

JOSÉ MÁRIO LIMONGI JUNIOR

**A RESILIÊNCIA NA EPILEPSIA E SUA RELAÇÃO
COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS,
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PERCEPÇÃO
DA VIDA**

CAMPINAS

2017

JOSÉ MÁRIO LIMONGI JUNIOR

**A RESILIÊNCIA NA EPILEPSIA E SUA RELAÇÃO
COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS,
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PERCEPÇÃO
DA VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Glória Maria de A. S. Tedrus

CAMPINAS

2017

Ficha catalográfica elaborada por Marluce Barbosa CRB 8/7313
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

t616.853
L734r Limongi Junior, José Mário.
 A resiliência na epilepsia e sua relação com fatores sociodemográficos, características clínicas e percepção da vida / José Mario Limongi Junior. - Campinas: PUC-Campinas, 2017.
 55f.

 Orientadora: Glória Maria de Almeida Souza Tedrus.
 Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Ciências da saúde.
 Inclui anexo e bibliografia.

 1. Epilepsia. 2. Resiliência (Traço da personalidade). 3. Depressão mental. 4. Otimismo. I. Tedrus, Glória Maria de Almeida Souza. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Ciência da Saúde. III. Título.

CDD – 22. Ed. t616.853

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Centro de Ciências da vida
Programa de mestrado em Ciências da saúde

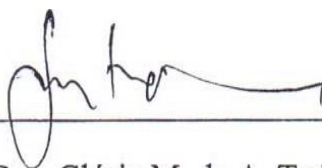
Autor: LIMONGI JR, José Mário.

Título: A Resiliência na Epilepsia e sua Relação com aspectos Sociodemográficos Características Clínicas e Percepção da Vida

Dissertação de mestrado em Ciências da saúde

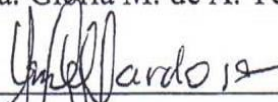
BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora



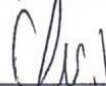
Prof. Dra. Glória M. de A. Tedrus

1ª examinadora (externo)



Prof. Dra. Tânia Ap. Marchiori de O Cardoso

2º examinador (interno)



Prof. Dr. Sérgio Luis Pinheiro

Campinas, 18 de dezembro de 2017

DEDICATÓRIA

In memoriam

À minha querida mãe, valente matriarca que após oito meses de martírio em uma UTI descansou nos braços do Senhor em 14/04/2017 e não pode contemplar em vida esta minha vitória. À minha amada esposa, ajudadora e companheira nos momentos mais difíceis quando o cansaço e desânimo pareciam ganhar força, logo dissipavam, mediante suas palavras de ânimo e incentivo. E ao meu filho querido e batalhador incansável que mesmo muito abalado com a perda da avó formou-se na faculdade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde e vida para chegar até aqui.

Profª Drª Glória Maria de A. S. Tedrus

Minha querida orientadora por todo o carinho, atenção, paciência, dedicação e amizade durante todo este trabalho.

Prof. Dr. Lineu Fonseca (*"in memoriam"*)

Ao meu querido e dedicado professor e idealizador deste programa através do qual este trabalho foi realizado.

Aos professores do programa

Em especial ao prof. Sérgio Luís Pinheiro examinador de minha qualificação e agora defesa de mestrado por toda ajuda e atenção.

Aos colegas

Pela paciência e conforto nas horas mais difíceis amenizando as incertezas e me acalmando, demonstrando companheirismo e solidariedade nesta dura jornada.

RESUMO

LIMONGI JR, José Mário: *A RESILIÊNCIA NA EPILEPSIA E SUA RELAÇÃO COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PERCEPÇÃO DA VIDA.*

Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2017.

Introdução: Epilepsia é uma condição neurológica crônica caracterizada por crises epiléticas (CE) recorrentes, causada pela atividade neuronal excessiva no cérebro, usualmente autolimitada. Vários estudos descrevem comprometimento da qualidade de vida na epilepsia associado a diferentes aspectos clínicos e psicossociais. Entretanto, ainda é pouco estudada em pacientes adultos com epilepsia (PCE) a capacidade de lidar com eventos adversos e se há relação entre resiliência e aspectos da epilepsia.

Objetivo: Avaliar a resiliência e sua relação com aspectos sociodemográficos, clínicos e com a percepção da vida em PCE.

Casuística e procedimentos: Foram incluídos 80 PCE adultos consecutivos, atendidos no ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas). Os PCE foram avaliados com: Questionário sociodemográfico, história clínica, critério de classificação econômica Brasil, Escala de resiliência de Wagnild & Young, Teste de orientação da vida (TOV-R) e Inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia (IDTN-E). Foram utilizados testes estatísticos com nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: A idade média dos PCE foi 45.4 (± 14.4) anos, 46 (57.5%) eram do gênero feminino; 38 (47.5%) estavam desempregados e 42 (52.5%) e 41 (51.2%) pacientes casados. A idade média da primeira crise epilética (CE) foi de 21.1 (± 17.1) anos; 49 (61.2%) estavam com CE há menos de um ano e a duração média da epilepsia foi de 27.7 (± 16.2) anos. O tipo de CE foi focal em 67 (83.75%) casos e exclusivamente generalizada em 13 (16.25%). Cinquenta e um PCE estavam utilizando uma droga antiepilética (DAE) e, mais que duas drogas, 29 (36.2%). A síndrome epilética foi: epilepsia generalizada idiopática em 13 casos (16.25%), focal sintomática em 45 (56.25%) e focal provavelmente sintomática em 22 casos (27.50%). Nas epilepsias sintomáticas a etiologia foi epilepsia de lobo temporal com esclerose hipocampal em 27 (33.7%). O escore médio da escala de resiliência foi 139.2 (± 15.6). Na classificação dos níveis de resiliência foi observado que 15 (18.7%) pacientes tinham baixa resiliência (≤ 125) e, média (> 125 e ≤ 145) e alta resiliência (> 145) foram respectivamente, 32 (40%) e 33 (41.2%) pacientes. O escore médio do TOV-R foi 20.5 (± 3.4) e do IDTN-E, 12.6 (± 2.6). Os PCE que utilizavam mais de uma DAE apresentaram de modo significativo menores escores na escala de resiliência quando comparados àqueles que utilizavam droga única (142.3 ± 14.7 x 133.9 ± 16.1 ; Teste T; $p = 0.025$). Foi observado que os PCE em episódio depressivo (valores acima de 15) no IDTN-E tiveram de modo significativo menores escores na escala de resiliência (141.7 ± 14.1 x 119.8 ± 14.2 ; Teste T; $p = 0.000$) e menores escores no TOV-R (21.0 ± 2.6 x 16.5 ± 6.1 ; Teste T; $p = 0.000$). Houve correlação positiva significativa entre os escores da escala de resiliência com o TOV-R. Houve correlação negativa significativa entre os escores da escala de resiliência e os escores do IDTN-E.

Discussão e conclusão: A maioria dos PCE foram classificados em média e alta resiliência, o que sugere que indivíduos com elevada resiliência podem desenvolver

habilidades para superar os desafios e adversidades frente a imprevisibilidade da epilepsia. No rastreamento de episódios depressivos, no IDTN-E, foi observado valores médios não sugestivos de sintomas depressivos. Baixa resiliência foi associada de modo significativo à utilização de mais de uma DAE. Não foi observada associação com outros aspectos clínicos da epilepsia e sociodemográficos. PCE com maior otimismo na percepção de suas vidas (TOV-R) apresentam maior resiliência. Houve associação entre sintomas depressivos (IDTN-E) e menor resiliência. Concluindo, PCE com menor resiliência utilizam mais de uma DAE, apresentam menor otimismo ao perceberem suas vidas com mais sintomas depressivos.

Palavras-Chave: Epilepsia; resiliência; depressão; otimismo.

ABSTRACT

LIMONGI JR, José Mário: *THE RESILIENCE IN EPILEPSY AND ITS RELATIONSHIP WITH SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS, CLINICAL CHARACTERISTICS AND PERCEPTION OF LIFE.*

Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2017.

Introduction: Epilepsy is a chronic neurological condition characterized by seizures recurring caused by excessive neuronal activity in the brain, usually self-limited. Several studies have reported impaired quality of life in epilepsy associated with different clinical and psicossocial aspects. However, it is still little studied in adult patients with epilepsy (PWE) the ability to deal with adverse events and whether there is relationship between resilience and aspects of epilepsy.

Objective: Assess the resilience and its relationship with sociodemographic, clinical and the perception of life in PWE.

Materials and procedures: 80 consecutive adults PWE were included, treated in the clinic Clinical Neurology Hospital Celso Pierro (PUC-Campinas). The PWE were assessed: sociodemographic questionnaire, medical history, economic classification criteria Brazil, Wagnild & Young resilience scale, life orientation test (LOT-R) and Inventory of depression in neurological disorders epilepsy (NDDI-E). Statistical tests were used with significance level of $p < 0.05$.

Results: The average age of PWE was 45.4 (± 14.4) years, 46 (57.5%) were females; 38 (47.5%) and 42 are unemployed (52.5%) and 41 (51.2%) patients were married. The average age of the first patients seizure was 21.1 (± 17.1) years; 49 (61.2%) were seizure for less than a year and the average duration of epilepsy was 27.7 (± 16.2) years. The seizure type was focal in 67 (83.75%) cases and generalized only in 13 (16.25%). Fifty-one PWE were using one antiepileptic drug (AED), and more than two drugs, 29 (36.2%) cases. The epileptic syndrome was, idiopathic generalized epilepsy in 13 cases (16.25%), symptomatic focal in 45 (56.25%) and probably symptomatic focal in 22 cases (27.50%). In symptomatic epilepsies etiology was temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis in 27 (33.7%) cases. The average score of the resilience scale was 139.2 (± 15.6). In classification level resilience was observed that 15 (18.7%) patients had low resilience (≤ 125), middle (> 125 and ≤ 145) and high resilience (> 145) were respectively 32 (40%) and 33 (41.2%) patients. The average score TOV-R was 20.5 (± 3.4) and NDDI-E 12.6 (± 2.6). The PWE that used two or more AED had significantly lower scores on scale resilience when compared to those using single drug (142.3 ± 14.7 vs 133.9 ± 16.1 ; t -test, $p = 0.025$). It was observed that the PWE presenting depressive episode (values above 15) in NDDI-E show significantly lower scores on scale resilience (141.7 ± 14.1 vs 119.8 ± 14.2 ; T -test; $p = 0.000$) and lower scores on TOV-R (21.0 ± 2.6 vs 16.5 ± 6.1 , t -test, $p = 0.000$). There was a significant positive correlation between the scores of resilience scale with the TOV-R. There was a negative correlation between the scores of resilience and range scores NDDI-E.

Discussion and conclusion: Most PWE showed medium and high resilience, suggesting that persons with high resilience can develop skills to overcome challenges and adversity and unpredictability of epilepsy. In screening for depressive episodes in NDDI-E was observed average values do not suggestive of depressive symptoms. Low resilience was significantly associated with the use of more than one AED. There was no association with other clinical and socio-demographic aspects of epilepsy. PWE with greater optimism in the perception of their lives (LOT-R) have more resilience. There was an association between depressive symptoms (NDDI-E) and lower resilience. In conclusion, less

resilients PWE use more than one AED, show less optimism to perceive their lives and more depressive symptoms.

Keywords: *Epilepsy; depression; resilience; optimism.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE = Crise Epiléptica.

DAE = Drogas Antiepilépticas

EEG = Eletroencefalograma

ELT = Epilepsias do Lobo Temporal

ELT-EH = Epilepsias de Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo.

ILAE = *International League Against Epilepsy*.

IDTN-E = Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia.

PCE = Pacientes com Epilepsia.

QV = Qualidade de Vida.

TDAH = Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

TEA = Transtorno do Espectro Autista

TOV-R = Teste de Orientação da Vida revisado.

SUMÁRIO

1	Introdução	8
1.1	Epilepsia: aspectos gerais:.....	8
1.2	Classificação (expandida) :	9
I.	Início focal:.....	9
II.	Início generalizado:	9
III.	Início desconhecido:.....	9
IV.	Não classificadas	9
1.3	Comorbidades	10
1.4	Epilepsia do lobo temporal	10
1.5	Epidemiologia.....	11
1.6	Tratamento	12
1.7	Resiliência	12
2	Justificativa	15
3	Casuística	17
3.1	Crítérios de inclusão.....	18
3.2	Crítérios de exclusão.....	18
3.3	Método:	18
3.4	Análise dos dados	19
4	Resultados	20
4.1	Características sociodemográficas:.....	20
4.2	Características clínicas	20
4.3	Escala de resiliência, TOV-R e IDTN-E.....	21
4.4	Relação entre aspectos clínicos e IDTN-E	22
4.5	Relação entre aspectos clínicos e TOV-R.....	23
4.6	Relação entre aspectos clínicos e a escala de resiliência.....	23
4.7	Correlação entre escala de resiliência, TOV-R e IDTN-E com os aspectos clínicos	24
5	Discussão	31
5.1	Resiliência e aspectos sociodemográficos:.....	32
5.2	Resiliência e aspectos clínicos:.....	32
5.3	Resiliência x TOV-R e IDTN-E:	33
6	Conclusão.....	34
7	Referências bibliográficas:.....	36
	Anexo 1: Parecer Consubstanciado do CEP	44

Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	47
Anexo 3: Dados Sociodemográficos	48
Anexo 4: História Clínica e Exames Complementares	52
Anexo 5: Escala de Resiliência	53
Anexo 6: Teste de Orientação da Vida (TOV-R)	54
Anexo 7: Inventário de depressão em transtornos neurológicos para a epilepsia	55

1 Introdução

1.1 Epilepsia: aspectos gerais:

Origina do grego ἐπιληψία (epilēpsía) que significa apreensão. É um grupo de distúrbios neurológicos crônicos caracterizadas por crises epilépticas (CE), resultantes da atividade neuronal anormal, excessiva ou hipersincrônica no cérebro (ENGEL, 2006;PÉREZ, 2015).

É considerada uma “disfunção do cérebro por predisposição permanente por gerar crises epilépticas” e pelas consequências destas condições neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. A definição da epilepsia requer a ocorrência de pelo menos uma crise epiléptica. Entende-se como crise epiléptica a breve ocorrência de sinais e/ou sintomas causados por atividade anormal excessiva ou sincrônica no cérebro (BLUME *et al.*, 2001; FISHER *et al.*, 2005).

A Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) estabeleceu uma definição operacional não como doença única, mas como um grupo (síndrome)

Definição operacional de Epilepsia de 2014 da ILAE (FISHER *et al.*, 2014):

A epilepsia é uma doença do cérebro definido por qualquer uma das seguintes condições:

- Pelo menos duas crises epilépticas não provocadas (ou reflexas) que ocorrem em intervalo > 24 horas.
- Uma crise epiléptica não provocada (ou reflexa) e uma probabilidade de nova crise semelhantes ao risco de recorrência geral (pelo menos 60%), após duas crises não provocadas, ocorrendo ao longo dos próximos 10 anos
- O diagnóstico de uma síndrome epiléptica

A epilepsia é considerada resolvida para os indivíduos que tiveram uma síndrome epiléptica idade dependente, mas agora ultrapassaram a idade

aplicável ou aqueles que permaneceram livres de crises nos últimos 10 anos, sem medicamentos e crise para nos últimos 5 anos (FISHER *et al.*, 2014; ZUBERI & SYMONDS, 2015).

1.2 Classificação (expandida) :

I. Início focal:

Perceptivas/Disperceptivas:

- a) Início motor: automatismos, atônicas, espasmos epiléticos, hipercinéticas, mioclônicas, tônicas.
- b) Início não motor: autonômicas, parada comportamental, cognitvas, emocionais, sensoriais.

Focal evoluindo para tônico-clônica bilateral

II. Início generalizado:

- a) Motoras: tônico-cônicas, tônicas, clônicas, mioclônicas, mioclono-tônico-clônicas, mioclono-atônicas, atônicas, espasmos epiléticos.
- b) Não motoras (ausências): típicas, atípicas, mioclônicas, mioclônicas palpebrais.

III. Início desconhecido:

- a) Motoras: tônico-clônicas, espasmos epiléticos.
- b) Não motoras : parada comportamental.

IV. Não classificadas

(FISCHER *et al.* , 2017)

1.3 Comorbidades

As comorbidades mais encontradas com a epilepsia são: comprometimentos do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, transtornos do espectro autista (TEA), transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), problemas comportamentais (ZUBERI; SYMONDS, 2015) e principalmente a depressão:

Depressão

Considerado o transtorno mental mais frequente nos pacientes com epilepsia (MENDEZ *et al.*, 1986). Em um recente e amplo estudo epidemiológico nos Estados Unidos, Blum *et al.* (2002), 29% de prevalência de depressão em pacientes com epilepsia, contra 9% na população geral. A prevalência foi estimada em 50% em centros terciários ou clínicas especializadas, comparada a 6 a 30% em estudos populacionais (KANNER, 2003).

Reforçando estes dados, Forsgren e Nystrom (1990), em estudo de caso controle desenvolvido na Suécia, encontraram história de depressão precedendo a primeira crise, cerca de três vezes mais frequente do que nos pacientes do grupo controle. No que diz respeito apenas a pacientes com crises focais, este índice passa a ser 17 vezes maior, sugerindo uma relação bidirecional entre estas doenças, com possíveis mecanismos etiopatogênicos comuns (GALLUCCI NETO *et al.*, 2005; TEDRUS *et al.*, 2009).

Aspectos clínicos como a atrofia do hipocampo indicam estar associado por estudo à depressão (CHAN *et al.*, 2016).

1.4 Epilepsia do lobo temporal

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

As epilepsias do lobo temporal (ELT) são as mais freqüentemente encontradas em adultos, e ocorrem em aproximadamente 20 a 40% dos casos de

epilepsia nesta população, correspondendo a aproximadamente 60% dos casos de epilepsias focais (HAUSER e KURLAND, 1975; ENGEL JJ, KOBAYASHI et al, 2001).

A causa mais freqüente 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 JA, et al, 1993; WILLIAMSON 1993; WIESER 2004).

Esclerose do hipocampo foi inicialmente citada por Falconer *et al*, em 1964, para descrever 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 da 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 outras (CENDES&KOBAYASHI, 2000). Outros autores sugerem que a ELT-EH é geneticamente determinada e a presença de crises febris na infância nesses pacientes seria decorrente da susceptibilidade a CE (FRENCH JA, et al, 1993; WIESER, 2004; STASFSTROM, 2006).

1.5 Epidemiologia

No mundo inteiro, há uma estimativa de pelo menos 65 milhões de pessoas com epilepsia (NGUGI *et al.*, 2010;THURMAN *et al.* 2011; ZUBERI; SYMONDS, 2015).

Embora haja grandes variações entre as populações estudadas, em países desenvolvidos, a incidência anual da epilepsia é cerca de 50 por 100.000 habitantes, enquanto que a prevalência se aproxima de 700 por 100.000 (HIRTZ *et al.*, 2007;THURMAN *et al.* 2011).

No Brasil, em 2013, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, a incidência era de 228 casos/100.000 habitantes. , enquanto a prevalência de 261casos/100.000 habitantes (DATASUS, 2013).

A Liga Brasileira de Epilepsia (LBE) estimou em 2016 cerca de 3 milhões de brasileiros com epilepsia (LBE, 2017).

1.6 Tratamento

Além do tratamento cirúrgico e/ou medicamentoso (70% podem ser controlados), deve ser holístico considerando as necessidades e expectativas individuais do paciente e família. Visto que os conceitos de “epilepsia” e “as epilepsias” são difíceis de entender, o papel do cuidador além do tratamento farmacológico, é ajudar o paciente no esclarecimento e combater o estigma (FERNANDES & LI, 2006; ZUBERI; SYMONDS, 2015), é neste contexto que a resiliência assume extraordinário valor.

1.7 Resiliência

O termo resiliência não é originário de nenhuma ciência da saúde, mas sim da engenharia, em estudos sobre elasticidade de materiais desde 1620, deriva do latim *resilientia*, do verbo resílio (re+salio), propriedade atribuída pela física a materiais que deformam sob a força aplicada, armazenando energia para retornarem à forma original quando a mesma cessa (SABBAG, 2012).

Segundo Yunes (2003) e Goldstein (2012) o cientista inglês Thomas Yang em 1807, realizou experimentos com tensão e compressão de barras propondo o conceito de “módulo de elasticidade”, tornando-se um dos precursores da ideia de resiliência.

Há cerca de 45 anos este termo foi emprestado pela psicologia sendo definido pela *American Psychological Association* como o “processo de adaptação com sucesso a experiências de vida difíceis ou desafiadoras, fazendo uso principalmente da flexibilidade mental, emocional e comportamental, ajustando-se a demandas externas e internas” (APA, 2010, p.809;SABBAG, 2012). Curiosamente, tanto na engenharia como na psicologia utilizam-se termos comuns como: estresse, flexibilidade, resistência (*endurance*), fadiga, colapso e exaustão (*burnout*) (SABBAG, 2012).

Flach (2004), autor pioneiro em resiliência na psicologia, conceitua como sendo forças psíquicas e biológicas para lutar enfrentando mudanças com sucesso (*op. cit.*). Mas, segundo Yunes (2003), o pioneirismo do emprego do termo em psicologia seria da pesquisadora canadense Martineau (1999) (GOLDSTEIN, 2012).

Flach (1991) teria utilizado o termo em 1966, objetivando descrever as forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar com sucesso as mudanças na vida. Na sua concepção, indivíduo resiliente é o que tem habilidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva (PINHEIRO, 2004; BONANNO, 2004).

Bonanno (2004) define resiliência como capacidade de manter o equilíbrio psíquico em traumas potenciais. Ong e colegas (2010) consideram como “padrão de funcionamento indicativo da adaptação positiva no contexto de risco ou adversidade”, incluindo neste padrão não apenas atributos da personalidade, mas também atributos contextuais e estratégias de enfrentamento (*coping*) e habilidades sociais (SABBAG, 2012). Porém, em todos os estudos traços individuais como o otimismo* (verificar instrumento de avaliação), autoeficácia, autoestima, controle de emoções e tenacidade, são considerados (*op. cit.*, p28).

*Obs: Otimismo é considerado em vários estudos como importante “pilar” de resiliência (SABBAG, 2002, pg 28)

O dicionário de língua inglesa Longman Dictionary of Contemporary English (1995) define psicologicamente e fisicamente resiliência como sendo: “habilidade de voltar rapidamente para o seu estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.” (resiliência de caráter) e: “é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida” (flexibilidade) (YUNES, 2003; PINHEIRO, 2004).

O dicionário Aurélio (1999) define resiliência apenas fisicamente como: propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo elástico deformado é devolvida ao término da tensão (YUNES, 2003). Já a versão online atualizada define como:

- ✓ Propriedade de um corpo de recuperar a sua forma original após sofrer choque ou deformação.
- ✓ Capacidade de superar, de recuperar de adversidades.

(Fonte : © 2008 - 2016 Dicionário do Aurélio Online - Dicionário Português)

Tavares (2001) define resiliência firmado em três aspectos: o físico, o médico e o psicológico:

- I. Físico: “qualidade de resistência ao choque, tensão ou pressão que permite a volta ao estado original após ter sido violentado”
- II. Médico: “capacidade de resistência à doença”
- III. Psicológico: “capacidade de acomodação e reequilíbrio constantes” (*apud* PINHEIRO, 2004).

Resiliência: capacidade inata ou apreendida ?

Segundo a *American Psychological Association* (2013), pessoas resilientes se adaptam aos agentes estressores e dificilmente desenvolvem patologias associadas ao estresse crônico (GALVÃO-COELHO *et al.*, 2015).

A resiliência é associada a otimismo aprendido por Seligman (2006) ao afirmar que: “Explicações permanentes para eventos ruins produzem desamparo duradouro e explicações temporárias produzem resiliência” (*apud* SABBAG, 2012).

Com crescentes tempo/episódios depressivos os indivíduos tornam-se mais vulneráveis à depressão através do aumento da sensibilidade ao stress. Figura 1.

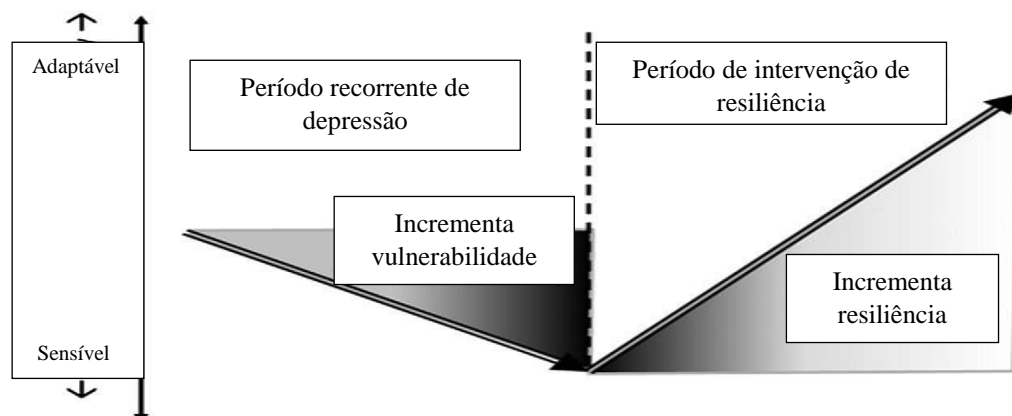


Fig.1(modificada). A hipótese de relação entre vulnerabilidade e estresse resiliência/sensibilidade/ adaptabilidade durante períodos de recorrência de episódios depressivos ou uma intervenção de resiliência (WAUGH & KOSTER.,2015).

A intervenção de resiliência almeja aumentar a capacidade das pessoas para lidar com estressores, incrementando resistência, diminuindo assim sua sensibilidade ao estresse enquanto avulta a capacidade de adaptação . Entendamos que, embora a resiliência pode declinar após episódios depressivos, isso não significa que pessoas deprimidas não tenham resiliência (*op. cit.*).

Face ao efeito protetor das estratégias eficientes de enfrentamento do estresse, atualmente o enfoque dos estudos, inicialmente voltado a caracterizar os fatores relacionados à vulnerabilidade ao estresse, dedicam-se também à investigação sobre os fatores determinantes para a expressão da resiliência (GALVÃO-COELHO *et. al.*, 2015). Baseado nesta hipótese, este trabalho objetiva contribuir na avaliação da influência da síndrome epiléptica sobre a resiliência.

2 Justificativa

Na vida prática encontramos pessoas comuns e “celebridades” que tem todas as facilidades econômicas e sociais e são pessimistas enquanto outras sem recursos e desamparadas são animadas e otimistas . É sabido que estas últimas quando submetidas a situações de estresse e de vulnerabilidade, superam saindo fortalecidas e renovadas (SABBAG, 2012). Estas características são individuais e ocorrem de maneira diferente no ciclo da vida, do desenvolvimento psicológico e de circunstâncias ambientais. A resiliência frente a estressores e adversidades é que difere um grupo do outro. E o PCE, poderia apresentar alguma diferença nesta competência?

Qual é a relação entre resiliência, quadro clínico, fatores sociodemográficos e percepção da vida no paciente com epilepsia?

Em comparação com a multiplicidade de pesquisas de resiliência em vários aspectos na saúde, há raros estudos que exploram a resiliência no contexto da epilepsia.

A avaliação do potencial de resiliência em PCE é pouco estudada na literatura ou os estudos são limitados na abrangência. Assim este estudo pode trazer contribuições na avaliação da resiliência e suas relações com aspectos

sociodemográficos e clínicos da epilepsia, presença de depressão e como os pacientes percebem suas vidas.

Por outro lado, o estudo da resiliência na saúde é bastante recente e cada vez mais ela é vista como uma construção multifatorial. É sabido que algumas pessoas, quando submetidas a situações de estresse e de vulnerabilidade, superam saindo fortalecidas e renovadas. Estas características são individuais e ocorrem de maneira diferente no ciclo da vida, do desenvolvimento psicológico e de circunstâncias ambientais.

Na literatura há evidências dos impactos negativos da epilepsia na qualidade de vida (QV). A compreensão dos aspectos que influenciam a QV de PCE é fundamental para o melhor entendimento e para contribuir na intervenção na epilepsia. Entretanto, há evidências que a relação entre controle das CE e QV é complexa e, alguns PCE referem boa QV apesar do pobre controle das CE. Estudos sugerem que a resiliência possa ser um dos fatores que influenciam a QV na epilepsia.

Desse modo esse estudo se justifica, pois o conhecimento de aspectos da resiliência na epilepsia é importante para o desenvolvimento de estratégias de atenção a essa população, para determinar intervenções populacionais ou individuais, que visem o bem-estar, melhora clínica e de assistência e redução de custos em saúde.

Jacoby & Baker (2008) mostraram que a QV na epilepsia é influenciada por diversos aspectos sociais e psicológicos. Assim, a superação de tais obstáculos pode ser equilibrada pela força interna do indivíduo, estando ligada, deste modo, ao conceito de resiliência. A QV poderá, desta forma, ser protegida pelos níveis de resiliência do indivíduo.

Taylor *et al.* (2011) identificaram que aspectos de apoio social, como intervenção psicoeducacional, podem melhorar a QV dos PCE ao diminuir as preocupações em relação a sua saúde, redução dos efeitos colaterais dos medicamentos, com um tratamento adequado para a depressão, mesmo em situações limitadas de acesso socioeconômicos e clínicos.

Ring *et al.* (2016) apontaram que o conceito de resiliência pode contribuir no entendimento de uma boa QV no PCE.

Mugumbate & Gray em 2017 consideraram a resiliência como estratégica para conter o desemprego dos PCE no Zimbabwe.

A relação entre epilepsia e aspectos psicológicos e sociais sugere que a resiliência se desenvolva através de um processo de interação entre o indivíduo e seu ambiente. Hatala *et al.* (2013), identificaram ações intencionais de PCE que ajudam a mitigar o impacto psicológico negativo da epilepsia e sugeriram que atividades com o envolvimento em um grupo comunitário eram psicologicamente benéficas e o uso de estratégias psicológicas, como "reestruturação", pelas quais o indivíduos incorporam "qualidades internas", como a empatia e a bondade que se desenvolvem dentro de um contexto social particular possam ser úteis.

Wagner *et al.* (2010), num estudo de intervenção que avaliou jovens com epilepsia e seus cuidadores, com objetivo de promover a resiliência e aprimorar habilidades de enfrentamento, auto-eficácia e autogestão no contexto da epilepsia observaram uma mudança positiva significativa na auto-eficácia dos participantes sobre o conhecimento e gerenciamento de epilepsia.

Brandalise *et al.* (2016), ao avaliarem 60 PCE com ELT-EH refratária, submetidos a cirurgia, e com a recorrência de crises tardias após cirurgia descreveram o impacto negativo significativo dos sintomas de ansiedade e depressão na resiliência.

3 Casuística

Estudo unicêntrico, transversal, relacional e descritivo.

Participantes: Foram incluídos (entrevistados) neste estudo pacientes com diagnóstico de epilepsia segundo a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas (ENGEL, 2001); acompanhados no ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC – Campinas) no período de 06/10/2016 a 16/08/2017.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUC-Campinas, pelo número do Parecer: 1.754.078 de 30/09/2016 (Anexo 1).

A participação foi feita subordinada aos princípios éticos e mediante assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo 2).

3.1 Critérios de inclusão

Pacientes com idade superior a 18 anos, de ambos os gêneros;

Diagnóstico clínico de epilepsia, segundo a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas (ENGEL, 2001);

3.2 Critérios de exclusão

Indivíduos com acentuados déficits cognitivos e/ou dificuldade para compreender as questões dos instrumentos.

Por alguma razão recusou assinar o TCLE.

Indivíduos que apresentaram desconforto, constrangimento e ou alteração de humor e perda de interesse com respostas evasivas durante a entrevista.

3.3 Método:

Questionário sociodemográfico e Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2014). Mensura o poder de consumo declarado por variáveis indicadoras de renda permanente e o uso da Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE, que amplia a abrangência da ferramenta e classifica em classe econômica (anexo 3);

Histórico clínico – Documento elaborado para pesquisa, para levantar informações clínicas com respeito a tipo, controle, idade de início das crises e síndromes epilépticas (anexo 4);

Foram colhidos dos prontuários, os resultados de exames complementares (tomografia computadorizada e/ou ressonância de crânio). Não foram solicitados novos exames para esta pesquisa (anexo 4);

Instrumentos:

A. Escala de resiliência: Versão adaptada e validada para português da escala de resiliência de Wagnild & Young (1993) por Pesce *et al.* (2005) é composta de 25 questões de 1 a 7 pontos em escala *Likert* de “discordo totalmente a concordo totalmente” oscilando entre 25 a 175 pontos (anexo 5);

Os valores da escala de resiliência estão classificados em: baixa resiliência (escores ≤ 125), média resiliência (escores >125 até ≤ 145) e alta resiliência, (escores > 145).

Baixa resiliência (≤ 125)

Média resiliência (>125 a ≤ 145)

Alta resiliência (>145)

B. Teste de orientação da vida (TOV-R). Escala que avalia o construto de otimismo quanto a expectativas futuras (SCHEIER, CARVER & BRIDGES, 1994), traduzido e adaptado por Bandeira *et al.*, (2002). Através de uma escala *Likert* (“0” para “discordo totalmente”, “1” para “discordo”, “2” para “neutro”, “3” para “concordo” e “4” para “concordo totalmente”) de dez questões, sendo três positivas (1,4 e 10), três negativas (3,7 e 9) com inversão do escore nas questões negativas, num escore de 0 a 24 pontos, pois as quatro restantes neutras (*filler questions*) não pontuam e não são incluídas na análise de dados, reflete como os entrevistados percebem suas vidas (anexo 6);

*Obs: este instrumento não apresenta número de corte

C. Inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia (IDTN-E) (GILLIAN *et al*, 2006): é um inventário para rastreamento de episódios depressivos, e foi elaborado especificamente para a epilepsia. O instrumento possui 6 questões, em escala *Likert* que vai de 1 “sempre ou frequentemente” a 4 “nunca”, atribui o escore mínimo de 15 pontos para classificar estado depressivo. Foi recentemente validado para a população brasileira (OLIVEIRA *et al*, 2011) (anexo 7).

3.4 Análise dos dados

Estudada a expressão da resiliência em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos, episódios depressivos e percepção da vida em pacientes com epilepsia, por análise descritiva através de teste T, correlacional de Pearson, correlacional de Spearman (IC 95%; valor de $p < 0,05$) utilizando o Excel 2016 e Minitab 17.

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo, 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 e desvio padrão.

Teste T foi utilizado para comparar variáveis contínuas entre 2 grupos, visto que eles tinham uma distribuição normal.

4 Resultados

4.1 Características sociodemográficas:

Amostra composta de 46 (57.5%) do gênero feminino, a média de idade foi de 45.4 (± 14.4) anos.

A distribuição dos PCE segundo estado civil foi: 41 (51.25%) pacientes eram casados e 39 (48.75%) pacientes eram solteiros, separados, divorciados ou viúvos.

Quanto à situação ocupacional, 38 (47.5%) estavam desempregados e 42 (52.5%) estavam empregados.

Com relação à religião, 59 (73.7%) dos PCE declararam praticar alguma religião.

Os aspectos sociodemográficos dos PCE estão na tabela 1.

Tabela 1: Aspectos sociodemográficos de 80 pacientes com epilepsia.

	Média (Desvio Padrão)
Idade (anos)	45,4 ($\pm 14,4$)
Amostra	Número de indivíduos
Gênero: Feminino/masculino	46/34
Escolaridade formal (anos): ≤ 8 anos/ > 8	44/36
Estado Marital : casados/outros estados	41/39
Situação ocupacional: Empregado/ desempregado	42/38
Classificação socioeconômica: B2,C1/ C2,D,E	33/47
Renda familiar média: $<1.000,00/\geq 1.000,00$	33/47

4.2 Características clínicas

A média de idade da primeira CE foi de 21.1 (± 17.1) anos (figura 4). Segundo os critérios da ILAE as epilepsias foram classificadas como: epilepsia primariamente generalizada em 13 casos (16.25%), epilepsia focal sintomática em 45 casos (56.25%) e epilepsia focal provavelmente sintomática em 22 casos (27.50%) (figura 5). Nas epilepsias sintomáticas, a etiologia foi: epilepsia de lobo

temporal com esclerose hipocampal (ELT-EH) em 27 (33,75%) casos, e outras etiologias como cavernoma, hidrocefalia, malformação cortical, anoxia neonatal entre outras em 53 (66,25%) (figura 6).

Quanto ao controle das crises epilépticas foi classificada em: 49 (61,25%) pacientes não estavam controlados e 31 (38,75%) estavam controlados.

Os aspectos clínicos dos PCE encontram-se na tabela 2.

Tabela 2: Aspectos clínicos de 80 pacientes com epilepsia.

	Média (Desvio Padrão)
Média de idade na ocasião da 1ª crise epiléptica	21,1 (±17,1)
Tempo médio de morbidade (anos)	27,7 (±16,2)
Tipo de crise epiléptica	N (%)
Focal (com ou sem generalização)	67 (83,75%)
Primariamente generalizada	13 (16,25%)
Controle das crises epilépticas	
Não controlada (tiveram crise(s) em menos de um ano)	49 (61,25%)
Controlada (sem crise há mais de um ano)	31 (38,75%)
Nº de drogas antiepilépticas	
uma	51 (63,75%)
≥ 2	29 (36,25%)
Síndrome epiléptica	
ELT-EH	27 (33,75%)
Outras	53 (66,25%)
ELT : lateralização	
Direito	9 (33,3%)
Esquerdo	18 (66,6%)

ELT-EH: epilepsia de lobo temporal com esclerose do hipocampo.

4.3 Escala de resiliência, TOV-R e IDTN-E

Foi observado que os PCE, em sua maioria estão classificados em média e alta resiliência.

Os escores da escala de resiliência, do TOV-R e do IDTN-E encontram-se na tabela 3.

Tabela 3: Escores da escala de resiliência, do teste de orientação da vida e do inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia, de 80 PCE.

	Média (Desvio Padrão)
Escala de resiliência (escore total)	139,2 (\pm 15,6)
TOV-R (total escore)	20,5 (\pm 3,4)
IDTN-E (total escore)	12,6 (\pm 2,6)
Classificação:	N (%)
baixa resiliência (\leq 125)	15 (18,7%)
média resiliência ($>$ 125 - \leq 145)	32 (40%)
alta resiliência ($>$ 145)	33 (41,2%)

PCE: pacientes com epilepsia; TOV-R: Teste de orientação da vida; IDTN-E: Inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia.

4.4 Relação entre aspectos clínicos e IDTN-E

Não houve diferença significativa nos escores do IDTN-E segundo os aspectos sociodemográficos (gênero, escolaridade formal, renda familiar, situação ocupacional e classificação socioeconômica); aspectos clínicos da epilepsia (tipo e controle de crise epiléptica, exame neurológico, síndrome epiléptica e lateralidade da esclerose) (Teste T; $p > 0,05$), mas no que diz respeito ao número de drogas utilizadas, uma correlação de Spearman, dão significância com o IDTN-E e, em relação as variáveis clínicas: tempo de morbidade e anos sem crise ($p < 0,05$), tabela 4.

Tabela 4.

Correlação de Spearman		p - valor	r
Número de Drogas	Tempo de morbidade (anos)	0,001	0,351
	Anos sem crise	0,000	-0,416
	IDTN-E	0,006	0,305

4.5 Relação entre aspectos clínicos e TOV-R

Não houve diferença significativa nos escores do TOV-R segundo os aspectos sociodemográficos (gênero, escolaridade formal, renda familiar, situação ocupacional e classificação socioeconômica) (Teste T; $p>0.05$).

Foi observada diferença significativa nos escores do TOV-R segundo o número de drogas antiepilépticas utilizadas. Os PCE que utilizavam mais de uma droga apresentavam de modo significativo menores escores no TOV-R (21.2 ± 2.4 x 19.1 ± 4.4 ; Teste T; $p=0.021$).

Não houve diferença significativa nos escores do TOV-R segundo os aspectos clínicos da epilepsia (tipo e frequência de crise epilética, exame neurológico, síndrome epilética e lateralidade da esclerose) (Teste T; $p>0.05$).

Foi observada diferença significativa nos escores do TOV-R segundo o IDTN-E. Foi observado que os PCE que apresentavam episódio depressivo (valores acima de 15) apresentavam de modo significativo menores escores no TOV-R (21.0 ± 2.6 x 16.5 ± 6.1 ; Teste T; $p=0.000^*$).

4.6 Relação entre aspectos clínicos e a escala de resiliência

Foi observada diferença significativa nos escores da escala de resiliência segundo o número de drogas antiepilépticas utilizadas. Os PCE que utilizavam mais de uma droga apresentavam de modo significativo menores escores na escala de resiliência (142.3 ± 14.7 x 133.9 ± 16.1 ; Teste T; $p=0.025$).

Não houve diferença significativa nos escores da escala de resiliência segundo os aspectos clínicos da epilepsia (tipo e controle das crises epiléticas, exame neurológico, síndrome epileptica e lateralidade da ELT-EH) (Teste T; $p>0.05$).

Foi observada diferença significativa nos escores da escala de resiliência segundo o IDTN-E. Foi observado que os PCE que apresentavam episódio depressivo (valores acima de 15) apresentavam de modo significativo menores escores na escala de resiliência (141.7 ± 14.1 x 119.8 ± 14.2 ; Teste T; $p=0.000^*$).

4.7 Correlação entre escala de resiliência, TOV-R e IDTN-E com os aspectos clínicos

Não foi observada correlação significativa entre a idade, a idade na ocasião da primeira crise epiléptica e o tempo de morbidade com a escala de resiliência, com o TOV-R e com o IDTN-E.

Os valores da correlação entre os escores da escala de resiliência, do TOV-R e do IDTN-E com os aspectos clínicos encontram-se nas tabelas 5 e 6.

Tabela 5: Aspectos sociodemográficos e clínicos segundo os escores da escala de resiliência, do teste de orientação da vida e do inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia, de 80 PCE e o valor de p .

	Escala de resiliência	TOV-R	IDTN-E
	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)
Gênero			
Feminino	137,4 (16,6)	20,0 (3,8)	12,7 (2,8)
Masculino	141,7 (14,2)	21,1 (2,6)	12,6 (2,5)
valor de p	0,220	0,120	0,907
Escolaridade formal			
≤ 8 anos	138,4 (15,2)	20,2 (2,8)	12,5 (2,6)
> 8	140,3 (16,3)	20,8 (4,0)	12,8 (2,7)
valor de p	0,601	0,397	0,606
Renda familiar <i>per capita</i>			
<1.000,00	137,0 (16,6)	20,3 (3,0)	13,0 (2,9)
≥ 1000,00	140,8 (14,9)	20,6 (3,7)	12,4 (2,4)
valor de p	0,310	0,639	0,278
Situação ocupacional			
Empregado	137,2 (15,8)	20,7 (3,1)	12,8 (2,9)
Desempregado	141,5 (15,4)	20,2 (3,8)	12,4 (2,4)
valor de p	0,229	0,546	0,278
Classificação socioeconômica			
B2,C1	141,1 (14,6)	21,2 (2,9)	12,3 (1,9)
C2,D,E	137,7 (16,5)	19,8 (3,7)	12,9 (3,1)
valor de p	0,341	0,066	0,350
Tipo de crise			
Focal	137,6 (15,9)	20,2 (3,6)	12,9 (2,7)
primariamente generalizada	143,7 (14,2)	21,1 (2,9)	11,9 (2,3)
valor de p	0,112	0,253	0,116
Controle das crises (sem ou não em 1 ano)			
controlada	142,6 (13,0)	20,7 (2,7)	12,2 (2,2)
Não controlada	137,1 (16,9)	20,3 (3,8)	12,9 (2,9)
valor de p	0,103	0,664	0,232
Nº de drogas antiepilépticas			
uma	142,3 (14,7)	21,2 (2,4)	12,0 (2,1)
≥ 2	133,9 (16,1)	19,1 (4,4)	13,8 (3,1)
valor de p	0,025*	0,021*	0,006*
Exame neurológico			
Normal	139,8 (15,8)	20,6 (3,5)	12,3 (2,5)
Alterado	137,3 (15,4)	19,9 (3,0)	13,6 (2,8)
valor de p	0,533	0,384	0,082
Síndrome epiléptica			
ELT-EH	137,7 (17,2)	19,8 (4,2)	13,2 (3,1)
Outras	140,0 (14,9)	20,8 (2,9)	12,3 (2,3)
valor de p	0,566	0,258	0,218
ELT lateralização			
Direito	132,1 (16,5)	18,8 (3,1)	13,4 (3,0)
Esquerdo	140,6 (17,3)	20,2 (4,7)	13,1 (3,2)
valor de p	0,233	0,373	0,832
IDTN-E (escore)			
≤15	141,7 (14,1)	21,0 (2,6)	-
>15	119,8 (14,2)	16,5 (6,1)	-
valor de p	0,000**	0,000**	-

Escala de Resiliência; TOV-R: Teste de orientação da vida; IDTN-E: Inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia; ELT: epilepsia de lobo temporal; Teste T. * $p < 0,05$; ** $p < 0,0001$.

Não houve diferença significativa nos escores da escala de resiliência, TOV-R e IDTN-E segundo os aspectos sociodemográficos (gênero, escolaridade formal, renda familiar, situação ocupacional e classificação socioeconômica) (Teste T; $p > 0.05$).

Houve correlação negativa significativa entre escala de resiliência e TOV-R com o IDTN-E, sugerindo que os PCE mais resilientes e otimistas, são aqueles com menor tendência à depressão ($p = 0,000$).

Houve correlação positiva significativa entre escala de resiliência com o TOV-R, o que sugere que os PCE que apresentam maior resiliência são aqueles que com maior otimismo percebem suas vidas ($p = 0,000$), (tabela 6).

Tabela 6: Correlação entre idade, idade na ocasião da primeira crise epiléptica, tempo de morbidade e os escores da escala de resiliência, do teste de orientação da vida e do inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia, de 80 PCE.

	Escala de resiliência		TOV-R		IDTN-E	
	correlação	p	correlação	p	correlação	p
Idade	-0,141	0,212	0,049	0,668	-0,084	0,459
Idade na primeira crise	-0,179	0,112	0,189	0,094	-0,210	0,062
Anos sem crise	0,211	0,06	0,020	0,860	0,166	0,156
Tempo de morbidade	0,019	0,870	-0,092	0,418	-0,129	0,252
Escala de Resiliência			0,398	0,000**	-0,634	0,000*
TOV-R					-0,492	0,000*

TOV-R: Teste de orientação da vida; IDTN-E: Inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia; Correlação de Pearson * $p < 0.0001$; ** $p = 0.0003$.

Figura 1: Distribuição dos escores na escala de resiliência nos 80 PCE.

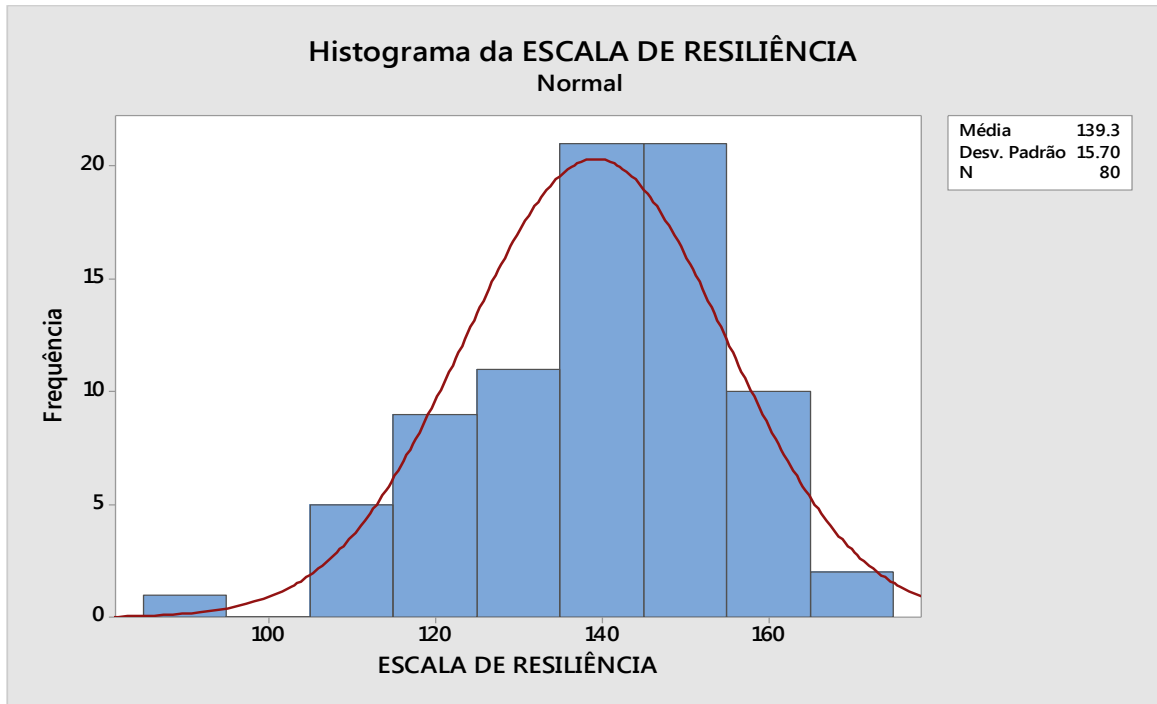


Figura 2: Distribuição dos escores no TOV-R nos 80 PCE.

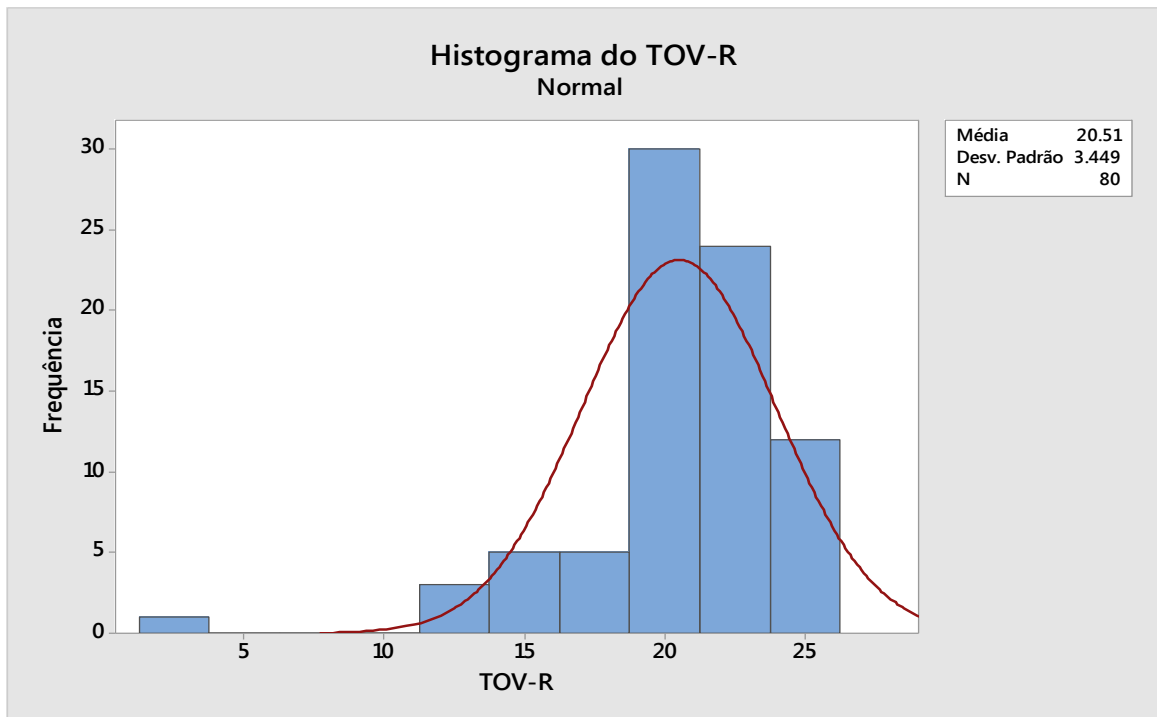


Figura 3: Distribuição dos escores no IDTN-E nos 80 PCE.

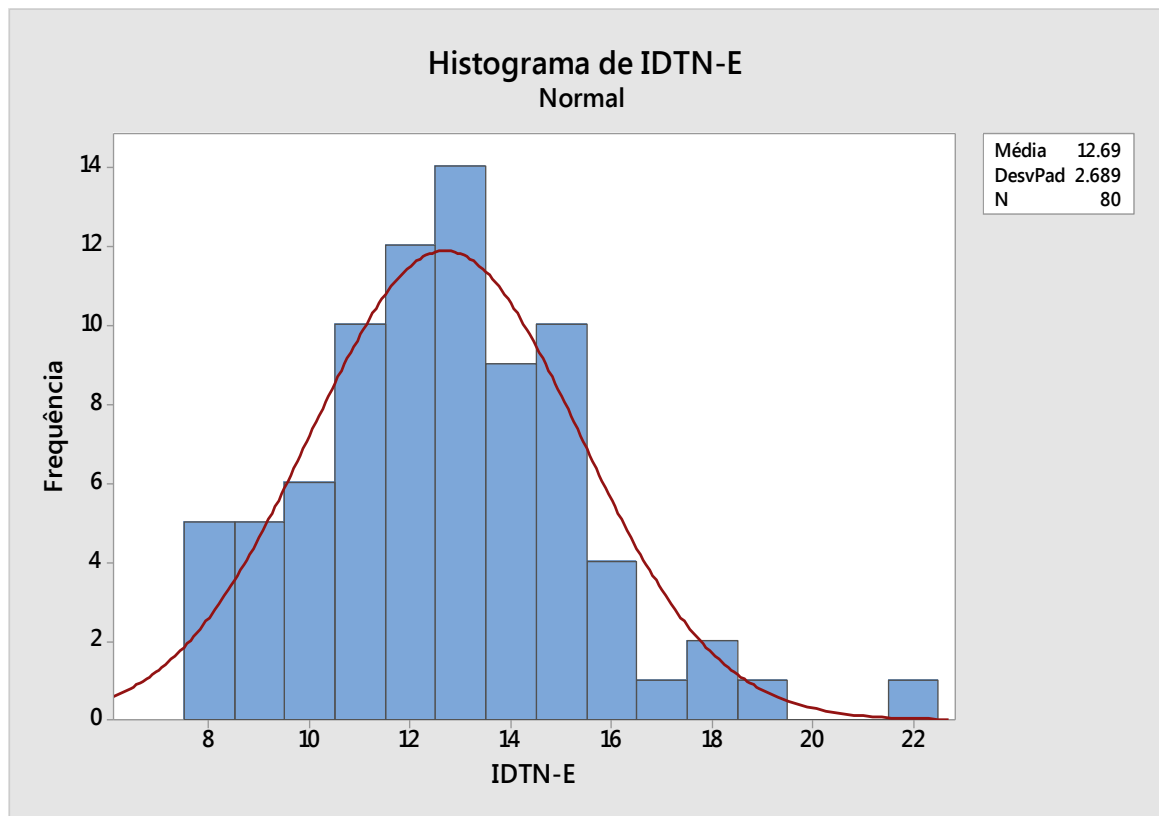


Figura 4 Distribuição das idades na primeira crise epiléptica

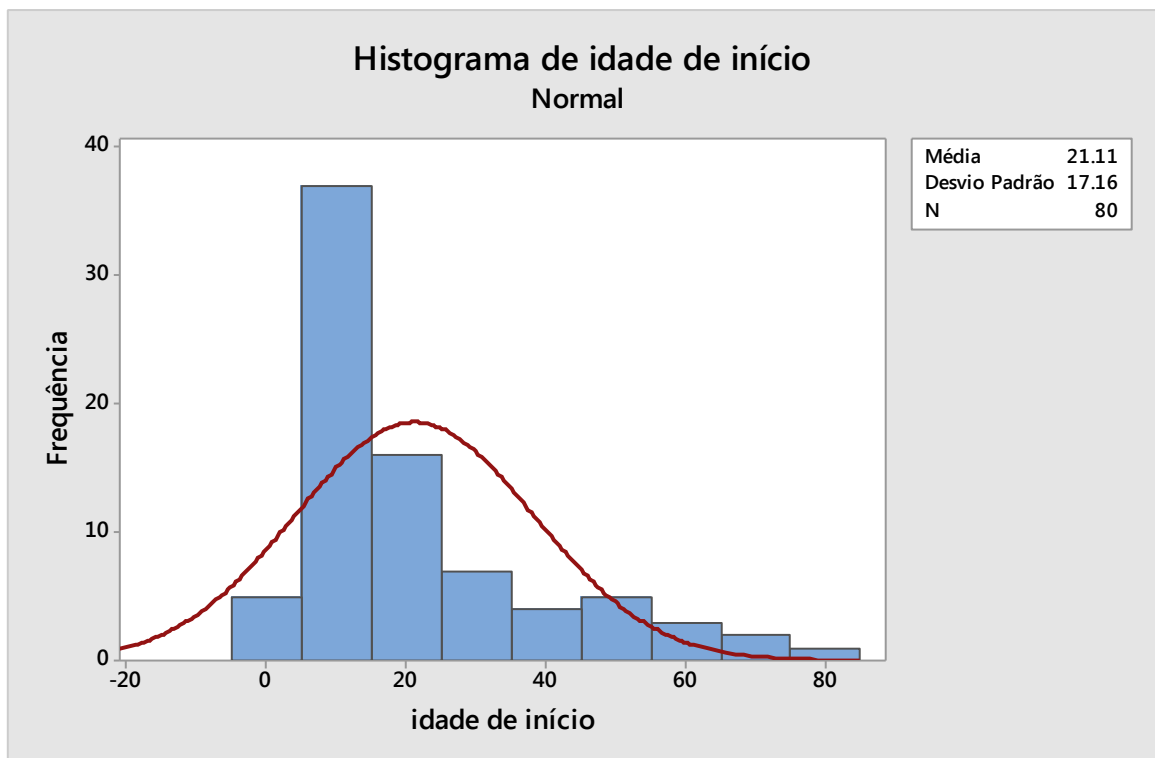


Figura 5.

Classificação das Síndromes Epilépticas

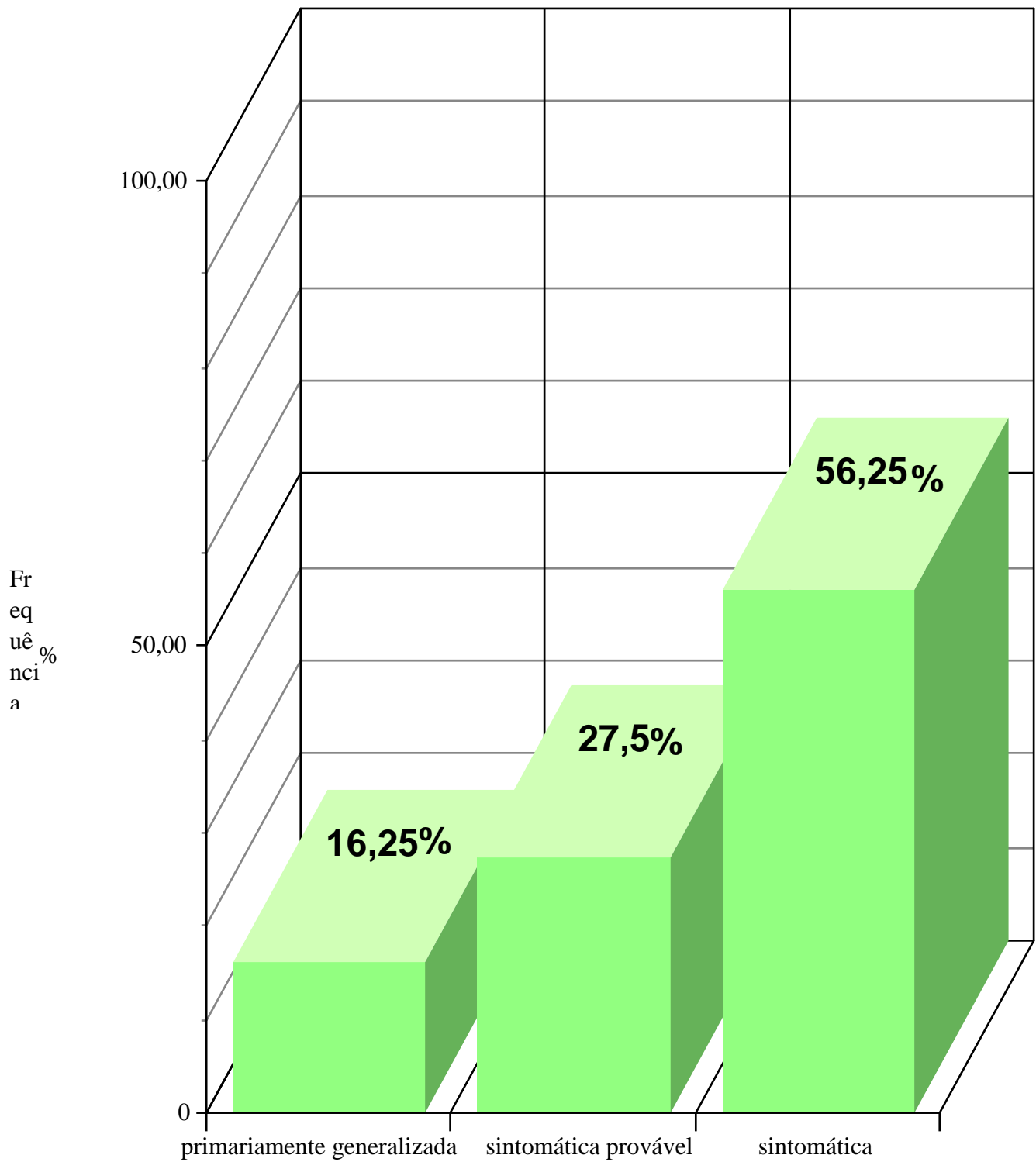


Figura 6. Proporção etiológica das Epilepsias sintomáticas

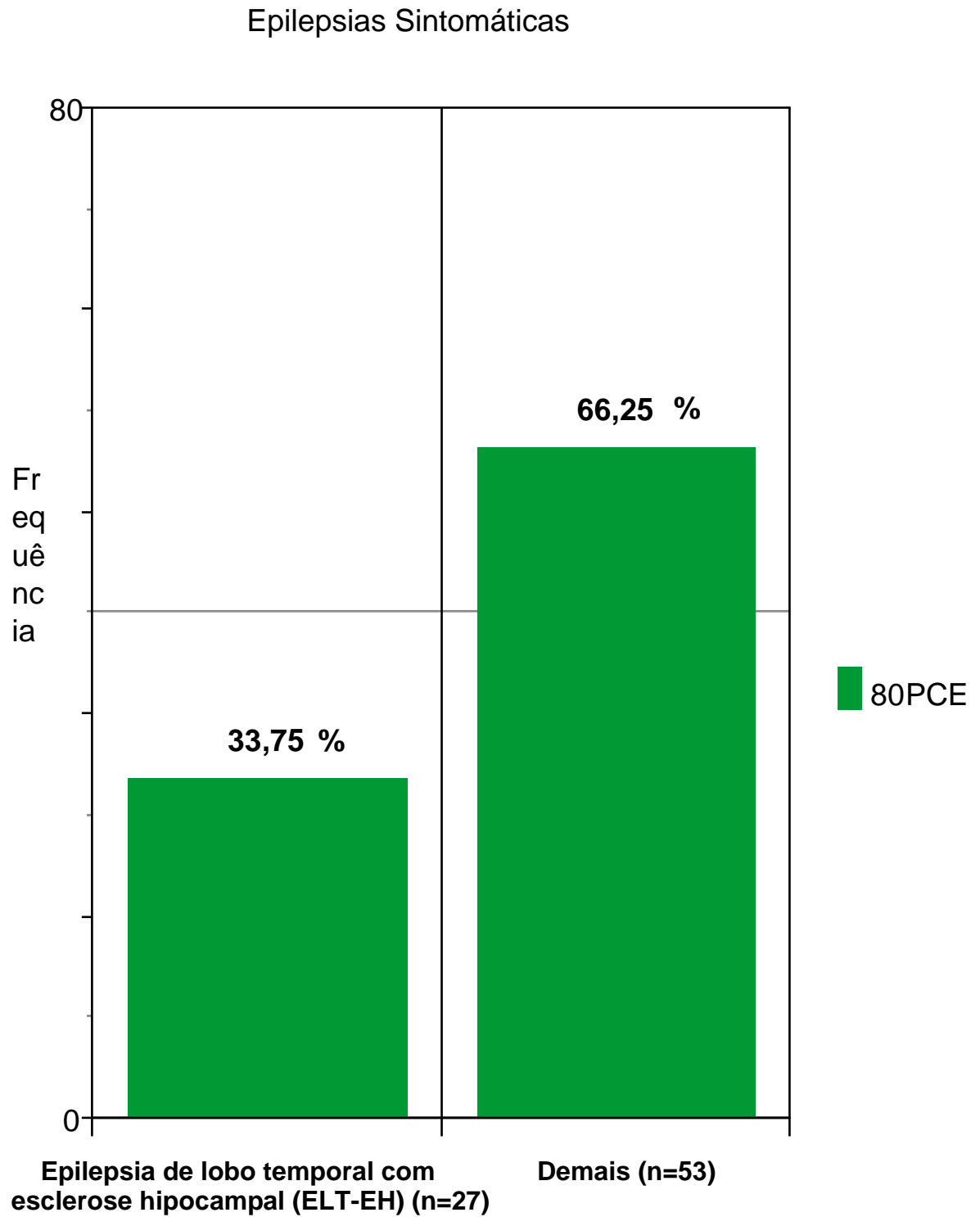
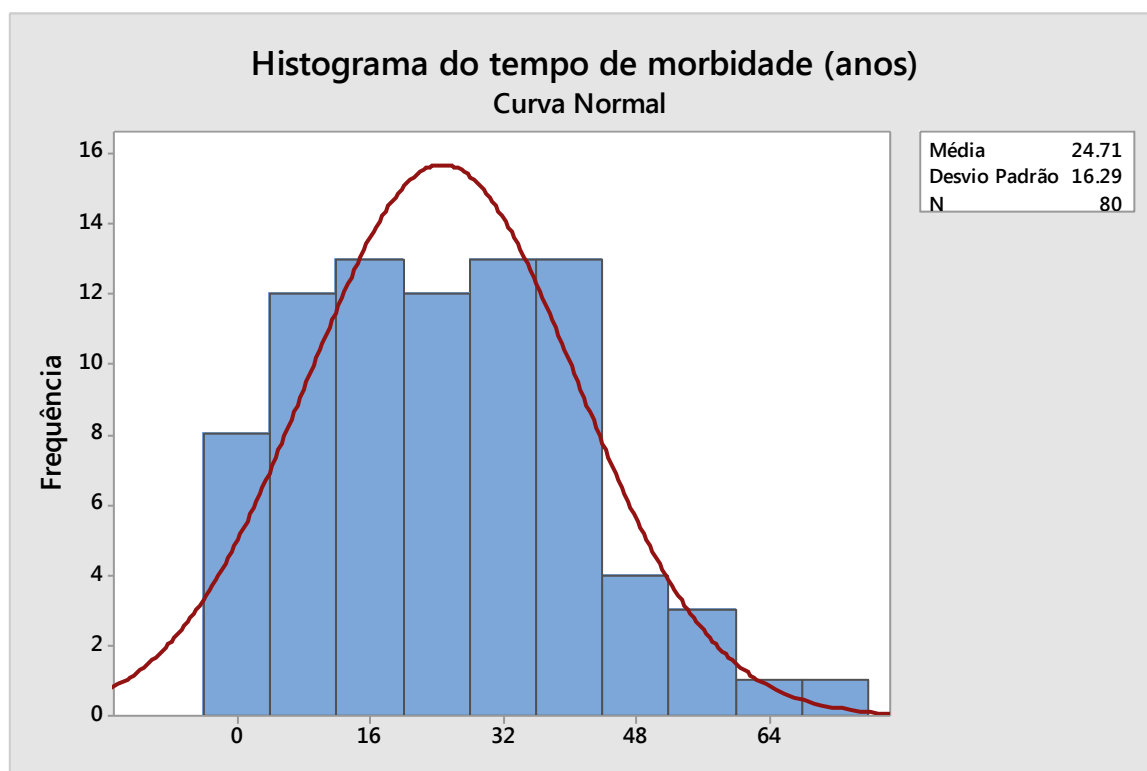


Figura 7. O tempo médio de convívio com a síndrome foi de $24,7 \pm 15,3$ anos



5 Discussão

Estudada a resiliência com a utilização da escala de resiliência de Wagnild & Young (Wagnild & Young; 1993), a escala mais antiga e mais aplicada e que engloba cinco conceitos: perseverança, equanimidade, propósito de vida, autoconfiança, solidão existencial (senso de singularidade) em PCE com várias síndromes epilépticas: epilepsia generalizada primária, focal provavelmente sintomática, focal sintomática e com epilepsia de lobo temporal com esclerose de hipocampo (ELT-EH) não submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Este estudo avaliou a resiliência e suas relações com aspectos clínicos e a presença de sintomas depressivos de 80 PCE consecutivos, com média de idade de 45.4 anos, com diagnóstico de epilepsia e com tempo médio de doença de 27.7 anos.

De modo semelhante à literatura, foi possível observar relação significativa entre aspectos clínicos e a resiliência, assim como a correlação de sintomas depressivos nos índices de resiliência.

5.1 Resiliência e aspectos sociodemográficos:

Salvo raras exceções, o espaço amostral tem baixa amplitude de variação no que diz respeito à população atendida. Como apresentado nos resultados, não houve correlação destes aspectos com a resiliência, evidenciando tal como no indivíduo hígido a mesma *performance* desta competência.

5.2 Resiliência e aspectos clínicos:

Na avaliação com a escala de resiliência foi observado que os PCE, em sua maioria (81.2%), apresentaram média e alta resiliência, o que sugere que aqueles indivíduos com altos níveis de resiliência estão aptos a desenvolver habilidades para superar os desafios e adversidades, como a imprevisibilidade da epilepsia. Nas doenças crônicas estudos sugerem que a resiliência pode ser vista como o resultado de um processo adaptativo de integração de novas metas no âmbito da saúde diante das dificuldades. São escassos os estudos de resiliência na epilepsia.

Brandalise *et al.* (2016), ao avaliarem 60 PCE com ELT-EM refratária submetidos a cirurgia e com a recorrência de crises tardias após cirurgia descreveram que a maioria dos PCE apresenta forte resiliência. De modo semelhante não houve diferença significativa na resiliência e outros aspectos clínicos da epilepsia (tipo e frequência de CE, exame neurológico, síndrome epiléptica e lateralidade da ELT).

Observado um valor de p (0,06) muito próximo do limite de significância no item “tempo sem crise”, provavelmente devido ao aumento da autoconfiança e autonomia (importantes pilares de resiliência), o que um estudo em uma amostra maior poderia ter atingido .

Verificada correlação com medicamentos, pois os mesmos devido aos efeitos colaterais e suas reações adversas como em estudo feito por Jacob *et al* (2009) comprovaram exercerem influência alterando o emocional que também constitui em importante “ pilar” de resiliência.

Os PCE que utilizavam mais de uma DAE apresentaram menor resiliência. Alguns estudos sugerem que a resiliência de um indivíduo aumenta e diminui ao longo da vida, de acordo com os resultados dos eventos de vida específicos. Taylor *et al.* (2011) descreveram fatores preditores de uma maior resiliência a ausência de depressão, propostas em melhorar efeitos adversos de tratamento com DAE e boa QV através de intervenções psicoeducativas.

5.3 Resiliência x TOV-R e IDTN-E:

Os entrevistados de uma forma geral, apresentaram boa expectativa de vida pelo TOV-R e sendo o otimismo um dos principais pilares da resiliência, a íntima correlação, confirmada pelo estudo, sugere o incentivo deste construto através de suporte psicológico a pacientes que não expressaram este sentimento.

Embora o TOV-R correlacione-se com conceitos de auto-estima, *locus* de controle, auto-eficácia, estilo atribucional e neuroticismo comuns aos demais instrumentos, o conceito de percepção otimista da vida difere destes outros conceitos como fator distinto, tal como evidenciado em estudos de confronto com estes demais instrumentos (SCHEIER & CARVER, 1992; SCHEIER & BRIDGES, 1994). Uma percepção otimista de vida deve-se à uma boa saúde mental, enquanto uma pessimista à depressão, ansiedade e comportamentos de risco.

Otimistas apresentam enfrentamento ativo (*active copers*) enquanto pessimistas evitam enfrentar (*avoidant copers*) (SCHEIER & CARVER, 1992).

A diferença está no fato do TOV-R avaliar as expectativas das pessoas quanto a eventos futuros e a medida de estilo de atribuição avalia as explicações causais das pessoas aos eventos. Atribuições de causas internas em eventos negativos fomentam uma orientação pessimista enquanto atribuições de eventos negativos a causas externas a uma orientação mais otimista. São portanto conceitos correlatos porém distintos e alterar a forma distorcida como estas pessoas atribuem suas adversidades pode resultar em grande melhora na qualidade de vida (*op. cit.*).

No presente estudo PCE que apresentavam episódio depressivo (valores acima de 15 no IDTN-E) apresentaram de modo significativo menor resiliência. Em estudo, Brandalise *et al.*, ao avaliarem 60 PCE com ELT-EM

refratária submetidos a cirurgia e com a recorrência de crises tardias após cirurgia foi descrito impacto negativo significativo dos sintomas de ansiedade e depressão na resiliência (Brandalise *et al.*, 2016). É sabido que melhor estado de humor, buscar forças para superação de adversidade e ter maior controle da sua vida, provavelmente capacita o indivíduo a desenvolver bons níveis de resiliência e a ser mais capaz de lidar com os desafios associados à sua condição. A relação negativa entre comorbidade psiquiátrica e resiliência, indicando que a resiliência tem uma forte influência sobre a depressão, já é descrita em pacientes com HIV (FARBER *et al.* 2000).

6 Conclusão

Não encontrada alguma correlação entre os fatores sociodemográficos (gênero, escolaridade formal, renda familiar, situação ocupacional e classificação socioeconômica) com resiliência no PCE.

Quanto as características clínicas, a única correlação encontrada foi quanto aos números de drogas antiepilépticas (DAE).

Encontrada íntima correlação da resiliência com percepção de vida (TOV-R) e episódio depressivo (IDTN-E).

A íntima correlação encontrada entre IDTN-E com suas percepções de vida demonstrada pelo TOV-R abre porta para possível alvo terapêutico através de incremento no construto de otimismo (pilar importante da resiliência) em indivíduos depressivos, resultando em uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Aspectos facilitadores: Estudo realizado na instituição de trabalho do pesquisador.

Aspectos dificultadores: Dificuldade dos participantes em entender o questionário (8 dispensados), alteração de humor e perda de interesse com respostas evasivas durante a entrevista (dois casos) e acomodação para acolhimento (SUS) com entrevistas realizadas muitas vezes em corredor por falta

de consultório. Por se tratar de amostra de conveniência, não foi possível ter grupo controle.

Aspectos limitantes: Reduzido espaço amostral subordinado às consultas médicas, recusa em assinar o TCLE (dois casos), alegação de falta de tempo (um caso) e quadro depressivo exacerbado inviabilizando entrevista (dois casos).

7 Referências bibliográficas:

1. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em : www.abep.org. Acesso em 20/abr/2016.
2. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Dicionário de psicologia: American Psychological Association APA. Porto Alegre: Artmed 2010.
3. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2013). The road to resilience. Disponível em : <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>. Acesso em 01/nov/2017.
4. APARECIDO K, GODOY B, RODRIGUES M, JOLY A, et al. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio, 351146(1812), 1-57, 2010. Disponível em:
<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/viewFile/2320/2703> Acesso em 20/abr/2016.
5. AURÉLIO, Novo. "Dicionário da língua portuguesa." Rio de Janeiro:Nova Fronteira (1999). Aurélio, D (2008 – 2016) Dicionário do Aurélio Online - Dicionário Português. Disponível em: <https://www.dicionariodoaurelio.com>. Acesso em 20/abr/2016.
6. BANDEIRA M, BEKOU V, KELI D, LOTT S, TEIXEIRA M, et al. Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia*, 7(2), 251258, 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v7n2/a06v07n2.pdf> Acesso em 28/abr/2016.
7. BLUM D, REED M, METZ A. Prevalence of major affective disorders and maniac symptoms in persons with epilepsy: a community survey. *Neurology*. 2002;58(Suppl 4A):S175.
8. BLUME, W T, LÜDERS, H O, MIZRAHI, E, TASSINARI, C, et al. Glossary of Descriptive Terminology for Ictal Semiology: Report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia*, 42: 1212–1218, 2001. doi: 10.1046/j.1528- 1157.2001.22001.x Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.15281157.2001.22001.x/full#ss1>. Acesso em 04/abr/2016.
9. BONANNO, G A “Loss, Trauma, and Human Resilience: Have Underestimated the Human Capacity to the Thrive after Extremely Aversive Events?”. *American psychologist*, 59,20-28, 2004. Disponível em: <http://psycnet->

apaorg.ez128.periodicos.capes.gov.br/journals/amp/59/1/20.pdf Acesso em 10/abr/2016.

10. BRANDALISE M, BARBOSA G, CENTENO R, YACUBIAN E, et. al. Depressive and Anxiety Symptoms Exert Negative Impact on Resilience to Stressful Events in Patients with Refractory Temporal Lobe Epilepsy with Late Seizure Recurrence after Surgery. *J Psychol Psychother* 6: 269, 2016. doi: 10.4172/2.161-0.487,1000269. Disponível em: <https://www.omicsonline.org/open-access/depressive-and-anxiety-symptoms-exert-negative-impact-on-resilience-to-stressful-events-in-patients-with-refractory-temporal-lobe-e-2161-0487-1000269.pdf> Acesso em: 01/jun/2017.
11. CENDES, F.; KOBAYASHI, E. Epilepsia de Lobo Temporal. In: Guerreiro, C.A.M.; Guerreiro, M.M.; Cendes, F.; Lopes-Cendes, I. *Epilepsia*, 3a Ed., Lemos Editorial, São Paulo, 2000, pp. 201-213.
12. CHAN SWY, HARMER CJ, NORBURY R, O'SULLIVAN U, et al. Hippocampal volume in vulnerability and resilience to depression. *Journal of Affective Disorders*, 189, 199–202, 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715302834>. Acesso em 20/mai/2017.
13. DATASUS (ed.). Epilepsia: Veja número de epiléticos no Brasil. Deepask. 2013. Disponível em: <http://www.deepask.com.br/goes?page=confira-omumerodepessoascomepilepsianobrasil>. Acesso em 10/abr/2016.
14. ENGEL JR. A Proposed Diagnostic Scheme for People with Epileptic Seizures and with Epilepsy: Report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology, *Epilepsia*, 796-803 2001. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.15281157.2001.10401.x/full>. Acesso em 28/abr/2016.
15. ENGEL JR. Report of the ILAE Classification Core Group. *Epilepsia*, 47:1558-1568,2006. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15281167.2006.00215.x/full> Acesso em 02/abr/2016.
16. FALCONER M A, SERAFETINIDES E A, CORSELLIS J A N. Etiologia e Patogênese da Epilepsia do Lobo Temporal. *Arch Neurol*. 1964; 10 (3): 233-248. doi: 10.1001 / archneur.1964.00460150003001
17. FARBER E, SCHWARTZ J, SCHAPER P, MOONEN D, et al. Resilience Factors Associated With Adaptation to HIV Disease. *Psychosomatics*, 41, 2, 140–146,2000. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003331820070644X> . Acesso em : 18/nov/2017.

18. FERNANDES, P T, & Li, L. Percepção de estigma na epilepsia. *Journal of epilepsy and clinical neurophysiology*, 12(4), 207-218, g2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v12n4/a05v12n4> Acesso em: 15/abr/2016.
19. FISHER R S, CROSS J H, D'SOUZA C, FRENCH J A, et al. (2017), Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*, 58: 531–542. doi:10.1111/epi.13671. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/epi.13671/abstract>. Acesso em: 27/dez/2017.
20. FISHER R, ACEVEDO C, ARZIMANOGLU A, BOGACZ A, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* Vol.55.4:475482,2014. doi 10.1111/epi.12550. ISSN: 1528-1167. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/epi.12550/full> . Acesso em 15/abr/2016.
21. FISHER R, BOAS W, BLUME W, ELGER C, GENTON P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*.2005;46:470---2,. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0013-9580.2005.66104.x/full#t1> . Acesso em 04/abr/2016.
22. FLACH FF. Resilience: discovering a new strength at times of stress. *Hatherleigh Press*: Long Island City, NY, 2004.
23. FLACH, F. Resiliência: a arte de ser flexível. São Paulo: Saraiva, 1991.
24. FORSGREN L, NYSTROM L. An incident case referent study of epileptic seizures in adults. *Epilepsy Res* 1990;6(1):66-81.
25. FRENCH J, WILLIAMSON P, THADANI V, DARCEY T, et al. Characteristics of medial temporal lobe epilepsy: I. Results of history and physical examination . *Ann Neurol.*, 34: 774-780, 1993. doi: 10.1002 / ana.410340604, Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.410340604/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER Acesso em : 21/out/2017
26. GALLUCCI NETO, José; MARCHETTI, Renato Luiz. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 323-328, dez. 2005 . Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000400013>. Acesso em 15/abr/2016.

27. GALVÃO-COELHO, Nicole Leite; SILVA, Hélderes Peregrino A .; SOUSA, Maria Bernardete Cordeiro de. Resposta ao estresse: II. Resiliência e vulnerabilidade. *Estud. psicol.* (Natal) , Natal, v. 20, n. 2, p. 72-81, junho de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2015000200072&lng=pt_BR&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150009> . Acesso em 10/abr/2016.
28. GILLIAM F, BARRY J, HERMANN B, MEADOR K, VAHLE V et al. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study, *The Lancet Neurology*, Volume 5, Issue 5, May 2006, Pages 399-405, ISSN 1474-4422. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS14744422%2806%2970415X/abstract?cc=y> . Acesso em 20/abr/2016.
29. GOLDSTEIN, Thaís Seltzer. "Entre o conceito e a metáfora: a resiliência como abordagem do humano a partir da física dos materiais." *Mundo saúde* (Impr.)36.2 (2012): 327-331. Disponível em: http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/artigos/mundo_saúde/entre_conceito_metafora_resiliencia_abordagem.pdf . Acesso em 05/abr/2016.
30. HATALA, A. R.; WALDRAM, J. B.; CROSSLEY, M. Doing Resilience with "Half a Brain:" Navigating Moral Sensibilities 35 Years After Hemispherectomy. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, v. 37, n. 1, p. 148–178, 1 mar. 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11013-012-9294-7#citeas> . Acesso em 18/nov/2017.
31. HAUSER, WA e KURLAND, LT. The Epidemiology of Epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935, até 1967. *Epilepsia*, 16: 1-66, 1975,. doi: 10.1111/j.1528-1157.1975.tb04721.x Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1528-1157.1975.tb04721.x/pdf> . Acesso em 21/out/2017.
32. HIRTZ D, THURMAN D, GWINN-HARDY K, MOHAMED M, et al. How common are the "common" neurologic disorders? *Neurology* 68:326–337,2007. Disponível em: <http://www.neurology.org/content/68/5/326> Acesso em 21/abr/2016.
33. JACOBY, A.; BAKER, G. A. Quality-of-life trajectories in epilepsy: A review of the literature. *Epilepsy & Behavior, Current Views on Epilepsy and Behavior*. v. 12, n. 4, p. 557–571, 1 maio 2008. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505007004295>. Acesso em 18/nov/2017.

34. JACOBY, A.; SNAPE, D.; BAKER, G. A. Determinants of Quality of Life in People with Epilepsy. *Neurologic Clinics, Epilepsy*. v. 27, n. 4, p. 843–863, 1 nov. 2009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733861909000462?via%3Dihub>. Acesso em 14/11/2017.
35. KANNER AM. The complex epilepsy patient: intricacies of assessment and treatment. *Epilepsia*.2003;44 Suppl 5:3-8.
36. KOBAYASHI E, GUERREIRO C A M, CENDES F. Epilepsia do lobo temporal de início tardio com evidência de esclerose mesial temporal após detecção de neurocisticercose aguda: relato de caso. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 59, n. 2A, p. 255-258, junho de 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000200021>. Acesso em 21/out/2017.
37. LIGA BRASILEIRA DE EPILEPSIA. Disponível em: <http://epilepsia.org.br/noticias/epilepsia-atinge-cerca-de-3-milhoes-de-brasileiros/>. Acesso em 17/out/2017.
38. LONGMAN . Longman Dictionary of Contemporary English, 3rd ed. London: Mendez MF, Cummings JL, Benson DF. Depression in epilepsy. Significance and phenomenology. *Arch Neurol*. 1986;43(8):766-70 , 1995.
39. MUGUMBATE J & Gray M. Individual resilience as a strategy to counter employment barriers for people with epilepsy in Zimbabwe. *Epilepsy & Behavior*,74,154–160,2017.Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505017300203?via%3Dihub>. Acesso em 10/ago/2017
40. MENDEZ M F.; CUMMINGS, Jeffrey L.; BENSON, D. Frank. Depression in Epilepsy: Significance and Phenomenology. *Archives of Neurology*, v. 43, n. 8, p. 766–770, 1986. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/585590>>. Acesso em: 21/abr/2016.
41. NGUGI A, BOTTOMLEY C, KLEINSCHMIDT I, SANDER J, et al. Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia* 51:883–890,2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1528-1167.2009.02481.x> Acesso em 21/abr/2016.
42. OLIVEIRA G, ARAÚJO FILHO G, KUMMER A, SALGADO J, et al . Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E): versão brasileira de um instrumento de rastreamento. *J. epilepsy clin*.

neurophysiol. [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 21] ; 17(2): 49-53. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167626492011000200004 . Acesso em 20/abr/2016.

43. ONG A D , BERGEMAN C S & Chow S “Positive Emotions as a Basic Building Block of Resilience in Adulthood”. In : Reich. J.W.,Zautra, A.J., Hall, J.S. (ed.) *Handbook of Adult Resilience*. Nova York: Guilford, p81-83, 2010

44. PESCE R, ASSIS S, AVANCI J, SANTOS N, et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e Validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (2): 436-448, marabr, 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/10.pdf> . Acesso em 15/04/2016.

45. PÉREZ E B. I.2 epilepsia e condições psiquiátricas relacionadas. p. 1–14, 2015. Epilepsia e condições psiquiátricas relacionadas. In Rey JM (ed), *IACAPAP eTextbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. Disponível em:

<http://www.iacapap.org/wp-content/uploads/I.2-EPILEPSY-PORTUGUESE-2015.pdf> . Acesso em 02/abr/2016.

46. PINHEIRO D P N. A resiliência em discussão. *Psicol. estud.*, Maringá , v. 9, n. 1, p. 67-75, abr. 2004 . Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>.. Acesso em 05/abr/2016.

47. RING A, JACOBY A, BAKER G, MARSON A, et al. Does the concept of resilience contribute to understanding good quality of life in the context of epilepsy? *Epilepsy Behav.* março de 2016;56:153–64. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505016000081>. Acesso em: 30/03/2017.

48. SABBAG, P Y. Resiliência: Competência para enfrentar situações extraordinárias na sua vida profissional. Vol. 1. Elsevier Brasil, 2012.

49. SCHEIER M F & CARVER C S. Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update *Cogn Ther Res* (1992) 16: 201. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF01173489> . Acesso em 12/nov/2017.

50. SCHEIER, MF, CARVER, CS, & BRIDGES, MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078, 1994. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063> Acesso em 15/abr/2016.

51. SELIGMAN M E P “Building Resilience”. *Harvard Business Reviews*, p.100-106, abril de 2011.

52. STAFSTROM C E. “Epilepsy: A Review of Selected Clinical Syndromes and Advances in Basic Science.” *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism* 26, no.

8 (January 25, 2006): 983–1004. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.jcbfm.9600265>. Acesso em : 21/out/2017.

53. TAVARES J. A resiliência na sociedade emergente. *Resiliência e educação*, 3, 43-75 , 2001.

54. TAYLOR J, JACOBY A, BAKER G, MARSON A. et al. Factors predictive of resilience and vulnerability in newonset epilepsy. *Epilepsia*, 52: 610– 618, 2011. doi:10.1111/j.1528-1167.2010.02775.x. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.15281167.2010.02775.x/#2>. Acesso em 28/abr/2016.

55. TEDRUS G M, FONSECA L, FONSECA A, CARVALHO R, et al. Epilepsia e depressão: aspectos sociodemográficos e clínicos associados. *Revista de Ciências Médicas*, 18(5/6) (2012). Disponível em: <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/623/603> .Acesso em 15/abr/2016.

56. THURMAN D, BEGHI E, BEGLEY C, BERG A, et al. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. 52: 2-26, 2011. doi: 10,1111/j.15281167.2011.0312. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15281167.2011.03121.x/full>. Acesso em 02/abr/2016.

57. WAGNER J L et al. Pilot study of an integrated cognitive-behavioral and self-management intervention for youth with epilepsy and caregivers: Coping Openly and Personally with Epilepsy (COPE). *Epilepsy & Behavior*, v. 18, n. 3, p. 280–285, 1 jul. 2010. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505010003136> . Acesso em 18/nov/2017.

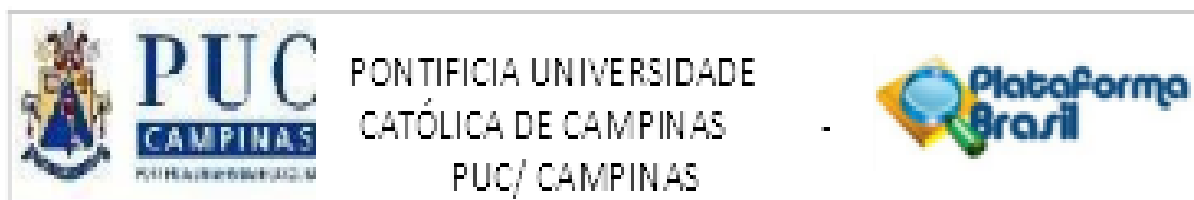
58. WAGNILD G & YOUNG H. Development and psychometric. *J Nurs Meas*, 1, 165-178, 1993.

59. WAUGH C E & KOSTER E H W. A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical Psychology Review*, 41, 49–60, 2015. Disponível em : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.004> . Acesso em 27/mai/2017.

60. WILLIAMSON P, FRENCH J, THADANI V, KIM J, et al. Characteristics of medial temporal lobe epilepsy: II. Interictal and ictal scalp electroencephalography, neuropsychological testing, neuroimaging, surgical results, and pathology. *Ann Neurol.*, 34: 781–787, 1993. doi:10.1002/ana.410340605

61. WIESER H G for the ILAE Commission on Neurosurgery of. "Mesial Temporal Lobe Epilepsy with Hippocampal Sclerosis." *Epilepsia* 45, no. 6 695–714,2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.0013-9580.2004.09004.x>. Acesso em 21/out/2017
62. YUNES M A M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol Estudo*.2003;8(nesp):75-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf> .Acesso em 05/abr/2016.
63. ZUBERI S M, SYMONDS J D. Update on diagnosis and management of childhood epilepsies. *Jornal de Pediatria*, v. 91, n. 6, Supplement 1, p. S67–S77, 1 nov. 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715001229>. Acesso em 02/abr/2016.

Anexo 1: Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Resiliência na Epilepsia e sua relação com fatores sociodemográficos, características clínicas e percepção de vida **Pesquisador:** José Mário Limongi Jr **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 56455616.7.0000.5481

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.754.078

Apresentação do Projeto:

Este trabalho se aplica a avaliar através de instrumentos validados (questionários) e análise estatística dos resultados, a relação da expressão da resiliência no paciente com epilepsia, considerando fatores sociodemográficos, quadro clínico e percepção da vida. Este estudo unicêntrico, transversal, prospectivo, descritivo e relacional, objetiva “fotografar” no tempo e espaço proposto (visto que sofre influência local e cultural) em uma amostra de conveniência composta de 80 indivíduos, subdivididos em dois grupos de 40 cujo critério de distinção será presença ou ausência de crise no período de um ano antes da data de entrevista no Ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC –Campinas).

Objetivo da Pesquisa:

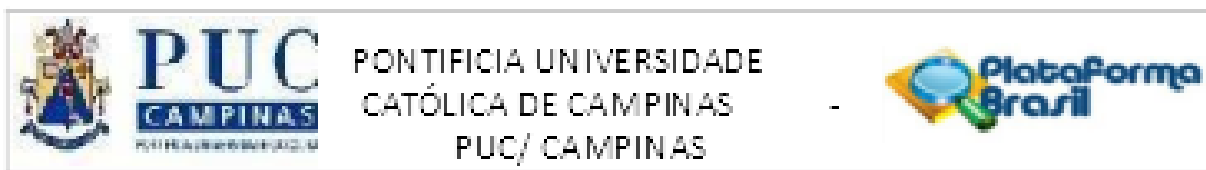
Objetivo Primário:

Avaliar a resiliência em pacientes com epilepsia e verificar sua relação com aspectos sócio-demográficos, clínicos, episódios depressivos e de percepção da vida.

Objetivo Secundário:

Descrever a expressão da resiliência com base nos supracitados aspectos.

Página 01 de



Continuação do Parecer: 1.754.078

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possibilidade de constrangimento de algum (s) entrevistado (s) devendo ser tomada toda providência padrão no acolhimento para que isto não aconteça (caso ocorra será assegurada consulta gratuita a psicólogos).

Benefícios:

Para os participantes: O retorno obtido dos resultados para um melhor autoconhecimento e como lidar com suas maiores dificuldades. Ajudar a compreender e promover a resiliência nesses indivíduos. Para a comunidade: Informações úteis para um melhor convívio familiar e social com potencial multiplicador para a comunidade epiléptica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem por objetivo avaliar a resiliência em pacientes com epilepsia e verificar sua relação com aspectos sociodemográficos, clínicos, episódios depressivos e de percepção da vida.

Algumas adequações são necessárias, principalmente no que tange aos Termos de apresentação obrigatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as pendências solicitadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atenda ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_712977.pdf	13/09/2016 15:19:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto7.pdf	13/09/2016 15:19:32	José Mário Limongi Jr	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/06/2016 11:44:54	José Mário Limongi Jr	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	c.pdf	20/06/2016 13:30:21	José Mário Limongi Jr	Aceito
Outros	Atendimento ao PARECER_CONSU BASTANCIADO_CEP_1580629.docx	17/06/2016 20:24:44	José Mário Limongi Jr	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	b.jpg	17/06/2016 20:20:25	José Mário Limongi Jr	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	a.jpg	17/06/2016 20:18:51	José Mário Limongi Jr	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	24/05/2016 18:20:39	José Mário Limongi Jr	Aceito

Situação do

Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 30 de setembro de 2016

Assinado por:
Silvana Mariana Srebernich
(Coordenador)

Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ R.G. _____,

Aceito o convite e concordo em participar no projeto de pesquisa: “A RESILIÊNCIA NA EPILEPSIA SEGUNDO FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PERCEPÇÃO DA VIDA”.

Fui informado de que a pesquisa desenvolvida por José Mário Limongi Jr e coordenada pela Prof^a. Dr^a Glória Maria de A. S. Tedrus, estudará como o paciente com epilepsia enfrenta a vida em relação ao seu quadro clínico, ambiente em que vive e ânimo de vida.

Fui informado que a entrevista e perguntas sobre minha qualidade de vida evitarão me constranger e que serão realizadas no máximo em 2 encontros, com duração aproximada de 30 minutos depois das consultas agendadas para o portador da doença. Foi me explicado que na entrevista são perguntadas informações a respeito de minha vida pessoal no sentido de apenas avaliar o quanto me considero afligido por minha enfermidade.

Sei e concordo que minha participação é voluntária, podendo não aceitar em participar da pesquisa e, em aceitando, é dada a liberdade de retirar meu consentimento em relação à minha participação em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo próprio. A qualquer momento poderei buscar, junto ao responsável pelo projeto, esclarecimentos sobre esta pesquisa e sei que tenho garantido o sigilo que assegura a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos e que meu nome jamais será divulgado.

Estou sabendo e concordo que as atividades desta pesquisa poderão ser utilizadas para fins científicos, publicações e participações em eventos científicos, e que os resultados da mesma podem me ajudar a ter um maior conhecimento sobre o assunto. Fui também informado que na minha participação neste projeto serão tomadas todas as precauções em não me oferecer desconfortos sendo a mesma total e completamente isenta de qualquer ônus/bônus financeiro. Fui também informado que o projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da PUC-Campinas, que pode ser procurado para esclarecimento de dúvidas éticas. Telefone/Fax (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rod. Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP: 13086900, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 8 hs da manhã às 5 hs da tarde; e que este documento é feito em duas vias, uma das quais ficará comigo.

Assinatura (participante) _____ Data: ___/___/___

Assinatura (responsável pela pesquisa) _____ Data: ___/___/___

José Mário Limongi Jr: Mestrando - Fone: (19)33436813 – Cel
(19)995241771

Anexo 3: Dados Sociodemográficos

Caso N° _____ Idade (anos):

Sexo: () feminino () masculino

Grau de Instrução:

Estado Civil: () solteiro (a) () casado (a) / companheiro (a) () viúvo /
divorciado / separado

Renda familiar: () até R\$ 500,00 () até R\$ 1.000,00 () até R\$ 1.500,00
() até R\$ 2.000,00 () mais de R\$ 2.000,00

Número de dependentes: () não tenho () um () dois () três () quatro
ou mais

Trabalha? () sim () não

Prática religiosa? () sim () não

Questionário Socioeconômico de acordo com aplicação do Critério Brasil, válidas à partir de 01/01/2015

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto / Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo / Ginásio Incompleto
Fundamental completo / Médio incompleto	Ginásio Completo / Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo / Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Estrato Sócio Econômico	Renda média Domiciliar
A	20.272,56
B1	8.695,88
B2	4.427,36
C1	2.409,01
C2	1.446,24
D - E	639,78
TOTAL	2.876,05

Anexo 4: História Clínica e Exames Complementares

Caso N° _____

Idade de início: _____

Data da última crise _____

N° de drogas antiepilépticas (DAE) _____

Exame neurológico: _____

Síndrome Epiléptica: _____

Etiologia: _____

Anexo 5: Escala de Resiliência

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 6: Teste de Orientação da Vida (TOV-R)

Apêndice

TESTE DE ORIENTAÇÃO DA VIDA (TOV-R)

Marque com um X as questões abaixo a respeito de você, indicando o seu grau de acordo, segundo a seguinte escala:

Discordo totalmente **Discordo** **Neutro** **Concordo** **Concordo totalmente**
0 **1** **2** **3** **4**

Seja o(a) mais sincero(a) possível e procure não deixar sua resposta a uma questão influenciar suas respostas às outras questões. Não há respostas certas nem erradas.

1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor.	0 1 2 3 4
2. É fácil para eu relaxar.	0 1 2 3 4
3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer.	0 1 2 3 4
4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro.	0 1 2 3 4
5. Eu gosto muito da companhia de meus amigos e amigas.	0 1 2 3 4
6. É importante para mim manter-me em atividade.	0 1 2 3 4
7. Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria.	0 1 2 3 4
8. Eu não me zango facilmente.	0 1 2 3 4
9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo.	0 1 2 3 4
10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas ruins.	0 1 2 3 4

© Scheier, Carver & Bridges (1994) Traduzido e validado por Bandeira *et al.*(2002)

Anexo 7: Inventário de depressão em transtornos neurológicos para a epilepsia

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO EM TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS PARA A EPILEPSIA (IDTN-E)				
<p>O questionário abaixo foi elaborado para auxiliar no rastreamento de depressão em pessoas com epilepsia. Para cada um dos enunciados da tabela, por favor, circule o número que melhor descreve a maneira como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.</p>				
	Sempre ou Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
TUDO É UM GRANDE ESFORÇO PARA MIM.	4	3	2	1
NADA DO QUE EU FAÇO É CERTO.	4	3	2	1
EU ME SINTO CULPADO (A).	4	3	2	1
EU PREFERIRIA ESTAR MORTO (A).	4	3	2	1
EU ME SINTO FRUSTRADO (A).	4	3	2	1
EU TENHO DIFICULDADES EM ENCONTRAR PRAZER.	4	3	2	1

© Gillian et al.,(2006) Adaptado e validado por Oliveira *et al.* (2011)

*Obs: Pontuação > 15 pontos caracteriza episódio depressivo.