, wills, powers; or external, as faith, luck, chance, others, affect patients' perception of life events. Such events can be interpreted as a result of both one's own actions and external factors. The aim of this study is to analyze the relationship between GLoC and clinical characteristics, levels of anxiety, depression, religiosity/spirituality, and quality of life of patients with epilepsy (PWE).

**Methods:** A transcultural case-control study was carried out with 186 consecutive patients with a definite diagnosis of epilepsy and 189 healthy controls, in Brazil and Lithuania. Clinical and demographic data were obtained, and all patients answered to internationally validated scales: Rotter's GLoC, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31) and Index of Core Spiritual Experiences-Revised (INSPIRIT-R).

**Results:** Patient's mean age was  $36.15 \pm 13.75$  years, 61.3% was female, mean age of onset of epilepsy was  $17.27 \pm 13.59$  years and monthly frequency of seizures was  $8.22 \pm 20.00$ . There were no statistically significant differences in psychological features between PWE and controls, except in depressive symptoms (HADS-Depression score PWE:  $4.98 \pm 4.19$  vs. controls:  $4.11 \pm 3.24$ ;  $p = 0.03$ ). Within the epilepsy group, patients referring aura had higher scores in HADS-Depression ( $5.37 \pm 4.09$  vs.  $3.78 \pm 4.31$ ;  $p = 0.02$ ). Patients who could react to a seizure demonstrated higher levels of depressive symptoms ( $6.01 \pm 4.40$  vs.  $4.14 \pm 3.83$ ;  $p = 0.002$ ), and anxiety ( $8.60 \pm 4.87$  vs.  $6.70 \pm 4.05$ ;  $p = 0.004$ ), with negative impact on QOLIE-31 ( $56.1 \pm 17.39$  vs.  $62.37 \pm 16.13$ ;  $p = 0.01$ ) but not statistically significant different scores in GLoC ( $p = 0.73$ ) or INSPIRIT-R ( $p = 0.71$ ).

**Conclusions:** Comparing PWE and healthy controls, similar results were found, concerning psychological aspects, except depression. The ability to perceive and react towards an incoming aura is associated to anxiety and more depressive symptoms in PWE, with lower quality of life. These identified determinants may help researchers to design and implement nonpharmacological strategies to improve self-control and quality of life in epilepsy.

**Key words:** focal epilepsy, aura, locus of control, internal-external control, learned helplessness



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Porcentagem dos antiepilépticos mais utilizados.....	46
<b>Figura 2</b>	Tipos de aura informados pelos pacientes com epilepsia	47



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Estudos sobre percepção de autocontrole em pacientes com epilepsia.....	38
<b>Tabela 2</b>	Dados demográficos e características clínicas de pacientes e controles.....	48
<b>Tabela 3</b>	Fatores determinantes para percepção de autocontrole medido por LdCG em todos os indivíduos (pacientes e controles).....	50
<b>Tabela 4</b>	Análise transcultural e particularidades regionais de pacientes com epilepsia.....	53
<b>Tabela 5</b>	Presença de aura, habilidade de reagir ou evitar, e seu impacto psicológico.....	54
<b>Tabela 6</b>	Características clínico-demográficas de acordo com o INSPIRIT-R (Religiosidade Baixa x Alta dicotomizada conforme mediana 2,7) em todos os indivíduos (pacientes e controles).....	56



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT:	<i>Associação Brasileira de Normas Técnicas</i>
AFSII:	<i>Austin First Seizure Impact Interview</i>
ASQ:	<i>Attributional Style Questionnaire</i>
BAI:	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI:	<i>Beck Depression Inventory</i>
CES-D:	<i>Center for Epidemiological Studies of Depression</i>
CEPESC:	Centro de Epilepsia de Santa Catarina
CIDI:	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
EUA:	Estados Unidos da América
ELT	Epilepsia do Lobo Temporal
GHQ:	<i>General Health Questionnaire</i>
GLoC:	<i>General Locus of Control</i>
GSE:	<i>General Self-Efficacy-Scale</i>
HADA:	HADS utilizado para Ansiedade
HADD:	HADS utilizado para Depressão

HADS:	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HU:	Hospital Universitário (UFSC)
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILAE:	<i>International League Against Epilepsy</i>
INSPIRIT-R:	<i>Index of Core Spiritual Experiences-Revised</i>
LdCG:	<i>Locus de Controle Geral</i>
LdCS:	<i>Locus de Controle na Saúde</i>
NEWQOL:	<i>Quality of Life in Newly Diagnosed Epilepsy</i>
PANAS-X:	<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>
PCE:	Pacientes Com Epilepsia
PWE:	<i>Patients With Epilepsy</i>
QOLIE-31:	<i>Quality of Life in Epilepsy-31</i>
RA:	Religiosidade Alta
RB:	Religiosidade Baixa
UFSC:	Universidade Federal de Santa Catarina
URSS:	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

vs: *Versus*

WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life Measure*

WPSI: *Washington Psychosocial Seizure Inventory*





## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
	2.1 <i>Objetivo Geral</i> .....	33
	2.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	33
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>35</b>
	3.1 SUJEITOS DE PESQUISA .....	35
	3.2. REVISÃO DE LITERATURA.....	38
	3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA E ASPECTOS ÉTICOS .....	42
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>57</b>
	5.1 EPILEPSIA E LDCG .....	57
	5.2 PRESENÇA DE AURA.....	58
	5.3 ANÁLISE TRANSCULTURAL.....	60
	5.4 ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE.....	61
	5.5 ANÁLISE GERAL E LIMITAÇÕES.....	61
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>65</b>
	<b>ANEXOS/APÊNDICES</b> .....	<b>75</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A epilepsia, condição caracterizada por crises epiléticas recorrentes (duas ou mais), não provocadas por causas identificáveis imediatas, é uma das enfermidades neurológicas mais comuns, afetando indivíduos de todas as idades.<sup>1</sup> Estima-se que 65 milhões de indivíduos ao redor do mundo possuem este diagnóstico. Sua prevalência varia de 1-2% da população geral, o que nos leva a considerar que em torno de 140 mil indivíduos apresentam tal diagnóstico no Estado de Santa Catarina, de acordo com o censo do IBGE para o ano de 2017.<sup>2; 3</sup> Destes, 30% são considerados de difícil controle, ou farmacorresistentes, mesmo sob tratamento clínico-medicamentoso otimizado.<sup>4</sup>

As repercussões causadas pelo diagnóstico de epilepsia não estão apenas limitadas ao âmbito físico, como traumatismos difusos (incluindo o traumatismo crânio-encefálico), mas também ao lado psicossocial, seja pela imprevisibilidade de novas crises, pelos efeitos colaterais das medicações em uso ou pelo grau de dependência desses indivíduos, tendo em vista a percepção de perda de controle sobre suas próprias vidas. Estigma, discriminação, dificuldades de inclusão social, frustração vocacional, são apenas algumas das características comuns a estes indivíduos.<sup>5</sup> Não é a toa que o índice de doenças como a depressão e a ansiedade são maiores nessas populações, diretamente associadas a piores taxas de qualidade de vida.<sup>6; 7; 8; 9; 10</sup> A taxa anual de suicídio em pacientes com epilepsia nos Estados Unidos, de 2003 a 2011, foi em torno de 16,89/100000 habitantes, 22% acima da população geral, ocorrendo, principalmente, nos indivíduos entre 40-49

anos de idade, e tendo como fatores de risco a população de menor renda.<sup>11; 12</sup>

Há décadas a comunidade científica produz estudos não apenas no sentido da cura da epilepsia, ora através de novos fármacos, ora através do desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, mas também no intuito de melhorar o manejo psicológico de tais pacientes, considerando seu caráter crônico.<sup>13</sup> Questionários para determinar variáveis como auto-eficácia (*Self-Efficacy*),<sup>14</sup> percepção de autocontrole (*Perceived Self-Control*),<sup>15</sup> estratégias de enfrentamento (*Coping*),<sup>16</sup> suporte social (*Social Support*),<sup>17</sup> e domínio (*Mastery*),<sup>18</sup> entre outras, têm sido aplicados nos pacientes com epilepsia (PCE), no sentido de melhor entender os aspectos "psicológicos" e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. Este contexto também inclui a espiritualidade ou religiosidade, tendo em vista não apenas a sua importância em diversas culturas mundo afora, mas também seu papel em doenças crônicas, incluindo aqui a epilepsia, seja na melhor condução do paciente, com taxas inferiores de depressão e ansiedade, ou em melhores resultados clínicos.<sup>19; 20</sup>

*Locus* de Controle Geral (LdCG) é um conceito introduzido em 1966 por *Julian B. Rotter* para determinar a percepção subjetiva de controle que temos sobre nossas próprias vidas.<sup>21</sup> Pode ser classificado em "interno", quando a pessoa sente-se plenamente responsável por si mesma e acredita que sua vida é fruto de seu comportamento, suas habilidades e suas escolhas, ou "externo", quando o indivíduo acredita não estar no comando de sua própria vida, havendo outros determinantes externos como fé, sorte, cuidados de outras pessoas, parentes próximos, etc. A percepção de independência do indivíduo (LdCG interno) parece

ser determinante para que suas experiências tenham sucesso. Quando aplicado especificamente no campo da saúde, este conceito foi suplementado por *Locus* de Controle na saúde (LdCS), desenvolvido por *Wallston et al.*, o qual divide-se também em "interno" (controle próprio da doença e seu manejo), e "externo", sendo este subdividido em "*chance*" ou "acaso" (sorte, poderes superiores, destino, fé), e em "*powerful others*" ou "outros poderosos" (amigos, parentes, ou profissionais de saúde).<sup>22</sup> *Henninger et al.* (2012) demonstraram que indivíduos apresentando doenças crônicas tendem a maior externalidade, tendo sugerido que a ausência de investimentos em prevenção, assim como a perda do controle da doença ao longo de seu curso estariam entre as explicações para tal resultado.<sup>23</sup> Ainda, pacientes com maior internalidade teriam maior adesão ao tratamento, por se sentirem mais responsáveis por si mesmos e conseqüente melhor manejo de suas condições, incluindo aqui a epilepsia.<sup>24; 25</sup> Fora do contexto médico, um estudo realizado em professores de escolas secundárias em treinamento em uma universidade pública mostrou que um LdCG mais externo está relacionado a atitudes acadêmicas negativas.<sup>26</sup> Vários trabalhos demonstraram que epilepsia está relacionada a uma maior externalidade, sendo que uma das razões aventadas são as repetidas experiências de perda de controle causadas pela imprevisibilidade das crises.<sup>27; 28</sup>

Aura é um fenômeno ictal que, em um determinado PCE, pode preceder uma crise epiléptica observável, estando presente em 55-65% das epilepsias focais. Se isolada, constituiu uma crise sensorial<sup>29</sup>, que advém com o paciente consciente e que, portanto, percebe sua presença. Sua ocorrência periódica pode servir aos PCE como um meio de detecção de suas crises e seus riscos em potencial,

tendo extrema importância no prognóstico deles, já que serviriam como um "aviso" da chegada de uma crise e, conseqüentemente, possibilitando ao PCE agir, seja avisando seus próximos ou se protegendo, tomando medidas para evitar traumatismos, ou mesmo no sentido de evitar que a crise venha em sua integridade. *Rona et al.* associam as diferentes auras com suas respectivas síndromes epilépticas:<sup>30; 31; 32</sup>

- Aura Somatosensorial: mais associada à epilepsia do lobo parietal, frontal ou temporal;
- Aura Visual: epilepsia do lobo temporal ou occipital;
- Aura Auditiva: epilepsia do lobo temporal;
- Aura Olfatória: epilepsia do lobo frontal ou temporal;
- Aura Gustativa: epilepsia do lobo temporal;
- Aura Autonômica: epilepsia do lobo temporal ou frontal
- Aura Abdominal: epilepsia do lobo temporal;
- Aura Alucinatória/Ilusória: epilepsia do lobo temporal ou frontal;
- Aura Cefálica: epilepsia do lobo frontal ou temporal.

A relação entre aura e LdCG foi estudada por *Devillis et al.*, comparando 289 PCE a indivíduos saudáveis.<sup>28</sup> Eles evidenciaram que PCE apresentaram menores escores de internalidade, além de maiores índices de "acaso" denotando uma maior externalidade. Depressão também foi um achado mais frequente nesses indivíduos. A presença de aura e a possibilidade de se evitar crises esteve associada a maiores taxas de internalidade, tanto no questionário de *Rotter* quanto no LdCS, levando a menores escores de depressão. Em outro estudo importante neste contexto, *Lohse et al.* corroboram a internalidade na escala LdCS

em pacientes que são capazes de agir na vigência da aura, mas tal achado não se refletiu em menores taxas de depressão ou ansiedade.<sup>33</sup>

No entanto, até o momento não há estudos mostrando se o uso da escala proposta por *Rotter* apresenta relação com aspectos psicológicos dos PCE, como qualidade de vida, ansiedade, depressão, e o impacto da religiosidade neste contexto.<sup>21</sup> A hipótese é de que indivíduos com epilepsia, e escores mais internos no questionário LdCG, teriam, como consequência, melhores índices de bem-estar, menos diagnóstico de depressão e ansiedade e melhor qualidade de vida. Além disto, características semiológicas da epilepsia, como a aura, e a reatividade do paciente frente às auras, hipoteticamente estariam associadas a um LdCG mais interno, uma maior sensação de controle do paciente sobre a epilepsia, que traz na sua imprevisibilidade uma de suas piores faces.





## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Verificar, através da variável *Locus* de Controle, o quanto de controle subjetivo os PCE detêm em relação às suas próprias vidas e se isso resulta em melhores índices de qualidade de vida.

### 2.2 Objetivos Específicos

Comparar dados demográficos, clínicos e psicológicos de PCE com controles saudáveis;

Verificar se a presença de aura, a habilidade em reagir à aura ou de evitar a crise frente à chegada da aura está relacionada à melhor percepção de autocontrole (ou internalidade no LdCG), e se tal achado também ocasiona menores taxas de depressão/ansiedade e melhores escores de bem-estar;

Analisar se a espiritualidade/religiosidade (considerada um fator externo) está relacionada ao *Locus* de Controle e se essa relação estaria relacionada a melhor qualidade de vida.



### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Sujeitos de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, multicêntrico, realizado em dois centros de referência para o tratamento de epilepsia:

- Centro de Epilepsia de Santa Catarina (CEPESC), no Hospital Universitário da UFSC (HU/UFSC): localizado em Florianópolis, centro de referência para o atendimento e tratamento clínico e/ou cirúrgico de PCE, com área de abrangência de aproximadamente 7 milhões de pessoas;
- Centro de Epilepsia, no Hospital da Universidade de Vilnius (*Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos*): localizado em Vilnius, Lituânia, com área de abrangência de 3 milhões de pessoas.

Todos os indivíduos tiveram o diagnóstico confirmado pelos critérios da Liga Internacional Contra a Epilepsia (*International League Against Epilepsy* - ILAE), baseados em <sup>1;2</sup>:

- História clínica e exame neurológico;
- Eletroencefalograma;
- Ressonância Nuclear Magnética de 1.5 Tesla.

Os pacientes, que apresentavam diagnóstico definido de epilepsia por um período mínimo de 1 ano e sob tratamento farmacológico otimizado por especialistas certificados em epileptologia/neurofisiologia clínica, foram recrutados consecutivamente no período de agosto de 2015 a março de 2017.

Os indivíduos saudáveis (= controles saudáveis) foram recrutados aleatoriamente a partir da população geral, no mesmo período, pareados para sexo, idade e nível educacional.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Pacientes abaixo de 18 anos de idade;
- Impossibilidade de responder aos questionários por distúrbios cognitivos ou psiquiátricos;
- Doença controlada após tratamento cirúrgico;
- Sujeitos com crises não epiléticas.

Os dados clínicos e demográficos foram coletados nos centros de referência, em entrevistas realizadas face-a-face, através de questionários universalmente validados e comumente usados em PCE (todos os 3 questionários apresentam uma tradução validada para o português. No caso da Lituânia, os questionários aplicados foram os originais na língua inglesa):

- QOLIE-31 (*Quality of Life in Epilepsy*): contém 30 itens organizados em 7 sub-escalas: medo da crise (5 itens), qualidade de vida geral (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), fadiga/energia (4 itens), cognição (6 itens), efeitos da medicação (3 itens) e função social (5 itens), e um item adicional indicando o estado de saúde geral. O valor final é a soma da média ponderada em cada sub-escala e todos os itens, sendo maior a qualidade de vida quanto maior for o escore;<sup>34; 35</sup> (Anexo 1)

- HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*): possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade, e sete para a depressão. Em cada item o valor será de zero a

três pontos, com máximo de 42 (21 para depressão, e 21 para ansiedade);<sup>36; 37</sup> (Anexo 2)

- INSPIRIT-R (*Index of Core Spiritual Experiences-Revised*): composto de 7 itens, sendo que o último apresenta uma lista de 12 tipos de experiências religiosas.<sup>38; 39</sup> O grau de espiritualidade é diretamente proporcional à pontuação. (Anexo 3)

- Foi aplicado, ainda, o questionário de *Rotter, General Locus of Control* (*Locus de Controle Geral*), consistindo em 29 questões de múltipla escolha, solicitando ao indivíduo escolher entre 2 frases com pontos de vista opostos aquela que mais se aproxima de sua opinião, face a uma situação.<sup>21; 40</sup> São estas duas frases que vão apontar no sentido mais externo (ou seja, que os eventos acontecem respeitando uma ordem externa, como sorte, acaso, fé, ou de outras pessoas), ou mais interno (os eventos ocorrem devido a escolhas que o próprio indivíduo faz). Assim, os escores, em um total de 23, são somados, sendo que quanto maior, mais externo é o resultado e, inversamente, quanto menor, mais interno. Há, ainda, 6 afirmativas neutras, no intuito de despistar ou distrair o questionado, evitando a percepção de uma rotina de perguntas e a dedução do padrão de respostas. (Anexo 4)

Os pacientes foram, ainda, agrupados em função da presença ou não de aura (Subgrupo AURA - sim ou não) e especificando qual(s) tipo(s) apresenta(m), de sua habilidade de perceber a chegada, e de reagir à aura, ou seja, de tomar medidas para diminuir o dano provocado pela crise, seja chamando algum amigo/familiar, ou tomando alguma atitude (Subgrupo REAGE - sim ou não), e também da capacidade de evitar a crise ao perceber a aura (Subgrupo EVITA - sim ou não).<sup>29</sup>

### 3.2. Revisão de literatura

Adicionalmente, foi realizada uma revisão de literatura na base eletrônica de dados *Pubmed-Medline* através da combinação dos termos "*locus of control*" e "*epilepsy*", sendo considerados artigos apenas na língua inglesa, com sujeitos humanos e sem restrição temporal. Foram analisados 201 resumos, a partir dos quais foram selecionados os artigos mais relevantes para o tema baseando-se em sua qualidade e originalidade. Estudos adicionais considerados relevantes, que não foram identificados na pesquisa inicial, localizados nas referências bibliográficas dos artigos selecionados foram também incluídos. (Tabela 1)

**Tabela 1.** Estudos sobre percepção de autocontrole em pacientes com epilepsia

Autor, ano	País	"n"	Design do Estudo	Instrumentos	Principais Achados
<i>Devillis et al.</i> , 1980 <sup>28</sup>	EUA	286 PCE	Transversal, questionários distribuídos (e-mail ou correio)	1. Variáveis relacionadas às crises 2. LdCS 3. Escala de Depressão CES-D	A presença de aura foi associada à internalidade e menos depressão. Epilepsia mais severa diminuiu a internalidade, e aumentou a depressão. Início da doença mais cedo foi associado à internalidade, " <i>chance</i> " e "outros poderosos", e um tempo maior de epilepsia, a maiores " <i>chance</i> ", e "outros poderosos".

<i>Hermann and Wyler., 1989</i> <sup>41</sup>	EUA	37 PCE com Epilepsia do Lobo Temporal operados (ELT)	Prospectivo, comparativo antes e 6 meses após a cirurgia	1. LdCG 2. Escala de Depressão CES-D	Pré-operatório: associação entre depressão e LdCG externo Escore de depressão diminuiu 6 meses após a cirurgia, mas LdCG não acompanhou (estável).
<i>Hermann et al., 1990</i> <sup>42</sup>	USA	102 PCE	Transversal, questionários	1. LdCG 2. WPSI 3. GHW	Relação direta entre psicopatologia e LdCG externo
<i>Espie et al., 1990</i> <sup>43</sup>	Escócia	61 PCE	Transversal, questionários	1. <i>Nowicki-Strickland locus of control scale</i>	Não houve correlação entre LdC (com essa escala usada) e frequência de crises.
<i>Smith et al., 1991</i> <sup>44</sup>	Reino Unido	100 PCE	Transversal, questionários	1. HADS 2. Escala LdC Externo 3. Escala de Severidade de Crises	Não houve correlação entre LdC e frequência de crises. Severidade de Crises foi significativa como preditivo de LdC.
<i>Moore et al., 1994</i> <sup>45</sup>	Reino Unido	19 PCE, 19 pseudocri ses e 19 controles	Transversal, questionários	1. LdCS 2. HADS	Não houve diferença no <i>Locus</i> de Controle nesses 3 grupos.
<i>Chovaz et al., 1994</i> <sup>46</sup>	Canadá	42 PCE com ELT operados	Prospectivo, comparando os pacientes antes e depois da cirurgia	1. LdCS 2. WPSI 3. BDI	Depressão correlacionou a controle pós-operatório de crises. Não houve correlação entre controle de crises e LdC.
<i>Gehlert et al., 1994</i> <sup>47</sup>	EUA	143 PCE	Transversal, questionários enviados por e-mail	1. LdCG 2. LdCS	Não houve diferença estatística nas 2 escalas, em todas as variáveis estudadas.
<i>Gehlert et al., 1996</i> <sup>48</sup>	EUA	144 PCE	Transversal, questionários enviados pelo correio	1. LdCG 2. LdCS 3. ASQ	Pacientes que continuam a ter crises não se tornam mais externos.

<i>Gehlert et al.</i> , 1998 <sup>49</sup>	EUA	143 PCE	Transversal, questionários enviados pelo correio	1. LdCS	Comparou as 3 sub-escalas (interno, poderosas, e acaso), e concluiu que podem ser aplicadas em adultos com epilepsia.
<i>Krakow et al.</i> , 1999 <sup>50</sup>	Alemanha	40 PCE	Transversal correlacional, questionários	1. Escala de Depressão de <i>von Zerssem</i> 2. LdCS	Pacientes tiveram escores mais internos que externos. Maiores índices de depressão que outras doenças crônicas. Maiores escores de depressão em pacientes com maior frequência de crises
<i>Amir et al.</i> , 1999 <sup>51</sup>	Israel	89 PCE	Transversal, aplicação de questionário face a face	1. LdCG 2. Escala WHOQOL 3. Escala "Epilepsy Self-Efficacy"	LdCG externo está relacionado a piores escores na escala WHOQOL.
<i>Gopinath et al.</i> , 2000 <sup>25</sup>	Índia	200 PCE	Transversal, questionários aplicados face a face	1. LdCG	<i>Locus</i> de Controle mais externo para PCE, comparado aos adultos saudáveis. Pacientes com atitude em conformidade com o tratamento e com as orientações médicas foram mais internos.
<i>Gramstad et al.</i> , 2001 <sup>52</sup>	Noruega	101 PCE	Transversal, questionários	1. LdCS 2. WPSI 3. GSE 4. PANAS-X	Sem correlação entre LdCS e WPSI. A hipótese que a escala LdCS é de importância para o estado psicossocial dos PCE não obteve suporte neste estudo.



<i>Spector et al., 2001</i> <sup>53</sup>	Reino Unido	100 PCE	Transversal, questionários aplicados face a face. Entrevistas semi-estruturadas	1. LdCS 2. HADS 3. "Self-Control Schedule" 4. Escala "Self-Esteem"	Divide em HC ("high controllers") e LC ("low controllers"). O grupo HC apresentou um escore inferior na escala LdCS para "chance". Também nesse grupo, escores baixos de depressão foram associados à internalidade.
<i>Stone et al., 2004</i> <sup>54</sup>	Suécia	20 PCE e 18 com Pseudocrises	Prospectivo, caso-controle. Comparação entre PCE e Pseudocrises	1. LdC próprio da Suécia	Pseudocrises foram mais externas que PCE.
<i>Asadi-Pooya et al., 2007</i> <sup>27</sup>	EUA	200 PCE	Transversal, uso de questionários	1. Escala LdCS 2. HADS	PCE são mais fortemente externos e "outros poderosos" na escala usada. Maiores escores em "outros poderosos" estão relacionados à ansiedade na escala HADS. A percepção que certos "gatilhos" podem precipitar crises está relacionada à ansiedade.
<i>Sperling et al., 2008</i> <sup>55</sup>	EUA	200 PCE	Transversal, uso de questionários	1. Escala LdCS 2. HADS	Controle da crise, níveis de ansiedade e "outros poderosos" na escala LdCS relacionam-se com auto-percepção dos precipitantes da crise.
<i>Mclaughlin et al., 2010</i> <sup>56</sup>	Austrália	64 PCE, idosos	Transversal, uso de questionários	1. LdCG 2. QOLIE-31 3. CIDI Depressão e Distímia	Taxas altas de depressão e distímia foram relacionadas à menor qualidade de vida. <i>Locus</i> de Controle não é uma variável de interesse nesses pacientes.

<i>Strut et al., 2011</i> <sup>57</sup>	EUA	51 PCE e ELT (mulheres) e 30 mulheres com crises psicogênicas não epiléticas	Transversal, questionários Comparativo	1. LdCS 2. BAI 3. BDI 4. QOLIE-89	Sem diferenças nos dois grupos na escala LdCS
<i>Carbone et al., 2013</i> <sup>58</sup>	Austrália	88 PCE (adolescentes) e seus pais	Transversal, questionários	1. LdCS	Pais foram mais internos na escala que os filhos adolescentes.
<i>Lohse et al., 2015</i> <sup>33</sup>	Dinamarca	49 PCE adultos	Retrospectivo, baseado em prontuário médico e entrevista telefônica	1. Escala LdCS 2. HADS	A habilidade de reagir à aura que antecede uma crise correlaciona positivamente à internalidade. Sem relação entre habilidade em reagir e níveis de ansiedade e depressão.
<i>Yeni et al., 2016</i> <sup>59</sup>	Turquia	70 PCE	Transversal, questionários	1. LdCG 2. HADS 3. <i>Epilepsy Attitude Scale</i>	Sem correlação entre Atitude e LdCG Correlação direta entre LdCG e HADS (ansiedade e depressão)

ASQ = *Attributional Style Questionnaire*; AFSII = *Austin First Seizure Impact Interview*; BAI = *Beck Anxiety Inventory*; BDI = *Beck Depression Inventory*; CES-D Scale = *Center for Epidemiological Studies of Depression Scale*; CIDI = *Composite International Diagnostic Interview*; EUA = Estados Unidos da América; GHQ = *General Health Questionnaire*; GSE = *General self-efficacy scale*; HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*; LdC = *Locus de Controle*; LdCG = *Locus de Controle Geral*; LdCS: = *Locus de Controle na Saúde*; NEWQOL = *Quality of Life in Newly Diagnosed Epilepsy Instrument PANAS-X = Positive and Negative Affect Schedule*; PCE = *Pacientes Com Epilepsia*; WHOQOL = *World Health Organization QoL Measure*; WPSI = *Washington Psychosocial Seizure Inventory*

### 3.3. Análise estatística e aspectos éticos

A análise estatística foi realizada através do programa IBM SPSS *standard version* 17.0. A análise descritiva foi feita para caracterizar a amostra. Variáveis quantitativas foram expressas através de média  $\pm$  desvio-padrão (DP), enquanto que variáveis qualitativas

foram expressas como porcentagens. Foram efetuadas análises univariadas intra e intergrupos no sentido de estabelecer o grau de associação entre a variável dependente (escore LdCG), e variáveis independentes (presença ou não de auras, reage/evita à chegada da aura, variáveis clínico-demográficas, questionários QOLIE-31, HADS, INSPIRIT-R) através de testes estatísticos padronizados, de acordo com a variável analisada: teste do qui-quadrado, teste exato de *Fisher*, teste *t* de *Student*, correlação de *Pearson*. Um valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

O cálculo amostral foi efetuado baseando-se no DP encontrado em um estudo prévio para o nosso desfecho primário, LdCG interno.<sup>33</sup> Foi realizado através da fórmula abaixo, com nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%:

$$n = 2 \delta^2 / (v1 - v2)^2 \times f(\alpha, \beta)^{60}$$

onde:

n = número de pacientes

$\delta$  = desvio padrão

v1 = média no grupo controle

v2 = média no grupo experimental

$f(\alpha, \beta)$  = constantes

Este estudo foi elaborado em acordo com o Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinki, 2014) e os requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas. O estudo foi iniciado após ter seu protocolo aprovado pelo Comitê de Ética e pelo Conselho de Revisão Institucional (Parecer nº 1.226.636) do

HU - UFSC e da Universidade de Vilnius - Lituânia. Todos os pacientes do estudo assinaram e o aceitaram Termo de Consentimento voluntariamente.

## 4 RESULTADOS

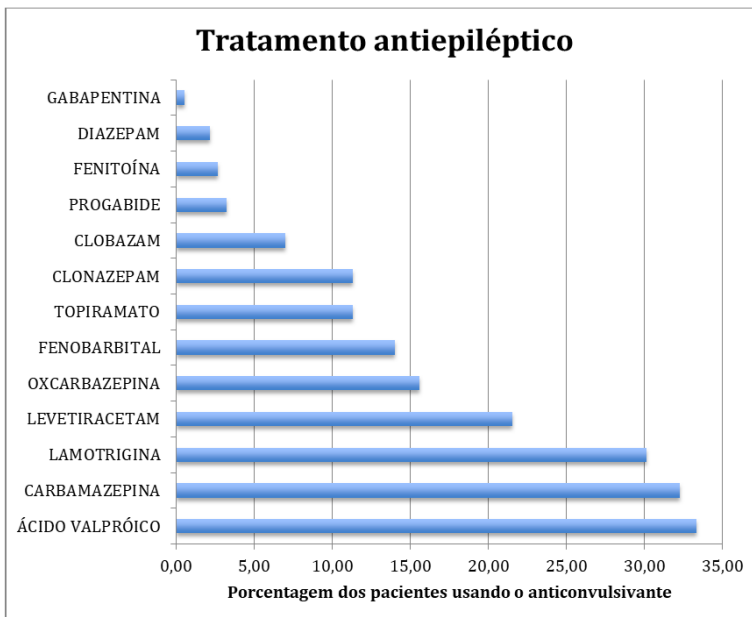
Foram recrutados 186 pacientes, dos quais 111 da Lituânia e 75 do Brasil. A maioria foi de mulheres (114 - 61,3%), com idade média de 36,15 anos, sendo o mínimo de 18, e máximo de 76. Em termos de educação, 79,6% dos pacientes apresentaram mais de 8 anos de estudo. Cento e quatro pacientes (55,9%) apresentaram estado civil "casado" ou "união estável" (ou seja, vida em casal). A maior parte dos PCE trabalham ou estudam (74,2%). Considerando o nível econômico, o padrão apresentado pela maior parte dos pacientes é classes C, D ou E (59,7%).<sup>61</sup>

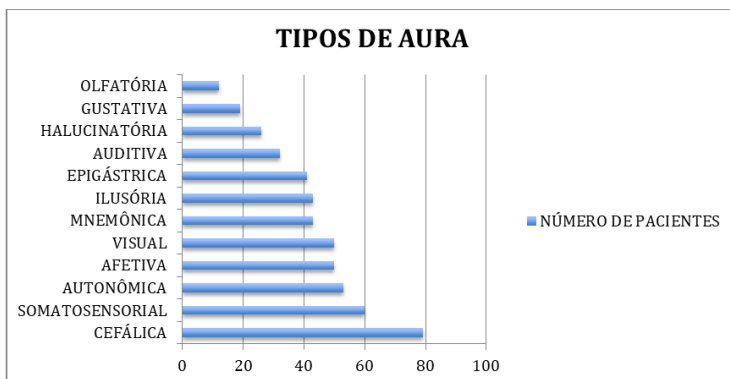
O diagnóstico da epilepsia foi realizado, em média, aos 17,27 anos ( $\pm 13,59$ ), a frequência mensal de crises em torno de 8, e no momento da entrevista, a duração média da doença estava em 18,88 anos ( $\pm 12,99$ ). Cento e trinta e oito pacientes (74,2%) apresentavam epilepsia focal, sendo que 60,8% eram tratados com politerapia, e em 66% dos pacientes não encontramos outras comorbidades, além da epilepsia. As medicações mais utilizadas foram: Valproato de Sódio (33,3% dos PCE), Carbamazepina (32,3%), Lamotrigina (30,1%), Levetiracetam (21,5%) e Oxcarbazepina (usada por 15,6% dos pacientes). (Figura 1) Com relação à presença de Aura, 141 (75,8%) informaram apresentar tal dado semiológico, sendo que 84 (45,2%) dos quais declararam que podiam reagir no sentido de tomar alguma medida, e 48 (25,8%) tinham habilidade de evitar a crise. Os tipos de aura, e sua frequência nessa amostra estão representadas na Figura 2, sendo que os PCE foram capazes de perceber um ou vários tipos de aura.

O escore médio de LdCG foi de 9,56 ( $\pm 3,46$ ) e, para depressão e ansiedade, 4,98 ( $\pm 4,19$ ) e 7,55 ( $\pm 4,53$ ), respectivamente. (Tabela 2)

De maneira geral, as informações sobre os PCE e os controles saudáveis são similares em muitos aspectos, como idade ( $p = 0,05$  - marginalmente), sexo ( $p = 0,45$ ), educação ( $p = 0,08$ ) e estado civil ( $p = 0,27$ ). Diferem, no entanto, no que diz respeito ao emprego e ao estado social ( $p < 0,0001$  para ambos). Além disso, PCE apresentaram um escore HADS para depressão maior ( $p = 0,03$ ), e sem diferença estatisticamente significativa no que se refere à ansiedade ( $p = 0,08$ ). Resultados similares também foram demonstrados no LdCG ( $p = 0,09$ ) e na religiosidade/espiritualidade ( $p = 0,45$ ). (Tabela 2)

**Figura 1:** Porcentagem dos antiepiléticos mais utilizados



**Figura 2.** Tipos de aura informados pelos pacientes com epilepsia

**Tabela 2.** Dados demográficos e características clínicas de pacientes e controles

VARIÁVEIS	EPILEPSIA		CONTROLES SAUDÁVEIS		p*
	n (%)	Média (DP)	n (%)	Média (DP)	
<b>DADOS DEMOGRÁFICOS</b>					
Idade (anos)	186 (100%)	36,15 (13,75)	189 (100%)	33,23 (14,55)	0,05
Sexo					0,45
Masculino	72 (38,7%)	-	66 (34,9%)	-	
Feminino	114 (61,3%)	-	123 (65,1%)	-	
Educação (anos)					0,08
< 9	38 (20,4%)	-	26 (13,8%)	-	
≥ 9	148 (79,6%)	-	163 (86,2%)	-	
Estado Civil					0,27
Solteiro/viúvo/separado/divorciado	82 (44,1%)	-	93 (49,2%)	-	
Casado/juntos	104 (55,9%)	-	96 (50,8%)	-	
Empregado <sup>b</sup>					< 0.0001*
Sim	138 (74,2%)	-	170 (89,9%)	-	
Não	48 (25,8%)	-	19 (10,1%)	-	
Status Social <sup>c</sup>					< 0.0001*
Alto	69 (37,1%)	-	93 (49,2%)	-	
Baixo	111 (59,7%)	-	55 (29,1%)	-	
Faltando	6 (3,2%)	-	41 (21,7%)	-	
<b>DADOS CLÍNICOS</b>					
Início da Epilepsia (anos)	186 (100%)	17,27 (13,59)	-	-	-
Frequência Crises (meses)	186 (100%)	8,22 (20,00)	-	-	-
Duração Doença (anos)	186 (100%)	18,88 (12,99)	-	-	-
Tipo de Epilepsia					
Focal	138 (74,2%)	-	-	-	-
Geral	48 (25,8%)	-	-	-	-
Tratamento					
Monoterapia	73 (39,2%)	-	-	-	-
Politerapia	113 (60,8%)	-	-	-	-
AURA? (Sim)	141 (75,8%)	-	-	-	-
REAGE? (Sim)	84 (45,2%)	-	-	-	-
EVITA? (Sim)	48 (25,8%)	-	-	-	-
HADA	186 (100%)	7,55 (4,53)	150 (100%)	6,74 (4,05)	0,08
HADD	186 (100%)	4,98 (4,19)	150 (100%)	4,11 (3,24)	0,03*
INSPIRIT-R	186 (100%)	2,72 (0,85)	150 (100%)	2,65 (0,90)	0,45
LdCG	186 (100%)	9,56 (3,46)	189 (100%)	8,96 (3,34)	0,09

<sup>a</sup>Variáveis categóricas foram analisadas pelos teste exato de Fisher ou qui-quadrado. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste *t* de Student.

<sup>b</sup>Estudantes foram considerados empregados.

<sup>c</sup>Classes A ou B = Status Social Alto; Classes C, D ou E = Status Social Baixo <sup>61</sup>

DP = desvio padrão; HADA = HADS para Ansiedade; HADD = HADS para Depressão; INSPIRIT-R = *Index of Core Spiritual Experiences-Revised*; LdCG = *Locus de Controle Geral* -não aplicável

\*Estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ )



Considerando uma análise conjunta dos pacientes com epilepsia e dos controles, foi observado um LdCG maior, indicando maior externalidade, em pacientes do sexo feminino ( $p = 0,003$ ), em pacientes mais deprimidos ( $p = 0,001$ ) e com qualidade de vida inferior ( $p = 0,01$ ). Se analisarmos apenas os PCE, uma externalidade foi constatada em indivíduos com maior duração de doença ( $p = 0,03$ ) - Tabela 3. Além disso, o tempo de doença foi uma medida a ser considerada em nossa amostra, já que além da externalidade, ela está diretamente correlacionada à depressão ( $p = 0,01$ ), e inversamente proporcional à escolaridade dos indivíduos ( $p = 0,01$ ) e à qualidade de vida ( $p = 0,05$ ). Houve uma correlação direta entre a frequência mensal de crises, e ansiedade ( $p = 0,01$ ).

Realizamos, também, uma análise dos dados nos dois países estudados. (Tabela 4) Todos os indivíduos demonstraram serem similares de acordo com a idade, sexo, tipo de epilepsia e características da crise (frequência, idade de início, tempo de doença, presença ou não de aura, habilidade de evitar ou reagir à aura), estado civil, estado social, trabalho, regime de uso de drogas antiepilépticas (mono ou politerapia). No entanto, os pacientes com epilepsia avaliados na Lituânia apresentaram maiores índices de educação ( $13,74 \pm 3,13$  versus  $8,99 \pm 3,95$ ;  $p < 0,0001$ ). Os brasileiros analisados tendem à maior espiritualidade/religiosidade ( $3,11 \pm 0,87$  versus  $2,45 \pm 0,72$ ;  $p < 0,0001$ ), e maior índice de ansiedade ( $8,40 \pm 4,72$  contra  $6,97 \pm 4,32$ ;  $p = 0,03$ ).

Vemos na Tabela 5 que os indivíduos apresentando aura obtiveram escores maiores de depressão ( $5,37 \pm 4,09$  contra  $3,78 \pm 4,31$ ;  $p = 0,02$ ), e qualidade de vida inferior ( $57,68 \pm 16,20$  contra  $65,35 \pm$

18,16;  $p = 0,009$ ), porém, para ansiedade ( $p = 0,33$ ) e LdCG ( $p = 0,85$ ), os resultados não diferiram de maneira significativa. No subgrupo daqueles pacientes que conseguem reagir à chegada da crise, ansiedade ( $8,60 \pm 4,87$  versus  $6,70 \pm 4,05$ ;  $p = 0,004$ ) e depressão ( $6,01 \pm 4,40$  contra  $4,14 \pm 3,83$ ;  $p = 0,002$ ) revelaram escores superiores, enquanto que o QOLIE-31 nestes pacientes foi estatisticamente inferior ( $56,10 \pm 17,39$  versus  $62,37 \pm 16,13$ ;  $p = 0,01$ ), porém não observamos tais diferenças significativas na variável LdCG ( $p = 0,73$ ). E, finalmente, naqueles que relatam ser capazes de evitar a crise epiléptica subsequente, não houve diferença significativa para todas essas variáveis ( $p = 0,16$  para QOLIE-31;  $p = 0,14$  para HADA;  $p = 0,64$  para HADD e  $p = 0,36$  para LdCG). Em todos os subgrupos, o INSPiRiT-R não apresentou diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 3.** Fatores determinantes para percepção de autocontrole medido por LdCG em todos os indivíduos (pacientes e controles)

VARIÁVEIS	n(%)	LdCG (DP)	$p^a$
Grupo			0,09
Epilepsia	186 (49,6%)	9,56 (3,46)	
Controle	189 (50,4%)	8,96 (3,34)	
País			0,21
Brasil	172 (45,9%)	9,02 (2,97)	
Lituânia	203 (54,1%)	9,46 (3,74)	
Sexo			0,003*
Masculino	138 (36,8%)	8,59 (3,42)	
Feminino	237 (63,2%)	9,65 (3,35)	
Educação (anos)			0,76
< 9	64 (17,1%)	9,36 (2,83)	
> 9	311 (82,9%)	9,24 (3,52)	
Estado Civil			0,40
Solteiro/viúvo/divorciado	176 (46,9%)	9,41 (3,41)	

Casado/junto	199 (53,1%)	9,12 (3,41)	
Empregado <sup>b</sup>			0,09
Sim	308 (82,1%)	9,11 (3,45)	
Não	67 (17,9%)	9,90 (3,16)	
<i>Status social</i> <sup>c</sup>			0,72
Alto	162 (43,2%)	9,14 (3,53)	
Baixo	166 (44,3%)	9,27 (3,33)	
Faltando	47 (12,5%)		
Tipo de Epilepsia			0,74
Focal	138 (74,2%)	9,62 (3,23)	
Generalizada	48 (25,8%)	9,40 (4,09)	
Tratamento			0,14
Monoterapia	73 (39,2%)	9,10 (3,54)	
Politerapia	113 (60,8%)	9,86 (3,40)	
Presença de aura?			0,85
Sim	141 (75,8%)	9,53 (3,41)	
Não	45 (24,2%)	9,64 (3,67)	
Habilidade em reagir à aura?			0,74
Sim	84 (45,2%)	9,46 (3,44)	
Não	102 (56,8%)	9,64 (3,50)	
Habilidade em evitar a crise?			0,36
Sim	48 (25,8%)	9,17 (3,37)	
Não	138 (74,2%)	9,70 (3,50)	

Coeficiente de <i>Pearson</i> (r) <sup>a</sup>			
Idade (anos)	375 (100%)	0,03	0,94
Educação (anos)	375 (100%)	-0,07	0,14
HADA	336 (100%)	0,09	0,10
HADD	336 (100%)	0,18	0,001*
INSPIRIT-R (score)	336 (100%)	-0,03	0,58
QOLIE-31	180 (100%)	-0,20	0,01*
Início da Epilepsia (anos)	186 (100%)	-0,14	0,06
Frequência de crises (meses)	186 (100%)	0,01	0,89
Duração da Doença (anos)	186 (100%)	0,16	0,03*

<sup>a</sup>Variáveis categóricas foram analisadas pelos teste exato de Fisher ou qui-quadrado. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste *t* de *Student* ou Correlação de *Pearson*.

<sup>b</sup>Estudantes foram considerados empregados.

<sup>c</sup>Classes A ou B = *Status* Social Alto; Classes C, D ou E = *Status* Social Baixo <sup>61</sup>

DP = desvio padrão; HADA = HADS para Ansiedade; HADD = HADS para Depressão; INSPIRIT-R = *Index of Core Spiritual Experiences-Revised*; LdCG = *Locus* de Controle Geral

-não aplicável

\*Estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

**Tabela 4.** Análise transcultural e particularidades regionais de pacientes com epilepsia

VARIÁVEIS	BRASIL		LITUÂNIA		<i>p</i> <sup>a</sup>
	n (%)	Média (DP)	n (%)	Média (DP)	
<b>DADOS DEMOGRAFICOS</b>					
Idade ( <i>anos</i> )	75 (100%)	36,49 (12,25)	111 (100%)	35,92 (14,73)	0,78
Sexo					0,07
Masculino	35 (46,7%)	-	37 (33,3%)	-	
Feminino	40 (53,3%)	-	74 (66,7%)	-	
Educação ( <i>anos</i> )	75 (100%)	8,99 (3,95)	111 (100%)	13,74 (3,13)	< 0,0001*
Estado Civil					0,36
solteiro/viúvo/separado/divorciado	30 (40,0%)	-	52 (46,9%)	-	
casado/junto	45 (60,0%)	-	59 (53,1%)	-	
Empregado <sup>b</sup>					0,06
Sim	50 (66,7%)	-	88 (79,3%)	-	
Não	25 (33,3%)	-	23 (20,7%)	-	
Status Social <sup>c</sup>					0,16
Alto	22 (29,3%)	-	47 (42,3%)	-	
Baixo	47 (62,7%)	-	64 (57,7%)	-	
Faltado	6 (8,0%)	-	-	-	
<b>DADOS CLÍNICOS</b>					
Início da Epilepsia ( <i>anos</i> )	75 (100%)	15,56 (11,56)	111 (100%)	18,42 (14,75)	0,16
Frequência Crises ( <i>meses</i> )	75 (100%)	7,39 (15,84)	111 (100%)	8,77 (22,40)	0,64
Duração Doença ( <i>anos</i> )	75 (100%)	20,93 (12,66)	111 (100%)	17,50 (13,08)	0,07
Tratamento					0,05
Monoterapia	23 (30,7%)	-	50 (45,0%)	-	-
Politerapia	52 (69,3%)	-	61 (55,0%)	-	-
AURA? (Sim)	56 (74,7%)	-	85 (76,6%)	-	0,76
REAGE? (Sim)	35 (46,7%)	-	49 (44,1%)	-	0,73
EVITA? (Sim)	15 (19,2%)	-	33 (29,7%)	-	0,12
QOLIE	69 (100%)	57,86 (18,05)	111 (100%)	60,55 (16,25)	0,30
HADA	75 (100%)	8,40 (4,72)	111 (100%)	6,97 (4,32)	0,03*
HADD	75 (100%)	5,12 (4,88)	111 (100%)	4,89 (3,68)	0,71
INSPIRIT-R	75 (100%)	3,11 (0,87)	111 (100%)	2,45 (0,72)	<0,0001*
LdCG	75 (100%)	9,08 (2,87)	111 (100%)	9,88 (3,79)	0,10

<sup>a</sup>Variáveis categóricas foram analisadas pelos teste exato de Fisher ou qui-quadrado. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste *t* de Student.

<sup>b</sup>Estudantes foram considerados empregados.

<sup>c</sup>Classes A ou B = Status Social Alto; Classes C, D ou E = Status Social Baixo <sup>61</sup>

DP = desvio padrão; HADA = HADS para Ansiedade; HADD = HADS para Depressão; INSPIRIT-R = *Index of Core Spiritual Experiences-Revised*; LdCG = *Locus de Controle Geral*

-não aplicável

\*Estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ )

**Tabela 5.** Presença de aura, habilidade de reagir ou evitar, e seu impacto psicológico

VARIÁVEIS	LdCG	QOLIE-31	HADA	HADD	INSPIRIT-R
AURA					
SIM <sup>a</sup>	9,53 (3,41)	57,68 (16,20)	7,73 (4,50)	5,37 (4,09)	2,73 (0,84)
NÃO <sup>a</sup>	9,64 (3,67)	65,35 (18,16)	6,98 (4,62)	3,78 (4,31)	2,68 (0,86)
<i>p</i> <sup>b</sup>	0,85	0,009*	0,33	0,02*	0,73
REAGE?					
SIM <sup>a</sup>	9,46 (3,44)	56,10 (17,39)	8,60 (4,87)	6,01 (4,40)	2,74 (0,87)
NÃO <sup>a</sup>	9,64 (3,49)	62,37 (16,13)	6,70 (4,05)	4,14 (3,83)	2,70 (0,83)
<i>p</i> <sup>b</sup>	0,73	0,01*	0,004*	0,002*	0,71
EVITA?					
SIM <sup>a</sup>	9,17 (3,37)	56,60 (17,35)	8,38 (4,49)	5,23 (3,75)	2,75 (0,94)
NÃO <sup>a</sup>	9,70 (3,50)	60,58 (16,76)	7,26 (4,52)	4,90 (4,34)	2,71 (0,82)
<i>p</i> <sup>b</sup>	0,36	0,16	0,14	0,64	0,73

<sup>a</sup>Média (Desvio Padrão)

<sup>b</sup>Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste *t* de Student.

HADA: HADS para Ansiedade; HADD: HADS para Depressão

REAGE?: Descreve o fato de o paciente poder reagir à chegada da crise.

EVITA?: Descreve o fato de o paciente poder evitar a crise.

DP = desvio padrão; HADA = HADS para Ansiedade; HADD = HADS para Depressão; INSPRIT-R = *Index of Core Spiritual Experiences-Revised*; LdCG = *Locus de Controle Geral*

\*Estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

O INSPRIT-R representa uma ferramenta importante para quantificar a religiosidade e/ou espiritualidade. No entanto, não há na interpretação deste questionário um ponto de corte, inferior ao qual o indivíduo é dito "pouco religioso", ou superior ao qual o mesmo é "muito religioso". Assim, considerando que a Média e a Mediana desta variável foram semelhantes e respeitaram uma curva unimodal e normal, nós arbitrariamente consideramos a média (= 2,7) como ponto de corte. Desta maneira, indivíduos apresentando um escore INSPRIT-R superior a 2,7 foram considerados com "religiosidade alta" (RA), e o

contrário, ou seja, inferior ao ponto de corte, "religiosidade baixa" (RB). Como consequência, temos a Tabela 6, onde evidenciamos que a religiosidade é alta (RA) nos indivíduos de mais idade ( $p = 0,03$ ), brasileiros ( $p < 0,0001$ ) e naqueles com níveis de educação baixo ( $p < 0,0001$ ). A ansiedade foi a única variável psicológica a apresentar uma significância estatística ( $p = 0,01$ ), estando, também, associada a escores acima do ponto de corte (RA). Alta religiosidade está presente (com significância estatística marginal -  $p = 0,05$ ) em PCE apresentando crises focais.

**Tabela 6.** Características clínico-demográficas de acordo com o INSPIRIT-R (Religiosidade Baixa x Alta dicotomizada conforme a mediana 2.7) para todos os indivíduos (pacientes e controles)

VARIÁVEIS	BAIXA RELIGIOSIDADE		ALTA RELIGIOSIDADE		p*
	n (%)	Média (DP)	n (%)	Média (DP)	
<b>DADOS DEMOGRÁFICOS</b>					
Idade (anos)	164 (100%)	33,19 (13,30)	172 (100%)	36,40 (14,67)	0,03*
Grupo					0,48
Pacientes	94 (57,3%)	-	92 (53,5%)	-	
Controles	70 (42,7%)	-	80 (46,5%)	-	
Pais					< 0,0001*
Brasil	35 (21,3%)	-	98 (57,0%)	-	
Lituânia	129 (78,7%)	-	74 (43,0%)	-	
Sexo					0,11
Masculino	67 (40,9%)	-	56 (32,6%)	-	
Feminino	97 (59,1%)	-	116 (67,4%)	-	
Educação (anos)	164 (100%)	14,40 (4,27)	172 (100%)	12,41 (4,99)	< 0,0001*
Estado Civil					0,95
Solteiro/viúvo/separado/divorciado	70 (42,7%)	-	74 (43,0%)	-	
Casado/juntos	94 (57,3%)	-	98 (57,0%)	-	
Empregado <sup>b</sup>					0,54
Sim	135 (82,3%)	-	138 (80,2%)	-	
Não	28 (17,1%)	-	34 (19,8%)	-	
Faltando	1 (0,6%)	-	0	-	
Status Social <sup>c</sup>					0,06
Alto	58 (35,4%)	-	85 (49,4%)	-	
Baixo	75 (45,7%)	-	71 (41,3%)	-	
Faltando	31 (18,9%)	-	16 (9,3%)	-	
<b>DADOS CLÍNICOS</b>					
Início da Epilepsia (anos)	94 (100%)	17,52 (14,48)	92 (100%)	17,02 (12,69)	0,80
Frequência Crises (meses)	94 (100%)	9,01 (23,65)	92 (100%)	7,41 (15,54)	0,59
Duração Doença (anos)	94 (100%)	17,09 (12,00)	92 (100%)	20,71 (13,75)	0,05
Tipo de Epilepsia					0,05
Focal	64 (68,1%)	-	74 (80,4%)	-	-
Geral	30 (31,9%)	-	18 (19,6%)	-	-
Tratamento					0,06
Monoterapia	43 (45,8%)	-	30 (32,6%)	-	-
Politerapia	51 (54,2%)	-	62 (67,4%)	-	-
AURA? (Sim)	74 (45,1%)	-	67 (38,9%)	-	0,34
REAGE? (Sim)	42 (25,6%)	-	42 (24,4%)	-	0,89
EVITA? (Sim)	24 (14,6%)	-	24 (13,9%)	-	0,93
HADA	164 (100%)	6,55 (4,38)	172 (100%)	7,80 (4,21)	0,0108*
HADD	164 (100%)	4,71 (3,98)	172 (100%)	4,48 (3,66)	0,58
QOLIE-31	91 (100%)	59,40 (17,76)	89 (100%)	59,64 (16,21)	0,92
LdCG	164 (100%)	9,34 (3,67)	172 (100%)	9,07 (3,14)	0,46

<sup>a</sup>Variáveis categóricas foram analisadas pelos teste exato de Fisher ou qui-quadrado. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste *t* de Student.

<sup>b</sup>Estudantes foram considerados empregados.

<sup>c</sup>Classes A ou B = Status Social Alto; Classes C, D ou E = Status Social Baixo <sup>61</sup>

DP = desvio padrão; HADA = HADS para Ansiedade; HADD = HADS para Depressão; INSPIRIT-R = *Index of Core Spiritual Experiences-Revised*; LdCG = *Locus de Controle Geral* -não aplicável

\*Estatisticamente significante ( $p < 0.05$ )



## 5 DISCUSSÃO

A natureza imprevisível das crises epiléticas (e suas consequências) é debilitante, e o objetivo deste trabalho foi explorar o impacto desta natureza intrínseca da epilepsia (e o comportamento dos pacientes frente à aura) naqueles que convivem com tal limitação, e sua percepção subjetiva de controle sobre os eventos de suas vidas. Há poucos estudos que abordam esse assunto. Em pesquisa aos trabalhos indexados na *Medline/Pubmed* desde 1966, ano da publicação do artigo de *Rotter* sobre LdCG, foram encontrados poucos estudos diretamente relacionados a este assunto. (Tabela 1) <sup>21</sup> Dentre eles, um dos mais recentes, do tipo retrospectivo, que trata sobre a habilidade de reagir à aura precedendo uma crise epilética, correlaciona-a positivamente a um LdCS mais interno, mas sem achar relação com sintomas psicológicos como ansiedade e depressão.<sup>33</sup>

### 5.1 Epilepsia e LdCG

O escore LdCG demonstrou uma tendência à externalidade nos PCE quando comparado ao dos controles, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Ao contrário de nossa hipótese inicial, baseada historicamente no estudo de *Devillis et al.*, de que estes pacientes deveriam ter valores de LdCG significativamente superiores, ou seja, externos, tal desfecho poderia ser explicado por algumas das seguintes razões: as escalas utilizadas foram diferentes (LdCS *versus* LdCG em nossa casuística), e a ausência de grupo controle no artigo de *Devillis et al.*, fato que diminui a confiabilidade no resultado.<sup>28</sup>

A frequência de crises, uma das medidas essenciais de controle da doença e, como consequência, frequentemente correlacionada com o *status* psicológico dos PCE, mostrou-se correlacionada apenas à ansiedade em nosso estudo. Em *Mclaughlin et al.*, o maior número de crises foi visto em pacientes com pior qualidade de vida, relação esta também encontrada por *Arnison et al.*, além de *Chovaz et al.* constatarem que houve melhora significativa dos índices de depressão naqueles pacientes com epilepsia do lobo temporal submetidos à cirurgia, e ótimo controle das crises.<sup>46; 56; 62</sup> *Gehlert et al.*, utilizando as escalas LdCS e LdCG, concluíram que a mera presença das crises epiléticas e sua persistência não ocasiona aumento na externalidade, assim como diversos outros autores.<sup>43; 48</sup> No lugar da frequência de crises, a variável de maior importância, estando mais relacionadas às grandezas psicológicas, foi a duração da enfermidade. Quanto maior o tempo de epilepsia, maior o impacto nos anos de educação formal, o que foi demonstrado nos baixos níveis educacionais nos PCE. Adicionalmente, o tempo de doença correlacionou-se diretamente a maiores escores na escala HADS para depressão, assim como com traços mais externos no LdCG, resultados estes também encontrados em estudos prévios.<sup>22; 53</sup>

## **5.2 Presença de Aura**

A nossa suposição de que PCE apresentando aura tivessem um LdCG mais internalizado, por estarem mais aptos a contornar situações de caráter imprevisível, como é a doença, não encontrou respaldo nos desfechos. Os escores relacionados ao bem-estar, como

QOLIE-31 e HADS, caminharam na contramão de nossa hipótese, demonstrando uma significância estatística.

Desfechos semelhantes foram vistos no subgrupo de pacientes com habilidade de reagir frente à aura, ou seja, aqueles que conscientemente percebem a aproximação da crise epiléptica, e que dispõem da capacidade de tomar medidas frente a ela, foram mais psicologicamente afetados, demonstrando maiores índices de depressão, ansiedade e qualidade de vida mais baixo. A justificativa para tal achado pode ser o fato de que pessoas que sentem a crise epiléptica se aproximando podem estar mais propensas a terem maior sensação de perda de controle, já que tais reações são sempre em vão. Sensação semelhante não ocorreria em indivíduos que não reagem à aura, visto que independentemente da reação, a crise epiléptica é, muitas vezes, inevitável. Outro dado importante que pode ter um papel fundamental em tal explicação é o fato de que nossos pacientes apresentaram duração prolongada da doença ( $18,88 \pm 12,99$  anos): uma vez que LdCG pode ser um processo de aprendizado ocorrendo por experiências vividas ao longo dos anos. Assim, considerando que a falta de controle se torna a rotina desses indivíduos, o desespero, a inaptidão e a necessidade de assistência por terceiros aumenta progressivamente.

Outros estudos evidenciaram a relação direta entre determinadas características da epilepsia e internalidade, embora com questionários ou instrumentos diferentes.<sup>22</sup> Essa associação é controversa, em razão do trabalho de *Lohse et al.*, que revelaram diferenças significantes entre PCE com habilidades para reagir e os outros, mas não entre aqueles que referem ter auras.<sup>33</sup> Por outro lado, *Spector et al.* observaram que não há diferenças no questionário LdCS

no grupo apresentando "avisos" de aproximação da crise epiléptica, comparando com aqueles que não apresentam, embora tal sinal não tenha sido bem caracterizado como uma verdadeira aura.<sup>53</sup> Ainda, a ideia de que cessar uma crise possa eventualmente ocasionar menos sintomas depressivos e mais internalidade não foi comprovado pelo nosso estudo.<sup>28</sup>

### **5.3 Análise Transcultural**

Em torno de três quartos de todos os PCE ao redor do mundo vivem em países em desenvolvimento, onde a morbidade e as dificuldades atribuídas à epilepsia, aparentemente, também são maiores.<sup>2</sup> A maior ansiedade presente nos pacientes brasileiros ( $8,40 \pm 4,72$  vs.  $6,97 \pm 4,32$ ;  $p = 0,03$ ) poderia ser, supostamente, explicada pelo maior índice de violência em nosso país.<sup>63</sup> O fato de termos um nível de escolaridade inferior pode ser consequência do baixo nível socioeconômico em um país continental como o Brasil, e também pelo maior nível de estigma nos pacientes brasileiros, acarretando dificuldades no acesso aos estudos.<sup>64</sup> Analisando o LdCG, pacientes lituanos são marginalmente mais externos ( $p = 0,10$ ). Interessante notar que em um estudo prévio, realizado em 43 países, entre 1983 a 1993, o escore do questionário LdCG foi de 8,96 para brasileiros, e 11,05 para a antiga União Soviética (URSS), da qual a Lituânia fazia parte.<sup>65</sup> Obviamente esses índices da antiga URSS não podem ser extrapolados para todas as repúblicas que dela surgiram, mas esta externalidade em lituanos se manteve com o tempo e pode refletir níveis culturais de individualismo/coletivismo, índices nacionais de renda, alfabetização e religiosidade/espiritualidade de cada nação.

#### **5.4 Espiritualidade/Religiosidade**

Embora não tenha havido correlação entre Religiosidade/Espiritualidade e LdCG, algumas considerações podem ser aventadas. Em primeiro lugar, a tendência de indivíduos com mais idade guardar traços religiosos, mais do que jovens, confirmam os achados de um estudo coreano.<sup>66</sup> Adicionalmente, foi observado (com significância estatística marginal) o fato de que indivíduos com epilepsia focal apresentaram-se mais religiosos que os demais, característica esta já observada na epilepsia do lobo temporal, descrita em vários trabalhos que evidenciaram maior prevalência de manifestações religiosas nesta síndrome.<sup>67; 68; 69</sup>

#### **5.5 Análise Geral e Limitações**

O impacto da epilepsia no indivíduo é difícil de avaliar, e vai muito além da simples contagem do número de crises. As pesquisas a serem realizadas devem focar não apenas no desenvolvimento de medicações ou cirurgias mais efetivas, mas também em construir estratégias e métodos para reduzir as incertezas e imprevisibilidades que vêm com a doença. A maior dificuldade está em quantificar aspectos subjetivos de uma personalidade através de questionários, os quais podem apenas aproximar um perfil psicológico em um determinado momento da vida. Tal dificuldade é, provavelmente, o maior contribuinte para os resultados conflitantes dos estudos em PCE que usam variáveis psicométricas. No entanto, é crucial entendermos o papel do LdCG em um contexto de epilepsia, já que se trata de uma

variável psicológica sujeita a mudanças por esta condição, afetando o manejo da epilepsia.

Ainda assim, neste estudo multicêntrico, PCE mostraram níveis aumentados de depressão e ansiedade (este último marginalmente significativo) quando comparados aos controles. Apresentar aura, ser capaz de reagir à aura, ou ainda conseguir evitar a crise frente à aura não foi preditivo para um melhor bem-estar. O desenvolvimento de estratégias não farmacológicas na tentativa de prevenir as consequências das crises, ou controlar a própria crise é de primordial importância para melhorar os níveis de auto-adesão. Em termos mais específicos, determinando estratégias mais ativas de como lidar com a doença, devem ajudar a diminuir o sentimento de inutilidade, incapacidade e angústia dos quais os doentes comumente sofrem.

Este estudo com 186 PCE é uma das maiores casuísticas de PCE sistematicamente investigados já publicadas acerca deste assunto, bem como incluiu dois países geograficamente distantes e culturalmente distintos, ainda assim possui limitações. Epilepsia é uma das doenças mais prevalentes no campo da neurologia, com características diversas nas mais diferentes populações, sendo necessária a validação externa deste tipo de investigação através de mais estudos maiores e multicêntricos. Ainda, uma outra limitação deste estudo foi a presença, no contexto psicológico da avaliação destes pacientes, de múltiplos questionários, sendo a maior parte com propostas semelhantes, embora metodologicamente diferentes, impossibilitando a total exclusão de colinearidade e vieses de observação.

## 6 CONCLUSÃO

Partindo da premissa de que pacientes com epilepsia apresentassem um LdCG mais externo, uma de nossas principais hipóteses foi a de que pacientes que percebem a aproximação das crises epiléticas através da presença das auras (com a possibilidade de reagir ou mesmo de impedir a crise), reforçaria a sua percepção de autocontrole, não apenas em relação à saúde como recentemente demonstrado,<sup>33</sup> mas também em termos mais gerais. No entanto nosso estudo não confirmou tal hipótese, ou seja, experiências relacionadas à aura não fizeram diferença alguma. Não há, obviamente, explicações simples para tal desvio de resultados de estudos prévios. Há diferenças metodológicas, fortalecendo nosso estudo por termos utilizado controles saudáveis, com dois subgrupos de investigadores trabalhando independentemente em dois países nada similares e geograficamente distantes. Mas não há como explicar tal controvérsia apenas pela diferença metodológica. Há de se considerar, também, que a escala aplicada (LdCG) parece ser sensível ao ambiente social, e condições de vida para PCE não se mantêm inalteradas com o decorrer dos anos. No sentido de suplementar os dados achados, interessante seria investigar novamente a discriminação e percepção de estigma contra PCE em sociedades onde esses dados antigos já existem, para comparação.

Apesar de controversos, muitos de nossos achados, como depressão, ansiedade, qualidade de vida, estão em acordo com a literatura existente. A aura está correlacionada a altos escores de depressão, talvez pelo fato de possibilitar a esses pacientes de estarem mais cientes de sua condição. No entanto, esta condição se mantém,

independentemente de ser o paciente capaz de reagir ou mesmo de evitar a crise subsequente.

Nossos resultados não menosprezam os achados de estudos anteriores com outra metodologia, mostrando que perda de controle através das crises é uma das mais traumáticas experiências na epilepsia. Eles apenas parecem indicar que essa experiência poderia afetar a percepção geral de controle nesses pacientes num nível inferior ao que é, por vezes, acreditado.



## REFERÊNCIAS

- 1 FISHER, R. S. et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. **Epilepsia**, v. 55, n. 4, p. 475-82, Apr 2014. ISSN 1528-1167 (Electronic) 0013-9580 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24730690> >.
- 2 THURMAN, D. J. et al. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. **Epilepsia**, v. 52 Suppl 7, p. 2-26, Sep 2011. ISSN 1528-1167 (Electronic) 0013-9580 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21899536> >.
- 3 IBGE. Estimativa da população residente nos municípios brasileiros com data em 1º de julho de 2017. Disponível em: < [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2017/estimativa\\_dou\\_2017.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf) >. Acesso em: 28 de outubro de 2017.
- 4 KWAN, P.; BRODIE, M. J. Early identification of refractory epilepsy. **N Engl J Med**, v. 342, n. 5, p. 314-9, Feb 3 2000. ISSN 0028-4793 (Print) 0028-4793 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10660394> >.
- 5 DELL, J. Social dimensions of epilepsy: stigma and response. **Psychopathology in epilepsy: Social dimensions**, p. 185-210, 1986.
- 6 TELLEZ-ZENTENO, J. F. et al. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. **Epilepsia**, v. 48, n. 12, p. 2336-44, Dec 2007. ISSN 0013-9580 (Print) 0013-9580 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17662062> >.
- 7 SCOTT, A. J. et al. Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. **Epilepsia**, v. 58, n. 6, p. 973-982, Jun 2017. ISSN 1528-1167 (Electronic)

0013-9580 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28470748>>.

8 PERRINE, K. et al. The relationship of neuropsychological functioning to quality of life in epilepsy. **Archives of Neurology**, v. 52, n. 10, p. 997-1003, 1995.

9 AU, A. et al. Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. **Epilepsy Behav**, v. 3, n. 4, p. 350-57, 2002.

10 BAKER, G. et al. Quality of life of people with epilepsy: a Europeans Study. **Epilepsia**, v. 38, n. 3, p. 353-362, 1997.

11 TIAN, N. et al. Suicide among people with epilepsy: A population-based analysis of data from the U.S. National Violent Death Reporting System, 17 states, 2003-2011. **Epilepsy Behav**, v. 61, p. 210-217, Aug 2016. ISSN 1525-5069 (Electronic)  
 1525-5050 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27372961>>.

12 TANG, D. H. et al. Prevalence and Incidence of Epilepsy in an Elderly and Low-Income Population in the United States. **J Clin Neurol**, v. 11, n. 3, p. 252-61, Jul 2015. ISSN 1738-6586 (Print)  
 1738-6586 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26022458>>.

13 KOTWAS, I. et al. Self-control of epileptic seizures by nonpharmacological strategies. **Epilepsy Behav**, v. 55, p. 157-64, Feb 2016. ISSN 1525-5069 (Electronic)  
 1525-5050 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26780213>>.

14 BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

- 15 WALLSTON, K. et al. Perceived control and health. **Current Psychology**, v. 6, n. 1, p. 5-25, 1987.
- 16 ERIKSEN, H.; OLFF, M.; URSIN, H. A revised battery for coping and defense and its relations to subjective health. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 38, n. 3, p. 175-182, 1997.
- 17 COHEN, S.; MCKAY, G. **Interpersonal relationships as buffers of the impact of psychological stress on health**. 1984. 253-267
- 18 JACOBY, A. Epilepsy and the quality of everyday life: findings from a study of people with well-controlled epilepsy. **Social science & medicine**, v. 34, n. 6, p. 657-666, 1992.
- 19 MUELLER, P.; PLEVAK, D.; RUMMANS, T. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. **Mayo clinic proceedings**, v. 76, n. 12, p. 1225-1235, 2001.
- 20 GIOVAGNOLI, A.; MENESES, R.; DA SILVA, A. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 9, n. 1, p. 133-139, 2006.
- 21 ROTTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychol Monogr**, v. 80, n. 1, p. 1-28, 1966. ISSN 0096-9753 (Print) 0096-9753 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5340840>>.
- 22 WALLSTON, K. A.; WALLSTON, B. S.; DEVELLIS, R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. **Health Educ Monogr**, v. 6, n. 2, p. 160-70, Spring 1978. ISSN 0073-1455 (Print) 0073-1455 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/689890>>.
- 23 HENNINGER, D. et al. Higher Medical Morbidity Burden is Associated with External Locus of Control. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 4, p. 751-755, 2012.

- 24 ONO, R.; HIGASHI, T.; AL, E. Higher internality of Health Locus of Control is Associated with the use of Complementary and Alternative Medicine Providers Among Patients Seeking Care for Acute Low-back Pain. **The Clinical Journal of Pain**, v. 24, n. 8, p. 725-730, 2008.
- 25 GOPINATH, B. et al. A questionnaire survey about doctor-patient communication, compliance and locus of control among south Indian people with epilepsy. **Epilepsy Res**, v. 39, n. 1, p. 73-82, Mar 2000. ISSN 0920-1211 (Print) 0920-1211 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10690756> >.
- 26 ATIBUNI, D. et al. Locus of controle as a predictor of academic attitudes among university students. **International Journal of Educational Policy Research and Review**, v. 4, n. 6, p. 125-137, 2017.
- 27 ASADI-POOYA, A. A. et al. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. **Epilepsy Behav**, v. 11, n. 3, p. 347-50, Nov 2007. ISSN 1525-5050. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17904913> >.
- 28 DEVILLIS RF, W. B., WALLSTON KA. Epilepsy and learned helplessness. **Basic and Applied Social Psychology**, v. 1(3), p. 241-253., 1980.
- 29 BLUME, W. T. et al. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology. **Epilepsia**, v. 42, n. 9, p. 1212-8, Sep 2001. ISSN 0013-9580 (Print) 0013-9580 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11580774> >.
- 30 RONA, S. Textbook of Epilepsy Surgery. In: (Ed.). **Aura: Localizing and lateralizing value**. London/New York: Informa Healthcare, 2008. p.432-42.

- 31 WOLF, P. The epileptic aura in literature: Aesthetic and philosophical dimensions. An essay. **Epilepsia**, v. 54, n. 3, p. 415-24, 2013.
- 32 \_\_\_\_\_. Epilepsy and the Sensory Systems. **Epilepsy Currents**, v. 16, n. 6, p. 369-72, 2016.
- 33 LOHSE, A. et al. Epileptic aura and perception of self-control. **Epilepsy Behav**, v. 45, p. 191-4, Apr 2015. ISSN 1525-5069. Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25843341> >.
- 34 CRAMER, J. A. et al. Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. **Epilepsia**, v. 39, n. 1, p. 81-8, Jan 1998. ISSN 0013-9580 (Print) 0013-9580 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9578017> >.
- 35 DA SILVA, T. I. et al. Validity and reliability of the Portuguese version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31) for Brazil. **Epilepsy Behav**, v. 10, n. 2, p. 234-41, Mar 2007. ISSN 1525-5050 (Print) 1525-5050 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17292675> >.
- 36 ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-70, Jun 1983. ISSN 0001-690X (Print) 0001-690X (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820> >.
- 37 BOTEGA, N. J. et al. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. **Rev Saude Publica**, v. 29, n. 5, p. 355-63, Oct 1995. ISSN 0034-8910 (Print) 0034-8910 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8731275> >.
- 38 KASS, J., FRIEDMAN R, LESERMAN J, ZUTTERMEISTER PC, BENSON H. Health outcomes and a new index of spiritual

experience. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 30, p. 203-211, 1991.

39 VERONEZ, I. S. et al. Cross-cultural translation of the INSPIRIT-R for Brazil and its applicability among epilepsy patients. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 69, n. 2B, p. 310-5, 2011. ISSN 1678-4227 (Electronic) 0004-282X (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21625756>>.

40 CALADO GA, R. I., MORITZ JLW, WOLF P, LIN K. Cross-cultural adaptation of the Rotter's General Locus of Control instrument. **Trends Psychiatry Psychother**, v. (in press), 2018.

41 HERMANN, B. P.; WYLER, A. R. Depression, locus of control, and the effects of epilepsy surgery. **Epilepsia**, v. 30, n. 3, p. 332-8, May-Jun 1989. ISSN 0013-9580 (Print) 0013-9580 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2721466>>.

42 HERMANN BP, T. M., COLLIGAN RC. Learned helplessness, attributional style, and depression in epilepsy. **Epilepsia**, v. 37, n. 7, p. 680-6, 1990.

43 ESPIE CA, G. J., MONTGOMERY JM. Antiepileptic polypharmacy, psychosocial behaviour and locus of control orientation among mentally handicapped adults living in the community. **J Ment Defic Res**, v. 34, p. 351-6-, 1990.

44 SMITH DF, B. G., DEWEY M, JACOBY A, CHADWICK DW. Seizure frequency, patient-perceived seizure severity and the psychosocial consequences of intractable epilepsy. **Epilepsy Res**, v. 9, n. 3, p. 231-41, 1991.

45 MOORE PM, B. G., MCDADE G, CHADWICK D, BROWN S. Epilepsy, pseudoseizures and perceived family characteristics: a controlled study. **epilepsy Research**, v. 18, n. 1, p. 75-83, 1994.

- 46 CHOVAZ CJ, M. R., DERRY PA, CUMMINGS AL. Psychosocial function following temporal lobectomy: influence of seizure control and learned helplessness. **Seizure**, v. 3, n. 3, p. 171-6, 1994.
- 47 GEHLERT, S. Perceptions of control in adults with epilepsy. **Epilepsia**, v. 35, n. 1, p. 81-8, Jan-Feb 1994. ISSN 0013-9580 (Print)  
0013-9580 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8112261> >.
- 48 \_\_\_\_\_. Attributional style and locus of control in adults with epilepsy. **J Health Psychol**, v. 1, n. 4, p. 468-77, 1996.
- 49 GEHLERT S, C. C. Factor structure and dimensionality of the multidimensional health locus of control scales in measuring adults with epilepsy. **J Outcome Meas.**, v. 2, n. 3, p. 173-90, 1998.
- 50 KRAKOW, K.; BUHLER, K.; HALTENHOF, H. Coping with refractory epilepsy. **Seizure**, v. 8, n. 2, p. 111-5, Apr 1999. ISSN 1059-1311 (Print)  
1059-1311 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10222304> >.
- 51 AMIR, M. et al. Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. **Epilepsia**, v. 40, n. 2, p. 216-24, Feb 1999. ISSN 0013-9580 (Print)  
0013-9580 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9952270> >.
- 52 GRAMSTAD, A.; IVERSEN, E.; ENGELSEN, B. A. The impact of affectivity dispositions, self-efficacy and locus of control on psychosocial adjustment in patients with epilepsy. **Epilepsy Res**, v. 46, n. 1, p. 53-61, Jul 2001. ISSN 0920-1211 (Print)  
0920-1211 (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11395289> >.

- 53 SPECTOR, S.; CULL, C.; GOLDSTEIN, L. H. High and low perceived self-control of epileptic seizures. **Epilepsia**, v. 42, n. 4, p. 556-64, Apr 2001. ISSN 0013-9580 (Print) 0013-9580 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11440353> >.
- 54 STONE, J.; BINZER, M.; SHARPE, M. Illness beliefs and locus of control: a comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy. **J Psychosom Res**, v. 57, n. 6, p. 541-7, Dec 2004. ISSN 0022-3999 (Print) 0022-3999 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15596160> >.
- 55 SPERLING, M. R. et al. Self-perception of seizure precipitants and their relation to anxiety level, depression, and health locus of control in epilepsy. **Seizure**, v. 17, n. 4, p. 302-7, Jun 2008. ISSN 1059-1311. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17977026> >.
- 56 MCLAUGHLIN, D. P.; PACHANA, N. A.; MCFARLAND, K. The impact of depression, seizure variables and locus of control on health related quality of life in a community dwelling sample of older adults. **Seizure**, v. 19, n. 4, p. 232-6, May 2010. ISSN 1532-2688 (Electronic) 1059-1311 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20338790> >.
- 57 STRUTT, A. M. et al. Motivation, psychopathology, locus of control, and quality of life in women with epileptic and nonepileptic seizures. **Epilepsy Behav**, v. 22, n. 2, p. 279-84, Oct 2011. ISSN 1525-5069 (Electronic) 1525-5050 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21788158> >.



- 58 CARBONE L, Z. B., PLEGUE M, JOSHI S, SHELLHAAS R. Treatment adherence among adolescents with epilepsy: what really matters? **Epilepsy & Behavior**, v. 27, n. 1, p. 59-63, 2013.
- 59 YENI K, T. Z., BEBEK N, DEDE O, GURSES C, BAYKAN B, GOKYGIT A. Attitudes towards epilepsy among a sample of Turkish patients with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 62, p. 66-71, 2016.
- 60 POCOCK, S. Chapter 9: the size of a clinical trial. In: (Ed.). **Clinical trials: a practical approach**, 1983. p.123-142.
- 61 ABEP. Critério de classificação econômica Brasil., 2015. Disponível em: <  
<http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12> >. Acesso em: 25 de abril de 2016.
- 62 ARNTSON P, D. D., NORTON R, MURRAY E. The Perceived Psychosocial Consequences of Having Epilepsy. In: (Ed.). **Psychopathology in Epilepsy: Social Dimensions**. USA: Oxford University Press, 1986. p.143-61.
- 63 IEP. Global Peace Index 2017. 2017. Disponível em: <  
<http://visionofhumanity.org/app/uploads/2017/06/GPI17-Report.pdf> >. Acesso em: 10 de agosto de 2017.
- 64 FERNANDES, P. T. et al. Stigma scale of epilepsy: the perception of epilepsy stigma in different cities in Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 66, n. 3A, p. 471-6, Sep 2008. ISSN 0004-282X (Print) 0004-282X (Linking). Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18813702> >.
- 65 SMITH, P. B., TROMPENAARS, F., & DUGAN, S. The Rotter locus of control scale in 43 countries: A test of cultural relativity. **International Journal of Psychology**, v. 30(3), p. 377-400, 1995.

- 66 LEE, S. A.; LEE, S. M.; NO, Y. J. Factors contributing to depression in patients with epilepsy. **Epilepsia**, v. 51, n. 7, p. 1305-8, Jul 2010. ISSN 1528-1167 (Electronic) 0013-9580 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19845732> >.
- 67 LIN, K. et al. Sign of the Cross (Signum Crucis): observation of an uncommon ictal manifestation of mesial temporal lobe epilepsy. **Epilepsy Behav**, v. 14, n. 2, p. 400-3, Feb 2009. ISSN 1525-5069 (Electronic) 1525-5050 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059360> >.
- 68 TEDRUS, G. M. et al. Religiosity aspects in patients with epilepsy. **Epilepsy Behav**, v. 50, p. 67-70, Sep 2015. ISSN 1525-5069 (Electronic) 1525-5050 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26133113> >.
- 69 WUERFEL, J. et al. Religiosity is associated with hippocampal but not amygdala volumes in patients with refractory epilepsy. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 75, n. 4, p. 640-2, Apr 2004. ISSN 0022-3050 (Print) 0022-3050 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15026516> >.

## **ANEXOS/APÊNDICES**



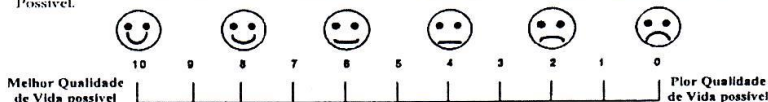
## ANEXO 1: QOLIE-31 (Qualidade de vida na epilepsia)

### QUALIDADE DE VIDA PONDERADA PELO PACIENTE EM EPILEPSIA QOLIE - 31

**NOTA:** Se você teve uma crise parcial simples ou complexa nas últimas quatro horas, ou uma crise tônico-clônica generalizada nas últimas 24 horas, por favor, adie o preenchimento deste questionário.

Estas questões são sobre sua saúde e atividades do dia-a-dia. Responda cada questão circulando a resposta que mais se aproxime da forma como está sua saúde. Caso não esteja seguro da resposta, responda da forma mais honesta possível.

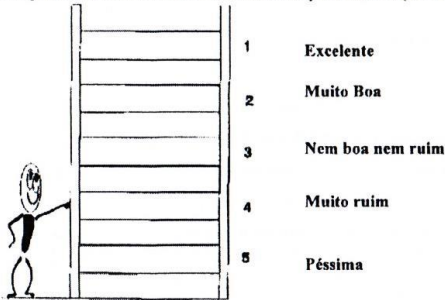
1. Em geral, como você classificaria sua **Qualidade de Vida**? Circule um número na escala que varia de 0 a 10, onde 0 corresponde a **Pior Qualidade de Vida** possível e 10 a **Melhor Qualidade de Vida** Possível.



As questões seguintes são sobre **como você tem se sentido e como as coisas têm sido para você nas últimas 4 semanas**. Para cada questão indique a resposta que mais se aproxime de **como tem se sentido**. Circule um número na escala que varia de 1 (todo tempo) a 6 (nunca). **Com que frequência, nas últimas 4 semanas, você:**

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
2. Sentiu-se cheio de disposição, de ânimo?	1	2	3	4	5	6
3. Sentiu-se muito nervoso?	1	2	3	4	5	6
4. Sentiu-se tão triste que nada o animava?	1	2	3	4	5	6
5. Sentiu-se calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
6. Sentiu-se cheio de energia?	1	2	3	4	5	6
7. Sentiu-se desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
8. Sentiu-se esgotado?	1	2	3	4	5	6
9. Sentiu-se feliz?	1	2	3	4	5	6
10. Sentiu-se cansado?	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-se em ter outra crise?	1	2	3	4	5	6
12. Teve dificuldade de raciocinar e resolver problemas (como fazer planos, tomar decisões, aprender coisas novas)?	1	2	3	4	5	6
13. Você diminuiu suas atividades sociais, como visitar amigos ou parentes próximos por problemas com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6

14. Como tem sido sua **Qualidade de Vida nas últimas 4 semanas**, ou seja, como as coisas têm sido para você? Circule na escala um número que varia de 1 (excelente) a 5 (péssima).



15. Nas últimas 4 semanas, você teve **problemas com sua memória**, ou seja problemas para lembrar das coisas? Circule um número na escala que varia de 1 (Bastante Problema) a 4 (Nenhum Problema).

Sim, bastante problema	Sim, algum problema	Sim, só um pouco de problema	Não, nenhum problema
1	2	3	4

16. Nas últimas 4 semanas, você teve **problemas com sua memória** ( ou seja, lembrar-se das coisas que as pessoas disseram ) no seu trabalho ou atividades diárias?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

As perguntas seguintes estão relacionadas a **problemas de concentração**. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você teve problemas para concentrar-se ( ou seja, manter-se pensando em uma determinada atividade) e o quanto esses problemas interferiram no seu dia-a-dia.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
17. Problemas para concentrar-se durante uma leitura.	1	2	3	4	5	6
18. Problemas para manter sua atenção em alguma atividade por algum tempo?	1	2	3	4	5	6

As questões seguintes relacionam-se com **problemas que a epilepsia ou a medicação** podem ter causado em certas atividades, nas últimas 4 semanas.

	Sim, bastante	Sim, moderadamente	Sim, só um pouco	Sim, às vezes	Não, nenhum
19. No lazer.	1	2	3	4	5
20. Na direção de veículos.	1	2	3	4	5

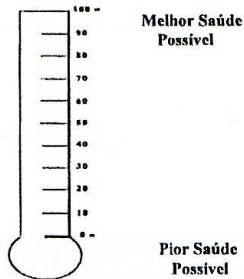
As perguntas seguintes estão relacionadas em **como você tem se sentido em relação às suas crises**.

	Sim, bastante	Sim, moderadamente	Sim, só um pouco	Sim, Às vezes	Não, nenhum
21. Você tem medo de ter outra crise nas próximas 4 semanas?	1	2	3	4	5
22. Você se preocupa em machucar-se durante uma crise?	1	2	3	4	5
23. Preocupa-se em se envergonhar ou ter problemas sociais devido a crise?	1	2	3	4	5
24. Você se preocupa pelos efeitos colaterais que a medicação possa lhe causar se tomada por um longo período, ou seja, que ela possa fazer mal para seu organismo?	1	2	3	4	5

Indique o quanto os seguintes problemas abaixo o incomodam. Circule um número na escala que varia de 1 (Não Incomoda) a 5 (Incomoda Extremamente).

	Sim, incomoda extremamente	Sim, incomoda bastante	Sim, incomoda só um pouco	Sim, incomoda às vezes	Não incomoda
25. As crises epilépticas	5	4	3	2	1
26. Problemas de Memória, ou seja, dificuldade para lembrar das coisas.	5	4	3	2	1
27. Dificuldade no trabalho.	5	4	3	2	1
28. Dificuldades sociais, ou seja, sentir-se impedido de se relacionar com outras pessoas ou fazer atividades fora de casa.	5	4	3	2	1
29. Efeitos colaterais da medicação no organismo?	5	4	3	2	1
30. Efeitos colaterais da medicação no raciocínio, para pensar, para se concentrar?	5	4	3	2	1

31. Quanto você acha que sua saúde está boa ou ruim? No termômetro abaixo a **melhor saúde possível** corresponde a 100 e a **pior saúde possível** corresponde a 0. Circule um número na escala que melhor indica como você se sente em relação a sua saúde. Ao responder, considere a epilepsia como sendo parte da sua saúde.





## ANEXO 2: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:  
 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca
- D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:  
 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Não tanto quanto antes  
 2 ( ) Só um pouco  
 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada
- A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:  
 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
 2 ( ) Sim, mas não tão forte  
 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
 0 ( ) Não sinto nada disso
- D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:  
 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Atualmente um pouco menos  
 2 ( ) Atualmente bem menos  
 3 ( ) Não consigo mais
- A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:  
 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Raramente
- D 6) Eu me sinto alegre:  
 3 ( ) Nunca  
 2 ( ) Poucas vezes  
 1 ( ) Muitas vezes  
 0 ( ) A maior parte do tempo
- A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:  
 0 ( ) Sim, quase sempre  
 1 ( ) Muitas vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Nunca
- D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:  
 3 ( ) Quase sempre  
 2 ( ) Muitas vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca
- A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:  
 0 ( ) Nunca  
 1 ( ) De vez em quando  
 2 ( ) Muitas vezes  
 3 ( ) Quase sempre
- D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
 3 ( ) Completamente  
 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  
 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes
- A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:  
 3 ( ) Sim, demais  
 2 ( ) Bastante  
 1 ( ) Um pouco  
 0 ( ) Não me sinto assim
- D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:  
 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Um pouco menos do que antes  
 2 ( ) Bem menos do que antes  
 3 ( ) Quase nunca
- A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:  
 3 ( ) A quase todo momento  
 2 ( ) Várias vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Não sinto isso
- D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:  
 0 ( ) Quase sempre  
 1 ( ) Várias vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Quase nunca



### ANEXO 3: Questionário Inspirit-R versão em português

#### 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 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).

---

## ANEXO 4: Questionário *Locus of Control* de Rotter

### Questionário LoC Geral

---

1. A. As crianças se metem em encrencas porque seus pais as punem demais.  
B. O problema da maioria das crianças hoje em dia é que seus pais são frouxos demais com elas.
2. A. Muitas das desgraças na vida das pessoas são, em parte, devido ao azar.  
B. As desgraças que acontecem com as pessoas são resultados dos erros que elas cometem.
3. A. Uma das principais razões pelas quais existem guerras é porque as pessoas não se interessam suficientemente na política.  
B. Sempre existirão guerras, não importa o quanto as pessoas tentem evitá-las.
4. A. A longo prazo, as pessoas acabam recebendo o respeito que elas merecem na vida.  
B. Infelizmente, o valor das pessoas, muitas vezes, passa despercebido pelos outros, por mais que elas se esforcem.
5. A. É bobagem dizer que professores são injustos com seus alunos.  
B. A maioria dos estudantes não se dá conta do quanto suas notas são influenciadas por acontecimentos acidentais.
6. A. Só é possível ser um líder competente com condições favoráveis.  
B. Pessoas capazes só podem se tornar líderes se aproveitarem as oportunidades que tiverem.
7. A. Algumas pessoas simplesmente não gostam de você, mesmo se esforçando para agradá-las.  
B. Somente pessoas queridas sabem lidar com os outros.
8. A. A herança genética tem um papel importante na determinação da personalidade.  
B. É a experiência de vida de alguém que determina como ela é.
9. A. Eu acredito que o que é para acontecer, acontecerá.  
B. Tomar uma decisão definitiva é melhor do que acreditar no destino.
10. A. Se um aluno estiver bem preparado, raramente existirá uma prova injusta.  
B. Muitas vezes as perguntas de uma prova são tão diferentes das aulas que nem vale a pena estudar.
11. A. Tornar-se bem-sucedido na vida tem pouco ou nada a ver com sorte.  
B. Conseguir um bom emprego depende principalmente de ter a sorte de estar no lugar certo na hora certa.
12. A. O cidadão comum pode ter influência sobre as decisões do governo.  
B. O mundo é controlado pelas poucas pessoas no poder e não há muito que as pessoas comuns possam fazer para mudar isso.
13. A. Quando eu faço planos, eu tenho quase certeza que conseguirei cumpri-los.

- B. Nem sempre é aconselhável planejar as coisas com muita antecedência, pois muitas coisas são resultados de sorte ou azar.
14. A. Há certas pessoas que simplesmente não são boas.  
B. Há algo de bom em todas as pessoas.
15. A. No meu caso, conseguir o que eu quero tem pouco ou nada a ver com sorte.  
B. Muitas vezes, em vez de planejar, podemos decidir o que fazer apenas jogando uma moeda.
16. A. O fato de alguém tornar-se chefe depende de estar no lugar certo.  
B. Conseguir que as pessoas façam a coisa certa depende muito mais de habilidade do que de sorte.
17. A. No que diz respeito aos acontecimentos globais, somos todos vítimas de forças que não podemos compreender nem controlar.  
B. Pessoas podem controlar os acontecimentos globais participando ativamente dos assuntos políticos e sociais.
18. A. A maioria das pessoas não percebem o grau em que suas vidas são controladas por eventos ao acaso.  
B. Na verdade não existe "sorte".
19. A. As pessoas devem sempre estar dispostas a admitir seus erros.  
B. É geralmente melhor tentarmos esconder nossos erros.
20. A. É difícil saber se uma pessoa realmente gosta de você.  
B. O número de amigos que uma pessoa tem depende do quão legal ela é.
21. A. A longo prazo as coisas ruins que ocorrem conosco são compensadas pelas coisas boas.  
B. A maioria das desgraças são o resultado de ignorância, preguiça, falta de habilidade, ou as três juntas.
22. A. Com esforço suficiente, nós podemos acabar com a corrupção política.  
B. É difícil as pessoas terem muito controle sobre as ações dos políticos no poder.
23. A. Às vezes eu não consigo entender como os professores chegam nas notas que eles dão.  
B. Há uma relação direta entre o quanto eu estudo e as notas que recebo.
24. A. Um bom líder espera que os outros decidam por eles mesmos o que fazer.  
B. Um bom líder deixa claro para todos qual é o seu trabalho.
25. A. Muitas vezes eu sinto que tenho pouca influência sobre as coisas que acontecem comigo.  
B. É impossível para mim acreditar que a sorte ou o acaso tem um papel importante na minha vida.
26. A. As pessoas são solitárias porque elas não tentam ser amigáveis.  
B. Não vale à pena se esforçar muito para agradar as pessoas, se elas gostam de você, gostam e pronto.

27. A. Há ênfase demais em atividade física no ensino médio.  
B. Praticar esportes em equipe é um ótimo jeito de se construir caráter.
28. A. O que acontece comigo é culpa de mim mesmo.  
B. Às vezes eu sinto que eu não tenho controle suficiente sobre o caminho que a minha vida está seguindo.
29. A. Na maioria das vezes, eu não consigo entender por que os políticos agem como eles agem.  
B. A longo prazo, as pessoas são as responsáveis por um governo ruim tanto em nível nacional como local.

**Observações:** A pontuação é a soma das respostas consideradas como sendo indicativas de *locus of control* **externo** (isso é arbitrário, pois a pontuação do LoC interno é sempre uma simples dedução). Além disso, 6 dos 29 itens têm a função de apenas tentar distrair o participante, tornando menos óbvio o objetivo do teste; esses itens, portanto, **NÃO TÊM VALOR PARA A PONTUAÇÃO FINAL**.

**Gabarito:**

1.X*	2.A	3.B	4.B	5.B	6.A	7.A	8.X*	9.A	10.B
11.B	12.B	13.B	14.X*	15.B	16.A	17.A	18.A	19.X*	20.A
21.A	22.B	23.A	24.X*	25.A	26.B	27.X*	28.B	29.A	

\*Respostas com esse asterisco devem ser desconsideradas na hora da pontuação (veja observações).





## APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_ entendo que fui convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa envolvendo pacientes com epilepsia, intitulado: **Implementação do programa de atendimento integral do paciente com epilepsia e levantamento epidemiológico dos pacientes com epilepsia atendidos no HU/UFSC**. Esta pesquisa está pautada na Resolução 466/2012 de acordo com o CNS (Conselho Nacional de Saúde). O objetivo geral é aperfeiçoar os conhecimentos acerca da causa do meu tipo de epilepsia participando do levantamento epidemiológico do Ambulatório de Epilepsia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. As informações médicas a meu respeito, que forem obtidas para esse estudo, poderão ser compartilhadas com outros pesquisadores que trabalham com epilepsia. Estou ciente que, concordando em participar deste estudo, os pesquisadores participantes farão perguntas a meu respeito e dos meus antecedentes médicos.

Gostaria de obter todas as informações sobre este estudo:

1. **Tempo que terei de ficar disponível:**
  - Aproximadamente 20 minutos.
2. **Quantas sessões serão necessárias (com dia e horário marcados):**
  - Apenas uma sessão.
3. **Detalhes sobre todos os procedimentos (testes, tratamentos, exercícios etc.):**
  - Acompanhado(a) da pesquisadora responsável pelo projeto terei de responder à perguntas sobre minha epilepsia e autorizo o uso de dados epidemiológicos que constam no meu prontuário médico. Não haverá nenhuma modificação nas minhas consultas ou tratamento realizado no HU/UFSC decorrente desta pesquisa.
4. **Local onde será realizado:**
  - Ambulatório de Epilepsia do Hospital Universitário- UFSC.
5. **E quais outras informações sobre o procedimento do estudo a ser realizado em mim:**
  - Você continuará sendo tratado no HU/UFSC com a mesma atenção que lhe foi dada até hoje. Não é esperado benefício direto para os pacientes participantes deste estudo. Não vou pagar nada e também não receberei dinheiro por minha participação na pesquisa. Conforme previsto pelas leis brasileiras, você não receberá qualquer tipo de compensação financeira pela sua participação no estudo. Eventuais despesas exclusivamente decorrentes deste projeto de pesquisa ou indenização decorrente deste projeto de pesquisa poderão ser ressarcidas de acordo com a Resolução 466/2012.

**6. Quais medidas a serem obtidas?**

- Informações sobre o início da epilepsia, frequência de crises, medicamentos usados e outras informações referentes à evolução da doença.

**7. Quais os riscos e desconfortos que podem ocorrer?**

- Os possíveis riscos são mínimos, que são o de ficar disponível 20 minutos para responder verbalmente a um questionário.

**8. Quais os meus benefícios e vantagens e fazer parte deste estudo?**

- Compreendo que a participação neste estudo não trará mudanças ao meu tratamento. Contudo poderei entender melhor como minhas crises epiléticas acontecem e os resultados deste estudo podem, em longo prazo, oferecer vantagens para as pessoas com epilepsia, possibilitando um melhor diagnóstico e um tratamento mais adequado.

**9. Quais as pessoas que estarão me acompanhando durante os procedimentos práticos deste estudo?**

- Os alunos de graduação em Medicina: Pietro Cantú, Isadora Rigon, Gabriel Calado e o aluno de Mestrado do PPGCM Jorge W. Moritz.

Com quem poderei entrar em contato para obter mais informações sobre este projeto de pesquisa?

**Profa. Dra. Katia Lin** – Hospital Universitário/UFSC – Departamento de Clínica Médica – 3 andar HU/UFSC – Av. Maria Flora Pausewang, S/No – Campus Universitário – Trindade – CEP:88040-970 – Telefone para contato: 48-37219149.

**Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC)** situado no prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vítor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094.

**Termo de consentimento informado e esclarecido**

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados ao meu respeito serão sigilosos.

Declaro que fui informado que minha participação no estudo é voluntária e posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO deste paciente ou representante legal para participação neste estudo.

---

Pesquisador

## APÊNDICE 2: Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Implementação do Programa de Atendimento Integral do Paciente com Epilepsia e Levantamento Epidemiológico dos Pacientes com Epilepsia Atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

**Pesquisador:** Katia Lin

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 46928515.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.226.636

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada "Implementação do Programa de Atendimento Integral do Paciente com Epilepsia e Levantamento Epidemiológico dos Pacientes com Epilepsia Atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina", é um estudo observacional e transversal que apresenta o programa para implementação de um centro de excelência para o diagnóstico e tratamento das epilepsias vinculado à rede SUS, em um centro universitário, tendo como premissas a articulação ensino-pesquisa-extensão e assistência.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral deste projeto é desenvolver um modelo de assistência integral ao paciente com epilepsia, promovendo modificação no sistema de saúde; visando, em última análise, a fornecer melhor qualidade de vida a estes indivíduos; viabilizando a relação do ensino, da pesquisa e da assistência universitárias de forma indissociável como meio de transformação social. - Criar um banco de dados informatizado na base SPSS for Windows de todos os pacientes assistidos pelo ambulatório, possibilitando o desenvolvimento de linhas de pesquisa a partir desta base de dados; -

Estimular linhas de pesquisa aplicada nas áreas de: (1) Neurofisiologia básica e clínica, objetivando investigar os mecanismos subjacentes e avaliar sua aplicabilidade clínica, com ênfase em epilepsia;

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1 226.636

(2) epileptologia básica e clínica, visando a ampliar o conhecimento sobre aspectos epidemiológicos, clínicos, neurorradiológicos e psicossociais das epilepsias; - Produzir conhecimento e desenvolver estratégias para a implementação de uma rede de assistência ao paciente com epilepsia em diversos níveis.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Não há riscos pois utilizaremos os dados provenientes dos prontuários e anamneses dos pacientes oriundos de consultas regulares do ambulatório de epilepsia ou de internações no Hospital Universitário.

Benefícios:

O paciente fará parte de um atendimento humanizado e de qualidade, não focado apenas no controle da frequência de crises, mas também nas consequências biopsicossociais da epilepsia; terá assistência diferenciada, auxiliará na produção e difusão de novos conhecimentos e novas metodologias que podem melhorar sua condição e tratamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará aos pesquisadores informações que possibilitarão a elaboração de novas políticas no atendimento ao paciente epilético.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão de acordo com as solicitações do CEPSC.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram constatadas alterações pontuais em todos os itens solicitados no parecer anterior, não havendo inadequações, ou impedimentos a realização da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.226.636

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	13/05/2015 10:50:53		Aceito
Parecer Anterior	Parecer Consubstanciado Nº2007_15.pdf	13/05/2015 10:51:05		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_516678.pdf	13/05/2015 10:52:07		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	13/05/2015 10:52:07	Katia Lin	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	890-2007-declaracoes_pdf-ANUENCIA.pdf	28/05/2015 15:57:32		Aceito
Outros	Folha rosto antiga_Katia Lin.pdf	09/06/2015 09:15:53		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto atualizada_Katia Lin.pdf	09/06/2015 09:13:31		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_516678.pdf	09/06/2015 09:17:49		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	09/06/2015 09:17:50	Katia Lin	Aceito
Outros	890-2007-orcamento_pdf-ORCAMENTO.docx	02/07/2015 12:49:21		Aceito
Outros	Justificativa.pdf	02/07/2015 12:50:14		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_516678.pdf	02/07/2015 12:50:42		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	02/07/2015 12:50:42	Katia Lin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO TCLE_KATIA LIN.docx	04/08/2015 14:38:44		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração HUUFSC_Katia Lin.pdf	17/08/2015 15:26:22		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_516678.pdf	17/08/2015 15:27:21		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	17/08/2015 15:27:21	Katia Lin	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RespostaPendencias.pdf	18/08/2015 15:17:47	Katia Lin	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_516678.pdf	18/08/2015 15:18:12		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.226.636

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Setembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

## APÊNDICE 3: Produção Científica 1, derivada de nossa pesquisa

Trends in Psychiatry and Psychotherapy

# Trends

in Psychiatry and Psychotherapy

### Cross-cultural adaptation of Rotter's General Locus of Control instrument

Journal:	<i>Trends in Psychiatry and Psychotherapy</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Calado, Gabriel; Universidade Federal de Santa Catarina Rigon, Isadora; Universidade Federal de Santa Catarina Moritz, Jorge Luis; Universidade Federal de Santa Catarina Wolf, Peter; Universidade Federal de Santa Catarina; Danish Epilepsy Center Lin, Katia; Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Clinica Medica
Keyword:	Adaptation, Learned helplessness, Internal-external control, Transcultural

SCHOLARONE™  
Manuscripts

Dear Prof. Lin:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Cross-cultural adaptation of Rotter's General Locus of Control instrument" in its current form for publication in the Trends in Psychiatry and Psychotherapy. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Trends in Psychiatry and Psychotherapy, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,  
Dr. Clarissa Severino Gama  
Associate Editor, Trends in Psychiatry and Psychotherapy  
cgama@hcpa.edu.br

Entire Scoresheet:  
Reviewer: 1

Recommendation: Accept

Comments:  
(There are no comments.)

Additional Questions:  
Does the manuscript contain new and significant information to justify publication?: Yes

Does the Abstract (Summary) clearly and accurately describe the content of the article?: Yes

Is the problem significant and concisely stated?: Yes

]



## APÊNDICE 4: Produção Científica<sup>2</sup>, derivada de nossa pesquisa

 **Epilepsy & Behavior** <Evisesupport@elsevier.com>  
Para: jorgelwm@yahoo.com.br

 4 de fev às 18:29

*This message was sent automatically. Please do not reply.*

Ref: EB\_2018\_74  
Title: PERCEPTION OF SELF-CONTROL IN EPILEPSY: A TRANSCULTURAL CASE-CONTROL STUDY  
Journal: Epilepsy & Behavior

Dear Dr. Moritz,

Thank you for submitting your manuscript for consideration for publication in Epilepsy & Behavior. Your submission was received in good order.

To track the status of your manuscript, please log into EVISE® at: [http://www.evise.com/evise/faces/pages/navigation/NavController.jspx?\\_afRNL\\_ACR=EB](http://www.evise.com/evise/faces/pages/navigation/NavController.jspx?_afRNL_ACR=EB) and locate your submission under the header 'My Submissions with Journal' on your 'My Author Tasks' view.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Epilepsy & Behavior

**Have questions or need assistance?**

For further assistance, please visit our [Customer Support](#) site. Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions, and learn more about EVISE® via interactive tutorials. You can also talk 24/5 to our customer support team by phone and 24/7 by live chat and email.

-----  
Copyright © 2018 Elsevier B.V. | [Privacy Policy](#)



## APÊNDICE 5: Andamento do projeto de Pesquisa



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC  
 TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	Relatório Parcial ( X ) Relatório Final ( ) de Projeto de Pesquisa	Departamento CLM
---	--	---------------------

Data de entrada do projeto no CEP: 13/05/2015	Data de apresentação do Relatório: 05/02/2018
--	--

<b>1) Título do Projeto:</b> Implementação do Programa de Atendimento Integral do Paciente com Epilepsia e Levantamento Epidemiológico dos Pacientes com Epilepsia Atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
---

<b>2) Nome do Pesquisador Responsável:</b> Katia Lin _____ Pesquisador Responsável
---

<b>3) Nome do Pesquisador Principal:</b> Katia Lin _____ Pesquisador Principal
---

<b>4) Registro no CEP:</b> CAAE 46928515.0.0000.0121	<b>5) Relatório referente ao período:</b> março/2016 - fevereiro/2018
---	--

<b>5) Área de Conhecimento</b> Ciências da Saúde
---

### 7) Etapa atual de desenvolvimento

Foram incluídos 75 pacientes do Hospital Universitário/UFSC.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC  
 TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

### 8) Atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Março a Dezembro – 2016	Revisão contínua de literatura. Cadastro dos pacientes e realização das entrevistas.
Janeiro a Dezembro – 2017	Análise estatística dos dados coletados, apresentação dos resultados parciais como comunicação científica e composição de artigos científicos
Janeiro a Fevereiro - 2018	Confecção da dissertação de mestrado

### 9) Apresentação em eventos científicos

Seus resultados parciais foram apresentados sob a forma de pôster no 32nd International Epilepsy Congress, Barcelona, Espanha, 2 a 6 de setembro de 2017 ([www.epilepsybarcelona2017.org](http://www.epilepsybarcelona2017.org)) e publicados como anais na revista Epilepsia (Special Issue: 32nd International Epilepsy Congress Barcelona, Spain 2nd – 6th September 2017, December 2017, Volume 58, Issue Supplement S5, Pages S1–S225). Ver documentos anexados.

### 10) Publicações

Seus resultados parciais foram apresentados sob a forma de pôster no 32nd International Epilepsy Congress, Barcelona, Espanha, 2 a 6 de setembro de 2017 ([www.epilepsybarcelona2017.org](http://www.epilepsybarcelona2017.org)) e publicados como anais na revista Epilepsia (Special Issue: 32nd International Epilepsy Congress Barcelona, Spain 2nd – 6th September 2017, December 2017, Volume 58, Issue Supplement S5, Pages S1–S225). Ver documentos anexados. Dois artigos referentes a este projeto foram submetidos e encontram-se em fase de revisão. Ver documentos anexados.



### 11) Outras observações

---

## APENDICE 6: Questionário sobre o perfil epidemiológico de pacientes com epilepsia

1

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA SERVIÇO DE NEUROLOGIA HU/UFSC	 HU-UFSC <b>Neurologia</b>
--	--	---

#### QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ENTREVISTADOS

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: ( \_\_ \_\_ ) \_\_\_\_\_ / ( \_\_ \_\_ ) \_\_\_\_\_ Idade: \_\_ anos Sexo:  M  F

Estado Civil:  Casado (a)  Solteiro (a)  Viúvo (a)  Divorciado (a)  Relação Estável  Outro: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos (Preencher até que série o paciente foi, em anos; por exemplo, se ele estudou até a 4ª série, mas repetiu a 4ª série 5 vezes, deve-se preencher 4 )

Profissão: \_\_\_\_\_

(Se aposentado, desempregado ou diversas profissões, preencher com profissão predominante durante a vida e especificar a quanto tempo está aposentado e o motivo: invalidez, tempo de serviço, etc.)

Quantidade de itens	0	1	2	3	4	ou +
Banheiro						
Empregados Domésticos*						
Automóveis						
Microcomputador (PC, notebook, netbook ou laptop. Não considerar tablets)						
Lava-louça						
Geladeira						
Freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)						
Lava-roupas						
DVD						
Micro-ondas						
Motocicleta						
Secadora de roupas (aparelho independente ou parte de máquina "lava e seca")						

\*considerar os empregados que trabalham ao menos 5x/semana na casa: babás, faxineiras, motoristas, etc

#### Grau de escolaridade do chefe de família:

- Analfabeto / Fundamental 1 incompleto (1ª – 4ª série)  
 Fundamental 1 completo (1ª – 4ª série) / Fundamental 2 incompleto (5ª – 8ª série)  
 Fundamental 2 completo (5ª – 8ª série) / Ensino Médio incompleto  
 Ensino Médio completo / Ensino Superior incompleto  
 Ensino Superior completo

#### Água do domicílio proveniente de (marcar "X" na resposta)

<input type="checkbox"/> Rede de distribuição (CASAN, por exemplo)
<input type="checkbox"/> Poço, nascente ou outro

#### Trecho da rua do domicílio (marcar "X" na resposta)

<input type="checkbox"/> Asfaltada ou pavimentada
<input type="checkbox"/> Terra, cascalho ou outro (sem pavimento ou asfalto)

**QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE EPILEPSIA**

(CONTINUAÇÃO – SOMENTE PARA PCE)

Idade do diagnóstico de epilepsia: \_\_\_\_\_ anos

Ano de início em nosso ambulatório: \_ \_ \_ \_ \_

**QUAIS OUTRAS DOENÇAS DIAGNOSTICADAS VOCÊ TEM ALÉM DA EPILEPSIA?**

- a- \_\_\_\_\_  
 b- \_\_\_\_\_  
 c- \_\_\_\_\_  
 d- \_\_\_\_\_

**Síndrome epiléptica:**

- Epilepsia do lobo temporal     Epilepsia do lobo frontal     Epilepsia do lobo parietal  
 Epilepsia do lobo occipital     Epilepsia mioclônica juvenil     Epilepsia ausência da infância/juvenil  
 Outra: \_\_\_\_\_

**TIPOS DE CRISE, FREQUÊNCIA E DATA DA ÚLTIMA CRISE**

Presença	Tipo de crise	Frequência (mensal)	Data da última crise
<input type="checkbox"/>	Parcial simples		
<input type="checkbox"/>	Parcial complexa		
<input type="checkbox"/>	Secundariamente generalizada		
<input type="checkbox"/>	Outras		

**MEDICAÇÕES E DOSAGENS DAS DROGAS ANTIEPILÉPTICAS SEGUNDO O PACIENTE/PRONTUÁRIO** (Nome genérico, posologia diária em mg por dose, frequência de uso – ex.: 2x/dia, 3x/dia, etc.)

- a- \_\_\_\_\_  
 b- \_\_\_\_\_  
 c- \_\_\_\_\_  
 d- \_\_\_\_\_

**LAUDO DE RM** (DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - CLÍNICA: \_\_\_\_\_)

( ) Não tem

**LAUDO DE EEG** (DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - CLÍNICA: \_\_\_\_\_)

( ) Não tem