

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA

MARIANA ZOPPI

**PERCEPÇÃO DO ESTIGMA E TRANSTORNOS
PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA**

CAMPINAS

2016

MARIANA ZOPPI

**PERCEPÇÃO DO ESTIGMA E TRANSTORNOS
PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Orientador: Profa. Dra. Glória Maria de A. Tedrus

PUC-Campinas

2016

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t616.853 Zoppi, Mariana.
Z88p Percepção do estigma e transtornos psiquiátricos em pacientes com
diagnóstico de epilepsia / Mariana Zoppi. - Campinas: PUC-Campinas,
2016.
86p.

Orientadora: Glória Maria de Almeida Souza Tedrus.
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Cam-
pinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Ciências da
Saúde.

Inclui anexo e bibliografia.

1. Epilepsia. 2. Estigma (Psicologia social. 3. Doenças mentais - As-
pectos sociais. 4. Indicadores de saúde. 5. Psiquiatria. I. Tedrus, Glória
Maria de Almeida Souza. II. Pontifícia Universidade Católica de Campi-
nas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Ciência da Saúde.
III. Título.

22. ed. CDD – t616.853

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Centro de Ciências da Vida
Programa de Mestrado em Ciências da Saúde**

Autora: ZOPPI, Mariana.

Título: Percepção do Estigma e Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Diagnóstico de Epilepsia

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador _____
Profa. Dra. Glória M. de A. Tedrus

1º Examinador (externo) _____
Profa. Dra. Paula Teixeira Fernandes

2º Examinador (interno) _____
Profa. Dra. Diana Tosello Laloni

Campinas, 16 de dezembro de 2016

DEDICATÓRIA

Aos meus pais queridos, Jaime e Sandra, pelo amor incondicional e presença carinhosa e por me ensinarem a não desistir dos meus sonhos.

Aos meus irmãos de sangue e da vida, Daniel, Ricardo e Gustavo, pela presença constante em todos os momentos.

Ao meu querido companheiro, pela paciente e carinhosa companhia.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas fizeram parte da jornada que foi a realização deste trabalho, todas elas, de alguma forma, fazem parte do sucesso desse projeto.

À Profa. Dra. Glória

Meu agradecimento especial à minha querida orientadora, pela parceria gostosa, nossa boa relação, apoio e incentivo, pela sua dedicação. Sempre serei grata.

Ao Prof. Dr. Lineu Fonseca (*“in memoriam”*)

Pela ajuda valiosa e constante durante todo o curso e por ser o idealizador desse programa. Sem ele esse trabalho não teria acontecido.

À Profa. Dra. Diana Tosello Laloni

Mestre da academia e da vida, sua ajuda foi muito além da pesquisa. Muito obrigada sempre.

À Sra. Arlete Pereira

Pela ajuda na coleta de dados sempre sorrindo. Obrigada.

Aos Professores do programa

Pelo conhecimento compartilhado, ajuda e incentivo.

Aos Colegas

Pela parceria e pelas trocas positivas durante todo o caminho.

Aos colegas e funcionários do Napsi

Pelo apoio, ajuda e a troca de ideias.

RESUMO

ZOPPI, Mariana. Percepção do Estigma e Transtornos Psiquiátricos em pacientes com diagnóstico de Epilepsia. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2016.

Introdução: O diagnóstico de epilepsia afeta a vida do paciente de maneira muito ampla. O tratamento medicamentoso e acompanhamento ambulatorial são fundamentais. O caráter imprevisível da crise epiléptica pode gerar estigma e trazer inúmeras consequências sociais e psicológicas. Essas consequências são consideradas muitas vezes mais difíceis de enfrentar do que a própria doença. O objetivo desse trabalho foi avaliar a relação entre a percepção do estigma com a depressão, ansiedade e outros aspectos psicológicos em pacientes com epilepsia focal provavelmente sintomática (EFPS) e em pacientes com epilepsia de lobo temporal e esclerose do hipocampo (ELT-EH), e se há aspectos distintos entre eles. **Casuística e procedimentos:** Foram avaliados 71 sujeitos (idade média de 42,7 anos) atendidos no ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC – Campinas) de ambos os gêneros, com idades entre 18 e 59 anos, 29 com epilepsia focal provavelmente sintomática (EFPS) e 42 com epilepsia de lobo temporal e esclerose do hipocampo (ELT-EH). Foram avaliados aspectos sociodemográficos, aspectos clínicos e psicológicos relacionados à epilepsia e aplicaram-se as Escala de Estigma em Epilepsia (EEE), Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) e Escala de Avaliação de Sintomas-40 (EAS-40). Foram analisados os resultados das escalas e relacionados com os aspectos clínicos e psicológicos, e comparadas as diferenças entre os grupos. Foram utilizados testes estatísticos com nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** o escore médio na EEE foi 42,32 ($\pm 14,35$). Os resultados apontaram que na comparação entre os grupos, o ELT-EH tem maior idade e menor escolaridade. Houve correlação positiva significativa entre a EEE e todos os fatores avaliados pelas escalas EAS-40 e EFN, nas dimensões psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização, ansiedade da EAS-40; vulnerabilidade social, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão da EFN, na amostra geral, mas sem diferença significativa entre os grupos. **Conclusões:** O estigma está fortemente relacionado aos aspectos psicológicos avaliados nos pacientes com EFPS e ELT-EH. Há correlações significativas nas escalas EAS e EFN nos grupos, o que sugere que o diagnóstico da epilepsia traz inúmeras consequências emocionais e psicológicas, independente da etiologia da síndrome ou do curso da doença. Todas as vivências desses sujeitos têm papel fundamental para definir comportamentos e reações emocionais. O diagnóstico de epilepsia e suas consequências para a vida do sujeito são independentes da etiologia da doença e a atenção aos aspectos psicossociais são tão importantes quanto o controle da doença.

Palavras chave: estigma, epilepsia, transtornos psiquiátricos, aspectos psicológicos.

ABSTRACT

ZOPPI, Mariana. *Perception of Stigma and Psychiatric Disorders in patients diagnosed with Epilepsy*. 2016. Dissertation (Master's Degree in Health Sciences) - Postgraduate Program in Health Sciences, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2016.

Introduction: The diagnosis of epilepsy affects the patient's life very broadly. Drug treatment and outpatient follow-up are essential. The unpredictable nature of the epileptic crisis can generate stigma and bring numerous social and psychological consequences. These consequences are often considered more difficult to deal with than the disease itself. The objective of this study was to evaluate the relationship between the perception of stigma and depression, anxiety and other psychological aspects in patients with probably symptomatic focal epilepsy (PSFE) and in patients with temporal lobe epilepsy and hippocampal sclerosis (TLE-HS), and whether there are distinct aspects between them. Casuistry and procedures: 71 subjects (mean age 42.7 years) treated at the Clinical Neurology outpatient clinic of the Celso Pierro Maternity Hospital (PUC - Campinas) of both genders, aged between 18 and 59 years, 29 with probably symptomatic focal epilepsy (PSFE) and 42 with temporal lobe epilepsy and hippocampal sclerosis (TLE-HS). Socio-demographic, clinical and psychological aspects related to epilepsy were evaluated and the Stigma Scale in Epilepsy (EEE), Factorial Neuroticism Scale (EFN) and Symptom Assessment Scale-40 (EAS-40) were applied. The results of the scales were analyzed and related to the clinical and psychological aspects, and the differences between the groups were compared. Statistical tests with significance level $p < 0.05$ were used. Results: the mean EEE score was 42.32 (± 14.35). The results showed that in the comparison between groups, the TLE-HS has older age and lower schooling. There was a significant positive correlation between EEE and all factors evaluated by the EAS-40 and EFN scales, in the dimensions of psychoticism, compulsive obsessiveness, somatization, anxiety of EAS-40; Social vulnerability, psychosocial maladjustment, anxiety and depression of the EFN, in the general sample, but without significant difference between the groups. Conclusion: Stigma is strongly related to the psychological aspects evaluated in patients with PSFE and TLE-HS. There are significant correlations in the EAS and EFN scales in the groups, which suggest that the diagnosis of epilepsy brings many emotional and psychological consequences, regardless of the etiology of the syndrome or the course of the disease. All the experiences of these subjects play a fundamental role in defining behavior and emotional reactions. The diagnosis of epilepsy and its consequences for the life of the subject are independent of the etiology of the disease and attention to psychosocial aspects are as important as the control of the disease.

Keywords: *stigma, epilepsy, psychiatric disorders, psychological aspects.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva dos grupos EFPS e ELT-EH.	44
Tabela 2. Dados sociodemográficos da amostra total e dos grupos EFPS e ELT-EH.	46
Tabela 3. Análise descritiva das variáveis numéricas da amostra total N= 71.	47
Tabela 4. Comparação das variáveis numéricas entre tipos de epilepsia.	47
Tabela 5. Dados sociodemográficos dos grupos de epilepsia e na amostra geral.	48
Tabela 6. Comparação de aspectos clínicos na amostra geral e entre os grupos.	49
Tabela 7. Análise descritiva do resultado da EEE, EAS-40 e EFN na amostra total (n=71)	50
Tabela 8. Questões não computadas no escore da EEE entre os grupos.	52
Tabela 9. Comparação das variáveis numéricas entre tipos de epilepsia.	53
Tabela 10. Correlações entre escores das escalas EEE, EFN e EAS-40 na amostra total e nos grupos EFPS e ELT-EH.	55
Tabela 11. Correlações entre escores das escalas EFN e EAS-40 na amostra total (n=71)	56
Tabela 12. Correlações entre escores das escalas EAS-40 e EFN no grupo EFPS (n=29).....	57
Tabela 13. Correlações entre escores das escalas EEE, EFN e EAS-40 no grupo ELT-EH (n=42).....	58
Tabela 14. Correlação entre as variáveis numéricas com os escores das escalas EEE, EFN e EAS-40 na amostra total (n=71).	60
Tabela 15. Correlações entre as variáveis numéricas com os escores das escalas EEE, EFN e EAS-40, no grupo EFPS (n=29) e no grupo ELT-EH (n=41).....	61

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

DAE = Drogas antiepilépticas

CE = Crise Epilética

TNCs = Transtornos Neurocognitivos

DSM-V = Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição

EAS = Escala de Avaliação de Sintomas

EEE = Escala de Estigma na Epilepsia

EEG = Eletrencefalograma

EFN = Escala Fatorial de Neuroticismo

EFPS = Epilepsia Focal Provavelmente Sintomática

ELT-EH = Epilepsia de Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo

ELT-EM = Epilepsia de Lobo Temporal com Esquemia Mesial

EPS = Epilepsia Provavelmente Sintomática

ILAE = *International League Against Epilepsy*

PETscan = Tomografia por emissão de pósitrons

TA = Transtorno de Ansiedade

TD = Transtorno Depressivo

SUMÁRIO

1 – Introdução	11
1.1 – Aspectos gerais sobre epilepsia	11
1.2 – O conceito atual	13
1.3 – Classificação das crises epiléticas e das síndromes epiléticas.....	15
1.4 – Epilepsia do lobo temporal.....	18
1.5 – Os transtornos psiquiátricos na epilepsia	20
1.6 – Depressão	24
1.7 – Ansiedade	27
1.8 – Neuroticismo	28
1.9 – ELT-EH e Transtornos psiquiátricos	29
1.10 – O estigma	30
1.11 – O estigma na epilepsia	32
2 – Justificativa do estudo	36
3 – Objetivo	37
4 – Casuística e procedimentos	38
4.1 Participantes	38
4.1.1 Critérios de inclusão	38
4.1.2 Critérios de exclusão	38
4.2 Delineamento.....	38
4.3 Material	39
4.4 Procedimentos	41
4.5 Análise dos dados.....	42
5 – Resultados	44
6 – Discussão.....	63
7 – Conclusão	73
8 – Referências.....	74
ANEXOS	80
Anexo1 – Parecer do Comitê de Ética	80
Anexo 2 – Anamnese.....	81
Anexo 3 – Questionário de Avaliação Psicológica	82
Anexo 4 – Escala de Estigma na Epilepsia.....	84
Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86

1 – Introdução

1.1 – Aspectos gerais sobre epilepsia

Epilepsia é uma condição neurológica crônica caracterizada por crises epilépticas (CE) recorrentes, as quais são causadas pela atividade neuronal excessiva no cérebro, usualmente autolimitada. A sua descrição na história da humanidade é antiga e passou por muitas transformações até chegar ao conceito atual (GUERREIRO E GUERREIRO, 2000; FISHER, 2005; REYNOLDS E RODIN, 2009).

Os achados mais antigos sobre epilepsia foram em inscrições arcaicas e ossadas humanas do período neolítico, indicando que provavelmente já existia a prática de cirurgia neste período. Especula-se que esses procedimentos tinham por finalidade libertar maus espíritos, porém o que se sabe de fato é que eram feitos para tratar traumatismos cranianos. Esse procedimento foi praticado na Idade da Pedra, no Egito antigo, períodos pré-histórico e clássico da Grécia e de Roma, entre tribos célticas, na China, na Índia, entre os Maias e os Astecas, Incas e os índios brasileiros (YACUBIAN, 2012; LOPES, 1970).

O conceito grego de epilepsia referia-se à natureza sobrenatural das crises. Acreditava-se que o comportamento humano e a doença eram direcionados por deuses, ideia que cunhou a termo “A doença sagrada”. Por volta de 400 a.C., com o surgimento das escolas médicas que eram influenciadas pelos filósofos, o conceito mudou. A descrição feita por Hipócrates foi revolucionária, ele negou a doença sagrada e afirmou que existia uma causa localizada no cérebro que, assim como outra doença qualquer, seria influenciada por fatores externos, reconhecendo a hereditariedade e a variabilidade das diferentes manifestações clínicas da crise. Apesar de revolucionário, o conceito de Hipócrates ficou esquecido até os séculos 18 e 19 (REYNOLDS E RODIN, 2009 E YACUBIAN, 2012).

No início do século 19, com o cristianismo, a interpretação da doença sagrada explicada como forma de punição dos deuses perdeu força, de modo que a epilepsia passou a ser considerada decorrente de diferentes causas, assim como outras doenças. Várias explicações acerca da doença são descritas: acreditava-se que a epilepsia era controlada pela lua e que objetos influenciados pelo satélite poderiam facilitar ou controlar as crises. Existiu também a crença de que a epilepsia

fosse uma doença infecciosa, ideia que contribuiu muito para a sua discriminação (YACUBIAN, 2012).

Durante os séculos 17 e 18, as explicações religiosas foram abandonadas e passou-se à observação de fenômenos orgânicos. Houve o aprimoramento do conhecimento anatômico do cérebro, e a necropsia passou a ser usada, possibilitando observar a correlação de sintomas clínicos e lesões anatômicas. Tissot, em 1770, em seu tratado de epilepsia – que foi a base do conceito moderno –, descreveu vários tipos de crises epiléticas (CE) e síndromes, curso e prognóstico. Apesar de desmistificar a influência da lua, desaconselhou pacientes de se casarem (YACUBIAN, 2012).

A neurologia surge no século 19 como uma ciência distinta da psiquiatria; o conceito de distúrbio cerebral ganhou força e os avanços no conhecimento de fisiopatologia deram base ao conceito atual. Nesse período, houve o surgimento de centros especializados para onde iam as pessoas impossibilitadas de suas atividades usuais pela epilepsia e estabeleceram-se colônias onde o tratamento dos indivíduos e a sua ocupação com um trabalho eram o objetivo principal. Em 1857 foi descoberta a primeira droga antiepilética. A identificação das diferentes CE e das lesões responsáveis possibilitou a interpretação da epilepsia como decorrente da irritabilidade de estruturas cerebrais (YACUBIAN, 2012).

John Jackson, em 1873, afirmou que “Crises constituem o resultado de breves descargas eletroclínicas cerebrais e as características clínicas das CE dependerão da localização e da função do local envolvido na descarga”. Seu conceito embasou o conceito moderno de epilepsia e foi um passo fundamental na localização cerebral a partir dos sinais clínicos, porém essa é uma descrição da doença, sem enfatizar o paciente ou a terapêutica (YACUBIAN, 2012).

Willian Gowers, em 1881, também teve uma importante contribuição para o conceito atual, pois afirmou haver uma cronicidade da doença, com a repetição de eventos epiléticos, conceito que desafia até hoje a caracterização da história da epilepsia (YACUBIAN, 2012).

Durante séculos a epilepsia foi associada à psicopatologia. Ainda em 1975 foi proposta a existência de uma síndrome comportamental específica à epilepsia de lobo temporal, caracterizada por mudanças comportamentais ocorridas entre crises, principalmente pela presença de emoções profundas, alteração no comportamento sexual, aumento da religiosidade e uma tendência

excessiva à escrita, levando à proposição de traços de personalidade associados à epilepsia, o que foi descartado posteriormente por pesquisas entre tipos de epilepsia (CABALO, 2007).

Turner, fundador da *International League Against Epilepsy* (ILAE), descreveu a epilepsia como uma doença crônica e progressiva caracterizada por ocorrências periódicas de crises durante as quais há perda da consciência e para a qual é fundamental o acompanhamento de fenômenos psíquicos. Considerou como uma doença orgânica e incluiu como causas traumatismo craniano, infecções e hemiplegia infantil. Seu conceito foi o que mais fortemente contribuiu para a associação da epilepsia com fenômenos psíquicos (YACUBIAN, 2012).

A classificação de 1981 da ILAE está atenta para a parte mais dramática dos sintomas e classificou as crises como focais e generalizadas. Em 1989 foram incorporados itens como etiologia, anatomia e fatores precipitantes ao conceito. As CE passaram a ser classificadas como focal e generalizada, e ambas as categorias como idiopática ou automática. Até então, eram necessárias 2 ou mais CE não provocadas, com intervalos maiores que 24 horas, para o diagnóstico da epilepsia (COMMISSION ILAE, 1981; COMMISSION ILAE, 1989).

1.2 – O conceito atual

O conceito atual compreende a epilepsia como uma condição neurológica crônica, considerada um conjunto complexo de sintomas decorrentes de funções cerebrais alteradas que podem ter origem nas mais diferentes patologias, caracterizadas por CE recorrentes, usualmente autolimitada. As epilepsias têm diversas etiologias e prognósticos (COMMISSION ILAE, 1989, ALARCON et al, 2009).

A incidência mundial de epilepsia é estimada em cerca de 50 milhões de pessoas. Há discreto predomínio no sexo masculino e parece não haver diferença racial (BERG et al, 1996; SANDER E SHORVON, 1996). Nos países em desenvolvimento há uma incidência maior de epilepsia; estima-se que 80% dos casos dessa condição no mundo encontram-se nesses locais (SANDER, 2003). Em estudo populacional na região sudoeste do Brasil, Borges et al (2004) encontraram prevalência de epilepsia ao longo da vida em 9,2/1000 indivíduos. A forma ativa da

epilepsia foi encontrada em 5,4/1000 indivíduos, com maior prevalência nas classes sociais menos favorecidas (BORGES et al, 2004). Nos países desenvolvidos, há maior incidência na infância e em indivíduos idosos, já em países em desenvolvimento, a incidência é maior em adultos jovens (HAUSER, 1995; BERG et al, 1996). A prevalência mundial estimada é de 0,5 a 1% e de aproximadamente 1,5 a 2% nos países em desenvolvimento (HAUSER, KURLAND, 1975; BORGES et al, 2004).

As CE são o resultado de uma descarga súbita, excessiva e transitória resultante de correntes elétricas devido à movimentação iônica através da membrana celular de neurônios em parte do cérebro (CE focais), ou de área mais extensa, envolvendo simultaneamente os dois hemisférios cerebrais (crises generalizadas). A manifestação clínica crítica nas CE focais é determinada pelo local de origem da descarga anormal e que pode resultar do padrão de difusão intracortical, através de conexões anatômicas do foco epileptogênico, mesmo em áreas remotas.

A Síndrome epiléptica é definida como um distúrbio epiléptico caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem simultaneamente. Essas características incluem tipo de CE, etiologia, fatores precipitantes, idade de início, aspectos do eletrencefalograma (EEG), severidade, cronicidade e prognóstico. (ALARCON, 2009)

Para a caracterização de epilepsia é fundamental a recorrência de CE não provocadas, sem evidências de insultos agudos como febre, ingestão de álcool ou intoxicação por drogas, distúrbios metabólicos graves ou lesão aguda cerebral, como na instalação de acidente vascular cerebral. A determinação da síndrome epiléptica tem implicação na terapêutica e no prognóstico. Frequentemente, a epilepsia é uma condição “benigna”, com bom prognóstico e com controle das CE ou remissão das CE após um determinado período de tempo com a suspensão das drogas antiepiléticas (DAE). Entretanto, diferentes prognósticos e respostas ao tratamento medicamentoso podem ser identificados, sugerindo que o processo epileptogênico não é estático nas várias epilepsias.

1.3 – Classificação das crises epilépticas e das síndromes epilépticas

As CE são classificadas de acordo com a proposta da ILAE, baseada nas manifestações clínicas e no EEG (COMMISSION, 1981). As CE são classificadas em focais, generalizadas e não classificáveis. As CE focais apresentam manifestações clínicas e do EEG restritas a um hemisfério cerebral, sendo subdivididas em CE focais simples, quando há preservação da consciência, e CE focais complexas, quando há seu comprometimento. Os achados do EEG interictais e ictais são utilizados para comprovar o envolvimento focal do cérebro, sendo restrito a um hemisfério ou a uma região, contralateral aos dados semiológicos.

Entende-se consciência como a interação e capacidade de percepção de uma forma responsiva em relação ao ambiente. A CE focal com generalização secundária acontece quando, na sequência de uma CE focal, ocorre uma crise generalizada tônica e/ou clônica. As CE em que há envolvimento simultâneo dos dois hemisférios cerebrais desde o início são definidas como generalizadas e podem ser: ausências, clônicas, tônico-clônicas e mioclônicas.

Em 1989, a ILAE introduziu uma nova classificação das síndromes epilépticas e baseou-se nas semelhanças de tipo de CE, idade de início, sinais clínicos e neurológicos, história familiar, achados de exames complementares (EEG e exames de imagem) e prognóstico. A maioria das síndromes epilépticas não tem uma causa comum, porém é importante conhecer as causas dos três tipos de epilepsias: idiopática (epilepsia transmitida geneticamente), sintomática (epilepsia com etiologia identificável) e criptogênica (epilepsia de presumível base orgânica, sem etiologia definida) (COMMISSION, 1989). De acordo com essa classificação, as síndromes e epilepsias podem ser divididas em: 1. síndromes e epilepsias localizadas (focais); 2. síndromes e epilepsias generalizadas; 3. síndromes e epilepsias não classificáveis, cujas informações não permitem determinar se são focais ou generalizadas; e 4. síndromes especiais (COMMISSION, 1989).

Embora essa classificação tenha sido amplamente utilizada, um número elevado de pacientes não apresentava todos os critérios para o diagnóstico de uma determinada síndrome, desse modo, eles foram incluídos na categoria “não

classificáveis” em estudos clínicos e epidemiológicos para definição da frequência das síndromes epiléticas.

Com o avanço das pesquisas na área de epileptologia e com a contribuição da videoeletrencefalografia e dos novos métodos de imagem estrutural e funcional do sistema nervoso (como ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons e ressonância magnética funcional), novos diagnósticos sindrômicos foram descritos, com isso, as classificações foram revistas. Como resultado, em 2001 a ILAE lançou uma nova proposta para classificar as CE e as síndromes epiléticas, cujo esquema diagnóstico se baseou em cinco eixos com complexidade progressivamente crescente (ENGEL, 2001).

Essa proposta trouxe algumas modificações e novas definições. A classificação passou a ter diferentes tipos de CE, que são agora consideradas entidades diagnósticas, e baseia-se nas características semiológicas dos eventos, os quais deixaram de apresentar qualquer conotação anatômica. Há muitos tipos de CE, e a principal diferença clínica entre elas decorre de sinais e sintomas focais ou generalizados. As CE focais podem ser motoras, somatossensoriais, sensoriais especiais, autonômicas ou psíquicas. A caracterização detalhada das CE é importante, pois a síndrome epilética – e, conseqüentemente, a escolha do tratamento com DAE – é determinada pelo tipo da CE e o estudo dos fatores etiológicos.

Síndrome epilética define uma condição epilética única e pode apresentar etiologias diferentes. As doenças epiléticas são condições patológicas que apresentam etiologia única e bem definida. Síndromes idiopáticas são definidas como epilepsias de origem genética, em que não há alterações anatômicas estruturais. As síndromes criptogênicas passaram a ser denominadas de síndromes provavelmente sintomáticas e são aquelas em que os achados ictais iniciais semiológicos e do EEG sugerem ativação de um grupo de neurônios em uma parte de um hemisfério cerebral ou os achados de investigação indicam uma origem localizada, mas não há dados para a definição etiológica. A síndrome epilética sintomática é aquela em que uma lesão estrutural é visível na neuroimagem e concordante com os achados clínicos e do EEG, sugerindo uma relação direta entre lesão e epilepsia (ALARCON, 2009).

Com o desenvolvimento de técnicas de imagem houve um conhecimento melhor dos vários processos estruturais nas epilepsias. Atualmente, em

aproximadamente 50% das epilepsias focais são encontradas alterações na ressonância magnética. Entre elas, as alterações mais comuns são: esclerose do hipocampo, malformações do desenvolvimento cortical, gliose cortical, atrofia e infarto, neoplasias primárias e malformações arteriovenosas.

Segundo a comissão de classificação da ILAE, a classificação das CE deve ser frequentemente revisada para refletir, de forma clara, todos os avanços obtidos na pesquisa básica e clínica em epilepsia, permitindo, assim, sua incorporação na prática clínica. Desse modo, foi prevista a migração de pacientes entre as síndromes, dependendo de sua evolução e de novos dados que surgissem durante sua investigação. Embora essa classificação tenha significado um avanço nas discussões sobre a melhor forma de estabelecer a nomenclatura e a organização das CE e das síndromes epiléticas, novas propostas foram posteriormente publicadas pela comissão da ILAE (COMMISSION, 1989).

Para o diagnóstico de epilepsia são utilizados os aspectos clínicos, a história clínica, o EEG e o exame de imagem. O EEG é essencial para o diagnóstico da síndrome epilética e contribui no diagnóstico diferencial. O EEG é utilizado desde a década de 1920 para o diagnóstico, prognóstico acompanhamento e seguimento e contribui para o estudo da retirada da DAE (COMMISSION, 1989; ALARCON, 2009). Durante muitos anos o diagnóstico em epilepsia era restrito à história clínica detalhada com o paciente e com os familiares, além do exame neurológico, a partir da década de 1920, com o EEG. Entretanto, a investigação das lesões estruturais anatômicas responsáveis pelas descargas na área epileptogênica somente foi possível com exames de imagem e de técnicas funcionais com a ressonância magnética, tomografia computadorizada, ressonância magnética funcional, espectroscopia e a tomografia por emissão de pósitrons (ALARCON, 2009).

O tratamento da epilepsia inclui várias abordagens, desde as políticas públicas de saúde, medidas profiláticas e preventivas de doenças com potencial risco de lesão cerebral; medidas de diagnóstico e tratamento precoce; até a reabilitação e integração social. O tratamento medicamentoso da epilepsia com DAE em monoterapia, se possível, tem como objetivo reduzir ou inibir a recorrência das CE. Para a escolha da DAE são utilizados critérios como tipo de CE e síndrome, o perfil de efeitos colaterais e eficácia e eficiência. Em alguns casos de epilepsia

com CE refratárias, o tratamento cirúrgico apresenta-se como opção (PAGLIOLI E CENDES, 2000, WIESER, 2004; ALARCON, 2009).

Há uma preocupação crescente com a qualidade de vida de pacientes com epilepsia. Neste aspecto outros fatores além do controle efetivo das CE devem ser reconhecidos.

1.4 – Epilepsia do lobo temporal

As epilepsias do lobo temporal (ELT) são as mais frequentemente encontradas em adultos e ocorrem em aproximadamente 20 a 40% dos casos de epilepsia nesta população; correspondem a aproximadamente 60% dos casos de epilepsias focais (HAUSER E KURLAND, 1975; ENGEL, KOBAYASHI ET AL, 2001).

As epilepsias sintomáticas de localização no lobo temporal são subdivididas em epilepsias límbicas (mesial) e neocorticais (lateral), de acordo com a localização da origem das CE (FRENCH JA et al, 1993).

A causa mais frequente da ELT é a esclerose do hipocampo, que é denominada epilepsia de lobo temporal com esclerose de hipocampo (ELT-EH). A ELT-EH apresenta características bem definidas dos aspectos clínicos, do EEG e da ressonância magnética (FRENCH et al, 1993; WILLIAMSON 1993; WIESER 2004).

A Esclerose do hipocampo foi inicialmente descrita por Falconer et al (1964) para apresentar a lesão caracterizada por perda neuronal e gliose das camadas de células piramidais do corno de Ammon e a camada granulada do giro denteado no hipocampo e a amígdala. Os mecanismos fisiopatológicos da relação entre a esclerose do hipocampo e a epilepsia ainda não foram completamente estabelecidos. Estudos sugerem que a principal causa da ELT-EH sejam insultos cerebrais no início da vida, tais como anóxia neonatal, traumatismos cranianos, entre outros (CENDES, KOBAYASHI, 2000). Outros autores sugerem que a ELT-EH é geneticamente determinada e a presença, na infância, de crises febris nesses pacientes seria decorrente da susceptibilidade a CE (FRENCH JA et al, 1993; WIESER 2004; STASFSTROM 2006).

A esclerose mesial temporal se caracteriza pela perda neuronal e astrocitose no hipocampo, na amígdala, no córtex entorrinal e no giro para-

hipocampal. No hipocampo, a perda neuronal é mais intensa nas áreas CA1 e CA4, giro denteado e subiculum (KIM, 2001).

Os critérios diagnósticos da ELT-EH devem ser baseados nos aspectos clínicos, particularmente a semiologias das CE, aspectos cognitivos, história clínica, e dados do EEG e da ressonância magnética (WILLIAMSON 1993; WIESER 2004). Esta epilepsia frequentemente se inicia no final da infância ou início na adolescência, com frequente antecedente de crise febril nos primeiros anos de vida. Em alguns casos há um período no qual as CE são inicialmente controladas até tornarem-se não responsivas ao tratamento farmacológico (BERG et al, 2003). A ELT-EH tem CE de difícil controle, o que se caracteriza como uma síndrome epiléptica refratária ao tratamento clínico. Entretanto, um número elevado de casos responde ao tratamento medicamentoso habitual (KIM et al, 1999; STEPHEN et al, 2001).

As CE são parciais simples e complexas. O tipo mais frequente de CE é uma sensação de mal-estar epigástrico ascendente, algumas vezes caracterizado como dor, opressão ou frio na região epigástrica ou torácica. Os pacientes podem ainda se referir a sensações dismnésticas, como *deja vu* ou *jamaís vu*, ou ainda medo súbito sem motivação, e mais raramente alucinações gustatórias e olfatórias. Crises autonômicas, como piloereção, palpitação e dilatação pupilar, também ocorrem. O comprometimento da consciência é frequentemente observado, porém difícil de quantificar. Ele se caracteriza por graus variados de redução da responsividade ao ambiente, parada das atividades e fixação do olhar – acompanhado ou não de automatismos caracterizados por movimentos coordenados e repetitivos que se assemelham a movimentos voluntários, manuais e oroalimentares com postura distônica ou paresia dos membros contralaterais à zona de início ictal (WIESER, 1993, 2000, 2004). As CE duram em média 2 a 3 minutos e são seguidas por confusão mental e amnésia do evento. A generalização secundária não é frequente. Disfunção cognitiva e da linguagem podem ocorrer no período pós-ictal (WIESER 2000, 2004).

Os pacientes em geral apresentam exame neurológico normal, mas por vezes apresentam déficit de memória verbal e/ou não verbal dependendo do hemisfério acometido. O EEG interictal pode apresentar anormalidade não epileptiforme caracterizada por alentecimento intermitente nas faixas teta e delta sobre as regiões temporais mesio-basais. Anormalidade paroxística do tipo ponta e onda aguda, seguida ou não de onda lenta, é registrada com eletronegatividade

máxima nos eletrodos T3-F7/T4-F8, e especialmente nos eletrodos esfenoidais (WILLIAMSON 1993; EBERSOLE & PACIA, 1996).

Na ressonância magnética a esclerose mesial se caracteriza por diminuição do volume (em 90 a 95% dos casos) ou aumento do sinal do hipocampo (em 80 a 95% dos casos) nas sequências ponderadas em T2, acompanhados de modificação no formato e na estrutura interna do hipocampo (em 60 a 95% dos casos) e diminuição do sinal em T1 (em 10 a 95% dos casos). A atrofia do hipocampo pode ser unilateral ou bilateral; é assimétrica mais frequentemente. Podem ocorrer anormalidades em outras regiões, como a atrofia ou aumento de sinal da amígdala e do lobo temporal, com dilatação do corno temporal do ventrículo lateral. As técnicas quantitativas, como a volumetria e o tempo de relaxamento nas sequências ponderadas em T2, podem ser úteis nos casos de alterações sutis ou comprometimento bilateral dos hipocampos (JACKSON et al, 1993; CENDES et al, 1993; WIESER, 2004).

A tomografia por emissão de pósitrons (PETscan) do metabolismo evidencia o hipometabolismo das estruturas do hipocampo e, em alguns casos, também nas regiões corticais, talâmicas e dos núcleos da base (HENRY et al, 1993).

1.5 – Os transtornos psiquiátricos na epilepsia

Pacientes com epilepsia apresentam transtornos psiquiátricos mais frequentemente do que o restante da população (BLUMMER 1975; EDEH et al, 1987; GAITATZIS et al, 2004; SWINKELS et al, 2005; TELLEZ-ZENTENO et al 2007). Historicamente há relatos de sintomas psicóticos, alterações de comportamento, instabilidade emocional e impulsividade em pacientes com epilepsia a mais de 3 mil anos (REYNOLDS et al, 2008). Hipócrates, em 400 a.C., observou que o estado mental dos pacientes com epilepsia deteriora entre as CE (FEDDERSEN et al, 2005).

A associação entre epilepsia e distúrbios psiquiátricos tem sido observada desde a Antiguidade, principalmente a associação com a depressão. Pacientes com epilepsia podem apresentar várias alterações comportamentais, transtornos psiquiátricos estão relacionados a praticamente todas as síndromes epilépticas, variando desde quadros depressivos e ansiosos até quadros psicóticos potencialmente graves (ETTINGER, KANNER, 2007, ARAÚJO FILHO et al, 2008).

É sabido que distúrbios psiquiátricos são mais frequentes em pacientes com epilepsia do que na população em geral. Há diferenças na prevalência de acordo com a síndrome epiléptica, ocorrendo de um modo geral entre 19 a 48% nos pacientes com epilepsia, entretanto, na ELT-EH, em aproximadamente 60% dos casos, 50% nas outras epilepsias focais e em 37% na epilepsia generalizada primária. Pacientes com epilepsia têm risco de depressão e suicídio 4 a 5 vezes maior que a população em geral (KIRSTEN et al, 2013; OLIVEIRA, 2010; WIGLUSZ et al, 2015, GILLIAM et al, 2003; KANNER, 2003; JOHNSON et al, 2004; VAN ELST E TRIMBLE, 2004, TEDRUS et al, 2009).

A ansiedade social é mais frequente em pacientes com epilepsia do que em pacientes com outras doenças crônicas. Eles apresentam ansiedade social 5 vezes mais frequente do que a população em geral, numa taxa de 22,8% ao longo da vida e 11,2% na população em geral (HEERSINK et al, 2015).

O risco do desenvolvimento de psicoses pode ser de 6 a 12 vezes maior em pacientes com epilepsia do que na população. Esquizofrenia e psicose *schizophrenia-like* podem afetar 4 a 18% dos pacientes com epilepsia generalizada e com ELT-EH, respectivamente (TORTA E KELLER, 1999).

Valores distintos de prevalência ocorrem tanto devido à variação de dados demográficos (estudos populacionais *versus* estudos em centros especializados) quanto à barreira nos critérios diagnósticos utilizados. Não há consenso sobre como classificar e diagnosticar as referidas doenças. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), apesar de descrever critérios diagnósticos para diferentes doenças psiquiátricas, não inclui entre elas esses transtornos em pacientes com epilepsia, cabendo neste caso à categoria “transtorno secundário a uma causa orgânica”.

Tabela Transtornos psiquiátricos em pessoas com epilepsia e na população geral.

Transtorno psiquiátrico ao longo da vida	Sem epilepsia (N=36.727) (95%CI)	Na epilepsia (N=253) (95%CI)
Transtorno de depressão maior	10,7 (10,2-11,2)	17,4 (10,0-24,9)
Transtorno de humor	13,2 (12,7-13,7)	24,4 (16,0-32,8)
Transtorno de ansiedade	11,2 (10,8-11,7)	22,8 (14,8-30,9)
Transtorno de humor/ transtorno de ansiedade/ distímia	19,6 (19,9-20,2)	34,2 (25,0-43,3)
Transtorno de pânico/ agorafobia	3,6 (3,3-3,9)	6,6 (2,9-10,3)
Ideação suicida	13,3 (12,8-13,8)	25,0 (17,4-32,5)
Qualquer transtorno mental	20,7 (19,5-20,7)	35,5 (25,9-44,0)

Fonte: Tellez-Zenteno (2007 p. 2339).

Ainda são discutidos quais fatores estão implicados no desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos na epilepsia, e sugere-se que a causa é multifatorial, isto é, são decorrentes de uma complexa interação entre alterações neurofisiológicas, da etiologia da epilepsia, a idade de início, do tipo e da frequência das CE, dos efeitos colaterais das DAE, da vulnerabilidade individual, susceptibilidade genética e das vivências do paciente frente ao impacto psicossocial relacionado à doença e do suporte psicossocial (SZAFLARSKI et al, 2004; LUDGER E TRIMBLE et al, 2004; BOYLAM et al, 2004).

Transtornos psiquiátricos estão associados a todas as síndromes epilépticas e contribuem para uma maior dificuldade no manejo e no comprometimento da qualidade de vida desses pacientes (BOYLAN et al, 2004; GAITATZIS et al, 2004; TEDRUS et al, 2013). Há divergências se distintos distúrbios psiquiátricos ocorrem como aspectos próprios da epilepsia.

Tradicionalmente os transtornos psiquiátricos na epilepsia são divididos em perictais e interictais. Os transtornos perictais possuem relação estreita temporal com as CE, ocorrendo imediatamente antes, durante ou após as CE. Nos transtornos interictais não há relação temporal entre o transtorno psiquiátrico e as CE, mas provavelmente há uma interação multifatorial e complexa (KRISHNAMOORTHY, 2007).

Em 1923, Kraepelin (Apud BLUMMER, 2000) descreveu um distúrbio afetivo pleomórfico em epilepsia, designado por Blumer et al, como transtorno disfórico interictal. Tal quadro tem a presença de sintomas como: humor deprimido ou eufórico, irritabilidade, inércia, insônia, ansiedade, medo e dores atípicas. Com duração intermitente no curso de vida do paciente, o quadro é caracterizado por

labilidade de sintomas depressivos e afetivos especificamente eufóricos e irritabilidade. (MULA, 2014; BLUMER, 2000). A condição flutuante dos sintomas não preenche os critérios diagnósticos do DSM-V ou da CID-10; alguns autores argumentam que os sintomas possam ser parte da característica clínica do quadro da depressão (AMIRI, 2014).

A avaliação dos transtornos psiquiátricos na epilepsia é uma área complexa e com aspectos ainda a serem elucidados. Além disso, a maioria dos estudos tem utilizado instrumentos que não são validados para essa população (KRISHNAMOORTHY, 2007). Sintomas psiquiátricos podem fazer parte das CE. Auras e componentes de crise focais podem incluir sintomas semelhantes a distúrbios de comportamento, alucinações ou sintomas de pânico ou de ansiedade, entre outros (KRISHNAMOORTHY, 2007).

A associação complexa existente entre epilepsia e transtornos psiquiátricos está entre os mais frequentes e importantes aspectos no acompanhamento e tratamento de pacientes com epilepsias, dificultando o tratamento e comprometendo a qualidade de vida desses indivíduos (GILLIAM et al, 2003; KANNER, 2003; JOHNSON et al, 2004; VAN ELST E TRIMBLE, 2004, TEDRUS et al, 2009; ETTINGER et al, 2010).

Há controvérsias sobre a metodologia mais adequada a ser aplicada para a classificação de distúrbios psiquiátricos em pacientes com epilepsia e, com isso, há dificuldades para se estabelecer sua frequência nas diferentes síndromes epiléticas. Há evidência de que apesar de prevalentes os distúrbios psiquiátricos na epilepsia são pouco diagnosticados e tratados inadequadamente em uma grande parte dos pacientes e apresentam descrição psicopatológica escassa (CRAMER et al, 2003; GAITATZIS et al, 2004; LORING et al, 2004; LEE et al, 2005). Em 2007, a ILAE fez recomendações em relação ao diagnóstico e à classificação das desordens neuropsiquiátricas (KRISHNAMOORTHY, 2007).

Hoje existe uma proposta de classificação dos transtornos psiquiátricos na epilepsia apresentada por uma comissão neuropsiquiátrica da ILAE, com objetivo de melhorar a organização e diferenciação entre um transtorno psiquiátrico, como comorbidade ou doença crônica, e alterações de comportamentos próprios da epilepsia. Essa classificação descreve sintomas psiquiátricos como um aspecto da crise epilética. Diferentes crises podem apresentar diferentes sintomas, entre eles: crises de pânico, alucinações visuais, delírios transitórios e comportamentos

bizarros. A diferenciação entre esses sintomas e os dos transtornos psiquiátricos primários é o início abrupto, a transitoriedade e a forma estereotipada dos comportamentos (ARAÚJO FILHO et al, 2008).

Alguns estudos na literatura que buscam explicar a associação entre os transtornos psiquiátricos e a epilepsia apontam para a percepção do estigma, fatores psicossociais, percepção da discriminação, “falta de controle sobre a vida”, dificuldades de adaptação com a epilepsia e impacto financeiro como sendo fatores que contribuem para esse cenário. O conceito de alterações neuroquímicas no cérebro de indivíduos com depressão é embasado por estudos que associam transtornos psiquiátricos a doenças do sistema nervoso central (ETTINGER et al, 2010 e FIEST et al, 2013).

Comorbidades psiquiátricas em pacientes com epilepsia parecem estar relacionadas à cronicidade e à severidade da epilepsia, e sua prevalência parece ser maior em pacientes com epilepsia refratária. Entretanto, outros fatores, como genéticos, os efeitos das CE e a etiologia da epilepsia, também podem influenciar a ocorrência das comorbidades psiquiátricas.

1.6 – Depressão

Vários transtornos estão incluídos na categoria dos Transtornos depressivos (TD) segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) em sua quinta e mais atual edição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), entre eles os sintomas em comum são humor triste, vazio ou irritável acompanhando de alterações cognitivas ou somáticas. O que os diferencia são aspectos como duração, curso ou etiologia presumida.

Nos Estados Unidos, a prevalência de TD em 12 meses é de aproximadamente 7%, com diferenças entre as faixas etárias, sendo 3 vezes mais frequente entre os mais jovens do que na população mais envelhecida e 1,5 a 3 vezes mais frequente nas mulheres. Cerca de 50 milhões de pessoas no mundo são afetadas por eles. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno depressivo maior (TDM) é o mais clássico e representativo dentre os transtornos depressivos, seus sintomas incluem humor deprimido, acentuada diminuição do interesse, alteração de sono e apetite, agitação ou retardo

psicomotor, sentimentos de inutilidade, pensamentos recorrentes de morte e capacidade cognitiva diminuída (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Do ponto de vista psicológico, o TD tem relação com perdas; reações depressivas podem ocorrer diante de perdas significativas, como, por exemplo, a perda de uma pessoa querida ou de um emprego (DALGALARRONDO, 2000). Seligman (1977) propõe um modelo explicativo para a depressão que chamou de desamparo aprendido. O modelo cria uma condição em que há estímulos aversivos que são imprevisíveis e incontroláveis, a exposição constante a essa condição gera sintomas depressivos. A descrição da condição pode ser relacionada à epilepsia e às CE.

O DSM-V reconhece que o TD pode estar associado às substâncias de abuso, medicamentos ou condições médicas específicas. O Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica se caracteriza predominantemente por período persistente de humor deprimido e diminuição acentuada do interesse. Considera-se estar relacionado aos efeitos fisiológicos de uma condição médica, ou seja, precisa existir uma condição médica já diagnosticada, e a perturbação do humor deve ser explicada através da relação etiológica com tal condição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os Transtornos Neurocognitivos (TNCs) têm um capítulo específico destinado a eles no DSM-V. A categoria inclui transtornos cuja característica principal é a relação do déficit primário com a função cognitiva. Doença de Alzheimer, doença de Parkinson e doença vascular devido a infecção por HIV são exemplos de doenças que levam às TNC. a epilepsia também não está descrita nesse capítulo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os transtornos de humor são transtornos psiquiátricos os mais comuns nos pacientes com epilepsia (GAIATZIS ET AL, 2004), com prevalência de 17,4%, em comparação a 10,7% da população em geral (TELLEZ-ZENTENO et al, 2007). Estudos com diferentes metodologias diagnósticas descrevem prevalência entre 11 e 62%, com limitado número de estudos que utilizam avaliação psiquiátrica padronizada (HERMANN et al, 2000; ETTINGER et al, 2004; SWINKELS et al, 2005).

Estudos descrevem que epilepsia e depressão têm alta associação, maior do que aquela encontrada em outras doenças crônicas. Entretanto, estudos de prevalência de depressão em pacientes atendidos em serviços terciários descrevem valores de 58% (VICTOROFF et al, 1994), e em estudo multicêntrico

valores de 34% (JONES et al, 2005). Outros estudos sugerem que depressão ocorre em 4% dos pacientes com CE controladas e em aproximadamente 10% daqueles com menos de uma CE/mês e atingem 21% em pacientes com alta frequência de CE e não controlada epilepsia (JACOBS et al 1996; O'DONOGHUE).

Vários aspectos clínicos, como tipo e severidade da epilepsia, frequência e tipo das CE e tipo e número de DAE, podem afetar o diagnóstico de depressão. A manifestação da depressão nos pacientes com epilepsia frequentemente tem diversas expressões clínicas com sintomas que frequentemente não preenchem os critérios diagnósticos de transtorno primário do humor, conforme os critérios internacionais de classificação como o DSM-IV, e assim muitas vezes é pouco diagnosticada e tratada (CRAMER et al, 2003; LORING et al, 2004; LEE et al, 2005; KANNER, 2007).

Estudos mostram que aproximadamente 30% dos pacientes com epilepsia revelaram que a depressão é o seu maior problema e é o mais forte preditivo de qualidade de vida (BOYLAN et al, 2004). A depressão se associa a pior prognóstico nos pacientes com epilepsia. Pacientes com epilepsia e depressão têm pior resposta farmacológica às DAE, apresentam mais efeitos colaterais, pior prognóstico ao tratamento cirúrgico das CE. Além disso, estão associados a pior controle das CE e aumento do risco de suicídio, em comparação com os indivíduos com epilepsia sem depressão (CRAMER et al, 2003; KANNER 2007; PETROVSKI et al, 2010).

A depressão pode ter origem multifatorial, com certa vulnerabilidade genética, reacional ao diagnóstico, prognóstico e evolução da epilepsia, reacional aos problemas sociais e laborais e familiares associados à epilepsia e a certas DAE. Estima-se que o risco suicida em pacientes com epilepsia é 5 a 10 vezes maior que entre a população em geral (KANNER et al, 2003).

Estudos relacionam os transtornos psiquiátricos presentes na epilepsia com o funcionamento cerebral ou características neurológicas específicas. Em 2012, Valente realizou uma revisão na literatura buscando estudos de neuroimagem funcional em sujeitos com epilepsia de lobo temporal. A partir de seus achados, afirma que as redes neurais envolvidas na epilepsia de lobo temporal são as mesmas envolvidas na depressão.

Apesar de ser uma discussão controversa, esse argumento embasa a hipótese que se tem levantado na literatura de que a relação entre depressão e

epilepsia é bidirecional. O estresse crônico a que a epilepsia expõe o indivíduo, os eventos estressantes e a vulnerabilidade inerente podem levar à depressão. A imprevisibilidade e incerteza das crises podem induzir ao desamparo aprendido, um modelo explicativo acerca das contingências que podem produzir a depressão. A relação inversa, de que a depressão pode facilitar a atividade epilética, é discutida na medida em que mecanismos de ação como hiperatividade do hipotálamo-hipófise-adrenal e distúrbios da glutamida estão envolvidos nas duas condições, depressão e epilepsia (ETTINGER E KANNER, 2007, FIEST et al, 2013, VALENTE, 2012).

Evidências recentes sugerem que a relação entre epilepsia e depressão é necessariamente unidirecional e pacientes podem apresentar desordens do humor anterior ao início das CE (HERDORFFER et al, 2000; KANNER, 2006; MULA E SCHMITZ, 2015).

Um estudo populacional descreve que pacientes com epilepsia apresentam 3,7 vezes mais história de depressão precedendo a primeira CE (HERDORFFER et al, 2000). A bidirecional relação sugere haver um mecanismo fisiopatológico comum entre epilepsia e depressão, de forma que uma doença potencializaria o desenvolvimento da outra.

Sugere-se atividade anormal de neurotransmissores, como a serotonina, noradrenalina, dopamina, GABA e glutamato, além de mudanças estruturais nos lobos temporais e frontais, e nas estruturas amígdala, hipocampo e córtex entorhinal, além de anormalidades funcionais em estruturas mesiais, como os núcleos da rafe e giro do cíngulo e tálamo e do sistema hipófise-hipotalâmico-adrenal (KANNER et al, 2006).

1.7 – Ansiedade

São diversos os transtornos incluídos entre os Transtornos de Ansiedade (TA), como, por exemplo, Fobias, Ansiedade Social, Transtorno de Pânico e o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Em comum, apresentam-se os sentimentos de medos e ansiedades excessivos, além de alterações comportamentais relacionadas. O que os diferenciam são os objetos para os quais o medo é dirigido. O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), para exemplificar, é caracterizado por ansiedade ou preocupação excessiva de difícil

controle e associação com inquietação, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação no sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Assim como nos TDs, o Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica está descrito entre os TAs, com o predomínio de ataques de pânico ou ansiedade. Para o diagnóstico do quadro deve considerar-se que tais perturbações são consequências fisiopatológicas de uma condição médica, ou seja, o diagnóstico de uma doença anterior ao quadro é necessário (SELIGMAN, 1977 E DALGALARRONDO, 2000).

Os aspectos psicológicos envolvidos na ansiedade são referentes a respostas emocionais a estímulos que sinalizam uma condição que virá possivelmente aversiva, ou seja, as pessoas reagem com ansiedade a situações que são potencialmente ruins, por exemplo, a possibilidade de perder o emprego.

Pacientes com epilepsia apresentam mais altos graus de ansiedade basal do que o restante da população, frequentemente associada ao estigma, às vivências associadas à doença. Estudos sugerem uma prevalência de ansiedade elevada com índices semelhantes à da depressão (MULA, 2013). Estudos descrevem que a ansiedade é uma condição crônica com períodos de remissão ao longo da doença. A maior ansiedade está associada à idade mais precoce do início das CE (AMOR AND VALLEJO, 2001).

As psicoses têm uma prevalência de 2 a 7% na epilepsia. Nos pacientes com ELT e nos pacientes com CE refratárias, estudos indicam maior ocorrência (TRIMBLE, 1991; ADACHI et al, 2002).

1.8 – Neuroticismo

O chamado modelo dos Cinco Grandes Fatores é o resultado de um conjunto de pesquisas na área da personalidade humana. É consenso (NUNES, 2000) que a personalidade humana é formada por cinco fatores; o neuroticismo é um dos fatores que a compõem, além de extroversão, socialização, realização e abertura. Neuroticismo refere-se à cronicidade do ajustamento e instabilidade emocional; comportamentos relacionados à ansiedade, depressão, vulnerabilidade e impulsividade fazem parte do conceito e são considerados na avaliação desse

fator. Baixa tolerância à frustração e resposta de enfrentamento mal adaptadas também estão relacionadas ao neuroticismo.

A vulnerabilidade e o desajustamento psicossocial são característicos do neuroticismo e fazem parte da escala utilizada nesse estudo. A vulnerabilidade relaciona-se com insegurança, baixa autoestima, dificuldade de tomar decisões, medo do abandono e de críticas. O desajustamento psicossocial refere-se à interação com os outros, hostilidade ou necessidade de chamar atenção. Neuroticismo representa as diferenças individuais para como cada um vivencia o sofrimento e em seus diferentes padrões de comportamento. Pessoas com altos níveis de neuroticismo são mais propensas a enfrentar estressores com dificuldade (NUNES, 2000).

1.9 – ELT-EH e Transtornos psiquiátricos

Vários estudos descrevem aumento da ocorrência de transtornos psiquiátricos em pacientes com ELT-EM, comparado ao de pacientes com outros tipos de epilepsia (BEAR E FEDIO, 1977; GAITATZIS et al, 2004; QUISKE, 2000). Enquanto outros estudos não encontram essa associação (MANCHANDA et al, 1992; 1995 SWINKELS, 2001, 2006; FEDDERSON et al, 2005; LOCKE et al, 2010).

Estudos apontam que a prevalência de transtornos psiquiátricos na ELT e/ou epilepsia refratária varia entre 60 a 80%, sendo superior àquela encontrada na epilepsia generalizada idiopática (20 a 30%).

Estudos sugerem que a ELT-EM tem maior risco de transtornos psiquiátricos, principalmente das desordens afetivas, por alterações neuroanatômicas e neuroquímicas por envolvimento do sistema límbico, que é a região responsável pela epilepsia e pela regulação dos afetos e humor, sugerindo um mecanismo neurofisiológico comum (KANNER 2005; SWINKELS et al, 2006).

A ocorrência dos diversos transtornos psiquiátricos na ELT sofre influência de vários aspectos clínicos, como a gravidade e severidade das CE, a etologia da epilepsia, a idade de início, efeitos colaterais das DAE e do suporte psicossocial do paciente

A relação entre lateralidade do foco epileptogênico e a ocorrência e tipo de transtornos psiquiátricos é controversa (FEDDERSON et al, 2005; SWINKELS 2006).

A lateralidade do foco é considerada como um potencial fator de risco para os transtornos psiquiátricos e Sperli et al enfatizam o papel do hemisfério direito, por suas extensas conexões com estruturas límbicas na gênese de alterações psiquiátricas.

Entretanto, alguns descrevem que indivíduos com foco na esquerda podem ter como características de personalidade maior dependência emocional, humor deprimido e sintomas psicóticos, principalmente se há acometimento de estruturas temporais mesiais (FEDDERSON et al 2005; SHETTY E TRIMBLE, PERINE), enquanto outros refutam a ideia de relação entre achados psicopatológicos e lateralidade ou a diferenciação topográfica do foco (SWINKELS et al, 2006; ADAMS, 2008).

Em estudo de Tedrus et al (2009) em que foram avaliados 87 pacientes adultos com epilepsia focal sintomática ou provavelmente sintomática, observamos maior ocorrência de depressão entre as mulheres e naqueles com ELT e esclerose do hipocampo, mas não encontramos relações significativas com outras variáveis clínicas e do EEG.

1.10 – O estigma

A palavra estigma tem origem no latim *stigmat*, que significa “marca” ou “rótulo” e no grego *stizein*, “tatuado”, impingir um sinal infamante, de inaceitabilidade social. Segundo Yacubian (2012), a sociedade valoriza o controle social e a previsibilidade de seus indivíduos. Reconhece suas diferenças ou desvios e os rotula como estigma aplicando regras e sanções a estes.

É de Goffmann (Apud JACOBY, 1994) a definição mais comumente usada (FIEST 2014; FERNANDES, 2005; ABLON, 2002, JACOBY, 1994); o autor explica o estigma como uma reação negativa de outros a uma condição ou atributo de uma pessoa. Para ele, as pessoas estigmatizadas são vistas pelos outros como não totalmente humanas. Essas pessoas e seus familiares sofrem com o estigma, vivem a falta de suporte social, discriminação e isolamento social, que provavelmente ocorre em consequência de equívocos da sociedade (FIEST, 2014).

A sociedade cria categorias e define o que é normal ou natural para cada membro delas. Quando uma pessoa tem um atributo que a torna diferente dos

outros, muitas vezes indesejável, ela percebe e experimenta com sofrimento atitudes evidentes frente a essas diferenças. O sofrimento imposto por essa condição tem implicações para a autoimagem, o autorrespeito e a confiança

Goffman (Apud Ablon, 2002) propõe cinco dimensões do estigma: a natureza da doença, as fontes de estigma, a natureza da população estigmatizada, os tratamentos procurados por pessoas estigmatizadas e o modo como o estigma é enfrentando.

A natureza da doença diz respeito às características de cada doença que é estigmatizada pela sociedade; na epilepsia, por exemplo, essa característica é a imprevisibilidade das crises. As fontes de estigma são situações nas quais a pessoa estigmatizada percebe o comportamento das pessoas que a cercam, dos familiares, provocações que vivem desde a infância e são levadas para toda a vida. Essa dimensão também inclui a visibilidade do fator estigmatizante, isto é, características que podem ser imediatamente percebidas ou características potencialmente estigmatizantes que não são visíveis, quando reveladas, levam à marginalização, situação que leva ao estressante controle da informação e ao dilema de contar ou não sobre sua condição (ABLON, 2002).

A natureza da população estigmatizada é a consideração estatística de que a população mais pobre, grupos étnicos ou segmentos que têm pouco acesso a serviços médicos sofrem mais com o estigma. Os tratamentos ilegais ou com curandeiros procurados por pessoas que sofrem com o estigma muitas vezes não têm embasamento científico e contribuem para a estigmatização. Por último, o enfrentamento, ou seja, o modo como a pessoa estigmatizada lida com os insultos, compõe a última dimensão. É sabido que apoio familiar e a comunicação positiva entre os membros da família são fatores que dão suporte ao bom enfrentamento da condição (ABLON, 2002).

O estigma pode ser entendido sob duas diferentes perspectivas, o estigma sentido e o estigma imposto. O primeiro diz respeito ao sentimento de vergonha, constrangimento ou medo de sofrer discriminação que a pessoa pode vivenciar. O segundo é assim denominado em situações de discriminações reais que ocorrem em decorrência ao diagnóstico de epilepsia, por exemplo, a demissão

após uma crise ocorrida no ambiente no ambiente de trabalho. (FIEST, 2014, JACOBY, 1994, ABLON, 2002).

O estigma também pode ser dividido em duas formas, uma chamada de *self*, que envolve sentimentos, pensamentos e crenças da própria pessoa sobre si mesma, e *other*, que envolve sentimentos de isolamento e comportamentos de exclusão com relação aos outros (SABATELLO, 2015).

1.11 – O estigma na epilepsia

O termo estigma é estudado há muitos anos e se refere a uma característica diferente do normal, comumente associada a doenças e condições médicas. Diferentes condições são estigmatizadas, o que significa não só lidar com a doença e seus sintomas em si, como também com todas as crenças e mitos que contribuem para a formação e manutenção do estigma na sociedade. Na epilepsia, especialmente, o preconceito é grande e muitas vezes considerado como mais estressante e prejudicial que a própria doença. A epilepsia é considerada a condição que mais sofre com o estigma (ABLON, 2002, FERNANDES, 2006).

Ao longo da história, as epilepsias têm inspirado medo, ideias de possessão demoníaca, deficiência mental, insanidade ou tendências criminosas. A epilepsia foi frequentemente considerada uma doença provocada por causas sobrenaturais. Por séculos, pessoas com epilepsia foram mantidas afastadas do resto da sociedade.

Nos EUA, exclusão de pessoas com epilepsia de locais públicos e leis eugênicas proibindo o casamento de pessoas com epilepsia existiam até a década de 1970. Em 18 estados americanos, leis eugênicas de esterilização de pessoas com epilepsia permaneceram até o ano de 1956 (MANI, 1997; MCLAUGHLIN et al, 2008; MCLIN E BOER, 1995). No Reino Unido, leis proibindo o casamento de pessoas com epilepsia foram abolidas somente em 1970. Em certos lugares da Ásia, são ainda práticas comuns a negação ou anulação do casamento por causa de epilepsia (MANI, 1997; MCLAUGHLIN et al, 2008; MCLIN E BOER 1995). Na china, 31% das pessoas pesquisadas consideraram que pessoas com epilepsia não deveriam ser empregadas (MANI, 1997; MCLAUGHLIN et al, 2008; MCLIN E BOER 1995). Ainda

hoje a epilepsia é cercada por muitos mitos e preconceitos, apesar dos avanços científicos e do desenvolvimento constante de novos tratamentos.

A condição socioeconômica do paciente também tem relação com o estigma. Pacientes que vivem em comunidades com menor renda são mais propensos a sentir o estigma do que os pacientes que vivem em uma comunidade com poder socioeconômico maior. Pacientes que vivem em países em desenvolvimento sob condição econômica precária frequentemente não têm acesso ao tratamento adequado e sofrem maior estigmatização pelo diagnóstico, apesar de as CE, na maioria dos pacientes, poderem ser controladas com medicação de baixo custo (LEAFFER, 2014).

A sociedade contribui com a perpetuação do estigma, que limita condições de escolaridade, emprego e a participação social em geral. Infelizmente, a ignorância e superstições não estão presentes apenas nas pessoas em geral, mas também em médicos e legisladores, e para as pessoas com epilepsia, as leis têm sido bastante restritivas (MANI, 1997; MCLAUGHLIN et al, 2008; MCLIN E BOER 1995).

Este estigma imposto a pessoas com epilepsia afeta as suas famílias, vida social, emprego, perspectivas conjugais e autoestima. A consequência é que as pessoas com epilepsia comumente escondem o seu problema e podem deixar de procurar tratamento médico e aderir corretamente a ele, contribuindo de maneira significativa para a lacuna de tratamento. (MANI, 1997; MCLAUGHLIN et al, 2008; MCLIN E BOER 1995).

Indivíduos que tiveram o início da epilepsia quando jovens têm menores índices de casamento. Entretanto, são poucos os estudos que avaliam a relação entre tipo e frequência de CE e o estado civil do indivíduo. Isso muitas vezes acarreta em solidão, desajustamento e o estigma que pode, algumas vezes, levar a comportamentos inadequados, diminuição da qualidade de vida, exclusão social, diminuição de oportunidades de emprego e da escolaridade (MANI, 1997; MCLAUGHLIN et al, 2008; MCLIN E BOER 1995, TEDRUS, 2015)

Sabatello (2015) avaliou famílias com múltiplos membros com epilepsia buscando a relação entre causas genéticas e percepção do estigma. Dois tipos de estigma foram avaliados: *self*, que envolve sentimentos, pensamentos e crenças da própria pessoa, e *other*, que envolve sentimentos de isolamento e comportamentos de exclusão com relação aos outros. Os resultados do estudo

apontam para uma maior incidência de estigma no grupo de pessoas com epilepsia do que em seus familiares sem epilepsia. Apesar da diferença, em ambos os grupos o escore maior foi na subescala *self* e menor na subescala *other*. O estudo também associa o estigma sentido com a condição de emprego e a severidade da epilepsia. O estigma sentido também está relacionado com a experiência de discriminação relatada, a direção dessa associação não é clara para os autores, uma vez que se pode entender que uma pessoa que sofre uma discriminação pode sentir-se mais estigmatizada ou uma pessoa que se sente estigmatizada pode ter a tendência a interpretar algumas experiências como discriminatórias mesmo que essas experiências possam ser interpretadas de outras formas.

A mensuração do estigma pode ser feita de várias maneiras, a mais comum é o autorrelato, o uso de instrumentos como escalas validadas são outra forma importante para pesquisa. Fiest (2014) apontou três escalas utilizadas atualmente como instrumentos para avaliação do estigma. Uma escala desenvolvida por Jacob (1994), a Escala de Estigma em Epilepsia desenvolvida por Fernandes (2005), que foi usada nesse estudo e uma escala desenvolvida na Malásia, por Lim e colaboradores, em 2012. Apesar dos três instrumentos serem validados nos países onde foram desenvolvidos, as escalas ainda não têm tradução em outras línguas. A falta de validação desses instrumentos em diferentes culturas dificulta a avaliação e principalmente a comparação entre estudos envolvendo o estigma na epilepsia.

Fernandes (2005) desenvolveu e validou na população brasileira a Escala de Estigma em Epilepsia, atualmente o único instrumento de mensuração do estigma validado no Brasil. O conceito usado pela autora na construção da escala foi baseado em diferentes modelos (GOFFANN, 1963, LINK E PHERLAN, 2001, JONE et al, 1981, RAYAN. 1980; ABLON, 2002). Em comum, buscam explicar o estigma através da relação da sociedade com a pessoa que possui uma condição ou característica específica, ou seja, a cultura e a sociedade e até as ofertas de tratamentos existentes onde a pessoa está inserida refletem no estigma sentido.

Alguns autores sugerem que as restrições nas atividades cotidianas, a baixa autoestima, o estigma, a rejeição social e a dificuldade de lidar com a imprevisibilidade das CE a que alguns pacientes estão sujeitos podem estar associados à depressão e a outros transtornos psiquiátricos mais frequentemente

do que aos aspectos clínicos da epilepsia (REISINGER E DILORIO, 2009; FRANCK E DERAEDT, 2007).

Trabalhos que investigam o estigma como preditor dos transtornos psiquiátricos são poucos; a revisão sistemática feita por Gandy (2012) faz referência a três estudos não conclusivos entre si. Baker (1996) e Hermann & Whitman (1989) concluem que o estigma não é preditor de depressão, enquanto o estudo de Reisinger & Dilorio (2009) encontra essa associação.

Outros estudos sugerem que os transtornos psiquiátricos estão relacionados com o caráter crônico, a gravidade da epilepsia ou com as epilepsias refratárias. Entretanto, há poucas evidências sobre essas relações causais entre os transtornos psiquiátricos, vulnerabilidade ou ajustamento psicossocial e a percepção do estigma pelo próprio paciente (REISINGER E DILORIO, 2009; GANDY, 2012).

2 – Justificativa do estudo

Na epilepsia, é necessária a atenção à presença de transtornos psiquiátricos e de possível comprometimento de aspectos psicossociais.

Apesar de haver vários estudos na literatura da avaliação de transtornos psiquiátricos, na epilepsia o assunto ainda é controverso e há lacunas.

As diferentes metodologias utilizadas nos estudos dificultam as conclusões sobre a relação entre os transtornos psiquiátricos e as variáveis psicossociais e o estigma.

Estudos que avaliam o estigma como preditor dos transtornos psiquiátricos são poucos, e os resultados estudos não conclusivos.

Assim, este estudo avaliou um grupo de pacientes com epilepsia temporal associada à esclerose do hipocampo (ELT-EH) não submetidos a procedimentos cirúrgicos e outro grupo com epilepsia focal provavelmente sintomática (EFPS).

3 – Objetivo

O objetivo desse trabalho foi avaliar a percepção do estigma e a ocorrência de depressão, ansiedade e outros aspectos psicológicos em dois grupos de pacientes – um com epilepsia focal provavelmente sintomática (EFPS) e outro com epilepsia de lobo temporal e esclerose do hipocampo (ELT-EH) – e suas relações.

4 – Casuística e procedimentos

4.1 Participantes

Participaram do estudo sujeitos com diagnóstico clínico de epilepsia segundo a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas (COMMISSION, 1989; ENGEL, 2001) em tratamento no ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital Maternidade Celso Pierro (PUC – Campinas).

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro dos critérios éticos, conforme aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUC-Campinas, CAAE: 45923215.0.0000.5481 (Anexo 1).

4.1.1 Critérios de inclusão

- Foram incluídos 2 grupos de sujeitos: Grupo EFPS: pacientes com epilepsia focal provavelmente sintomática e Grupo ELT-EH: sujeitos com epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo, não submetidos a cirurgia (COMMISSION, 1989; ENGEL, 2001).
- Os sujeitos do grupo ELT-EH com imagens na ressonância magnética apontando lesões bilaterais foram incluídos no grupo em que a alteração era predominante.
- Foi utilizado como critério de controle de crises a ocorrência de um período de pelo menos 12 meses sem CE.
- Idade entre 18 e 59 anos, de ambos os gêneros.

4.1.2 Critérios de exclusão

- Sujeitos com déficits cognitivos ou dificuldades para compreender as questões dos instrumentos.

4.2 Delineamento

Estudo transversal com utilização tanto de métodos de análise quantitativos quanto qualitativos.

4.3 Material

Os sujeitos foram submetidos a uma única entrevista em que foram utilizados os seguintes materiais para a coleta de dados:

História clínica: instrumento objetivo construído para o presente estudo, direcionado para a coleta de dados da história clínica, isto é, dos aspectos clínicos da epilepsia, tais como: idade de início da epilepsia, frequência e tipos de CE, uso de drogas antiepilépticas e a síndrome epilética. Todos os pacientes foram submetidos à ressonância magnética de crânio. Os dados clínicos foram coletados dos prontuários do Hospital e Maternidade Celso Pierro utilizando anotações de consultas anteriores e laudo de exames complementares já realizados (Anexo 2).

Questionário de avaliação psicológica: instrumento construído para o estudo, com objetivo de coletar dados da história de vida do paciente, gênero, idade, estado civil, composição familiar, escolaridade, religião, condição de trabalho, a história da doença e como ela é entendida pelo paciente, questões que investigam as possíveis consequências da epilepsia em diversos aspectos da sua vida como trabalho, vida familiar e acadêmica (Anexo 3).

Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN – HUTZ E NUNES, 2001): é um teste psicométrico que avalia desajustamento emocional e traços de personalidade humana. É composto por 82 itens com afirmações cuja resposta é apresentada em escalas *Likert*, em que o sujeito define através de números (de um a sete) o quanto determinada frase o descreve, sendo que sete representa que o indivíduo “concorda plenamente” e um que “discorda completamente” que a sentença descreve uma característica ou não descreve em absolutamente nada minha opinião. Os itens são compostos por afirmações que descrevem crenças, comportamentos e sentimentos dos participantes, como, por exemplo, "Sou uma pessoa irritável", "Sinto-me muito mal quando recebo alguma crítica", "Não tenho nenhum objetivo a buscar na vida".

Os fatores levantados pelo instrumento são: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. O resultado da escala é apresentado por cada fator separadamente e por um escore geral. Os pontos

respondidos pelo paciente são somados e transformados em escore percentílico. Para o resultado de cada escala, os autores sugerem que tanto escores muito altos ou muito baixos são considerados indicadores de algum(ns) tipo(s) de transtornos de personalidade. Para o escore geral, a dimensão utilizada foi para uma média de 100 pontos com desvio padrão de 20, considerando-se esperados para a maioria da população escores entre 80 e 120. Essa escala é de uso exclusivo do profissional psicólogo e todo material está protegido pelos direitos autorais.

Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS-40 – LALONI, 2001): é uma escala validada e adaptada para a população brasileira a partir da *Symptom Checklist-90-Revised-SCL-90-R*, que é um instrumento para avaliação de sintomas psicológicos em pacientes com doenças físicas. A EAS-40 é uma escala multidimensional que permite o diagnóstico de transtornos psicológicos e o estabelecimento de perfil sintomático do paciente avaliado. É composta por 40 itens que descrevem sintomas físicos e emocionais e investiga, através de números que indicam intensidade (0 = nenhum pouco, 1 = um pouco e 2 = muito), o quanto o sujeito percebeu os sintomas descritos na semana anterior. A escala avalia problemas psicológicos em 4 diferentes dimensões: psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade.

O psicoticismo refere-se a um contínuo entre psicose e depressão, a descrição dos sintomas inclui distúrbios de pensamento e sentimentos de inadequação e inferioridade; a análise desses sintomas está associada aos distúrbios mais graves. O fator obsessividade-compulsividade reúne sintomas de depressão, ansiedade e preocupação excessiva. O transtorno depressivo está incluído neste grupo, desde que não se apresente de forma grave, nesse caso, é incluído no fator psicoticismo. No terceiro fator, somatização, inclui-se o transtorno somatoforme, como define o DSM-IV, e queixas de dor, sintomas gastrointestinais e pseudoneurológicos. Os transtornos de ansiedade, incluindo fobias, ataques de pânico, agorafobia, estresse pós-traumático e ansiedade generalizada, estão incluídos no fator ansiedade.

O resultado da escala é apresentado por cada fator separadamente e por um índice geral. Os pontos respondidos pelo paciente são somados e transformados em índice, que pode variar de 0 a 2 pontos, sendo que quanto mais

próximo de 2, maior a intensidade dos sintomas apresentados pelo paciente avaliado.

Escala de Estigma na Epilepsia (EEE) (FERNANDES, 2005): foi desenvolvida e validada para a população brasileira e é atualmente o único instrumento validado que mensura o estigma na epilepsia na nossa cultura. Foi criada com a finalidade de avaliar de forma objetiva a percepção do estigma.

É uma escala de fácil aplicação, contém um total de 16 questões, sendo que para seis delas¹ as respostas são expressas por uma escala numérica de um a quatro (1 = não, 2 = um pouco, 3 = bastante, 4 = muitíssimo). A resposta a essas seis questões gera os resultados que são transformados de zero a 100; valores mais altos indicam maior percepção de estigma e valores baixos indicam menor percepção do estigma, (0 = não estigma e 100 = maior nível de estigma).

O restante das questões², 8 no total, têm respostas do tipo sim ou não. Essas respostas não são computadas no escore geral da escala (Anexo 4).

4.4 Procedimentos

Os sujeitos foram contatados durante as consultas de acompanhamento de rotina no ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital Maternidade Celso Pierro (PUC – Campinas). A partir dos dados contidos nos prontuários, sujeitos que atendiam aos critérios do estudo foram abordados e convidados a participar. Toda a avaliação aconteceu em um único encontro e seguiu os seguintes passos:

1ª etapa: apresentação do pesquisador, informação sobre o trabalho, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

¹ Essas seis perguntas são: 1. “Você acha que as pessoas com epilepsia se sentem capazes de controlar sua própria epilepsia?”; 2. “O que você sentiria ao ver uma pessoa com epilepsia tendo crise?”; 3. “Quais dificuldades você acha que as pessoas com epilepsia encontram no dia-a-dia?”; 4. “Como você acha que as pessoas com epilepsia se sentem?”; 5. “Para você, o preconceito contra as pessoas com epilepsia ocorre em quais situações?” e 6. “O que você faria ao ver uma pessoa com epilepsia tendo crise?” (FERNANDES, 2005).

² São elas: 7. “Você acha que pessoas com epilepsia são rejeitadas pela sociedade?”; 8. “Você tem preconceito contra as pessoas com epilepsia?”; 9. “Você acha que as pessoas com epilepsia têm mais dificuldade de conseguir emprego?”; 10. “Você contrataria uma pessoa com epilepsia para trabalhar na sua casa?”; 11. “Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade na escola?”; 12. “Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade para se casarem?”; 13. “Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade para fazer amizades?”; 14. “Você se casaria com uma pessoa com epilepsia?”; 15. “Você acha que as pessoas com epilepsia contam para os outros que têm epilepsia? E uma única questão aberta” e 16. “O que sua religião pensa sobre as pessoas com epilepsia? Você concorda com isso?” (Ibidem).

2ª etapa: aplicação da EFN

3ª etapa: aplicação da EEE

4ª etapa: aplicação da EAS

5ª etapa: aplicação do questionário de avaliação psicológica

6ª etapa: coleta dos dados da anamnese

7ª etapa: devolutiva ao paciente e encaminhamento ao serviço de psicologia do Hospital Maternidade Celso Pierro (PUC – Campinas), quando foi avaliada a necessidade de acompanhamento psicológico.

Houve a necessidade de encaminhar pacientes que apresentaram sintomatologia indicativa de depressão ou que responderam positivamente aos questionamentos que investigam especificamente ideações suicidas. Foram encaminhados ao serviço de psiquiatria e psicologia da instituição.

Apesar das 3 escalas serem autoaplicativas, optou-se pela aplicação pela própria pesquisadora, com a leitura dos itens e a resposta verbal do participante, que foi registrada também pela pesquisadora. Optou-se por esse procedimento visto que a população atendida pelo serviço onde a pesquisa foi realizada tem uma heterogeneidade com relação à escolaridade, diminuindo assim as possíveis dificuldades dos participantes com relação à leitura e compreensão do instrumento.

Cada entrevista durou em torno de 1 hora para a aplicação de todo o protocolo, variando de acordo com a forma de comunicação de cada paciente. No início da entrevista, foram explicados os passos que seriam seguidos, foi garantido para o sujeito que após o fim das respostas das escalas seria possível conversar sobre essas questões. Algumas vezes, após feita a pergunta, o sujeito explicava sua resposta; quando isso acontecia, era repetido o enunciado inicial, retomando a forma esperada da resposta.

4.5 Análise dos dados

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (gênero, estado civil, ocupação, religião), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (idade, escores das escalas), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das variáveis categóricas entre grupos foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson, ou o teste exato de Fisher, na presença de valores esperados menores que 5. Para comparar as variáveis contínuas entre os 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, devido à ausência de distribuição Normal das variáveis.

Para analisar a relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, à ausência de distribuição Normal das variáveis.

Os dados foram tratados utilizando o programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

5 – Resultados

Caracterização da amostra

Foram avaliados 71 sujeitos, dentro de um período de 1 ano, com diagnóstico clínico de epilepsia segundo a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas (COMMISSION, 1989; ENGEL, 2001). A amostra foi dividida em 2 grupos segundo o tipo de epilepsia, EFPS 29 (40,85%) e ELT-EH 42 (59,1%). O grupo ELT-EH foi dividido em 2 subgrupos em relação à lateralidade da lesão, 20 sujeitos (47,6%) com lateralidade direita e 22 (52,3%) com lateralidade esquerda (tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva dos grupos EFPS e ELT-EH.

Variáveis	N	%
Síndrome epiléptica		
<i>EFPS</i>	29	40,8
<i>ELT-EH</i>	42	59,1
Lateralidade da ELT-EH		
<i>Direita</i>	20	47,62
<i>Esquerda</i>	22	52,38

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo.

Aspectos sociodemográficos

As tabelas 2 e 3 apresentam as frequências e as estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas.

Nos dados sociodemográficos da amostra, observou-se distribuição homogênea com relação ao gênero, sendo 46,4% masculino e 53,5% feminino (tabela 2). A idade média foi 42,7 ($\pm 10,5$) anos, a maior parte da amostra se encontra na faixa etária de 40 anos ou mais (tabela 3).

Quanto ao estado civil, a amostra foi composta por 56,3 % de casados ou amasiados e 43,7% entre solteiros, separados e viúvos. Quanto ao número de filhos, 35,2% não têm filhos e 64,8% têm de um a três filhos.

Quanto ao grau de escolaridade, a média é de 7 anos de estudos, com dispersão da média de 3,4 anos, e a idade na ocasião da primeira CE de 18 anos, com dispersão de 12,35.

Quando comparadas as características demográficas entre os dois grupos, a homogeneidade entre os gêneros se manteve, como na amostra total, assim como a pequena predominância de mulheres (EFPS 13 (44,83%) de homens e 16 (55,17%) de mulheres e ELT-EH 20 (47,72%) de homens e 22 (52,38%) de mulheres). Não houve diferença significativa entre os grupos.

Nos grupos por diagnóstico, observou-se que não há diferença significativa entre o grupo EFPS e ELT-EH com relação às variáveis: gênero, estado civil, número de filhos, religião e ocupação (tabela 2 e 5), no entanto, há diferença significativa nas variáveis idade (tabela 2) e escolaridade (tabela 4 e 5). Sendo a idade do grupo EFPS menor e maior o número de anos estudados. A idade da ocasião em que a primeira CE ocorreu não apresenta diferença significativa entre os grupos.

No total da amostra, com relação à ocupação, 68,62% da amostra têm trabalho remunerado, distribuído entre aposentados, pensionistas, autônomos e trabalhadores informais e 31,38% não recebem remuneração por trabalho. Quanto à variável religião, 94,1% declararam-se com religião, distribuídos entre evangélicos, católicos, e apenas 5,9% declararam-se sem religião. Não houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 5).

Tabela 2. Dados sociodemográficos da amostra total e dos grupos EFPS e ELT-EH.

Variável	Amostra total (n=71)	EFPS (n=29)	ELT-EH (n=42)	P
	N(%)	N(%)	N(%)	
Gênero				
<i>Masculino</i>	33 (46,48)	13 (44,83)	20 (47,72)	0,817 *
<i>Feminino</i>	38 (53,52)	16 (55,17)	22 (52,38)	
Faixa etária				
<i>18-29</i>	11 (16,40)	7 (24,14)	4 (9,52)	0,024 **
<i>30-39</i>	12 (16,90)	7 (24,14)	5 (11,9)	
<i>40-49</i>	22 (30,99)	10 (34,48)	12 (28,57)	
<i>50-59</i>	26 (36,62)	5 (17,24)	21 (50,00)	
Estado Civil				
<i>Solteiro</i>	16 (22,54)	8 (27,59)	8 (19,05)	0,694 **
<i>Casado</i>	37 (52,11)	13 (44,83)	24 (57,14)	
<i>Amasiado</i>	3 (4,23)	2 (6,90)	1(2,38)	
<i>Divorciado</i>	11 (15,49)	5 (17,24)	6 (14,29)	
<i>Viúvo</i>	4 (5,63)	1 (3,45)	3 (7,14)	
Nº de filhos				
<i>1</i>	15 (21,13)	4 (13,79)	11 (26,19)	0,609 *
<i>2</i>	22 (30,99)	9 (31,03)	13 (30,95)	
<i>≥ 3</i>	9 (12,68)	4 (13,79)	5 (11,9)	
<i>Sem filhos</i>	25 (35,21)	12 (41,38)	13 (30,95)	

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo. *Teste Qui-Quadrado; ** Teste Exato de Fisher, $p < 0.05$.

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis numéricas da amostra total N= 71.

Variável	Média (DP)	Mínima	Q1	Mediana	Q3	Máxima
Idade (a)	42,7 (±10,5)	18,0	37,0	43,0	52,0	59,0
Escolaridade(a)	7,15 (±3,4)	0,0	5,0	7,0	11,0	15,0
Idade na ocasião da 1ª CE (a)	17,99 (±12,35)	2,0	9,0	13,0	26,0	49,0

CE: crise epilética

Tabela 4. Comparação das variáveis numéricas entre tipos de epilepsia.

Variável	EFPS (n=29)		ELT-EH (n=42)		Valor p^*
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Idade (a)	39,24	9,63	45,10	10,48	0,011*
Escolaridade (a)	8,07	3,41	6,52	3,23	0,022*
Idade na ocasião da 1ª CE (a)	20,66	12,55	16,14	12,00	0,089

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo CE: crise epilética. Teste T; $p < 0.05$.

Tabela 5. Dados sociodemográficos dos grupos de epilepsia e na amostra geral.

Variável	Total (n=71)	EFPS (n=29)	ELT-EH (n=42)	Valor de p
	N(%)	N(%)	N(%)	
Escolaridade				
0	3 (4,23)	2 (6,90)	1 (2,38)	0,003**
1-4	14 (19,72)	1 (3,45)	13 (30,95)	
5-8	30 (42,25)	11 (37,93)	19 (45,24)	
≥ 9	24 (33,8)	15 (51,72)	9 (21,43)	
Ocupação				
A/A	22 (30,99)	5 (17,24)	17 (40,48)	0,086**
Autônomo	4 (5,63)	0 (0,00)	4 (9,52)	
Desempregado	15 (21,13)	8 (27,59)	7 (16,67)	
Do Lar	7 (9,86)	3 (10,34)	4 (9,52)	
Empregado	20 (28,17)	11 (37,93)	9 (21,43)	
Informal	3 (4,23)	2 (6,90)	1 (2,38)	
Religião				
Adventista	1 (1,49)	1 (3,85)	0 (0,00)	0,127**
Católico	26 (38,81)	11 (42,31)	15 (36,59)	
Evangélico	36 (53,73)	11 (42,31)	25 (60,98)	
Declara-se sem	4 (5,97)	3 (11,54)	1 (2,44)	

EPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo. *Teste Qui-Quadrado; ** Teste Exato de Fisher; $p < 0.05$.

Aspectos clínicos da epilepsia

Os dados estudados quanto aos aspectos clínicos da epilepsia: idade da primeira CE, se um tipo ou mais de CE, a frequência das CE no tempo (mais de uma vez no mês, uma crise por mês, uma crise em um intervalo de dois a 11 meses e uma crise por 12 meses ou mais tempo), se tem controle de CE e uso de droga antiepilética (DAE).

Na amostra geral, os achados indicaram que 69% da amostra tiveram a primeira CE antes dos 19 anos e 31% acima dos 20 anos. Com relação ao tipo de crise, 36,2% têm apenas um tipo e 63,8% têm mais de um tipo de CE (Tabela 6).

A variável controle foi definida a partir das frequências das crises. Foram considerados controlados aqueles sujeitos sem CE por um período superior a um ano. Os achados indicaram que 75% da amostra geral não tem controle de CE.

Com relação a DAE, 53,7% usam apenas um tipo e 46,3% mais de um tipo de DAE (Tabela 6).

Não houve diferença significativa entre os grupos em relação aos aspectos clínicos da epilepsia (tabela 6).

Tabela 6. Comparação de aspectos clínicos na amostra geral e entre os grupos.

Variável	Total (n=71) N(%)	EFPS (n=29) N(%)	ELT-EH (n=42) N(%)	P
Idade na ocasião da 1ª CE				
0-19	49 (69,0)	17 (58,6)	32 (76,2)	0,116*
20-59	22 (31,0)	12 (41,4)	10 (23,8)	
Crise				
1 tipo	25 (36,2)	10 (37,0)	15 (35,7)	0,911*
>1 tipo	44 (63,8)	17 (63,0)	27 (64,3)	
Frequência				
>1/mês	18 (26,5)	6 (22,2)	12 (29,3)	0,879*
1/mês	22 (32,3)	10 (37,0)	12 (29,3)	
1/2-11 meses	11 (16,2)	4 (14,8)	7 (17,1)	
<=1/ano	17 (25,0)	7 (25,9)	10 (24,4)	
Controle				
Não	48 (75,0)	19 (76,0)	29 (74,4)	1,000**
Sim	15 (23,4)	6 (24,0)	9 (23,1)	
Droga antiepiléptica				
1 tipo	36 (53,7)	17 (65,4)	19 (46,3)	0,128*
>1 tipo	31 (46,3)	9 (34,6)	22 (53,7)	

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo; CE: crise epilética. *Teste Qui-Quadrado; ** Teste Exato de Fisher; $p < 0.05$.

As escalas EEE, EAS e EFN

Os resultados da Escala de Estigma na Epilepsia (EEE), Escala de Avaliação de Sintomas - 40 (EAS-40) e a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) estão demonstrados na tabela 7.

Na EEE o escore médio foi 42,3 ($\pm 14,35$). Conforme a proposta de análise do instrumento, quanto mais próximo de 100 o resultado, maior o estigma sentindo.

Tabela 7. Análise descritiva do resultado da EEE, EAS-40 e EFN na amostra total (n=71)

Variável	Média	D.P.	Mínima	Q1	Mediana	Q3	Máxima
EEE	42,32	14,35	15,55	30,00	42,22	51,11	85,55
EAS-40							
<i>Psicoticismo</i>	0,32	0,27	0,00	0,10	0,30	0,50	0,90
<i>Obsessividade-Compulsividade</i>	0,63	0,40	0,00	0,30	0,50	1,00	1,70
<i>Somatização</i>	0,61	0,43	0,00	0,30	0,60	0,90	1,60
<i>Ansiedade</i>	0,40	0,39	0,00	0,10	0,30	0,70	1,50
<i>Escore Geral</i>	0,68	0,43	0,00	0,30	0,60	1,00	1,80
EFN							
<i>Vulnerabilidade</i>	69,58	27,75	5,00	50,00	80,00	90,00	95,00
<i>Desajustamento Psicossocial</i>	53,31	27,68	5,00	35,00	55,00	80,00	95,00
<i>Ansiedade</i>	63,94	31,11	5,00	40,00	75,00	95,00	95,00
<i>Depressão</i>	71,97	24,95	10,00	60,00	80,00	90,00	95,00
<i>Escore geral</i>	109,59	14,72	77,90	98,60	112,30	121,70	135,70

D.P.: desvio padrão; Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil. EEE: Escala de Estigma na Epilepsia; EAS-40: Escala de Avaliação de Sintomas – 40; EFN: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo. * teste de Mann-Whitney; $p < 0,05$.

Os resultados dos escores da Escala de Avaliação de Sintomas – 40 estão apresentados conforme a divisão das dimensões medidas pela escala. A média mais alta foi da dimensão obsessividade-compulsividade 0,63 ($\pm 0,40$), seguido da somatização 0,61 ($\pm 0,43$), ansiedade 0,40 ($\pm 0,39$) e por último a dimensão psicoticismo 0,32 ($\pm 0,27$). No escore geral da escala a média foi de 0,68 ($\pm 0,43$).

A análise descritiva da EFN apontou a depressão como o fator de média mais elevada 71,9 ($\pm 24,9$), seguido do fator vulnerabilidade 69,58 ($\pm 27,75$),

ansiedade 63,94 ($\pm 31,11$) e por último desajustamento psicossocial 53,31 ($\pm 27,7$). O escore geral é a somatória dos resultados apresentados por cada um dos fatores, a média do escore geral na amostra total foi de 109,6 ($\pm 14,7$).

Análise Comparativa do resultado das escalas entre Tipos de Epilepsia

Na Escala de Estigma na Epilepsia (EEE), havia 8 questões que tinham respostas tipo “sim” ou “não” e que não foram computadas no escore da escala. Essas questões foram analisadas e comparadas entre os grupos. Dentre todas as questões, somente a questão 10³ apresentou diferença significativa entre os grupos. A maior frequência de ‘sim’ no grupo da EFPS foi de 23 (88,46%) e de não no grupo ELT-EH foi de 14 (33,33%). A hipótese levantada é que o grupo ELT-EH convive com uma forma mais severa da epilepsia e por um tempo mais longo, sendo estas pessoas mais afetadas pelo estigma e com mais consciência das consequências das CE e restrições impostas por elas (tabela 8).

³ A questão era “Você contrataria uma pessoa com epilepsia para trabalhar na sua casa?”.

Tabela 8. Questões não computadas no escore da EEE entre os grupos.

	EFPS (n=29)	ELT-EH (n=42)	P
Você acha que pessoas com epilepsia são rejeitadas pela sociedade?			
Sim	19 (70,4)	30 (71,4)	0,925*
Não	8 (29,6)	12 (28,6)	
Você tem preconceito contra as pessoas com epilepsia?			
Sim	1 (3,7)	3 (7,1)	1,000**
Não	26 (96,3)	39 (92,9)	
Você acha que as pessoas com epilepsia têm mais dificuldade de conseguir emprego?			
Sim	22 (81,5)	37 (88,1)	0,497**
Não	5 (18,5)	5 (11,9)	
Você contrataria uma pessoa com epilepsia para trabalhar na sua casa?			
Sim	23 (88,5)	28 (66,7)	0,044*
Não	3 (11,5)	14 (33,4)	
Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade na escola?			
Sim	20 (74,1)	31 (73,8)	0,981*
Não	7 (25,9)	11 (26,2)	
Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade para se casarem?			
Sim	10 (37,0)	22 (52,4)	0,212*
Não	17 (63,0)	20 (47,6)	
Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade para fazer amizades?			
Sim	10 (37,0)	17 (40,5)	0,775*
Não	17 (63,0)	25 (59,5)	
Você se casaria com uma pessoa com epilepsia?			
Sim	21 (77,8)	28 (66,7)	0,0321*
Não	6 (22,2)	14 (33,3)	
Você acha que as pessoas com epilepsia contam para os outros que têm epilepsia?			
Sim	13 (48,1)	19 (45,2)	0,813*
Não	14 (51,9)	23 (54,8)	

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo. *Teste Qui-Quadrado; ** Teste Exato de Fisher; $p < 0.05$.

Os resultados das escalas também estão comparados entre os grupos. As médias da Escala de Estigma em Epilepsia, das dimensões na Escala de Avaliação de Sintomas-40 e nos fatores na Escala Fatorial de Neuroticismo não apresentaram diferença significativa entre os grupos. Apesar de não haver diferença significativa entre os grupos, há um discreto aumento em todos os escores no grupo ELT-EH, exceto na dimensão somatização da EAS-40 (tabela 9).

Tabela 9. Comparação das variáveis numéricas entre tipos de epilepsia.

Variável	EFPS (n=29)		ELT-EH (n=42)		Valor p^*
	Média	D.P.	Média	D.P.	
EEE	40,76	11,39	43,39	16,12	0,669
EAS-40					
<i>Psicoticismo</i>	0,27	0,23	0,35	0,29	0,324
<i>Obsessividade-Compulsividade</i>	0,57	0,35	0,68	0,43	0,329
<i>Somatização</i>	0,63	0,32	0,59	0,49	0,288
<i>Ansiedade</i>	0,33	0,33	0,45	0,42	0,207
<i>Escore Geral</i>	0,63	0,40	0,71	0,45	0,514
EFN					
<i>Vulnerabilidade</i>	67,59	26,58	70,95	28,76	0,270
<i>Desajustamento psicossocial</i>	46,55	27,78	57,98	26,96	0,075
<i>Ansiedade</i>	56,72	31,72	68,93	30,05	0,088
<i>Depressão</i>	70,00	22,00	73,33	26,97	0,118
<i>Escore Geral</i>	106,27	13,37	111,88	15,33	0,082

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo; D.P.: desvio padrão. EAS-40: Escala de Avaliação de Sintomas – 40; EFN: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/ Neuroticismo. * teste de Mann-Whitney; $p < 0.05$.

Análise de Correlação entre Variáveis Numéricas por Grupo

A seguir, apresentam-se as correlações entre os escores das escalas EEE, EFN e EAS-40, na amostra total e nos grupos EFPS e ELT-EH. As correlações significativas estão sublinhadas na tabela 10. Escores mais elevados na EEE apontam sujeitos que percebem mais o estigma.

As correlações da EEE são significativas para todos os fatores avaliados pelas outras duas escalas, EAS-40 e EFN (tabela 10).

No grupo EFPS, a EEE correlaciona-se significativamente com as dimensões somatização e ansiedade da EAS-40 e com o fator depressão na EFN (tabela 10).

No grupo ELT-EH, a EEE correlaciona-se significativamente com todos os resultados das escalas EFN e EAS-40, exceto o escore geral da EAS-40 (tabela 10).

Observa-se de uma maneira mais ampla que o estigma tem relação mais forte nas dimensões psicoticismo, obsessividade-compulsividade, vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e o escore geral da EFN no grupo ELT-EH, se comparado ao grupo EFPS. Na comparação entre os grupos, a EEE tem mais correlações significativas no grupo ELT-EH quando comparado a do grupo EFPS.

Tabela 10. Correlações entre escores das escalas EEE, EFN e EAS-40 na amostra total e nos grupos EFPS e ELT-EH.

		EEE		
		Amostra Geral (n=71)	EFPS (n=29)	ELT-EH (n=42)
EAS-40				
<i>Psicoticismo</i>	<i>r=</i>	<u>0,34688</u>	0,22024	<u>0,37257</u>
	<i>p=</i>	0,003	0,2510	0,0151
<i>Obsessividade- compulsividade</i>	<i>r=</i>	<u>0,43416</u>	0,31670	<u>0,45476</u>
	<i>p=</i>	0,0002	0,0942	0,0025
<i>Somatização</i>	<i>r=</i>	<u>0,52054</u>	<u>0,44453</u>	<u>0,53847</u>
	<i>p=</i>	<0,0001	0,0157	0,0002
<i>Ansiedade</i>	<i>r=</i>	<u>0,45300</u>	<u>0,38734</u>	<u>0,48619</u>
	<i>p=</i>	<0,0001	0,0379	0,0011
<i>Escore Geral</i>	<i>r=</i>	<u>0,31213</u>	0,26367	0,29786
	<i>p=</i>	0,0081	0,1670	0,0554
EFN				
<i>Vulnerabilidade</i>	<i>r=</i>	<u>0,30220</u>	0,16547	<u>0,35293</u>
	<i>p=</i>	0,0104	0,3910	0,0219
<i>Desajustamento</i>				
<i>Psicossocial</i>	<i>r=</i>	<u>0,33500</u>	0,08963	<u>0,50173</u>
	<i>p=</i>	0,0043	0,6438	0,0007
<i>Ansiedade</i>	<i>r=</i>	<u>0,41023</u>	0,25678	<u>0,47700</u>
	<i>p=</i>	0,0004	0,1787	0,0014
<i>Depressão</i>	<i>r=</i>	<u>0,34493</u>	<u>0,42347</u>	<u>0,32316</u>
	<i>p=</i>	0,0032	0,0221	0,0368
<i>Escore Geral</i>	<i>r=</i>	<u>0,39208</u>	0,27583	<u>0,44081</u>
	<i>p=</i>	0,0007	0,1475	0,0035

EEE: Escala de Estigma na Epilpesia; EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo. EAS-40: Escala de Avaliação de Sintomas – 40; EFN: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo; $p < 0.05$. * r =coeficiente de correlação de Spearman; p =Valor-P; n =número de sujeitos; $p < 0.05$.

Na tabela 11 encontram-se os valores da correlação entre a Escala de Avaliação de Sintomas-40 e a Escala Fatorial de Neuroticismo. As correlações

significativas estão sublinhadas. As dimensões psicoticismo, obsessividade-compulsividade e ansiedade da EAS-40 têm correlação positiva com os 4 fatores da EFN além do escore geral. A dimensão somatização e o escore geral da EAS-40 têm correlação positiva com os fatores ansiedade, depressão e o escore geral da EFN.

Tabela 11. Correlações entre escores das escalas EFN e EAS-40 na amostra total (n=71)

	EAS-40				
	Psicoticismo	Obsessividade- Compulsividade	Somatização	Ansiedade	Escore Geral
EFN					
<i>Vulnerabilidade</i>	<i>r=</i> <u>0,48883</u>	<u>0,50215</u>	0,15360	<u>0,51127</u>	0,18746
	<i>p=</i> <0,0001	<0,0001	0,2009	<0,0001	0,1175
<i>Desajustamento</i>	<u>0,28672</u>	<u>0,38068</u>	0,18044	<u>0,29048</u>	0,19029
<i>Psicossocial</i>	<i>r=</i> 0,0153	0,0011	0,1321	0,0140	0,1119
	<i>p=</i>				
<i>Ansiedade</i>	<i>r=</i> <u>0,62986</u>	<u>0,55367</u>	<u>0,37392</u>	<u>0,65917</u>	<u>0,37162</u>
	<i>p=</i> <0,0001	<0,0001	0,0013	<0,0001	0,0014
<i>Depressão</i>	<i>r=</i> <u>0,56097</u>	<u>0,53243</u>	<u>0,34318</u>	<u>0,52034</u>	<u>0,23736</u>
	<i>p=</i> <0,0001	<0,001	0,0034	<0,00001	0,0462
<i>Escore Geral</i>	<i>r=</i> <u>0,59168</u>	<u>0,59469</u>	<u>0,30400</u>	<u>0,61361</u>	<u>0,30521</u>
	<i>p=</i> <0,0001	<0,0001	0,0100	<0,0001	0,0096

* r=coeficiente de correlação de Spearman; P=Valor-P; n=número de sujeitos. ; $p < 0.05$.

EAS-40: Escala de Avaliação de Sintomas – 40; EFN: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo. * teste de Mann-Whitney; $p < 0.05$.

Nas tabelas 12 e 13 encontram-se os valores da correlação entre a Escala Fatorial de Neuroticismo e a Escala de Avaliação de Sintomas-40 nos grupos EFPS e ELT-EH, respectivamente.

No grupo EFPS, a dimensão psicoticismo tem correlação significativa com os fatores ansiedade, depressão e com o escore geral da EFN. As dimensões obsessividade-compulsividade e ansiedade têm correlação significativa com todos os fatores da EFN, vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade, depressão e escore geral. A dimensão somatização não se correlaciona significativamente com a EFN em nenhuma das suas dimensões. A soma geral da

escala EAS-40 se correlaciona significativamente com desajustamento psicossocial, ansiedade e com o escore geral da EFN (tabela 12).

No grupo ELT-EH, tanto a dimensão psicoticismo, como a obsessividade-compulsividade e ansiedade da EAS-40 se correlacionam com todas as dimensões da EFN, exceto o desajustamento psicossocial. A dimensão somatização se correlacionou com as dimensões ansiedade, depressão e o escore geral da EAS-40. A soma geral da EAS-40 não se correlacionou com nenhum fator da EFN (tabela 13).

Tabela 12. Correlações entre escores das escalas EAS-40 e EFN no grupo EFPS (n=29).

	EAS-40				Escore Geral
	Psicoticismo	Obsessividade-Compulsividade	Somatização	Ansiedade	
EFN					
<i>Vulnerabilidade</i>					
<i>r=</i>	0,19529	<u>0,43402</u>	0,04801	<u>0,51864</u>	0,29692
<i>p=</i>	0,3100	0,0187	0,8047	0,0039	0,1178
<i>Desajustamento</i>					
<i>Psicossocial</i>					
<i>r=</i>	0,31919	<u>0,49951</u>	0,17357	<u>0,37128</u>	<u>0,54586</u>
<i>p=</i>	0,0915	0,0058	0,3679	0,0474	0,0022
<i>Ansiedade</i>					
<i>r=</i>	<u>0,58601</u>	<u>0,47383</u>	0,23745	<u>0,69086</u>	<u>0,60903</u>
<i>p=</i>	0,0008	0,0094	0,2149	<0,0001	0,0005
<i>Depressão</i>					
<i>r=</i>	<u>0,40962</u>	<u>0,46224</u>	0,28706	<u>0,48160</u>	0,24418
<i>p=</i>	0,0273	0,0116	0,1311	0,0082	0,2018
<i>Escore Geral</i>					
<i>r=</i>	<u>0,45591</u>	<u>0,52575</u>	0,18887	<u>0,68383</u>	<u>0,52123</u>
<i>p=</i>	0,0129	0,0034	0,3265	<0,0001	0,0037

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; EAS-40: Escala de Avaliação de Sintomas – 40; EFN: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo; * teste de Mann-Whitney; $p < 0.05$.

Tabela 13. Correlações entre escores das escalas EEE, EFN e EAS-40 no grupo ELT-EH (n=42).

		EAS-40				
		Psicoticismo	Obsessividade- Compulsividade	Somatização	Ansiedade	Escore Geral
EFN						
Vulnerabilidade						
r=	<u>0,59709</u>	<u>0,51578</u>	0,24115	<u>0,46103</u>		0,10689
p=	<0,0001	0,0005	0,1239	0,0021		0,5005
Desajustamento						
Psicossocial						
r=	0,23013	0,25315	0,25708	0,18485		-0,0787
p=	0,1426	0,1058	0,1003	0,2412		0,6202
Ansiedade						
r=	<u>0,60202</u>	<u>0,58191</u>	<u>0,49813</u>	<u>0,61050</u>		0,23806
p=	<0,0001	<0,0001	0,0008	<0,0001		0,1290
Depressão						
r=	<u>0,60706</u>	<u>0,55893</u>	<u>0,43643</u>	<u>0,52053</u>		0,22694
p=	<0,0001	0,0001	0,0039	0,0004		0,1484
Escore Geral						
r=	<u>0,60155</u>	<u>0,58107</u>	<u>0,39763</u>	<u>0,54345</u>		0,17595
p=	<0,0001	<0,0001	0,0091	0,0002		0,2650

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo. EAS-40: Escala de Avaliação de Sintomas – 40; EFN: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo. Teste de Mann-Whitney; * $p < 0.05$. r=coeficiente de correlação de Spearman; p=Valor-P; n=número de sujeitos.

As correlações entre as variáveis numéricas (idade, escolaridade, idade na ocasião da 1ª CE) com os escores das escalas EEE, EFN e EAS-40, na amostra total, encontram-se na tabela 14. As correlações significativas estão sublinhadas na tabela.

Na amostra total, a idade tem correlação positiva com a EEE; quanto maior a idade, maior o estigma sentido pelo indivíduo.

Houve correlação significativa negativa entre o fator ansiedade da EAS-40 e a escolaridade (tabela 14).

A escolaridade tem correlação significativa negativa com a dimensão ansiedade da EAS-40 e com os fatores ansiedade, depressão e o escore geral da

escala EFN, ou seja, quando menor a escolaridade, maior a ansiedade e a depressão.

A idade na ocasião da primeira CE se correlacionou negativamente com o fator ansiedade da EFN, ou seja, quanto menor a idade na ocasião primeira CE, maior a ansiedade. Considerando-se que a ansiedade é sentida à medida que são apresentados estímulos aversivos, quando mais jovem é a pessoa na ocasião do início da crise, mais tempo ela está envolvida nessa contingência, portanto, maior a ansiedade.

As correlações entre as variáveis numéricas (idade, escolaridade, idade na ocasião da 1ª CE) com os escores das escalas EEE, EFN e EAS-40, nos grupos EPS e ELT-EH, encontram-se na tabela 15.

A escolaridade se correlacionou negativamente com a dimensão psicoticismo da EAS-40, ou seja, quanto menor a escolaridade, maior o escore nessa dimensão no grupo EPS (tabela 15).

No grupo ELT-EH, o fator desajustamento psicossocial da EFN tem correlação significativa negativa com a escolaridade (tabela 15).

A idade na ocasião da 1ª CE tem correlação significativa negativa com os fatores desajustamento psicossocial e ansiedade da EFN no grupo ELT-EH (tabela 15).

Não foram observadas outras correlações significativas entre a idade, a escolaridade e a idade na ocasião da 1ª CE com os escores das escalas EEE, EFN e EAS-40, nos grupos EPS e ELT-EH (tabela 15).

Tabela 14. Correlação entre as variáveis numéricas com os escores das escalas EEE, EFN e EAS-40 na amostra total (n=71).

		Idade	Escolaridade	Idade na ocasião da 1ª crise
EEE	<i>r</i> =	<u>0,23629</u>	-0,2081	-0,2083
	<i>p</i> =	0,0473	0,0817	0,0812
EAS-40				
<i>Psicoticismo</i>	<i>r</i> =	-0,0050	-0,1631	-0,1026
	<i>p</i> =	0,9665	0,1743	0,3945
<i>Obsessividade-Compulsividade</i>	<i>r</i> =	0,16468	-0,1751	-0,1299
	<i>p</i> =	0,1699	0,1441	0,2803
<i>Somatização</i>	<i>r</i> =	0,19636	-0,1397	-0,0734
	<i>p</i> =	0,1008	0,2453	0,5427
<i>Ansiedade</i>	<i>r</i> =	0,13452	<u>-0,2869</u>	-0,1674
	<i>p</i> =	0,2634	0,0153	0,1630
<i>Escore Geral</i>	<i>r</i> =	0,18067	-0,2030	-0,0738
	<i>p</i> =	0,1316	0,0894	0,5408
EFN				
<i>Vulnerabilidade</i>	<i>r</i> =	-0,0339	-0,1429	-0,0354
	<i>p</i> =	0,7785	0,2345	0,7693
<i>Desajustamento Psicossocial</i>	<i>r</i> =	0,00995	-0,1572	-0,2124
	<i>p</i> =	0,9343	0,1902	0,0754
<i>Ansiedade</i>	<i>r</i> =	0,08586	<u>-0,0295</u>	<u>-0,2571</u>
	<i>p</i> =	0,4765	0,0125	0,0304
<i>Depressão</i>	<i>r</i> =	0,14102	<u>-0,2663</u>	-0,1297
	<i>p</i> =	0,2408	0,0248	0,2812
<i>Escore Geral</i>	<i>r</i> =	0,06065	<u>-0,2504</u>	-0,1693
	<i>p</i> =	0,6154	0,0352	0,1581

r=coeficiente de correlação de Spearman; *P*=Valor-*P*; *n*=número de sujeitos. EPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo. EAS-40: Escala de Avaliação de Sintomas – 40; EFN: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo. *p*<0.05.

Tabela 15. Correlações entre as variáveis numéricas com os escores das escalas EEE, EFN e EAS-40, no grupo EFPS (n=29) e no grupo ELT-EH (n=41).

		Idade		Escolaridade		Idade da 1ª crise	
		EFPS (n=29)	ELT-EH (n=41)	EFPS (n=29)	ELT-EH (n=41)	EFPS (n=29)	ELT-EH (n=41)
EEE	r=	0.09417	0.27316	-0.05286	-0.26112	-0.28019	-0.15998
	p=	0.6270	0.0801	0.7854	0.0949	0.1410	0.3115
EAS-40							
	r=	0.03943	-0.08294	<u>-0.40032</u>	0.02190	-0.15541	-0.03746
	p=	0.8391	0.6016	0.0314	0.8905	0.4208	0.8138
OC	r=	0.26152	-0.00530	-0.14677	-0.12242	0.03938	-0.23026
	p=	0.1706	0.9734	0.4474	0.4399	0.8393	0.1424
S	r=	0.29742	0.17654	-0.05811	-0.23577	0.05514	-0.20742
	p=	0.1171	0.2634	0.7646	0.1328	0.7763	0.1875
A	r=	0.08211	0.11579	-0.25489	-0.24072	-0.10316	-0.14243
	p=	0.6720	0.4653	0.1821	0.1246	0.5944	0.3682
EG	r=	0.17404	0.11495	-0.23027	-0.18251	0.21315	-0.27712
	p=	0.3666	0.4685	0.2295	0.2473	0.2669	0.0756
EFN							
V	r=	-0.0120	-0.20004	-0.06604	-0.06685	0.01331	-0.00247
	p=	0.9505	0.2040	0.7336	0.6740	0.9454	0.9876
DP	r=	-0.2913	0.08677	0.18067	<u>-0.33010</u>	-0.00507	<u>-0.30841</u>
	p=	0.1252	0.5848	0.3483	0.0328	0.9792	0.0469
A	r=	-0.0676	0.02958	-0.26114	-0.17938	-0.12210	<u>-0.33403</u>
	p=	0.7273	0.8525	0.1712	0.2557	0.5280	0.0306
D	r=	-0.0334	0.06882	-0.17460	-0.23000	-0.13154	-0.11445
	p=	0.8631	0.6650	0.3650	0.1428	0.4964	0.4705
EG	r=	-0.1403	-0.0196	-0.0703	-0.2257	-0.0946	-0.2045
	p=	0.4677	0.9019	0.7171	0.1506	0.6253	0.1939

EFPS: epilepsia focal provavelmente sintomática; ELT-EH: epilepsia de lobo temporal e esclerose de hipocampo; EAS-40: Escala de Avaliação de Sintomas – 40; P: psicoticismo; OC: obsessividade-compulsividade; S: somatização; A: ansiedade; EFN: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo; V: vulnerabilidade; DP: desajustamento psicossocial; A: ansiedade; D: depressão. Correlação de Spearman * $p < 0.05$.

Análise Comparativa entre os aspectos clínicos da epilepsia e as escalas EEE, EFN e EAS-40.

Não foram observadas diferenças significativas nos escores das escalas EEE, EFN e EAS-40 segundo os aspectos clínicos da epilepsia como tipo, número e frequência das CE e lateralidade hemisférica da ELT-EH.

6 – Discussão

Caracterização da amostra e aspectos sociodemográficos

O estudo avaliou 71 pacientes com diagnóstico de epilepsia segundo a ILAE, 53,5% do gênero feminino, idade média de 42,7 anos, escolaridade média de 7,2 anos. Trata-se de uma amostra pequena se comparada a estudos semelhantes (REISINGER E DILORIO, 2009, HERMANN E WHITMAN, 1989 E BAKER et al, 1996), porém com semelhanças quanto à predominância de gênero feminino e média de idade. Apesar da incidência mundial da epilepsia ter uma discreta predominância masculina (ALARCON, 2009), a maior incidência de mulheres nos estudos citados pode ser explicada pela disponibilidade feminina de comunicar-se e do fato de mulheres buscarem mais os serviços de saúde do que os homens.

Em relação ao estado civil, 56,3% dos pacientes eram casados ou amasiados e 64,8% referiram ter filhos, dado semelhante à amostra de Reisinger e Dilorio (2009), porém difere de outros estudos que apontam que pessoas com epilepsia se casam menos e têm maiores taxas de divórcio em comparação com a população brasileira (TEDRUS et al, 2015).

Em relação à ocupação, 32,4% referiram que estavam empregados, 31% afastados ou aposentados, recebendo alguma renumeração, e 21,1% estavam desempregados, diferentemente do que alguns estudos apontam que pessoas com epilepsia têm mais dificuldade encontrar um emprego. (MANI, 1997; MCLIN E BOER 1995, MCLAUGHLIN et al, 2008; TEDRUS, 2015).

Em relação à religião declarada, 92,5% da amostra tem alguma crença religiosa, e 6% se declararam sem religião. De modo semelhante à distribuição da população brasileira.

Em relação às variáveis idade e escolaridade, o grupo EFPS apresentou sujeitos mais jovens e com maior escolaridade do que o grupo ELT-EH. De acordo com a literatura, alguns estudos indicam que as crises se iniciam mais cedo (FRENCH JA et al, 1993; WIESER 2004; STASFSTROM 2006).

Aspectos clínicos da epilepsia

Em relação à primeira crise, a média encontrada foi de 18 anos, não havendo diferença entre os grupos, no entanto, o grupo EFPS foi formado por sujeitos mais jovens, sugerindo que esse grupo convive um menor número de anos com a CE, diferente do grupo ELT-EH, que é formado por sujeitos mais velhos, indicando que esse grupo convive mais anos com a CE. Essa variável clínica pode sugerir que a quantidade maior de anos de convívio com a doença esteja relacionada com mais transtornos psiquiátricos e maior percepção do estigma.

Não houve diferença significativa entre os grupos com relação à idade na ocasião da primeira CE, diferentemente dos dados apontados na literatura (CEDES E KOBAYASHI, 2000), porém, essa diferença pode ser explicada pelo tamanho reduzido na amostra.

Não houve diferença significativa entre os grupos em nenhum dos aspectos clínicos avaliados, da idade da primeira CE, tipo, frequência e controle de CE e uso de droga antiepilética (DAE).

Apesar de neste estudo a diferença entre os grupos com relação à idade da ocasião da primeira CE não ser significativa, alguns estudos na literatura apontam que as crises se iniciam mais cedo na ELT-EH (CEDES E KOBAYASHI, 2000), levantando a hipótese de que com o início precoce das CE, a possibilidade de o acompanhamento ou tratamento ser abandonado aumenta. Da mesma forma, em relação à idade, a ELT-EH é considerada pela literatura como uma epilepsia de controle mais difícil (BERG et al, 2003), apesar de o dado não ter sido confirmado neste estudo, a possibilidade é de que, por ter um controle mais difícil, o sujeito com ELT-EH passa mais tempo nos serviços médicos especializados. Essa diferença em relação à literatura pode ser explicada pelo tamanho reduzido da amostra.

Transtornos psiquiátricos

Escala de Avaliação de Sintomas-40

Os resultados da EAS-40 indicaram que o grupo ELT-EH apresentou índices superiores à média da amostra total, em todas as dimensões avaliadas e no escore geral, menos na dimensão somatização. Esses achados sugerem que esse grupo é mais sintomático do que o grupo EFPS.

Quando os resultados do estudo foram comparados com as médias apresentadas pela EAS-40, observou-se que em todas as dimensões, inclusive no escore geral, estão acima da média, ou seja, indicam sintomas. No grupo EFPS as dimensões psicoticismo e ansiedade não estão acima da média, mas estão nas demais dimensões, inclusive no escore geral. No grupo ELT-EH, todas as dimensões estão acima da média. Ressaltando que no escore geral, tanto na amostra geral quanto nos grupos, os resultados encontrados indicam um grupo sintomático, sendo o grupo ELT-EH muito sintomático (LALONI, 2016).

Os indicadores da EAS-40 apontam a nota de corte de 0,63 para mulheres e 0,36 para homens. Como a análise não foi realizada considerando-se o gênero, assumiu-se a nota mais alta, de 0,63, para a análise. As dimensões que apresentam escore acima da nota de corte são as que apresentam sintomatologia o suficiente para fechar um diagnóstico de problemas psicológicos e transtornos em saúde mental (LALONI, 2016).

Neste estudo, os resultados dos escores da EAS-40 na amostra total indicaram média mais alta na dimensão obsessividade-compulsividade, com 0,63 ($\pm 0,40$), seguida da somatização, com 0,61 ($\pm 0,43$), ansiedade, com 0,40 ($\pm 0,39$), e, por último, a dimensão psicoticismo, com 0,32 ($\pm 0,27$); no escore geral, a média foi de 0,68 ($\pm 0,43$). Quanto à nota de corte, as dimensões obsessividade-compulsividade e somatização estão acima da normalidade e o escore geral da escala também está além da nota de corte, indicando que a amostra geral apresenta sintomatologia o suficiente para o diagnóstico de problemas psicológicos.

Escala Fatorial de Neuroticismo

Os resultados da EFN indicaram que o grupo ELT-EH apresentou índices superiores à média da amostra total em todos os fatores avaliados e no escore geral. Esses achados sugerem que esse grupo é mais sintomático do que o EFPS.

Quando os resultados do estudo foram comparados com as médias apresentadas pelo estudo de normatização da EFN, observou-se que em todos os fatores, inclusive no escore geral, os achados deste estudo não indicam sintomas. São considerados dentro da normalidade escores entre 15 e 85 para os fatores, e

para o escore geral entre 80 e 120 (HUTZ E NUNES, 2001). O fator depressão apresentou a média mais elevada que os demais fatores.

Tanto na amostra geral, quanto nos grupos, a média dos escores da EFN está dentro do padrão esperado pela normalidade, porém, o desvio padrão é alto, apontando amplitude dos valores apresentados pelos sujeitos como resultado da escala. Esse fato pode relativizar o resultado dessa média dentro da normalidade, pois os sujeitos avaliados tiveram escores muito diferentes entre si, tendo escores além da nota de corte que estabelece a normalidade (HUTZ E NUNES, 2001).

Correlação entre EAS-40 e aspectos clínicos das epilepsias EFPS e ELT-EH

Na amostra geral, a escolaridade se correlacionou negativamente com o escore geral da EAS-40, isto é, observou-se que quanto menor a escolaridade, maior o escore na escala, ou seja, maior a sintomatologia apresentada pelo sujeito. A escolaridade também se correlacionou negativamente com a dimensão psicoticismo no grupo EFPS, ou seja, quanto menor a escolaridade, maior o escore nessa dimensão que inclui sintomas psicóticos e sintomas graves de depressão.

Não foram observadas diferenças significativas nos escores da EAS-40 com os grupos ELT-EH segundo os aspectos clínicos da epilepsia como tipo e frequência das CE e a lateralidade hemisférica da ELT-EH.

Correlação entre EFN e aspectos clínicos dos grupos EFPS e ELT-EH

Na amostra geral, a idade na ocasião da primeira CE se correlacionou negativamente com o fator ansiedade da EFN, ou seja, quando menor a idade na ocasião primeira CE, maior a ansiedade apresentada pelo indivíduo. Considerando-se que a ansiedade é sentida à medida que são apresentados estímulos aversivos, quando mais jovem é a pessoa na ocasião do início das CE, mais tempo ela está envolvida nessa contingência, portanto maior a ansiedade.

A escolaridade também tem correlação negativa com os fatores ansiedade, depressão e o escore geral na amostra geral. Quanto menor a escolaridade, maior o escore nos fatores da EFN.

No grupo ELT-EH, o fator desajustamento psicossocial da EFN tem correlação significativa negativa com a escolaridade, e a idade na ocasião da 1ª CE

tem correlação significativa negativa com o fator desajustamento psicossocial e ansiedade da EFN no grupo.

Não foram observadas diferenças significativas nos escores da escala EFN segundo os aspectos clínicos da epilepsia, como tipo e frequência das CE e a lateralidade hemisférica da ELT-EH.

Correlação entre as escalas

Para a correlação entre as escalas, os dados foram analisados e correlacionados partir do resultado das médias.

Correlação entre EFN e EAS-40

A EAS-40 tem correlação significativa e positiva com as várias dimensões da EFN. Apesar de a EFN não ter indicado sintomatologia, ela se correlacionou positivamente com a EAS-40, indicando, portanto, que a população estudada apresentou sintomatologia de transtornos psiquiátricos.

No grupo EFPS, a EAS-40 tem correlação significativa com as dimensões psicoticismo, ansiedade, depressão e com o escore geral da EFN. Tanto a dimensão obsessividade-compulsividade quanto a ansiedade têm correlação significativa com todos os fatores da EFN, vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, depressão, ansiedade e escore geral da EFN. A dimensão somatização não tem correlação significativa com nenhum dos fatores da EFN. A soma geral da escala EAS-40 se correlaciona significativamente com desajustamento psicossocial, ansiedade e com o escore geral da EFN.

No grupo ELT-EH, quando avaliado com o EAS na dimensão obsessividade-compulsividade, os resultados indicaram que há sintomatologia, e esse dado se correlaciona positivamente com a EFN. A depressão leve a moderada se encontra dentro da dimensão obsessividade-compulsividade, assim como traços de ansiedade e preocupações excessivas (LALONI, 2001). Conforme a literatura (TELLEZ-ZENTENO ET AL, 2007; GAITATZIS ET AL, 2004), pessoas com epilepsia apresentam sintomas de transtornos psiquiátricos mais frequentes que a população em geral, dado observado neste estudo.

No grupo ELT-EH, quando avaliado com o EAS na dimensão ansiedade, os resultados indicaram que há sintomatologia, e esse dado se correlaciona positivamente com a EFN. Apesar de a ansiedade aparecer com a média menor na

amostra, a dimensão utilizada na escala refere-se a transtornos de ansiedade como pânico e fobias. As preocupações excessivas encontram-se incluídas na dimensão obsessividade-compulsividade (LALONI, 2001), com escores muito elevados neste estudo (HEERSINK et al, 2015).

O conceito de vulnerabilidade contido na escala EFN avalia quão intensamente as pessoas vivenciam sofrimentos em decorrência da aceitação dos outros para consigo (HUTZ E NUNES, 2001). O fator vulnerabilidade avaliado neste estudo correlacionou-se com a EAS-40 com as suas dimensões, psicoticismos, obsessividade-compulsividade e ansiedade. Esses dados podem sugerir que sujeitos que são mais vulneráveis, ou seja, que vivenciam com sofrimento intenso a percepção sobre a aceitação dos outros, têm mais sintomas tanto da depressão grave (contida na dimensão psicoticismo) quanto da depressão mais leve (contida na dimensão obsessividade-compulsividade) e da ansiedade. Esses dados foram observados em ambos os grupos.

O fator desajustamento psicossocial avalia sintomas típicos de transtorno de personalidade antissocial e *borderline*, que são transtornos mais graves e incluem comportamentos agressivos, hostis e tentativas de manipulação para seu próprio favorecimento. (HUTZ E NUNES, 2001). Altos escores na escala de desajustamento psicossocial identificam indivíduos que tendem a ser muito agressivos e hostis com as demais pessoas, frequentemente mentem e manipulam as situações de tal forma que os beneficiem. Também identificam pessoas com tendência a padrões elevados de consumo de álcool, que gostam de participar de jogos de azar e podem preocupar-se excessivamente com sua aparência física. Essas pessoas geralmente tendem a ter comportamentos sexuais de risco ou atípicos, relatando, muitas vezes, um desejo de se envolver em situações perigosas. São pessoas que se identificam como sendo pouco sensíveis ao sofrimento dos demais, tendem a ter pouca preocupação com as regras sociais, podendo envolver-se em situações relacionadas a infrações graves. O fator desajustamento psicossocial mostrou-se correlacionado com as dimensões psicoticismo, obsessividade-compulsividade e ansiedade da EAS-40 e ocorreu na amostra geral, podendo indicar que as características encontradas neste fator estão distribuídas nas dimensões da EAS-40.

O grupo estudado com diagnóstico de epilepsia não indicou na avaliação de transtornos psiquiátricos indicadores de somatização, aparecendo com maior frequência transtornos de depressão e ansiedade (TELLEZ-ZENTENO, 2007).

Considerando sintomas de ansiedade como resultado de contingências advindas da possibilidade de um evento imprevisível e ameaçador surgir, quando um indivíduo é inserido num contexto que contenha tal contingência, é de se esperar altos níveis de ansiedade. As CE podem ser consideradas um evento estressor ou aversivo que ocorre de forma incontrolável, assumindo-se assim como uma contingência que pode desencadear a ansiedade (SELIGMAN, 1977).

A depressão surge em reação a um evento exterior ocorrido (DALGALARRONDO, 2000). Quando esse evento é aversivo e incontrolável, sintomas como passividade e tendência cognitiva negativa surgem (SELIGMAN, 1977). A frequência das CE é muito variada de um indivíduo para outro, a característica da recorrência da CE pode constituir a contingência que leva à depressão. A CE vai ocorrer independente de qualquer comportamento que o indivíduo emita, sendo ela considerada aversiva, essa recorrência funciona como um processo de extinção no qual comportamentos não recebem o reforço necessário para continuarem ocorrendo. Possivelmente a única possibilidade de controle da CE é o tratamento médico com as DAE. Sendo essa a única saída, explica-se a alta adesão ao tratamento medicamentoso.

O estigma

Escala de Estigma na Epilepsia

A EEE tem como finalidade avaliar de forma objetiva a percepção do estigma. São questões com respostas expressas por uma escala numérica. A soma dessas respostas é colocada em uma fórmula que gera o escore da escala. A avaliação considera o escore, quanto mais próximo de 100, maior o estigma sentido. A média apresentada nesse estudo na população brasileira é de 42,12 ($\pm 14,4$) (FERNANDES, 2005).

No resultado deste estudo, o escore médio encontrado foi de 42,3 ($\pm 14,3$) na amostra total. Esse escore é muito semelhante à média apresentada pelo estudo da validação brasileira da EEE.

Na amostra geral, a idade correlacionou-se positivamente com a EEE, o que sugere que quanto maior a idade, maior o estigma sentido pelo indivíduo. Esse resultado pode ser explicado considerando-se que provavelmente o sujeito com mais idade tem mais tempo de curso da doença e passou por inúmeras situações que poderiam aumentar a percepção do estigma sentido. O tempo prolongado pode ser ocasião para que eventos estressantes ou discriminatórios ocorram, tendo repercussão na vida do sujeito em questão, o que pode elevar o estigma sentido. Esse foi o único aspecto clínico que teve correlação significativa com a EEE (BAKER et al, 1996).

Correlação entre EEE e aspectos clínicos das epilepsias EFPS e ELT-EH

Não foi observada correlação significativa entre a EEE e os aspectos sociodemográficos avaliados, tais como gênero, estado civil, composição familiar, religião e condição de trabalho.

Não foram observadas diferenças significativas nos escores da EEE com os grupos EFPS e ELT-EH. Apesar de os escores terem apresentado diferença significativa, o grupo ELT-EH tem média sutilmente maior. Não foram observadas diferenças significativas nos escores da EEE segundo os aspectos clínicos da epilepsia, como tipo e frequência das CE e a lateralidade hemisférica da ELT-EH.

Correlação entre EEE, EAS-40 e EFN nos grupos EFPS e ELT-EH

Com relação aos resultados das escalas, apesar de a média estar dentro do padrão de normalidade e a diferença entre os grupos não ter significância estatística, no grupo ELT-EH a média é sutilmente maior, indicando, mesmo que sutilmente, uma maior sintomatologia apresentada.

Escore mais elevados na EEE, que apontam que as pessoas percebem mais os estigmas, correlacionaram-se positiva e significativamente com a depressão, ansiedade e vulnerabilidade, o que sugere que os pacientes que percebem mais o estigma são aqueles com maior depressão, ansiedade ou vulnerabilidade.

Na amostra geral, na EEE foram observadas correlações significativas com todas as dimensões avaliadas pela escala EAS-40: psicoticismo, obsessão-compulsão, somatização e ansiedade. Foram observadas correlações significativas da EEE com todos os fatores da EFN: vulnerabilidade social, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão.

No grupo EFPS, a EEE correlacionou-se significativamente com as dimensões somatização e ansiedade na EAS-40 e com o fator depressão na EFN. No grupo ELT-EH, a EEE correlacionou-se significativamente com todos os resultados das escalas EFN e EAS-40, exceto o escore geral da EAS-40. Observa-se que o estigma tem relação mais forte nas dimensões psicoticismo, obsessividade-compulsividade, vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e com o escore geral da EFN no grupo ELT-EH, se comparado ao grupo EFPS. Na comparação entre os grupos, a EEE tem mais correlações significativas no grupo ELT-EH em comparação ao grupo EFPS.

A idade nos grupos EFPS e ELT-EH não se correlacionou com a EEE, de modo distinto do grupo geral estudado.

Foi observada diferença significativa na questão aberta número dez que questiona aos indivíduos “Você contrataria uma pessoa com epilepsia para trabalhar na sua casa?”. Os pacientes do grupo ELT-EH se posicionaram negativamente de modo significativo quando comparados aos do grupo EFPS. Isso sugere que o grupo ELT-EH convive com uma forma mais severa da epilepsia e por um tempo mais longo, sendo essas pessoas mais afetadas pelo estigma e com mais consciência das consequências das CE e restrições impostas por elas.

Não foram observadas outras diferenças significativas na percepção do estigma quando comparados os aspectos clínicos da epilepsia nos dois grupos avaliados (EFPS e ELT-EH) e também quando consideradas as outras variáveis clínicas como frequência e tipo de CE e a lateralidade hemisférica da ELT-EH.

Acredita-se que os aspectos avaliados pelas escalas demonstram e mensuram as consequências psicológicas das vivências desde a infância até a condição atual da pessoa. Essa condição reflete a maneira como cada indivíduo interpreta sua realidade e reage a ela, e o estigma sentido também faz parte dessa condição. O estigma está associado tanto às situações reais a que uma pessoa é submetida quanto aos sentimentos reflexos dessas situações.

Alguns estudos encontram a correlação entre depressão e estigma (REISINGER & DILORIO, 2009) e outros não (HERMANN & WHITMAN, 1989, BAKER e JACOBY, 1996), porém, em todos eles encontram correlações entre a depressão e ansiedade com os aspectos psicossociais. Na pesquisa de Hermann e Whitman (1989), os achados apontam para maior correlação de depressão com aumento de eventos estressores, menor ajustamento das CE, maior estresse financeiro e gênero feminino, mas não com o estigma. As correlações significativas do estigma no estudo de Jacoby (1994) apresentam maior escore de estigma com menor autoestima e maior reação emocional e isolamento social. Pessoas mais velhas (>50) eram menos propensas a escores altos.

Segundo Baker, Jacoby & Chadwick (1996), a ansiedade e o alto escore na escala de impacto da epilepsia foram melhores preditores de estigma. Pacientes com a epilepsia controlada sentem os efeitos psicossociais do diagnóstico. Dessa forma, considera-se que tão importante quanto o controle das CE, é o manejo adequado das consequências psicossociais. Para Gandy et al (2012), as variáveis psicossociais são importantes preditores de depressão e ansiedade. Essa é uma importante conclusão, uma vez que são variáveis possíveis de serem combatidas com o tratamento adequado de psicoterapia, em especial a psicoterapia cognitivo-comportamental.

Reisinger & Dilorio (2009) avaliam o estigma como um fator precursor de depressão. O tipo de CE não está associado à depressão. Os principais fatores da depressão são condição de emprego, suporte social e estigma.

Apesar de haver alguns resultados controversos nos estudos descritos, todos eles apontam para as consequências psicossociais com correlações significativas tanto com o estigma, quanto com a ansiedade e a depressão, apontando que as consequências da epilepsia na vida do sujeito são tão importantes quanto os aspectos clínicos da doença e seu controle.

O resultado é coerente, pois aponta para a dificuldade vivenciada na relação com os outros e com a sociedade, dentro do quadro da epilepsia, considerando-se que o estigma e a consequência psicossocial são considerados muitas vezes mais difíceis de enfrentar do que a própria epilepsia (HEMANN & JACOBY, 2009).

7 – Conclusão

O estigma esteve fortemente relacionado aos aspectos psicológicos avaliados nos pacientes com EFPS e ELT-EH.

Houve correlações significativas nas escalas EAS e EFN em ambos os grupos, o que se leva a concluir que o diagnóstico da epilepsia traz por si só inúmeras consequências emocionais e psicológicas, independentemente da etiologia da síndrome ou do curso da doença.

Todas as vivências pelas quais a pessoa com epilepsia passou ou passa são contingências que têm um papel fundamental para definir tanto comportamentos quanto reações emocionais. As diferenças apresentadas entre as síndromes, muitas vezes negligenciadas no tratamento da doença, assumem que a condição clínica sozinha não explica o impacto da epilepsia na vida do sujeito.

8 – Referências

- ABLON J. *The nature of stigma and medical conditions*. *Epilepsy Behav*, v. 3, n. 652, p. 2-9, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ALARCON G.; ET AL. *Epilepsy*. Oxford, Oxford University Press, 2009.
- AMIRI M.; HANSEN C. P. *The interictal dysphoric disorder in patients with epilepsy: a doubtful disorder lacking diagnostic tools*. *Seizure*, v. 24, p. 70-79, 2015.
- ARAÚJO FILHO G. M.; ROSA V. P.; YACUBIAN E. M. T. *Transtornos psiquiátricos na epilepsia: uma proposta de classificação elaborada pela comissão de neuropsiquiatria da ILAE*. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*, v. 14, n. 3, p. 119-223, 2008.
- BAKER, G.A.; JACOBY, A.; CHADWICK. *The associations of psychopathology in epilepsy: a community study*. *Epilepsy Research*, v. 25, p. 29-39, 1996.
- BERG A. T.; ET AL. *The epidemiology of epilepsy: past, present, and future*. *NeurolClin*, v. 14, p. 383-398, 1996.
- Berg A. T., ET AL. *How long does it take for partial epilepsy to become intractable?* *Neurology*, v. 60, p. 186-190, 2003.
- BERG A. T.; ET AL. *Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and terminology, 2005-2009*. *Epilepsia*, p. 1-10, 2010.
- BLUMER D. *Personality disorders in epilepsy*. In: Ratey JJ, editor. *Neuropsychiatry of personality disorders*. Boston: Blackwell Science; 1995.
- BLUMER D. *Dysphoric disorders and paroxysmal affects: recognition and treatment of epilepsy-related psychiatric disorders*. *Harv Rev Psychiatry*, v. 8, n.1, p. 8-17, 2000.
- BORGES M. A.; ET AL. *Urban prevalence of epilepsy. Populational study in São José do Rio Preto, a medium-sized city in Brazil*. *ArqNeuropsiquiatr*, v. 62, p. 199-205, 2004.
- BRANDT, C. ET AL. *Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy-a prospective clinic based survey*. *Epilepsy & Behavior*, v.17, p. 259-263, 2010.
- BUTLER T., ET AL. *Cortical thickness abnormalities associated with depressive symptoms in temporal lobe epilepsy*. *Epilepsy Behav*, v. 23, p. 64-67, 2012.

CABALLO, V. E. Manual de transtornos da personalidade: Descrição, avaliação e tratamento. São Paulo: Santos, p. 304-306, 2014.

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. *Proposal for revised clinical and electroencephalographic of epileptic seizures*. *Epilepsia*, v. 30: 389-399, 1989.

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. *Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures*. *Epilepsia*, v. 22, p. 489-501, 1981.

CONOVER, W. J. *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons, 3rded, 1999.

CRAMER J. Epilepsy Impact. PROJECT GROUP. *The impact of comorbid depression on health resource utilization in a community sample of people with epilepsy*. *Epilepsy Behav* 2004;5:337–342.

DALGALARRONDO P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DERAEDT R.; et al. *Self-esteem and depression revisited: implicit positive self-esteem in depressed patients?* *Behav Res Ther*, v. 44, n. 7, p. 1017-1028, 2006.

EBERSOLE J. S., PACIA S. V. *Localization of temporal lobe foci by ictal EEG patterns*. *Epilepsia*, n. 37, p. 386-399, 1996.

EDEH J., TOONE B. *Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. Results of a survey in general practice*. *Br J Psychiatry*, n. 151, p. 95-101, 1987.

ENGEL J. J. *A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE task force on classification and terminology*. *Epilepsia*, v. 42, p. 796-803, 2001.

ETTINGER, A. B.; KANNER, A. M. *Psychiatric issues in epilepsy: A practical guide to diagnoses and treatment*. 2nd edition. Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ETTING A. B.; et al. *Are psychiatric disorders independent risk factors for new-onset epilepsy*. *Epilepsy Behav*, v. 17, p. 70-74, 2010.

FALCONER M. A., SEARAFETINIDES E. A., CORSELLIS J. A. N. *Etiology and pathogenesis of temporal lobe epilepsy*. *Arch Neurol*, n. 10, p. 233-248, 1964.

FERNANDES, P.T. *Estigma na Epilepsia*. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] – Universidade Estadual de Campinas, 2005.

- FERNANDES P. T.; LI L. M. *Percepção do estigma na epilepsia*. Journal of epilepsy and clinical neurophysiology, v. 4, n. 12, p. 207-218, 2006.
- FERNANDES P. T.; et al. *Stigma scale of epilepsy: validation process*. ArqNeuropsiquiatr, v. 65, p. 35-42, 2007.
- FIEST K. M.; et al. Depression in epilepsy. *A systematic review and meta-analysis*. Neurology, n. 5, v. 80, p. 590-598, 2013.
- FISHER R. S.; et al. *Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the international league against epilepsy (ILAE) and the international bureau for epilepsy (IBE)*. Epilepsia, n. 40, v. 4, p. 470-472, 2005.
- FLEISS J. L.; LEVIN, B.; PAIK, M. C. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons, 3rded, 2003.
- FRENCH J. A., ET AL. *Characteristics of medial temporal lobe epilepsy: I. Results of history and physical examination*. Ann Neurol, n. 34, p. 774-780, 1993.
- GAITATIS A.; et al. *The epidemiology of the comorbidity of the epilepsy in the general population*. Epilepsia, n. 45, v. 12, p. 1613-1622, 2004.
- GANDY M.; SHARPE L.; PERRY K. N. *Psychosocial predictors of depression and anxiety in patients with epilepsy*. J Affect Disord, n. 140, p. 222-232, 2012.
- GILLIAM F. G.; et al. *Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicenter study*. Lancet Neurology, n. 5, v. 5, p. 399-405, 2006.
- HAUSER W. A.; KURLAND L. T. *The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minesota, 1935 through 1937*. Epilepsia, n. 16, p. 1-66, 1975.
- HERMANN, P. B.; WHITMAN, S. *Psychosocial predictors of interictal depression*. Epilepsia, n. 2, p. 231-23, 1989.
- HERMANN B.; JACOBY A. *The psychosocial impact of epilepsy in adults*. Epilepsy Behav, n. 15, p. S11-S16, 2009.
- HIRTZ D.; et al. *How common are the "common" neurologic disorders?* Neurology, n. 30, p. 326-337, 2007.
- HUTZ C. S.; NUNES C. H. S. S. *Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo - EFN*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- JACOBY, A. *Felt versus enacted stigma: a concept revisited*. Social, Science and Medicina, v. 38, p. 269-274, 1994
- JOHNSON E. K.; et al. *The relative impact of anxiety, depression and clinical seizure features on health-related altered quality of life in epilepsy*. Epilepsia, n. 45, p. 554-550, 2004.

- KANNER A. M. *Depression in epilepsy: a frequently neglected multifaceted disorder*. *Epilepsy Behav*, n. 4, supl.4, p. 11-19, 2003.
- KEMMOTSU N.; et al. *Alterations in functional connectivity between the hippocampus and prefrontal cortex as a correlate of depressive symptoms in temporal lobe epilepsy*. *Epilepsy Behav*, n. 29, p. 552-559, 2013.
- KIM W. J., ET AL. *The prognosis for control of seizures with medications in patients with MRI evidence for mesial temporal sclerosis*. *Epilepsia*, n. 40, p. 290-293, 1999.
- KRISHNAMOORTHY E. S.; TRIMBLE M. R.; BLUMER D. *The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: a proposal by the ILAE commission on psychobiology of epilepsy*. *Epilepsy Behav*, n. 10, v. 3, p. 349-353, 2007.
- KOBAYASHI E, et al. *Seizure outcome and hippocampal atrophy in familial mesial temporal lobe epilepsy*. *Neurology*, n. 56, p. 166-172, 2001.
- KOBAU R.; GILLIAM F.; THURMAN D. J. *Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its associations with self-reported depression and anxiety: results from the 2004 Healthstyles Survey*. *Epilepsia*, n. 47, p. 1915–1921, 2006.
- LALONI D. T. *Escala de avaliação de sintomas-90-R: Adaptação, Precisão e Validade*. Campinas. Tese [Doutorado em Psicologia] – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2001.
- LALONI, D. T. *Escala de avaliação de sintomas-90-R (SCL-90-R)*. In GORENSTEIN, C.; WANG, Y.; HUNGERBÜHLER, I. *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 432-439.
- LOPES O. C. *A medicina no tempo*. São Paulo: Melhoramentos, 1970.
- MANI K. S. *Epilepsy: legal discrimination from negative to positive*. *Med Law*, n. 16, p. 367-374, 1997.
- MCLAUGHLIN D. P.; PACHANA N. A.; MCFARLAND K. *Stigma, seizure frequency and quality of life: the impact of epilepsy in late adulthood*. *Seizure*, n.17, p. 281-287, 2008.
- MCLIN W. M.; BOER H. M. *Public perceptions about epilepsy*. *Epilepsia*, n. 36, p. 957-959, 1995.
- NUNES, C. H. S. S. *A construção de um instrumento de medida para o fator neuroticismo/estabilidade emocional dentro do modelo de personalidade dos cinco grandes fatores*. 2000. 72. Dissertação de mestrado em psicologia – UFRGS, Porto Alegre, 2000.
- OLIVEIRA G. N. M.; et al. *Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: an overview from a tertiary service in Brazil*. *Seizure*, n. 19, p. 479-484, 2010.

- REISINGER E. L.; DILORIO C. *Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months*. *Epilepsy Behav*, n. 15, v. 2, p. 169-201, 2009.
- REYNOLDS E. H.; RODIN E. *The clinical concept of epilepsy*. *Epilepsia*, n. 50, v. 3, p. 2-7, 2009.
- SANDER J. W. *The epidemiology of epilepsy revisited*. *Curr Opin Neurol*, v. 16, p. 165-170, 2003.
- SANDER J. W. A. S., SHORVON D. *Epidemiology of the epilepsy*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v. 61, p. 433-443, 1996.
- SELIGMAN, M.E.P. *Desamparo: sobre depressão desenvolvimento e morte*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1977.
- SIEGEL, S.; CASTELLAN J. R. N. J. *Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2ª edição, 2006.
- STEPHEN L. J., KWAN P., BRODIE M. J. *Does the cause of localization related epilepsy influence the response to antiepileptic drug treatment?* *Epilepsia*, n. 42, p. 357-362, 2001.
- SWINKELS W. A., ET AL. *Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE*. *Epilepsia*, n. 47, p. 2092-2103, 2006.
- TEDRUS G. M. A. S.; et al. *Epilepsia e depressão: aspectos sociodemográficos e clínicos associados*. *Rev Cienc Med*, n. 18, v. 5/6, p. 243-250, 2009.
- TEDRUS, G. M. A. S.; FONSECA L. C.; PEREIRA R. B. *Marital status of patients with epilepsy: factors and quality of life*. *Seizure*, n. 27, p. 66-70, 2015.
- TELLEZ-ZENTENO J. F. ; et al. *Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis*. *Epilepsia*, n. 48, v. 12, p. 2336-2344, 2007.
- TORTA R.; KELLER R. *Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications*. *Epilepsia*, n. 40, v. 10, p. 2-20, 1999.
- VALENTE K. D. R.; BUSATTO FILHO G. *Depression and temporal lobe epilepsy represent an epiphenomenon sharing similar neural networks: clinical and brain structural evidences*. *ArqNeuropsiquiatr*, n. 71, v. 3, p. 183-190, 2013.
- VAN ELST L. T.; TRIMBLE M. R. *Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy*. *Neurology*, n. 63, p. 942-943, 2004.
- YACUBIAN, E. M. T. *Epilepsia, saindo das sombras*. São Paulo: Leitura Médica, 2012

WIESER H. G. *ILAE commission report. Mesial temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis.* Epilepsia, n. 45, p. 695-714, 2004.

WIGLUSZ M.; ET AL. *Reevaluating the prevalence and diagnostic subtypes of depressive disorders in epilepsy.* Epilepsy Behav, n. 53, p. 15-19, 2015.

WILLIAMSON P. D., ET AL. *Characteristics of medial temporal lobe epilepsy: II. Interictal and ictal scalp electroencephalography, neuropsychological testing, neuroimaging, surgical results, and pathology.* Ann Neurol, n. 34, p. 781-787, 1993.

ANEXOS

Anexo1 – Parecer do Comitê de Ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação entre transtornos psiquiátricos e estigma na epilepsia

Pesquisador: Mariana

Versão: 2

CAAE: 45923215.0.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/
CAMPINAS

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 053021/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto A relação entre transtornos psiquiátricos e estigma na epilepsia que tem como pesquisador responsável Mariana, foi recebido para análise ética no CEP Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS em 09/06/2015 às 11:28.

Anexo 2 – Anamnese

Caso nº _____

Data: ___/___/___ MV nº. _____

Idade: _____ DN: ___/___/___ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Religião: _____ Prática: _____

Tipo de crises epiléticas:

1 _____

2 _____

Idade de início: _____

Frequência atual: _____ Data da última crise: _____

Exame neurológico: _____

Estigma (EEE): _____ Data: ___/___/___

Diagnóstico etiológico: _____**Síndrome epilética:** _____

Anexo 3 – Questionário de Avaliação Psicológica

I - Identificação do paciente

Caso: nº _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nasc.: _____ Idade: _____

Escolaridade: ()Analfabeto ()Fundamental1()Fundamental 2 ()Médio ()Superior

Ocupação/Profissão: _____

Duração no último emprego: _____

Religião: _____

Estado Civil: ()Solteiro ()Casado ()Amasiado ()Divorciado ()Viúvo

Tempo de união: _____

Casamentos anteriores: ()1 ()2 ()3 ou mais

Causa relatada do fim da união: _____

Filhos: _____

Quem mora na casa: _____

Composição Familiar:

II - Histórico Condição Médica

Hipótese Diagnóstica: _____

Data do Diagnóstico: ____/____/____ Data da primeira crise: ____/____/____

Medicação Utilizada: _____

História da Epilepsia: _____

_____ Mudanças
de vida decorrentes da doença: _____

III. Dados da Avaliação Psicológica do Paciente na ocasião desta entrevista:

Conhecimento do Diagnóstico: () Sim () parcial () Não

Comportamentos diante do diagnóstico:

Conhecimento do Tratamento: () Sim () parcial () Não

Comportamentos diante do tratamento: _____

Dificuldade de adaptação à Epilepsia:

Relação Epilepsia x Trabalho: _____

Apoio familiar: _____

Transtornos Psicológicos Relatados:

Alterações emocionais:

() Humor Deprimido

() Labilidade Emocional

() Embotamento Emocional/apatia

() Irritabilidade/agressividade

() Inquietação/ansiedade

() Insegurança/Medo

() Outros: _____

Anexo 4 – Escala de Estigma na Epilepsia

Nome _____ Idade: _____

Sexo: () feminino () masculino Data: ____/____/____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Conhece uma pessoa com epilepsia? () familiar () amigo () outros: _____

Você tem acesso a informações sobre pessoas com epilepsia? () sim () não

Nas questões abaixo (1 a 6), as respostas devem ser respondidas de acordo com a numeração abaixo:

1 = Não 2 = Um pouco 3 = Bastante 4 = Muitíssimo

1. Você acha que as pessoas com epilepsia se sentem capazes de controlar sua própria epilepsia?

1 2 3 4
|-----|

2. O que você sentiria ao ver uma pessoa com epilepsia tendo crise:

a) susto: 1 2 3 4
|-----|

c) tristeza: 1 2 3 4
|-----|

b) medo: 1 2 3 4
|-----|

d) pena / dó: 1 2 3 4
|-----|

3. Quais dificuldades você acha que as pessoas com epilepsia encontram no dia-a-dia?

a) relacionamento familiar. 1 2 3 4
|-----|

e) sexualidade: 1 2 3 4
|-----|

b) emprego: 1 2 3 4
|-----|

f) emocionais: 1 2 3 4
|-----|

c) escola: 1 2 3 4
|-----|

a) preconceito: 1 2 3 4
|-----|

d) amizade / namoro: 1 2 3 4
|-----|

4. Como você acha que as pessoas com epilepsia se sentem?

a) preocupadas: 1 2 3 4
|-----|

e) envergonhadas 1 2 3 4
|-----|

b) dependentes: 1 2 3 4
|-----|

f) deprimidas / tristes: 1 2 3 4
|-----|

c) incapazes: 1 2 3 4
|-----|

g) iguais às outras: 1 2 3 4
|-----|

d) com medo: 1 2 3 4
|-----|

5. Para você, o preconceito contra as pessoas com epilepsia ocorre em quais situações?

a) na convivência social: 1 2 3 4
|-----|

d) na escola: 1 2 3 4
|-----|

b) no casamento 1 2 3 4
|-----|

e) na família: 1 2 3 4
|-----|

c) no trabalho:

1	2	3	4

6. E o que você faria ao ver uma pessoa com epilepsia tendo crise?

- saberia como ajudar:

1	2	3	4

 - seguraria a pessoa:

1	2	3	4

- puxaria a língua:

1	2	3	4

 - afastaria por medo de contágio:

1	2	3	4

- protegeria sua cabeça:

1	2	3	4

 - procuraria socorro:

1	2	3	4

Agora, responda mais estas questões sobre epilepsia, de acordo com sua opinião:

7. Você acha que as pessoas com epilepsia são rejeitadas pela sociedade?

() sim () não

8. Você tem preconceito contra as pessoas com epilepsia?

() sim () não

9. Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade para conseguir emprego?

() sim () não

10. Você contrataria uma pessoa com epilepsia para trabalhar na sua casa?

() sim () não

11. Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade na escola?

() sim () não

12. Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade para se casarem?

() sim () não

13. Você acha que as pessoas com epilepsia têm maior dificuldade para fazer amizades?

() sim () não

14. Você se casaria com uma pessoa com epilepsia?

() sim () não

15. Você acha que as pessoas com epilepsia contam para os outros que têm epilepsia?

() sim () não

16. O que sua religião pensa sobre as pessoas com epilepsia?

Você concorda com isso? () sim () não

Observações / comentários:

Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa que você está sendo convidado a participar está sob responsabilidade da psicóloga Mariana Zoppi, CRP: 06/70303, aluna do programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da PUC-Campinas. A pesquisa tem como objetivo identificar aspectos psicológicos e transtornos psiquiátricos e como eles se relacionam com o estigma na pessoa com epilepsia. Nessa pesquisa você irá responder 3 testes, que permitirá a comparação dos resultados.

Todos os dados que você oferecer serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora. Em nenhum momento será divulgado. Todos os dados serão analisados em grupos. Se você tiver interesse, poderá solicitar um horário para conversar sobre o resultado dos seus testes. Sua participação nessa pesquisa é totalmente voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela. Se você aceitar participar, você poderá abandoná-la a qualquer momento. Além disso, você poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que você já tenha prestado.

Com essa pesquisa, pretende-se contribuir com estudos voltados aos aspectos emocionais e transtornos psiquiátricos voltados à epilepsia. Em princípio, este estudo traz risco mínimo aos participantes. No entanto, em alguns casos, as respostas aos testes trazem recordações ou emoções pessoais que podem não ser agradáveis. Caso você se sinta desconfortável ou com qualquer mal-estar psicológico devido a sua participação na pesquisa, você será atendido pela psicóloga responsável, que lhe prestará sem custo, o atendimento psicológico necessário mesmo depois de terminada a sua participação na pesquisa.

Caso você concorde em participar, deverá assinar e datar este termo de consentimento, do qual uma cópia será fornecida a você.

Caso tenha alguma dúvida durante sua participação na pesquisa, ou até mesmo depois dela ter se encerrado, você poderá entrar em contato para esclarecê-las com a psicóloga Mariana Zoppi pelo telefone: (19) 3242-3606 ou (19) 3343-8374. Questões éticas podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da PUC-Campinas, que aprovou essa pesquisa, no telefone: (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rodovia Dom Pedro I, Km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP 13086-900, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08:00 às 17:00.

Mariana Zoppi
CRP 06/70303
Telefone: (19) 3343-8374

Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e eu livremente concordo em participar. Declaro ainda ser maior de 18 anos.

Nome: _____

RG: _____

Telefone: _____

Assinatura: _____

Data: _____