

Fernanda Porto Gonçalves

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Instituto de Ciências Biológicas

Programa de Pós-Graduação em Neurociências

**AVALIAÇÃO DA RELIGIOSIDADE E VARIÁVEIS CORRELATAS EM
PACIENTES COM EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL**

BELO HORIZONTE – MG

2011

Fernanda Porto Gonçalves

**AVALIAÇÃO DA RELIGIOSIDADE E VARIÁVEIS CORRELATAS EM
PACIENTES COM EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. João Vinícius Salgado

Co-orientador: Prof. Dr. Antônio Lúcio Teixeira Jr.

BELO HORIZONTE – MG

2011

Gonçalves, Fernanda Porto.

Avaliação da religiosidade e variáveis correlatas em pacientes com epilepsia do lobo temporal em um ambulatório de atendimento terciário de Belo Horizonte. [manuscrito] / Fernanda Porto Gonçalves. – 2011. 69f. : il. ; 29,5cm.

Orientador: João Vinícius Salgado. Co-orientador: Antônio Lúcio Teixeira Jr.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas.

1. Epilepsia do lobo temporal - Teses. 2. Religiosidade - Teses. 3. Espiritualidade – Teses. 4. Qualidade de vida - Teses. 5. Depressão mental - Teses. 6. Neurociências - Teses. I. Salgado, João Vinícius. II. Teixeira Jr., Antônio Lúcio. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. IV. Título.

CDU: 616.8

REITOR:

PROF. RONALDO TADEU PENA

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO:

PROF. RICARDO SANTIAGO GOMEZ

DIRETOR DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS:

PROF. TOMAZ AROLDO DA MOTA SANTOS

COORDENADORA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS:

PROF^a. ÂNGELA MARIA RIBEIRO

COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS:

PROF. ANTÔNIO LÚCIO TEIXEIRA JÚNIOR (SUBCOORDENADOR)

PROF. FABRÍCIO DE ARAÚJO MOREIRA

PROF. HELTON JOSÉ REIS

PROF. LEANDRO FERNANDES MALLOY-DINIZ

PROF^a. MIRIAM MARTINS CHAVES

VIVIANE MITSUKO NEVES SAITO (REPRESENTANTE DISCENTE)

Aos pacientes do ambulatório das clínicas da UFMG

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Ronaldo, por ter me apoiado, incentivado e por ter contribuído muito no trabalho. O meu eterno amor e admiração.

Ao Prof. Dr. João Vinícius Salgado, por acreditar neste trabalho, por compartilhar seus conhecimentos científicos, pelo incentivo e carinho. Obrigada pela oportunidade e por guiar meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Prof. Dr. Antonio Lúcio Teixeira Jr., por ter me dado à oportunidade de fazer parte do seu grupo de pesquisa e pela sua motivação acadêmica.

À Izabela, por ter me ensinado muito. Obrigada pelo imenso apoio, paciência e carinho.

Ao Prof. Dr. Arthur Kummer, pelo apoio na coleta de dados.

Aos colegas do grupo de pesquisa, em especial ao Guilherme, por compartilhar seus conhecimentos científicos e pela paciência.

Ao Rodrigo Ferretjans, por ter colaborado na coleta de dados.

Ao Grupo de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG, Eduardo, Silvio e residentes.

Aos funcionários do Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas da UFMG.
Aos funcionários da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Neurociências da UFMG.

Aos meus pais Délio e Fátima pelo amor e incentivo aos estudos.

Aos meus irmãos Cristina e Marco Túlio por sempre estarem ao meu lado.

À Sofia, minha alegria.

A meu cunhado Luiz pelo entusiasmo acadêmico.

À Dr^a. Selme Siqueira de Matos por acreditar em mim e me apoiar nessa longa caminhada.

À Dr^a. Maria Eugenia pela compreensão e apoio aos estudos.

Às minhas colegas de trabalho Marcela e Letícia pelo apoio emocional.

“Minha fé é no desconhecido,
em tudo que não podemos compreender por meio da razão.
Creio que o que está acima do nosso entendimento
é apenas um fato em outras dimensões
e que no reino do desconhecido há uma infinita reserva de poder.”

Charles Chaplin

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
RESUMO	11
ABSTRACT	13
1. JUSTIFICATIVA	14
2 INTRODUÇÃO.....	15
2.1 EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL	16
2.2 RELIGIOSIDADE	17
2.3 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM EPILEPSIA	20
2.4 QUALIDADE DE VIDA E RELIGIOSIDADE.....	21
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. OBJETIVO GERAL	22
3.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	23
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	23
4.1.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	23
4.1.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	23
4.2. PROCEDIMENTOS.....	24
4.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA:	25
4.3.1 MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM):	25
4.3.2 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI):.....	25
4.3.3 INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM EPILEPSIA (QOLIE-31).....	26
4.3.4 ESCALA DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE (DUREL):...	26
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	28
5. RESULTADOS	29
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	29
5.2 COMPARAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CATEGÓRICAS COM ITENS DA RELIGIOSIDADE.....	32
5.2.1 COMAPARAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO COM OS DOMÍNIOS DA QV.....	33
5.3 CORRELAÇÃO ENTRE ITENS DA RELIGIOSIDADE COM: MEEM, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, DEPRESSÃO E QV.....	34
6. DISCUSSÃO.....	41
7. CONCLUSÕES	47
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
9. ANEXOS.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas da população estudada.....	30
Tabela 2: Características clínicas da população estudada.....	31
Tabela 3: Características do QOLIE-31 dos pacientes com ELT	31
Tabela 4: Frequência de depressão na população estudada.....	32
Tabela 5: Características das dimensões de religiosidade da população estudada	32
Tabela 6: Comparação entre variáveis dicotômicas sociodemográficas e escalas de religiosidade em pacientes ELT	33
Tabela 7: Comparação entre variáveis dicotômicas (religião e situação trabalhista) e escalas de religiosidade nos pacientes ELT	34
Tabela 8: Comparação entre depressão e escalas de religiosidade nos pacientes com ELT	34
Tabela 9: Comparação entre depressão e domínios da QV nos pacientes com ELT	35
Tabela 10: Correlação entre itens que avaliam a religiosidade com o MEEM	35
Tabela 11: Correlação entre a parte organizacional da religião (DUREL1) com as variáveis: sociodemográficas, QV final, BDI final, itens da religiosidade e características clínicas dos pacientes com ELT.....	36
Tabela 12: Correlação entre a parte não organizacional da religião (DUREL2) com as variáveis: sociodemográficas, QV final, BDI final, itens da religiosidade e características clínicas dos pacientes com ELT.....	37
Tabela 13: Correlação entre a parte intrínseca da religião (DUREL345) com as variáveis: sociodemográficas, QV final, BDI final, itens da religiosidade e características clínicas dos pacientes com ELT.....	38
Tabela 14: Correlação entre o NBI-R com as variáveis: sociodemográficas, QV final, BDI final, itens da religiosidade e características clínicas dos pacientes com ELT.....	38
Tabela 15: Correlação entre BDI final com o QOLIE-31 nos pacientes ELT.....	39
Tabela 16: Correlação entre os itens da religiosidade com os domínios da QV nos pacientes ELT.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABE- Associação Brasileira de Epilepsia
- BDI - Inventário de Depressão de Beck
- DAE - Drogas Antiepilépticas
- DP - Desvio-Padrão
- DUREL- Escala de Religiosidade da Universidade DUKE
- EEG - Eletroencefalograma
- ELT - Epilepsia do Lobo Temporal
- ELTM - Epilepsia do Lobo Temporal Mesial
- EMT - Esclerose Mesial Temporal
- EMTD - Esclerose Mesial Temporal Direita
- EMTE - Esclerose Mesial Temporal Esquerda
- ILAE - *International League Against Epilepsy*
- MEEM - Mini Exame do Estado Mental
- NBI- Inventário Neuro Comportamental
- NBI-R- Inventário Neuro Comportamental- Domínio da religiosidade
- OMS- *Organização Mundial de Saúde*
- QOLIE-31- Inventário de qualidade de vida em epilepsia (31 questões)
- QOLIE-89- Inventário de qualidade de vida em epilepsia (89 questões)
- QV- Qualidade de vida
- RI- Religiosidade Intrínseca
- RNM - Ressonância Nuclear Magnética
- RO- Religiosidade Organizacional
- RNO- Religiosidade Não Organizacional
- SNC- Sistema Nervoso Central
- WHO- *World Health Organization*

RESUMO

Introdução: Epilepsia do lobo temporal (ELT) é a forma de epilepsia mais comum em adultos. Há relatos de que os pacientes com ELT exibem, com frequência, características marcantes, sendo uma delas a hiper-religiosidade. As crenças religiosas podem influenciar no modo de como as pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais.

Objetivos: Avaliar variáveis relacionadas à religiosidade e seus correlatos sociodemográficos, clínicos e de qualidade de vida em pacientes com ELT. **Métodos:** Foram selecionados 73 pacientes atendidos pela Clínica de Epilepsia do Serviço de Neurologia do HC-UFG. Foram colhidos dados sociodemográficos e empregados os seguintes instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário de Qualidade de Vida em Epilepsia (QOLIE-31); Escala de Religiosidade da Universidade DUKE (DUREL); Inventário Neurocomportamental – aspectos religiosos (NBI-R). **Resultados:** Os pacientes pontuaram mais que os sujeitos saudáveis, incluídos no estudo de validação da DUREL, nas subescalas DUREL1 e DUREL2 que avaliam aspectos mais objetivos (religiosidade extrínseca), mas não na DUREL345, que avalia aspectos mais subjetivos (religiosidade intrínseca). A DUREL345 apresentou maior pontuação em sujeitos com menor escolaridade, maior idade, desempregados e com pior desempenho no MEEM. O NBI-R apresentou pontuação maior em pacientes com pior MEEM e com maior frequência de crises/mês. As subescalas da DUREL e o NBI-R apresentaram todas, correlações significativas entre si, exceto a DUREL2 com a DUREL345. A qualidade de vida final (QOLIE-31) e a presença de depressão (escala BDI) não apresentaram correlação com a religiosidade avaliada pelas escalas DUREL e NBI-R. **Conclusão:** Os resultados sugerem que pacientes com ELT apresentam maior religiosidade organizacional (RO) e não organizacional (RNO) que sujeitos saudáveis. A DUREL345 sofre influência de muitas variáveis sociodemográficas de modo que, em populações com baixo nível socioeconômico, escolar ou cognitivo, como no presente estudo e no estudo de validação da DUREL, pode haver efeito teto e prejuízo na avaliação da religiosidade intrínseca. A ausência de correlação entre as variáveis de religiosidade com a QV final e depressão pode ser devida a relação complexa e de influência mútua entre religião e bem-estar. Estudos longitudinais e a inclusão de um grupo controle poderão elucidar melhor a associação entre religiosidade, qualidade de vida e ELT.

PALAVRAS-CHAVE: Epilepsia do lobo temporal, religiosidade, espiritualidade, qualidade de vida, depressão.

ABSTRACT

Introduction: Temporal lobe epilepsy (TLE) is the most common type of epilepsy in adults. There are reports that patients with TLE exhibit striking features, one of them hyper-religiosity. Religious beliefs can influence the way how people deal with situations like stress, suffering and vital problems. **Objectives:** Evaluate variables related to religiosity and its correlates with sociodemographic, clinical and quality of life in patients with TLE. **Methods:** We selected 73 patients treated by the Epilepsy Clinic of Neurology Department, Clinics Hospital – UFMG, Minas Gerais - Brazil. We collected socio-demographic data and employed the following instruments: Mini Mental State Examination (MMSE), Beck Depression Inventory (BDI), Quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31); Scale religiosity Duke University (DUREL); Neurobehavior inventory - religious aspects (NBI-R). **Results:** Patients scored higher than the healthy subjects, included in the validation study of the DUREL, in subscales DUREL1 and DUREL2 that assess the extrinsic religiosity, but not in DUREL345, which evaluates intrinsic religiosity. The DUREL345 had higher scores in subjects with lower education, greater age, unemployed and with poor performance in MMSE. The NBI-R had higher scores in patients with worst MMSE and with higher frequency of seizures per month. The subscales of DUREL and NBI-R had all, significant correlations between them, except with the DUREL2 and DUREL345. The final quality of life (QOLIE-31) and the presence of depression (BDI) showed no correlation with religiosity scales assessed by DUREL and NBI-R. **Conclusion:** The results suggest that patients with TLE have higher organizational and non-organizational religiosity than healthy subjects. The DUREL345 is influenced by many socio-demographic variables. In this way, populations with low socioeconomic status, academic or cognitive, as in this study and validation study of the DUREL, there may be a ceiling effect and damage to assessment of religiosity intrinsic. The absence of correlation between the variables of religiosity with QOL final and depression may be due to a complex relation of mutual influence between religion and welfare. Longitudinal studies and the inclusion of a control group may elucidate the association between religiosity, quality of life and TLE.

KEY WORDS: Temporal lobe epilepsy and religiosity, spirituality, quality of life, depression.

1. JUSTIFICATIVA

Pesquisas com pessoas saudáveis sugerem que as crenças e práticas religiosas estão associadas com maior bem-estar, melhor saúde mental e enfrentamento mais fácil de situações estressantes. Em pacientes psiquiátricos esses achados também são verificados já que eles enfrentam um enorme estresse ambiental e psicossocial em razão de seus transtornos, necessitando de estratégias eficazes de enfrentamento.

O avanço no conhecimento do impacto da religiosidade nas características sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida (QV) de pacientes portadores de doença crônica, possibilitam mudanças na abordagem multidisciplinar destes pacientes promovendo maior interação com seu tratamento, ambiente familiar e social. Apesar disso, trata-se de um assunto pouco conhecido que estamos propondo estudar.

O presente estudo focou as dimensões: organizacional, não organizacional e intrínseca da religiosidade e suas correlações com as características sociodemográficas, clínicas e QV.

2. INTRODUÇÃO

A epilepsia, por seus peculiares reflexos, há muito tem invadido o imaginário humano, tendo em vista o seu gosto pelo sobrenatural. Daí, não é demais dizer que a doença está intimamente ligada a crenças. Na idade média as pessoas com epilepsia eram consideradas bruxas e por isso, perseguidas, torturadas e mortas (MASIA e DEVINSKY, 2000). Por muitos séculos, pacientes epiléticos foram considerados inválidos e até mesmo perigosos à sociedade e interpretados como uma espécie de “deficientes mental-espiritual” sendo frequentemente isolados da sociedade (BITTENCOURT e TROIANO, 2005).

Atualmente a epilepsia é entendida como um distúrbio neurológico complexo, cuja prevalência no Brasil é de 1,5 a 2% da população geral e acomete principalmente crianças e idosos. Há uma tendência a um leve predomínio no sexo masculino (TEIXEIRA e SALGADO, 2004). É um problema de saúde pública, afetando mais de cinquenta milhões de pessoas em todo o mundo (SCOTT et al, 2001). Para alguns autores a presença de epilepsia é definida pela presença de pelo menos duas crises epiléticas espontâneas, isto é, não provocadas por febre, insultos agudos do Sistema Nervoso Central (SNC) ou desequilíbrios tóxico-metabólicos graves. (GALLUCCI NETO e MARCHETTI, 2005). A Associação Brasileira de Epilepsia (ABE) define epilepsia, tendo como base as propostas da “*International League Against Epilepsy*” (ILAE): “um distúrbio cerebral causado por predisposição persistente a gerar crises epiléticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicossociais e sociais da condição caracterizada pela ocorrência de pelo menos uma crise epilética” (FISHER et al, 2005; GUILHOTO et al, 2006).

A crise epilética é a manifestação de distúrbio cerebral e deve ser avaliada levando em consideração não somente suas características semiológicas, mas também a idade de início das crises, exame físico e eletroencefalográficos. Esses dados auxiliam no prognóstico e orientam para a realização de outros procedimentos diagnósticos assim como o tratamento (YACUBIAN, 2002).

Epilepsia é uma condição associada com significativas consequências psicossociais. A elevada presença de preconceitos que permeiam a epilepsia é um dos fatores que contribuem para a estigmatização da doença (FERNANDES e MIN, 2006). O paciente após o diagnóstico de epilepsia, geralmente reage com uma fase de medo, sendo um dos fatores contribuintes a crença de ser diferente das demais pessoas, além do receio da possibilidade de discriminação, rejeição e isolamento social. O simples diagnóstico em adolescentes e adultos jovens pode ocasionar em problemas relacionados ao emprego e de encontrar um parceiro. Já em pessoas

idosas, há dificuldades relacionadas a restrições para a execução de certas atividades, devido à diminuição da massa muscular e pelo aumento da fragilidade óssea (GUILHOTO e GUITTI, 2007). A dificuldade de encarar a sociedade, obter emprego e constituir família, pode contribuir para o surgimento da depressão. (FERNANDES et al, 2004; ALONSO et al, 2005).

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequente nos pacientes com epilepsia (GAITATZIS et al, 2004). Sua prevalência em tal grupo populacional é maior do que na população em geral e, ainda, nas pessoas portadoras das demais doenças neurológicas, atingindo 20 a 55% dos pacientes com crises recorrentes e 3 a 9% daqueles com crises controladas (ALONSO et al, 2005). Segundo Oliveira e colaboradores (2009), a depressão na epilepsia é subdiagnosticada e subtratada, sendo necessários esforços no intuito de minimizar esta lacuna. Ressalta-se que a taxa de suicídio é a principal causa de morte entre os pacientes com epilepsia, podendo ser até 10 vezes mais frequente quando comparados com a população geral (GILLIAM e KANNER, 2002).

2.1. EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL

A forma mais frequente de epilepsia focal em adultos é a epilepsia do lobo temporal (ELT), sendo responsável por 40% dos casos de epilepsia nesta população (TEIXEIRA e SALGADO, 2004). Ela pode ser dividida em epilepsia do lobo temporal mesial (ELTM) e epilepsia do lobo temporal neocortical, ou lateral (ENGEL, 2001). A forma mais estudada é a ELTM que corresponde a até 60% dos casos de ELT (ENGEL, 2001). A ELTM apresenta particular importância clínica devido ao elevado índice de refratariedade ao tratamento, principalmente quando associada à esclerose hipocampal (ANDRADE-VALENÇA et al, 2006) . A esclerose hipocampal clássica é caracterizada por perda neuronal e astrocitose na amígdala, úncus e ocasionalmente no giro para-hipocampal. Na região do hipocampo, a perda neuronal é mais proeminente nas áreas CA1 e CA4, giro denteado e subiculum (KANNER, 2005).

A ELT tem algumas particularidades em relação aos demais tipos de epilepsia devido às estruturas cerebrais atingidas como as estruturas do sistema límbico responsáveis pelo controle emocional do comportamento. O risco de desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos é maior em pacientes com ELT (60%) quando comparados a pacientes com epilepsia generalizada primária (37%) (KANDRATAVICIUS et al, 2007).

Os pacientes com ELT apresentam traços de personalidade acentuados e característicos, que segundo Mello (2007) podem ser classificados em três subtipos:

- Indivíduos repletos de sentimentos profundos e sérios, com comportamento ético e espiritualizado;
- Indivíduos detalhistas, repetitivos, prolixos e persistentes no discurso e nas ações, também denominados viscosos;
- Indivíduos sugestionáveis, imaturos e com grande labilidade afetiva.

Os pacientes com ELT também exibem, com frequência, outras características marcantes como: hipossexualidade, irritabilidade e hiper-religiosidade (BITTENCOURT e TROIAN, 2005). Curiosamente, foi demonstrado que pacientes com ELT e traços de hiper-religiosidade têm hipocampo direito menor em comparação com as demais pessoas (TRIMBLE e FREEMAN, 2006), fato que aponta uma característica neurobiológica associada a tais sintomas.

2.2. RELIGIOSIDADE

A religião, como fenômeno humano é um tema complexo, subjetivo que envolve ao mesmo tempo diversas áreas como a psicologia, sociologia, antropologia, história, política, teologia, filosofia. É uma das dimensões mais marcante e significativa da experiência humana.

Pesquisa realizada em 2007 com a população dos Estados Unidos observou que cerca de 89% afirmaram acreditar em Deus (GALLUP, 2007). No Brasil pesquisa recente realizada por Moreira-Almeida e colaboradores (2010) apontou que cerca de 95% das pessoas declararam o mesmo.

A intensidade da religiosidade entre os gêneros parece ser diferente na maioria das culturas. Um amplo estudo tem demonstrado que as mulheres são mais religiosas do que os homens (WALTER e DAVIE, 1998). Pesquisas norte-americanas e inglesas realizadas na década de 1960 indicavam que as mulheres frequentavam mais cultos e realizavam mais orações individuais (ARGYLE, 1966). No Brasil, na década de 1950, estudo feito por Pin (1966) sobre o catolicismo destacava a maior adesão às práticas religiosas entre as mulheres. Pesquisa realizada por Moreira-Almeida et al (2010) encontrou associação entre as variáveis sociodemográficas onde mulheres e idosos apresentaram maior envolvimento religioso. Nesse mesmo estudo, não se observou associação entre os níveis socioeconômicos, como

renda, nível educacional e situação laboral com o envolvimento religioso.

Os termos religiosidade e espiritualidade constantemente são usados como sinônimos, entretanto, possuem diferenças. O termo espiritualidade está ligado ao propósito da vida, ou seja, é um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmitem vitalidade e significado a eventos da vida (MAUGANS, 1996). Para Koenig e colaboradores (2001) religião é um sistema de crenças, práticas e rituais com o objetivo de aproximar o indivíduo do sagrado e/ou transcendente (Deus, força superior ou verdade absoluta). Em geral, a religiosidade tem características comportamentais, sociais e está ligada a doutrinas religiosas específicas (SAAD et al, 2001). O termo religiosidade possui conceitos complexos e numerosos, dificultando a realização de pesquisas sobre o tema (FARIA e SEIDL, 2005).

Gordon Allport (1967) dividiu a religiosidade em duas partes, intrínseca e extrínseca. Essa divisão apresentou importância no meio científico por proporcionar o surgimento de instrumentos que pudessem avaliar esse aspecto na população. Na religiosidade intrínseca as pessoas têm a religião como seu bem maior, para o indivíduo a religião é integradora, compreensiva e motivacional, está ligada a uma personalidade e estado mental saudáveis. Para os indivíduos com religiosidade extrínseca, a religião é vista e colocada para obtenção de outros fins ou interesses imediatos, tendo uma forma egoística (KOENIG et al, 2001; MOREIRA-ALMEIDA et al, 2006).

A religiosidade pode influenciar no modo de como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. Além disso, proporciona à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança, perdão e uma imagem positiva de si mesmo. Por outro lado, dependendo do tipo e uso das crenças religiosas, podem gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2006; KOENIG et al, 2001). Curiosamente, a religiosidade pode atuar no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças de forma positiva como adoção de comportamentos saudáveis ou de forma negativa como a não adesão às práticas preventivas, pois as pessoas podem desenvolver um otimismo não realista da proteção da religião (DULL e SKOKON, 1995).

Religiosidade e espiritualidade sempre foram áreas de interesse entre clínicos e pesquisadores na área da saúde. Para Faria e Seidl (2005) esse interesse pode ser explicado pela relevância do tema religião na sociedade humana. Para muitos pesquisadores na área da saúde e dos transtornos mentais, a religião por ser uma das dimensões central da vida de muitas pessoas, não poderia ser negligenciada e nem passar despercebida, porém quase sempre é abordada como sendo de menor importância nos estudos sobre saúde e transtornos

mentais (LARSON et al, 1986). No Brasil o interesse por estudar a relação entre religiosidade com o sofrimento individual e os transtornos mentais surgiu mais intensamente a partir do século XIX (DALGALARRONDO, 2007).

Estudos recentes que envolvem epilepsia e experiência religiosa têm apresentado conflitos e contradições. Uma das causas é a pouca distinção entre experiências religiosas relacionadas à epilepsia nos períodos ictal, pós-ictal e interictal. A fenomenologia e neurobiologia de cada uma diferem em importantes aspectos (SAVER e RABIN, 1997). Uma das possíveis explicações da experiência religiosa em pacientes no período ictal são as crises tipo espasmo, que ocorrem de forma inesperada, com perda da consciência. Os pacientes que vivenciam esse tipo de crise podem adquirir culturalmente uma explicação religiosa interpretando-a como um valor religioso. Estudos têm demonstrado que experiências pessoais, importantes, ligadas à saúde, assim como as que ocorrem em muitas crises, são passíveis de serem interpretadas como forma religiosa (SPILKA e SCHMIDT, 1983). Na psicose interictal, a consciência em geral está preservada, nessa fase é comum os pacientes apresentarem delírios (em muitos casos apresentam a religiosidade intensificada, aspectos persecutórios, alucinações, entre outros) (MARCHETTI et al, 2003). Estudos realizados no período interictal por Bear e colaboradores (1982), por meio de uma entrevista observacional, utilizando 14 características importantes relacionadas à síndrome de comportamento interictal presentes na ELT, identificaram que a pontuação da religiosidade foi maior em pacientes com ELT quando comparados com pacientes com distúrbios agressivos, afetivo, e pacientes com epilepsia extra temporal focal ou generalizada (BEAR et al, 1982). Estudo utilizando o inventário NBI de Bear-Fedio demonstrou associação entre a desilusão religiosa no período pós-ictal através de mudança na estrutura do lobo temporal e elevada pontuação no inventário NBI (WUERFEL et al, 2004). Esse período pode iniciar com até uma semana após a crise e pode durar de uma hora a até dois meses. Para muitos autores nessa fase ocorre o predomínio de alterações no humor, presença da hiper-religiosidade, irritabilidade, agressividade, alterações visuais, entre outras (NADKARNI e DEVINSKY, 2007).

Nas últimas décadas tem-se estudado as possíveis associações entre a experiência religiosa e o funcionamento cerebral (MURAMOTO, 2004). Vários estudos mostram que há uma relação entre a epilepsia e religiosidade, sendo que para alguns pesquisadores essa relação se dá pelo processo de hiperconexão neuronal sensório-límbica que potencializaria novas conexões neuronais próximas (BEAR, 1979). Outra hipótese seria que religião e epilepsia são secundárias à patologia cerebral de base, pois para alguns autores a hiper-religiosidade exacerbada no período interictal nos pacientes com epilepsia do lobo temporal

não parece ter uma relação causal (TUCKER et al, 1987). O fato é que são necessários mais estudos na área para elucidar a relação entre ambos (RUBINO, 2001).

As crenças e mitos que envolvem a epilepsia persistem em nossa sociedade. Muitos ainda acreditam em possessão demoníaca como a explicação para epilepsia e buscam os tratamentos que incluem o exorcismo e simpatias. Essa falta de conhecimento leva ao estigma, uma triste realidade que contribui para a exclusão dos indivíduos com epilepsia e seus familiares da sociedade (MIN, 2004). Para Fernandes e Min (2006), fatores como o número de frequência de crises por mês, sua intensidade, os efeitos das medicações, a percepção do estigma e da discriminação, o estado ocupacional, o medo das crises, a preocupação financeira, as mudanças na vida e o apoio social podem influenciar no funcionamento geral dos pacientes.

Portanto, a epilepsia é uma doença que pode afetar profundamente a QV do indivíduo em diversas áreas como no bem-estar psicológico e saúde mental.

2.3. QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM EPILEPSIA

A qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (RIZZUTTI, 2007). O termo “QV relacionada à saúde” implica os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, referencia o impacto da enfermidade ou do agravo na qualidade de vida do indivíduo. (SEIDL e ZANNON, 2004).

A QV relacionada à saúde pode ser avaliada em três aspectos principais:

- 1) funcionamento físico como dor, limitação ou incapacidade para executar atividades diárias;
- 2) função social como interação entre os familiares, relacionamentos sociais e amorosos e apoio da comunidade e 3) estado psicológico, como distúrbios no humor, percepção do estigma, auto-estima (TRACY et al, 2007).

O conhecimento da QV dos pacientes pode ajudar na compreensão do impacto das doenças e da assistência à saúde sobre seu bem-estar geral. Uma vez que como nos casos de doenças crônicas o tratamento não é curativo, a qualidade de vida torna-se ainda mais importante. (SOUZA e COUTINHO, 2006).

2.4. QUALIDADE DE VIDA E RELIGIOSIDADE

A OMS/WHO definiu em 1998 o bem-estar espiritual como uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais. Para Ellerhorst-Ryan (1996) existe uma crescente preocupação com a dimensão espiritual na área da saúde.

As práticas e crenças religiosas têm demonstrado grande relevância para a qualidade de vida, a interação social e a saúde das pessoas à medida que envelhecem (THOMAS e EISENHANDLER, 1994; MOREIRA-ALMEIDA et al, 2010).

Atualmente há estudos direcionados à relação entre QV e religião (PANZINI et al, 2007). Estudo de revisão, Mueller e colaboradores (2001) apontou a associação entre envolvimento religioso/espiritualidade e saúde física, mental e qualidade de vida. Envolvimento religioso e espiritualidade estão associados com melhores índices de saúde, incluindo maior longevidade, habilidades de manejo e qualidade de vida, assim como promovem a felicidade e bem estar, menor ansiedade, depressão e suicídio. Além disso, a participação da comunidade nas organizações religiosas aumenta a QV das pessoas (FERRISS, 2002). Entretanto, tais achados podem não ser aplicados a todas as populações. Aparentemente há uma relação complexa e bidirecional entre QV e religião. A religião pode trazer mais QV para alguns pacientes, entretanto, pacientes com pior QV podem buscar mais a religião para obter alívio.

Conforme revisão da literatura, podemos observar que ainda não é clara a inter-relação entre ELT, religião e QV por isso o presente estudo propõe investigar um pouco mais a associação dessas variáveis.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar a religiosidade e seus correlatos sociodemográficos, clínicos e de QV em pacientes com ELT.

3.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar as variáveis de religiosidade e de QV entre os pacientes com ELT, de acordo com variáveis sociodemográficas, clínicas;
- Correlacionar a religiosidade com as características sociodemográficas, clínicas e de qualidade de vida dos pacientes com ELT.

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo transversal, com pacientes atendidos no ambulatório de epilepsia do Hospital das Clínicas. Este ambulatório é especializado em atendimento de pacientes refratários e que são encaminhados via Sistema Único de Saúde, seguindo regras impostas pelo Governo Federal. Foram recrutados 143 pacientes, sendo incluídos 73 com ELT, os demais 70 pacientes foram excluídos por apresentarem um ou mais critérios de exclusão.

4.1.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Diagnóstico presumido de ELT;
- Maioridade;
- Possuir exame de Ressonância Nuclear Magnética (RNM) do encéfalo;
- Assinar termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa.

4.1.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Diagnóstico não confirmado de ELT
- Presença de neurocirurgias prévias;
- Presença de outras doenças neurológicas, como demência, acidente vascular encefálico e delirium;
- Desempenho no Mini-Exame do Estado Mental sugestivo de comprometimento cognitivo conforme o nível educacional.

4.2. PROCEDIMENTOS

Os pacientes foram avaliados de forma consecutiva no período de agosto de 2008 a março de 2010. Os pesquisadores responsáveis pelas avaliações compareceram semanalmente à Clínica de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG.

Os pacientes maiores de 18 anos que preencheram os critérios de diagnóstico de ELT e não se enquadraram nos critérios de exclusão foram convidados a participar do estudo. O diagnóstico de ELT foi definido por epileptologista experiente pela presença de EMT e/ou alterações eletrográficas associadas às características semiológicas típicas, segundo a classificação da ILAE de 1998.

Após avaliação clínica por neurologista, o participante preencheu o termo de consentimento e foi entrevistado por um médico psiquiatra e por uma enfermeira. Os pacientes foram entrevistados em sala disponível para consultas individuais e cada avaliação durou em média duas horas, dependendo do estado clínico do paciente. Foram realizadas entre uma a duas avaliações por dia de trabalho conforme o número de pacientes disponível e o tempo de entrevista do primeiro participante.

Por meio de uma anamnese semipadronizada foram coletados os dados sobre as características sociodemográficas do participante (idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão), breve história da moléstia, diagnóstico, calendário das crises, início dos sintomas, tempo de diagnóstico, história pregressa e familiar. Em seguida foram aplicadas as escalas na seguinte ordem: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Inventário da Qualidade de Vida em Epilepsia (QOLIE-31), Escala de Religiosidade da Universidade DUKE (DUREL), Inventário Neurocomportamental (NBI) e Inventário de Depressão de BECK (BDI). Todos os pacientes são acompanhados pela Clínica de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que é referência no Estado para o tratamento de casos de epilepsia refratária. Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (processo no. ETIC 518/08).

Todos os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo foram aprovados anteriormente pelo COEP.

4.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA

4.3.1 MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM):

O MEEM é um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo que tem sido empregado como instrumento de pesquisa para exclusão de quadros demenciais (BRUCKI et al, 2003). O MEEM avalia dimensões cognitivas, como orientação, memória, atenção, linguagem e praxia e sua pontuação total varia de 0-30. Foram propostos diferentes pontos de corte nesta escala. Neste estudo foi adotado o ponto de corte de acordo com a escolaridade proposto por Bertolucci e colaboradores (1994): 13 para analfabetos, 18 para indivíduos com 1 a 8 anos de escolaridade e 26 para aqueles com mais de 8 anos de escolaridade. A escolha de um ponto de corte menos sensível e, portanto, mais “inclusivo” teve como objetivo minimizar um possível viés de seleção em virtude do baixo grau de instrução (escolaridade) característico dos pacientes atendidos neste serviço e comprometimentos cognitivos próprios da epilepsia (ELGER et al, 2004).

4.3.2 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI):

O BDI (BECK et al, 1961) é um instrumento de auto avaliação de sintomas depressivos. Possui 21 itens e tem um escore máximo de 63. De acordo com o critério do *Center for Cognitive Therapy*, os escores são classificados como: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão moderada a grave e de 30 a 63 = depressão grave (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998). Entretanto, ressalta-se que os pontos de corte dependem das características dos pacientes e do propósito dado ao instrumento (KRISHNAMOORTHY, 2006). Neste sentido, é importante frisar que o BDI foi testado em pacientes portadores de epilepsia por Oliveira e colaboradores (2009), demonstrando que um ponto de corte acima de 16 representa dicotomização ótima entre deprimidos (qualquer episódio depressivo maior atual) e não deprimidos com sensibilidade de 94,4%, especificidade de 90,6%, valor preditivo positivo de 79,1% e valor preditivo negativo de 97,7%.

4.3.3 INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM EPILEPSIA (QOLIE-31)

O QOLIE- 31 (CRAMER et al, 1998) é um inventário que avalia o impacto da epilepsia na qualidade de vida dos pacientes. É um questionário multidimensional direcionado a pacientes epiléticos formado por 31 itens, englobados em sete subescalas ou domínios: preocupação em relação às crises, composta pelas questões (11, 21, 22, 23, 25), qualidade de vida global (1, 14), bem estar emocional (3, 4, 5, 7, 9), energia/fadiga (2, 6, 8, 10), função cognitiva (12, 15, 16, 17, 18, 26), efeitos da medicação (24, 29, 30) e função social (13, 19, 20, 27, 28). Este inventário foi traduzido para o português e validado no Brasil por Silva e colaboradores em 2007. O sistema de pontuação foi descrito no Scoring Manual Quality of life in Epilepsy QOLIE-31 (version 1.0) por (VICKREY et al, 1993). As respostas do QOLIE-31 são em valores numéricos de 1 a 100 e avalia a pior e a melhor e qualidade de vida, respectivamente. Esses valores são convertidos numa escala de 0 a 100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a QV. O escore total não é a soma ou média dos sete domínios. O escore total pode ser calculado pesando e somando o produto da pontuação da escala QOLIE-31 através de um coeficiente derivado empiricamente para pesar e somar a pontuação final (CRAMER et al, 1998).

4.3.4 ESCALA DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE (DUREL):

Avalia os aspectos da religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde e apresenta itens mais genéricos, facilitando a sua aplicação na maioria das religiões do nosso meio. Ela possui cinco itens que captam três dimensões de religiosidade: organizacional (RO) responsável por avaliar o envolvimento da pessoa nas atividades religiosas pública, não-organizacional (RNO) responsável por avaliar a dedicação da pessoa em atividades religiosas individuais e religiosidade intrínseca ou subjetiva (RI) que avalia o grau de comprometimento ou motivação da religião pessoal. (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2008; KOENIG e BUSSING,2010). Os dois primeiros itens abordam RO e RNO, foram extraídos de estudos realizados nos Estados Unidos e estão relacionados aos indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros três itens se referem a RI e estão relacionados com o suporte social e desfecho em saúde, eles foram extraídos da escala de religiosidade extrínseca de Hoge

(KOENIG et al, 1997). As três dimensões (RO, RNO, RI) devem ser analisadas separadamente e sugere-se que a pontuação dessas três dimensões não deva ser somada em uma pontuação total (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2008).

4.3.5. INVENTÁRIO NEUROCOMPORTAMENTAL (NBI):

Avalia os aspectos comportamentais da ELT (BLUMER, 1999). É baseado no inventário de Bear-Fedio que avalia traços de personalidade (viscosidade, emoções, consciência, espiritualidade, hipossexualidade, dependência), assim como estados episódicos que podem ter relevância clínica (humor, irritabilidade, paranóia, ansiedade) característicos da síndrome da personalidade da ELT (BLUMER, 1999). O inventário possui 100 itens que devem ser respondidos como verdadeiro ou falso. Cada grupo de cinco afirmativas investiga um dos seguintes domínios: tendência à escrita composta pelas questões (6, 18, 53, 62, 98), hipermoralismo (19,41, 49, 75, 83), convicções religiosas (13, 24 48, 94, 99), raiva e temperamento (20, 25, 36, 43, 91), tendência à sistematização ou à ordenação (5, 14, 21, 42, 71), hipossexualidade (7, 10, 52, 77, 84), medo e insegurança (16, 40, 57, 64, 86), sentimento de culpa (4, 55, 61, 70, 80), seriedade (29, 45, 66, 88, 100), tristeza (33, 38, 73, 85, 92), emotividade (9, 23, 54, 69, 89), desconfiança (12, 17, 22, 34, 63), detalhismo (26, 50, 58, 67, 81), interesses cósmicos (37, 46, 51, 72, 76), crença na predestinação pessoal (1, 11, 27, 32, 97), persistência e repetitividade (35, 44, 60, 78, 90), ódio e vingança (56, 68, 82, 87, 96), dependência (3, 15, 28, 39, 93), euforia (2, 31, 59, 65, 79) e somatização (8, 30, 47, 74, 95). Mais de dois itens marcados como verdadeiros em cada um dos domínios ou uma soma total superior a vinte itens verdadeiros são valores considerados elevados (OLIVEIRA et al, 2009). O presente estudo avaliou somente o domínio relacionado à religiosidade.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise descritiva de variáveis categóricas, as proporções foram calculadas e apresentadas. O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para verificarmos se as variáveis contínuas possuíam distribuição normal. As variáveis contínuas são apresentadas como médias e desvios-padrão. Para a comparação de variáveis dicotômicas (categóricas) da população estudada, realizou-se o teste qui quadrado. Na comparação de variáveis contínuas, usamos o teste U de Mann-Whitney em variáveis de distribuição não paramétrica. Para fazer as correlações foi utilizado o Spearman devido à distribuição não paramétrica das variáveis.

As análises foram realizadas utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 17.0. Um valor de p bilateral menor que 0,05 foi adotado como nível de significância estatística para todos os testes.

5. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três seções. Inicialmente são apresentados os dados referentes à caracterização da população estudada, incluindo variáveis sociodemográficas, características da doença, variáveis da qualidade de vida e os dados da escala e inventário que avaliam a religiosidade. Na segunda seção são apresentados os dados comparativos entre as variáveis categóricas sociodemográficas, com a escala de religiosidade de DUKE (DUREL) e domínio da religiosidade do NBI (NBI-R). Nessa mesma seção apresentamos também a comparação entre a variável depressão com os itens que abordam a religiosidade e com os domínios da QV. Na terceira parte são apresentadas as correlações entre as variáveis da religiosidade e MEEM; entre cada item da religiosidade (escala de DUKE e NBI-R) com as variáveis sociodemográficas, características da doença, variáveis da qualidade de vida final, BDI final. Realizamos também as correlações entre o BDI final com o inventário QOLIE-31 e foram apresentadas por último as correlações entre a escala de DUKE e NBI-R com os domínios da qualidade de vida dos pacientes com ELT.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como mostrado na tabela 1, o sexo feminino representa 39/73 (53,4%) da população estudada. A idade média é de 41,26 anos (\pm 10,45). A escolaridade média é de 7,40 anos (\pm 3,51). Em relação ao estado civil 43/73 (58,9%) não possuíam cônjuge. 42/73 (57,5%) não exerciam função laboral. As religiões com maior prevalência na amostra foram a católica com 52,1% seguida da evangélica com 32,9% ($p < 0,001$).

Tabela 1: Características sociodemográficas da população estudada

	ELT (n=73)			
	n ou Média (DP)	Proporção (%) ou Mediana (Faixa)	df	Valor p**
Sexo			1	0,56
Masculino	34	46,6%		
Feminino	39	53,4%		
Idade	41,26 (10,45)	42 (21-65)		
Escolaridade	7,40 (3,51)	7,0 (0-15)		
Estado Civil			1	0,09
Não casados	43	58,9%		
Casado	29	39,7%		
Situação trabalhista			1	0,20
Ativo	31	42,5%		
Não ativo	42	57,5%		
Religião			5	<0,001
Católico	38	52,1%		
Evangélico	24	32,9%		
Espírita	3	4,1%		
Testemunha de Jeová	3	4,1%		
Sem religião	4	5,5%		
Outras	1	1,3%		

Abreviações: n= número de pacientes; DP= desvio padrão. **Teste qui quadrado.

As variáveis clínicas da amostra são apresentadas na tabela 2 abaixo, na forma de média, desvio-padrão, mediana e faixa de variação. Como observado à pontuação média do instrumento utilizado para avaliação da função cognitiva (MEEM) foi de 27,01. Os pacientes estudados geralmente apresentam crises de difícil controle, média de 5,39 crises/mês. As

crises iniciaram na infância, média de 9,15 anos de idade. O tempo médio de diagnóstico é 31,10 anos.

Tabela 2: Características clínicas da população estudada

	ELT (n=73)	
	M (DP)	Mediana (Faixa)
MEEM	27,01 (2,66)	28 (18-30)
Crises/mês	5,39 (8,06)	3,00 (0-40)
Início das crises	9,15 (10,05)	7,00 (0-49)
Tempo diagnóstico	31,10 (16,32)	33,50(5-54)

Abreviações: n= Número de pacientes; M= média; DP= desvio padrão; MEEM-Mini Exame do Estado Mental.

Na tabela 3 apresentamos a pontuação média dos domínios da QV dos nossos pacientes.

Tabela 3: Características do QOLIE-31 dos pacientes com ELT

Domínios da QV	M (DP)	Valor de referência M (DP) *
Preocupação com as crises	53,27 ± 31,47	58,29 ± 25,76
QV global	65,47 ± 19,77	67,17 ± 18,38
Bem- estar emocional	59,31 ± 25,67	67,20 ± 19,28
Energia/ Fadiga	60,06 ± 24,72	55,30 ± 21,10
Função Cognitiva	57,49 ± 29,67	59,96 ± 22,76
Efeitos da Medicação	60,77 ± 35,58	55,34 ± 30,52
Função social	60,35 ± 28,43	67,25 ± 26,88
QOLIE FINAL	59,84 ± 20,75	62,87 ± 16,31

Abreviações: M= média; DP= desvio padrão; QOLIE e QV= Qualidade vida. *VICKREY e colaboradores (1993)

A tabela 4 mostra que 52/73 (71,2%) da amostra estudada não apresentavam sintomas depressivos atuais, seguindo o mesmo ponto de corte utilizado por OLIVEIRA e colaboradores (2009).

Tabela 4: Frequência de depressão na população estudada

DEPRESSÃO	ELT (n=72)
	n/proporção (%)
Sem Depressão	52 (71,2%)
Com Depressão	20 (27,4%)

Abreviações: n= Número de pacientes.

A tabela 5 mostra a pontuação média dos itens que avaliam a religiosidade dos pacientes. As médias das subescalas que avaliam a parte organizacional, ou seja, a frequência com que a pessoa vai a um encontro religioso representado aqui pela DUREL1 e a parte não organizacional que avalia a frequência com que a pessoa se dedica a atividades religiosas individuais, aqui representadas pelo item DUREL2, foram de 4,72 e 4,90, respectivamente. Com relação ao item que avalia a parte mais subjetiva da questão religiosa da pessoa representada aqui pela DUREL345 e o domínio que avalia a parte da religiosidade do inventário neurocomportamental (NBI-R) apresentam pontuação média de 13,56 e 3,36, respectivamente.

Tabela 5: Características das dimensões de religiosidade da população estudada

	ELT (n=73)		
	M (DP)	Mediana (Faixa)	Valor de referência
DUREL 1*	4,72 (1,36)	5 (1-6)	3,74 (1,57)
DUREL 2*	4,90 (1,31)	5 (1-6)	3,99 (1,57)
DUREL 345*	13,56 (2,10)	14 (3-15)	13,24 (2,82)
NBI-R**	3,36 (1,45)	4 (0-5)	3,53 (1,45)

Abreviações: n = Número de pacientes; M= média; DP= desvio padrão; NBI- Neuro Behaviour Inventory.

* LUCHETTI et al, 2010 ** OLIVEIRA et al, 2009.

5.2. COMPARAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CATEGÓRICAS COM ESCALA DE RELIGIOSIDADE

Na tabela 6 fizemos a comparação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e estado civil) com os itens que avaliam a religiosidade. Podemos observar que as medianas dos itens da religiosidade: DUREL1 e DUREL345 na variável sexo apresentaram diferença, porém não significativas. As variáveis, sexo e estado civil também apresentaram diferença no item DUREL345, porém não significativas.

Tabela 6: Comparação entre variáveis dicotômicas sociodemográficas e escalas de religiosidade em pacientes ELT

	n	DUREL1			DUREL2			DUREL345			NBI-R		
		Med	Z	p	Med	Z	p	Med	Z	p	Med	Z	p
Sexo													
Masculino	34	6	-0,61	0,54	5	-1,16	0,25	15	-0,50	0,62	4	-0,31	0,76
Faixa		(1-6)			(1-6)			(3-15)			(0-5)		
Feminino	39	5			5			14			4		
Faixa		(3-6)			(1-6)			(5-15)			(0-5)		
Estado Civil													
Casado	29	5	-1,56	0,12	5	-1,39	0,17	15	-0,68	0,50	4	-0,90	0,37
Faixa		(3-6)			(1-6)			(6-15)			(1-5)		
Não casado	42	5			5			14			4		
Faixa		(1-6)			(1-6)			(3-15)			(0-5)		

Abreviações: n = Número de pacientes; Med= Mediana; p=Teste de Mann Whitney- Distribuição não normal; NBI- Neuro Behaviour Inventory

Na tabela 7 podemos observar que quando comparamos os tipos de religião da nossa amostra, observamos que na parte organizacional da religião (DUREL1) apresentou um valor de ($p < 0,001$) estatisticamente significativo.

Com relação à situação trabalhista, observamos que na parte intrínseca da religião (DUREL345) também apresentou um valor estatisticamente significativo ($p=0,03$).

Tabela 7: Comparação entre variáveis dicotômicas (religião e situação trabalhista) e escalas de religiosidade nos pacientes ELT

	DUREL1				DUREL2			DUREL345			NBI-R		
	N	Med	Z	p	Med	Z	p	Med	Z	p	Med	Z	p
Religião			-3,75	<0,001		-0,57	0,58		-0,13	0,90		-0,10	0,92
Católico	37	5			5			14			4		
Faixa		(1-6)			(1-6)			(3-15)			(0-5)		
Evangélico	24	6			5			15			4		
Faixa		(3-6)			(3-6)			(6-15)			(0-5)		
Situação trabalhista			-0,53	0,59		-0,57	0,57		-2,15	0,03		-1,42	0,15
Ativo	31	5			5			14			3		
Faixa		(1-6)			(1-6)			(9-15)			(0-5)		
Não ativo	42	5			5			15			4		
Faixa		(1-6)			(1-6)			(3-15)			(0-5)		

Abreviações: n = Número de pacientes; Med= Mediana; p=Teste de Mann Whitney- Distribuição não normal; NBI- Neuro Behaviour Inventory.

A tabela 8 mostra que não houve diferença entre os pacientes com e sem sintomas atuais de depressão quando comparados com itens que avaliam a religiosidade.

Tabela 8: Comparação entre depressão e escalas de religiosidade nos pacientes com ELT

	DUREL1				DUREL2			DUREL345			NBI-R		
	n	Med	Z	p	Med	Z	p	Med	Z	p	Med	Z	p
Depressão			-0,33	0,74		-0,38	0,71		-0,48	0,63		-1,13	0,26
Sim	20	5			5			14			3		
Faixa		(1-6)			(1-6)			(3-15)			(1-5)		
Não	52	5			5			15			3,35		
Faixa		(1-6)			(1-6)			(9-15)			(0-5)		

Abreviações: n = Número de pacientes; Med= Mediana; p=Teste de Mann Whitney- Distribuição não normal; NBI- Neuro Behaviour Inventory.

5.2.1. COMPARAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO COM OS DOMÍNIOS DA QV

A tabela 9 pode observar que a presença de depressão atual influencia na qualidade de vida final ($p < 0,001$), preocupação de crises ($p < 0,001$), qualidade de vida global ($p < 0,001$), bem estar emocional ($p < 0,001$), energia e fadiga ($p < 0,001$), função cognitiva ($p = 0,04$) e função social ($p < 0,001$).

Tabela 9: Comparação entre depressão e domínios da QV nos pacientes com ELT

	Depressão (BDI)		Teste de Mann Whitney	
	Sim (n=20)	Não (n=52)	Z	P
Pontuação final QOLIE	40,53	65,82	Z	-4,46
			P	<0,001
Preocupação crises	36,63	60,02	Z	-2,75
			P	<0,001
Q V global	50,53	70,97	Z	-3,73
			P	<0,001
Bem estar emocional	36,40	67,88	Z	-4,50
			P	<0,001
Energia/fadiga	36,88	68,70	Z	-4,33
			P	<0,001
Função cognitiva	39,62	64,44	Z	-2,89
			P	0,04
Efeito medicamentoso	54,83	62,63	Z	-0,40
			P	0,69
Função social	40,48	67,91	Z	-3,61
			P	<0,001

Abreviações: n = Número de pacientes; p=Teste de Mann Whitney- Distribuição não normal; BDI= Beck Depression Inventory; QOLIE e QV= Qualidade de vida.

5.3. CORRELAÇÃO ENTRE OS ITENS DA RELIGIOSIDADE COM: MEEM, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, DEPRESSÃO E QV.

Curiosamente, na tabela 10, observa-se uma correlação inversa, porém, de fraca intensidade entre os itens NBI-R ($\rho = -0,30$; $p = 0,01$) e DUREL345 ($\rho = -0,28$; $p = 0,01$) com o MEEM. O mesmo não foi observado com as variáveis DUREL1 e DUREL2.

Tabela 10: Correlação entre itens que avaliam a religiosidade com o MEEM

	MEEM	
	ρ	Valor-p
NBI-R	-0,30	0,01
DUREL1	-0,05	0,65
DUREL2	-0,10	0,39
DUREL345	-0,28	0,01

Abreviações: ρ = Força de Correlação de Spearman, p= Correlação de Spearman- Distribuição não normal; MEEM-Mini Exame do Estado Mental; NBI- Neuro Behaviour Inventory.

A tabela 11 observa-se que a escala DUREL 1 apresenta correlação positiva, de fraca intensidade, com os itens NBI-R ($\rho = 0,26$; $p = 0,03$), DUREL2 ($\rho = 0,36$; $p < 0,001$) e DUREL345 ($\rho = 0,27$; $p = 0,02$).

Tabela 11: Correlação entre a parte organizacional da religião (DUREL1) com as variáveis: sociodemográficas, QV final, BDI final, itens da religiosidade e características clínicas dos pacientes com ELT

Variável	DUREL 1	
	ρ	Valor-p
Idade	0,11	0,35
Escolaridade	-0,20	0,08
Pontuação final QOLIE	-0,14	0,23
BDI	0,11	0,35
NBI-R	0,26	0,03
DUREL2	0,36	<0,001
DUREL345	0,27	0,02
Frequência das crise/mês	-0,13	0,26
Tempo Diagnóstico	0,21	0,51
Idade de início (anos)	0,14	0,26

Correlação de Spearman- Distribuição não normal; NBI- Neuro Behaviour Inventory; BDI= Beck Depression Inventory; QOLIE=Qualidade de vida.

A tabela 12 mostra que a escala DUREL2 apresenta correlação positiva de fraca intensidade com a DUREL1 ($\rho = 0,36$; $p < 0,001$) e NBI-R ($\rho = 0,24$; $p = 0,04$).

Tabela 12: Correlação entre a parte não organizacional da religião (DUREL2) com as variáveis: sociodemográficas, QV final, BDI final, itens da religiosidade e características clínicas dos pacientes com ELT

Variável	DUREL 2	
	ρ	Valor-p
Idade	0,03	0,83
Escolaridade	-0,07	0,58
Pontuação final QOLIE	0,07	0,52
BDI	-0,11	0,36
NBI-R	0,24	0,04
DUREL1	0,36	<0,001
DUREL345	0,21	0,08
Frequência das crise/mês	-0,13	0,28
Tempo Diagnóstico	0,09	0,77
Idade de início (anos)	0,17	0,89

Correlação de Spearman- Distribuição não normal; NBI- Neuro Behaviour Inventory; BDI= Beck Depression Inventory; QOLIE= Qualidade de vida.

A tabela 13 mostra que a escala DUREL 345 apresenta correlação positiva, de fraca intensidade com os itens idade ($\rho = 0,31$; $p = 0,01$) e NBI-R ($\rho = 0,31$; $p = 0,01$). Há uma correlação negativa, de fraca intensidade, entre DUREL 345 e a escolaridade ($\rho = - 0,26$; $p = 0,03$). Há uma correlação positiva, porém de fraca intensidade entre a escala DUREL 1 e DUREL345 ($\rho = 0,27$; $p = 0,02$).

Tabela 13: Correlação entre a parte intrínseca da religião (DUREL345) com as variáveis: sociodemográficas, QV final, BDI final, itens da religiosidade e características clínicas dos pacientes com ELT

Variável	DUREL 345	
	ρ	Valor-p
Idade	0,31	0,01
Escolaridade	-0,26	0,03
Pontuação final QOLIE	0,20	0,09
BDI	0,01	0,94
Religiosidade-NBI	0,31	0,01
DUREL1	0,27	0,02
DUREL2	0,21	0,08
Frequência das crise/mês	-0,08	0,49
Tempo diagnóstico	0,15	0,65
Idade de início (anos)	0,05	0,70

Correlação de Spearman- Distribuição não normal; NBI- Neuro Behaviour Inventory
BDI= Beck Depression Inventory; QOLIE= Qualidade de vida.

A tabela 14 mostra a correlação positiva, porém de fraca intensidade, entre o NBI-R com todas as variáveis que avaliam a religiosidade: DUREL1 ($\rho = 0,26$; $p = 0,03$), DUREL2 ($\rho = 0,24$; $p = 0,04$), DUREL345 ($\rho = 0,31$; $p = 0,01$). Há uma tendência de correlação positiva entre a escala NBI-R e frequência de crises/mês.

Tabela 14: Correlação entre o NBI-R com as variáveis: sociodemográficas, QV final, BDI final, itens da religiosidade e características clínicas dos pacientes com ELT

Variável	NBI-R	
	ρ	Valor-p
Idade	0,17	0,14
Escolaridade	-0,19	0,11
Pontuação final QOLIE	-0,02	0,84
BDI	0,12	0,31
DUREL1	0,26	0,03
DUREL2	0,24	0,04
DUREL345	0,31	0,01
Frequência das crise/mês	0,26	0,05
Tempo diagnóstico	0,53	0,08
Idade de início (anos)	-0,15	0,23

Correlação de Spearman- Distribuição não normal; NBI- Neuro Behaviour Inventory
BDI= Beck Depression Inventory; QOLIE= Qualidade de vida.

A tabela 15 mostra a correlação inversa de moderada intensidade entre a pontuação final do BDI com a pontuação final QV ($\rho = -0,68$; $p < 0,001$) e com domínios da qualidade de vida: preocupação com as crises ($\rho = -0,45$; $p < 0,001$), QV global ($\rho = -0,61$; $p < 0,001$), Bem-estar emocional ($\rho = -0,72$; $p < 0,001$), Energia/Fadiga ($\rho = -0,59$; $p < 0,001$), Função cognitiva ($\rho = -0,54$; $p < 0,001$), Função social ($\rho = -0,44$; $p < 0,001$) com exceção do domínio efeito medicamentoso que não apresentou correlação ($\rho = -0,15$; $p = 0,19$).

Tabela 15: Correlação entre BDI final com o QOLIE-31 nos pacientes ELT

	BDI Final	Correlação de Spearman
QOLIE-31		
	ρ	-0,68
Pontuação final QOLIE	P	<0,001
	ρ	-0,45
Preocupação crises	P	<0,001
	ρ	-0,61
QV global	P	<0,001
	ρ	-0,72
Bem estar emocional	P	<0,001
	ρ	-0,59
Energia/fadiga	P	<0,01
	ρ	-0,54
Função cognitiva	P	<0,001
	ρ	-0,15
Efeito medicamentoso	P	0,19
	ρ	-0,44
Função social	P	<0,001

Correlação de Spearman- Distribuição não normal;
BDI= Beck Depression Inventory; QOLIE e QV = Qualidade de vida.

Na tabela 16, observamos uma correlação inversa entre a DUREL1 com os domínios da QV: Preocupação com as crises ($\rho = -0,26$; $p = 0,02$). Há uma tendência de correlação entre a DUREL1 com a função cognitiva ($\rho = -0,23$; $p = 0,05$). A DUREL2 não apresentou diferença significativa com os domínios da QV. A DUREL345 apresentou correlação com o efeito medicamentoso ($\rho = -0,33$; $p = 0,01$). Notamos correlação entre o NBI-R com a QV global ($\rho = -0,27$; $p = 0,02$).

Tabela 16: Correlação entre os itens da religiosidade com os domínios da QV nos pacientes ELT

	QV													
	Preocupação crises		QV global		Bem estar emocional		Energia/fadiga		Função cognitiva		Efeito medicamento		Função social	
	ρ	Valor p	ρ	Valor p	ρ	Valor p	ρ	Valor p	ρ	Valor p	ρ	Valor p	ρ	Valor p
DUREL1	-0,26	0,02	0,11	0,34	0,03	0,96	-0,04	0,72	-0,23	0,05	-0,19	0,12	-0,23	0,06
DUREL2	-0,09	0,46	0,001	0,99	-0,05	0,69	-0,09	0,42	0,13	0,28	0,06	0,61	-0,04	0,72
DUREL345	0,19	0,09	0,01	0,43	0,06	0,61	0,16	0,18	0,15	0,22	0,33	0,01	0,07	0,55
NBI - R	-0,04	0,74	0,27	0,02	0,03	0,80	0,07	0,57	-0,11	0,36	0,14	0,25	-0,13	0,28

Correlação de Spearman- Distribuição não normal; NBI- Neuro Behaviour Inventory; Qv= Qualidade de vida.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo descreve, por meio de observação transversal, os aspectos religiosos e suas relações com o perfil sociodemográfico, as características da doença e a percepção da QV em pacientes portadores de ELT atendidos em um serviço de atenção terciária.

Na avaliação da religiosidade pelos itens 1 e 2 da escala DUREL, nossos dados mostraram que a pontuação média dos pacientes com ELT foi superior à do grupo de 439 pessoas sadias que participaram do estudo de validação do instrumento. Nossos pacientes tiveram pontuação média de 4,72 e 4,90, respectivamente, e as pontuações obtidas em uma comunidade de referência 3,74 e 3,99, respectivamente (LUCHETTI et al, 2010). Estes dados sugerem que pacientes com ELT se dedicam com mais frequência a encontros e ritos religiosos (DUREL1) bem como a orações individuais (DUREL2), do que a população em geral. No item 345, que avalia a parte subjetiva ou intrínseca da religiosidade, nossa população apresentou média de 13,56, ficando bem próxima à que foi encontrada no estudo da validação: 13,24 (LUCHETTI et al, 2010). É possível que a ausência de diferença marcante neste item seja devida a alta pontuação, próxima do valor máximo (=15), obtida pela população do estudo de validação que provocaria um efeito teto. A população controle foi composta por pessoas sadias moradoras de uma comunidade de baixa renda localizada na cidade de São Paulo, Brasil. A comparação dos nossos pacientes com a referida população sadia é limitada, sobretudo, pela ausência de adequado controle de equiparação das variáveis sociodemográficas.

Quanto ao NBI-R, que avalia a parte intrínseca da religiosidade, nossa população apresentou pontuação média próxima à encontrada por Oliveira e colaboradores (2009): 3,36 e 3,53, respectivamente. Estes resultados atestam a fidedignidade de nossos dados, uma vez que Oliveira e colaboradores (2009) realizaram o estudo no mesmo ambulatório, portanto, com uma população bastante similar. De nota, o NBI é um inventário específico para pacientes com epilepsia e não dispõe de dados de referência na população em geral.

Em nossa amostra não houve diferença significativa nos itens da escala DUREL e NBI-R em relação ao gênero e ao estado civil. Estes resultados contrastam com estudos realizados com a população em geral, em que as mulheres diferem dos homens em várias dimensões da vida religiosa. Em grande parte das culturas, elas apresentam maior intensidade nas atividades religiosas (WALTER e DAVIE, 1998). Estudos norte-americanos e ingleses

realizados na década de 1960 comprovaram que as mulheres frequentavam mais cultos, realizavam mais orações individuais, além de assumirem mais atitudes religiosas (ARGYLE, 1966). Estudo realizado por Moreira- Almeida et al (2010) com amostra representativa da população brasileira observou que mulheres apresentavam maiores níveis de religiosidade, possivelmente pela educação das meninas que desde novas aprendiam a ser mais passivas e submissas, a fim de poder criar, educar e cuidar de seus filhos (MILLER e STARK, 2002). É possível que na nossa população, composta por pessoas portadoras de uma doença crônica, o gênero e estado civil tenham menor impacto sobre a religiosidade.

As duas religiões de maior predomínio, a católica (52,1%) e a evangélica (32,9%) apresentaram diferença importante na escala DUREL1 que tem como objetivo medir a frequência que a pessoa vai a um encontro religioso. Assim, nossos pacientes com ELT reproduzem o que é observado na população em geral, pois, como salientam Floriano e Dalgalarro (2007) as pessoas evangélicas se dedicam a um maior envolvimento religioso e frequentam mais cultos. Para Lemos (2000), somente 20% a 30% dos católicos no Brasil praticam a religião, enquanto que 80% dos evangélicos são considerados assíduos praticantes da religião. Em nossa população, contudo, pacientes evangélicos e católicos não mostraram diferenças quanto aos aspectos religiosos avaliados na DUREL2 e na DUREL345.

A DUREL345 apresentou diferença significativa quanto à situação trabalhista, onde os pacientes que não estavam trabalhando pontuaram mais. Segundo Teruya et al (2008) o discurso religioso tem permeado respostas sobre emoções e pensamentos no período de desemprego, principalmente relacionados à fé de conseguir um emprego. Muitas pessoas veem a religiosidade como uma importante fonte de apoio nas situações de enfrentamento de estresse (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2006). Lucchetti e colaboradores (2010) em sua pesquisa apresentou correlação negativa significativa entre baixa renda financeira e o item DUREL345. Portanto, parece haver relação entre a dificuldade financeira/trabalhista com o item da DUREL345.

A idade correlacionou de forma positiva com a DUREL345, o que corrobora estudo realizado por Moreira-Almeida e colaboradores (2010), com uma amostra probabilística representativa da população brasileira de 143 cidades, que identificou correlação positiva entre a idade e a dimensão subjetiva da religiosidade avaliada por meio de uma questão. Para Moreira- Almeida e colaboradores (2010) pessoas de maior idade podem ter alto nível de religiosidade, porém devido suas limitações físicas não são capazes de frequentar

assiduamente os serviços religiosos. Para Dalgarrondo (2008) a religiosidade parece sofrer variações na intensidade e na qualidade do envolvimento religioso ao longo da vida.

A DUREL345 também apresentou correlação, porém de forma negativa com o nível de escolaridade, corroborando os achados de Lucchetti e colaboradores (2010) que demonstraram este mesmo resultado. Em 2006, Gallup em sua pesquisa com onze mil pessoas americanas, encontrou correlação entre a dimensão subjetiva da religião (utilizando uma frase religiosa) e baixo nível educacional. Entretanto, o mesmo não foi visto na pesquisa realizada por Moreira-Almeida e colaboradores (2010), onde não se encontrou associação entre nível educacional com a dimensão subjetiva da religiosidade (avaliada por meio de uma frase religiosa).

No MEEM, utilizado para rastrear comprometimento cognitivo, nossos pacientes apresentaram pontuação média de 27,01 e correlação inversa com o NBI-R e a DUREL345. Tanto a NBI-R quanto a DUREL345 envolvem a interpretação de frases religiosas que requerem avaliação subjetiva, o que pode ser particularmente difícil para pacientes com déficit cognitivo. Nesse sentido, a DUREL345 pode ser ainda mais difícil, pois sua cotação envolve 5 tipos de respostas: 1) Totalmente verdade para mim 2) Em geral é verdade 3) Não estou certo 4) Em geral não é verdade 5) Não é verdade, enquanto o NBI-R é respondido de forma dicotômica (verdadeiro/falso). Nossa população, apesar da pontuação elevada no MEEM, tem escolaridade média de 7 anos, considerada baixa pelo IBGE (2003).

De modo geral, o conjunto de dados das correlações da DUREL345 com variáveis sociodemográficas sugerem que este item sofre importante influência destes fatores, de modo que pessoas com menos escolaridade, desempregadas e/ou com pior desempenho no MEEM tendem a pontuar mais. Pode-se supor que os pacientes com menos recursos cognitivos tendam a dar respostas com pontuação máxima na DUREL345, seja por não compreender bem a frase, seja pela incapacidade de graduar a resposta. Isto poderia explicar a alta pontuação obtida neste item, próxima à pontuação máxima, tanto em nossa população, quanto na população de baixa renda do estudo de validação (LUCCHETTI et al, 2010). De nota, nossa população tem escolaridade média de 7 anos, considerada baixa pelo IBGE (2003).

O NBI-R, ao contrário, se correlacionou apenas com o MEEM. Pode-se supor que sua maior simplicidade de resposta tenha resultado em menor influência da escolaridade e da situação trabalhista, de modo que apenas os pacientes com déficit cognitivo mais grosseiro, ao qual o MEEM é sensível, dariam escores máximos como fruto de inabilidade cognitiva.

Todas as subescalas da DUREL se correlacionaram entre si, exceto a DUREL2 com a DUREL345. No estudo de Lucchetti e colaboradores (2010) houve correlação entre todas as subescalas. Este autor considerou este resultado uma evidência de validade discriminante, ou seja, é esperada certa sobreposição, embora sem redundância, entre estes itens. Do mesmo modo, estudo realizado por Sherman e colaboradores (2000) em uma população de pacientes com câncer observaram que todas as subescalas da DUREL se correlacionaram de forma positiva. Pesquisa realizada por Moadel e colaboradores (1999), com pacientes portadores de câncer observou a necessidade destes de apoio espiritual. Outro estudo, focado em pacientes com câncer avançado, sugere que a religião é um fator que contribuía para melhor qualidade de vida e ajustamento psicossocial (SWENSEN et al, 1993). Uma possível hipótese para a falta de correlação da DUREL2 e a DUREL345 em nosso estudo seria a já citada dificuldade de compreensão dos pacientes na DUREL345. Assim, um paciente que pontuasse pouco na DUREL2, que é mais clara e objetiva, poderia pontuar o valor máximo na DUREL345 por não compreendê-la de forma adequada.

O NBI-R, por outro lado, apresentou correlação positiva com todos os itens da escala da DUREL. Também aqui, essas correlações são esperadas, pois são todos itens voltados para questões religiosas. Porém, há de se ressaltar que a NBI-R, ao contrário da DUREL345, apresentou correlação positiva com a DUREL2, o que pode ser interpretado como maior adequação do NBI-R para avaliação de questões subjetivas da religiosidade em populações com baixa escolaridade.

O NBI-R apresentou tendência à correlação com a frequência das crises por mês. Esse dado sugere que a religiosidade intrínseca não ocorre em todos os pacientes com ELT, mas principalmente naqueles que tem muitas crises. O achado em nossa pesquisa reforça o estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2009). Pesquisa realizada por Drucker (2005) com uma população de idosos portadores de depressão mostrou a associação significativa entre o aumento de religiosidade e uma maior tendência na dimensão da religiosidade intrínseca. Este resultado demonstra uma possível correlação entre o motivo do aumento de religiosidade e a vivência de eventos estressantes.

Nosso estudo não mostrou correlação entre as escalas que avaliam a religiosidade e a avaliação geral da QV dos pacientes. Para Giovagnoli e colaboradores (2006) a contribuição da espiritualidade nunca foi bem determinada na QV dos pacientes com epilepsia. Entretanto, estudo realizado com pacientes portadores de neoplasias ginecológicas mostrou associação positiva entre a QV e bem estar espiritual e religioso (GIOIELLA et al, 1998). Pesquisa

conduzida por Flannelly e Inouye (2001) apresentou relação direta entre QV e a fé/ afiliação religiosa em uma população de indivíduos portadores de HIV positivos. Esta discrepância pode ser resultado das especificidades de cada população (epilepsia x neoplasia/ HIV) e relação complexa e bidirecional que pode existir entre QV e religião. A religião pode trazer mais QV para alguns pacientes, mas, por outro lado, pacientes com pior QV podem buscar mais a religião para obter alívio.

Nosso estudo, contudo, apresentou correlação inversa entre o domínio da QV: preocupação com as crises e tendência a correlação inversa com o domínio da QV: função cognitiva com a DUREL1. O efeito da medicação curiosamente apresentou correlação positiva com o item da DUREL345. Uma possível explicação é o baixo nível sócio-econômico- educacional da nossa população, onde o nível de questionamento sobre os efeitos colaterais é baixo. O NBI-R foi correlacionado positivamente com a QV global, que pontua a auto percepção do paciente em relação a sua QV. Em revisão sistemática da literatura sobre a associação entre religiosidade e saúde mental, Koenig e Larson (2001), identificaram 100 trabalhos que avaliaram a associação entre bem estar e satisfação pessoal com religiosidade e destes 79 apresentaram uma correlação positiva e significativa entre estas variáveis.

De acordo com a avaliação pelo BDI e utilizando o mesmo ponto de corte realizado por Oliveira e colaboradores (2009), 27,4% dos pacientes apresentaram depressão, dado este que corrobora estudos já descritos na literatura que apontam a depressão como a comorbidade psiquiátrica mais comum entre portadores de epilepsia (REISINGER e DILORIO, 2009). Estudos sugerem que essa associação entre depressão e epilepsia ocorre devido a fatores biológicos, psicológicos, sociais. Para Kanner (2005), as alterações neuroanatômicas e neuroquímicas que ocorrem em ambas as patologias são as mesmas, sugerindo uma fisiopatologia única. Em um estudo epidemiológico realizado por Blum e colaboradores (2002), encontrou 29% de prevalência de depressão em pacientes com epilepsia contra 9% na população geral. No presente estudo, indivíduos deprimidos não apresentaram diferença estatisticamente significativa dos pacientes sem depressão, nos itens que avaliam a religiosidade. Também, o BDI final não se correlacionou com as escalas utilizadas que avaliam a religiosidade. Estes dados contrastam com estudos que tem mostrado que a religiosidade tem um importante fator na remissão dos sintomas depressivos, principalmente a dimensão intrínseca (KOENING et al, 1998). Aqui novamente, a relação complexa e bidirecional entre depressão e religiosidade pode ser responsável pela discrepância. Em algumas pessoas a religião serve como fator preventivo da depressão, mas, por outro lado, pessoas mais deprimidas podem procurar mais a religião.

A variável BDI final apresentou uma correlação inversa com todos os domínios da QV (preocupação com as crises, QV global, bem-estar emocional, energia/fadiga, função cognitiva, função social, Pontuação final QOLIE), exceto com o efeito da medicação. Para Rapaport e colaboradores (2005) a depressão crônica está fortemente associada de forma negativa com a QV. A epilepsia é uma condição associada com significativas consequências psico-sociais, sendo uma das doenças crônicas com maior nível de preconceito, em que os pacientes relatam o estigma como uma das grandes dificuldades que vivenciam (FERNANDES e MIN, 2006). Os pacientes relatam que ainda enfrentam a dificuldade de obter um emprego e constituir família, fatores que podem contribuir para o surgimento da depressão e piora na QV (FERNANDES et al, 2004; ALONSO et al, 2005). Um estudo realizado por Kanner (2010) envolvendo três grupos de pessoas portadoras de epilepsia que apresentavam distúrbios de ansiedade, episódios de depressão leve e depressão maior, respectivamente, apresentou correlação inversa entre a pontuação final do BDI com a pontuação final do QOLIE-89, versão esta mais completa que o QOLIE-31, porém não a mais utilizada. Essa falta de correlação entre depressão/BDI final com o efeito da medicação pode estar no fato da capacidade crítica restrita da nossa população, resultante, sobretudo, pela sua baixa escolaridade.

Esse estudo apresenta limitações que reduzem a validade externa: 1) O desenho do estudo impede a inferência causal entre as variáveis correlacionadas; 2) a ausência de um grupo controle.

A relação entre religião, qualidade de vida, depressão e epilepsia é complexa, subjetiva e causa curiosidade e divergência. Acreditamos que estudos longitudinais, com grupo controle poderão elucidar a interação entre estas variáveis.

7. CONCLUSÕES

A religiosidade intrínseca (motivação religiosa), avaliada pela DUREL (item 345), apresentou pontuação semelhante a do estudo de validação com uma população sadia, porém ambos apresentaram valor próximo do teto. Esta avaliação da religiosidade intrínseca apresentou correlação direta com a idade e correlação inversa com a escolaridade e a cognição, além de ser significativamente maior nos pacientes desempregado que nos empregados. A baixa escolaridade de nossa população e a do estudo de validação do instrumento pode ser relacionada aos valores próximos do teto observados neste item, nos dois estudos.

Quando avaliada pelo NBI-R, a religiosidade intrínseca, apresentou correlação inversa com a cognição e há uma tendência de correlação direta com a frequência de crises.

Todos os itens de religiosidade apresentaram correlação direta entre si, exceto a DUREL2 com a DUREL345.

A qualidade de vida final (QOLIE-31) não apresentou correlação com as escalas que avaliaram religiosidade, porém o domínio que avalia a auto-percepção do paciente em relação a sua QV (QV global), apresentou pontuação mais elevada em pacientes com maior religiosidade intrínseca pelo inventário NBI-R.

Não houve diferença na pontuação das escalas de religiosidade entre pacientes com e sem depressão pelo inventário BDI.

A ausência de correlação entre as variáveis de religiosidade e as de QV e depressão pode ser devida à relação complexa e de influência mútua entre religião e bem-estar.

Os pacientes com depressão apresentaram menor pontuação na qualidade de vida final (QOLIE-31), conforme já descrito na literatura.

Os pacientes com maior religiosidade extrínseca apresentam menor preocupação com as crises.

Indivíduos com maior religiosidade intrínseca apresentam maior preocupação com o efeito medicamentoso e melhor auto percepção em relação a sua QV.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, N.B; SILVA, T.I; WESTPHAL, A.C; AZEVEDO, A.M; CABOCLO, L.O.S.F; CICONELLI. R.M; GARZON. E; SAKAMOTO. A.C; YACUBIAN. E.M.T. Sintomas Depressivos e Qualidade de Vida em Indivíduos com Epilepsia por Esclerose Mesial Temporal. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2005; 11(3): 117-122.

ANDRADE-VALENÇA, L.P.A; VALENÇA, M.M; VELASCO, T.R; LEITE, J.P. Epilepsia do lobo temporal mesial associada à esclerose hipocampal. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2006; 12 (1):31-36.

ALLPORT, G.W; ROSS, M.J. Personal Religious and Prejudice. *J Pers Soc Psychol*. 1967;5(4):432-43.

ARGYLE, M. *Conducta religiosa*. Buenos Aires: Paidós,1966.

BEAR, D.M. Temporal lobe epilepsy: a syndrome of sensory-limbic hiperconectionism. *Cortex* 1979. 15: 357-84.

BEAR, D.M; LEVIN,K; BLUMER,D; CHETHAM,D; RYDER,J. Interictal behaviour in hospitalized temporal lobe epileptics: relationship to idiopathic psychiatric syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982; 45:481-488.

BECK, A.T; WARD, C.H; MENDELSON, M; MOCK, J; ERBAUGH, G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53-63.

BERTOLUCCI, P.H; BRUCKI, S.M; CAMPACCI, S.R; JULIANO, Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status *Arq Neuropsiquiatr*. 1994 Mar; 52 (1):1-7.

BITTENCOURT,P.C.T; TROIANO,A.R. Síndrome de Personalidade interictal na epilepsia do lobo temporal não- dominante. *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, 2005;58(2-B):548-555.

BLUM,D; REED,M; MET,A. Prevalence of major affective disorders and maniac symptoms in persons with epilepsy: a community survey. *Neurology*, 2002; 58 (4A): S 175.

BLUMER, D. Evidence supporting the temporal lobe epilepsy personality syndrome. *Neurology* 1999; Volume 53(5) supplement 2, 22, pp S9-S12.

BRUCKI, S.M.D; NITRINI, R; CARAMELLI, P; BERTOLUCCI, P.H.F; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003, 61 (3):777- 781.

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. *EPILEPSIA*. 1989 Jul-Aug;30(4):389-99. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes.

CRAMER, J.A; PERRINE.K; DEVINSKY.O; BRYANT-COMSTOCK.L; MEADOR.K; HERMANN.B. Development and Cross-Cultural translations of a 31-item Quality of Life in Epilepsy Inventory. *Epilepsia*.v.39,n.1,1998.

DALGALARRONDO,P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais.*Revista psiquiatria Clínica*. 2007; 34(1), 25-33.

DALGALARRONDO,P. Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre: Artmed,2008. 288p.

DULL,V.T; SKOKAN, L.A. A cognitive modelo of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*. 1995, 51,49-64.

DRUCKER, C. Religiosidade, Crenças e Atitudes em Idosos Deprimidos. 2005.174F. Dissertação (Mestrado em gerontologia)- Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

ELERHORST-RYAN, J.M. Instruments to measure spiritual status. In: SPILKER B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2.ed. Lippincott- Raven, Filadélfia, pp. 145-153, 1996 apud PANZINI,R.G; ROCHA,N.S; BANDEIRA,D.R; FLECK,M.P.A. Qualidade de Vida e espiritualidade.*Rev.Psiq.Clín* 2007; 34 (1);105-115.

ENGEL, J.R. J. Classification of epileptic disorders. *Epilepsia*. 2001; 42:316.

ENGEL, J.R. J. Mesial temporal lobe epilepsy: what have we learned? *Neuroscientist*. 2001; 7:340-52.

ELGER, C.E; HELMSTAEDTER, C; KURTHEN, M. Chronic epilepsy and cognition. *Lancet Neurol* 2004;3(11):663-672.

FARIA,J.B; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e Enfrentamento em contextos de Saúde e Doença: Revisão de Literatura. *Psicologia, Reflexão e Crítica*,2005, 18(3),381-389.

FERNANDES,P.T; SALGADO,P.C.B; NORONHA,A.L.A; BARBOSA.F.D; SOUZA.E.A.P; LIL.M. Stigma Scale of Epilepsy: Conceptual Issues. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2004; 10(4): 213-218.

FERNANDES,P.T; LIL.M. Percepção de Estigma na Epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2006; 12(4):207-218.

FERRISS, A.L. Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies* 2002;3(3):199-215.

FISHER, R.S; VAN, E.M.D.E. BOAS. W; BLUME, W; ELGER, C; GENTON, P; LEE P; ENGEL, J. Jr. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005 Apr;46(4):470-2.

FLANNELLY, L; INOUYE, J. Relationships of religion, health status and socioeconomic

status to the quality of life of individuals who are HIV positive. *Issues in Mental Health Nursing* 22(3):253-272, 2001.

FLORIANO, P.J; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Mental health, quality of life and religion in an elderly sample of the Family Health Program. J Bras Psiquiatr*, 2007; 56(3): 162-170.

GAITATZIS, A; TRIMBLE, M.R; SANDER, J.W. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2004;110(4):207-220.

GALLUCCI NETO J, MARCHETTI, R.L. Epidemiologic aspects and relevance of mental disorders associated with epilepsy. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27 (4):323-328.

GALLUP. Religion. Gallup Organization. Princeton, NJ. 2007. Disponível em: <www.galluppoll.com/content/default.aspx?ci=1690&pg=1>. Acesso em: 01 Jan. 2011.

GALLUP, G. Religion Most Important to Blacks, Women, and Older Americans. Self-reported importance of religion decreases with education. 2006. Disponível em: <<http://www.gallup.com/poll/25585/Religion-Most-Important-Blacks-Women-Older-Americans.aspx>>. Acesso em: 30 dez.2010.

GILLIAM, F; KANNER, A.M. Treatment of Depressive Disorders in Epilepsy Patients. *Epilepsy Behav* 2002; 3(5S):2-9.

GIOIELLA, M.E; BERKMAN, B; ROBINSON, M. Spirituality and quality of life in Gynecologic oncology patients. *Cancer Practice* 1998; 6(6):333-338.

GIOVAGNOLI, A. R; MENESES, R. F; SILVA, A. M. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2006; 9(1): 133-139.

GORENSTEIN, C; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998; 25(5):245-50.

GUEKHT,A.B;MITROKHINA,T.V;LEBEDEVA,A.V; DZUGAEVA, F.K; MILCHAKOVA, L.E; LOKSHINA, O.B; FEYGINA, A.A; GUSEV, E.I. Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure* 2007.16,128-133.

GUILHOTO, LMF; MUSZKAT, R.S; YACUBIAN, E.M.T. Consenso terminológico da associação brasileira de epilepsia. *J. epilepsy clin. neurophysiol.* 2006; 12 (3):175-177.

GUILHOTO,L.M.F.F; WESTPHAL-GUITTI,A.C. Qualidade de vida em pacientes com epilepsia recém diagnosticada. In: ALBUQUERQUE,M; CUKIERT.A. *Epilepsia e Qualidade de vida*. São Paulo: Alaúde,2007.cap.6, p.115.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo Demográfico, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm>>. Acesso em: 5 Jan 2011.

KANNER, A.M. Depression in epilepsy: a neurobiologic perspective. *Epilepsy Curr* 2005;5(1):21-27.

KANNER, A.M; BARRY,J.J; GILLIAM,F; HERMANN,B; KIMFORD,J. Anxiety disorders, subsyndromic depressive episodes, and major depressive episodes: Do they differ on their impact on the quality of life of patients with epilepsy? *Epilepsia* 2010 (*):1-7.

KANDRATAVICIUS, L; HALLAK.J.E.C; LEITE.J.P. Psicose e Depressão na Epilepsia do Lobo Temporal. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2007; 13(4):163-167.

KRISHNAMOORTHY, E.S. The evaluation of behavioral disturbances in epilepsy. *Epilepsia*. 2006;47 Suppl 2:3-8.

KOENIG, H.G; MEADOR, K.G; PARKERSON, G. Religion index for psychiatric research: A 5-item measure for use in health outcome studies. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:885-86.

KOENIG, H.G; GEORGE, L,K; PETERSON, B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *american journal of psychiatry* 1998; v.155,n.4,p.536-542.

KOENIG,H; LARSON,D.B. Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry* 2001, 13, 67–78.

KOENIG,H; McCULLOUGH,M; LARSON,D. Handbook of religion and health. Oxford: Oxford University Press;2001.

KOENIG, H.G; BUSSING, A. The DUKE University Religion Index (DUREL): A five- item measure for use in epidemiological Studies. *Religions* 2010; (1): 78-85.

LARSON, D.B; PATTISON, E.M; BLAZER, D.G; OMRAN, A.R;M KAPLAN, B.H. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1986; v.143,n.3,p.329-334.

LEMOS,F.A. Os catolicismos brasileiros. Campinas: Alínea,2000.

LUCCHETTI,G; LUCCHETTI.A.L.G; PERES.M.F; LEÃO.F.C; MOREIRA-ALMEIDA.A; KOENIG.H.G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health* 2010.

MASIA, S.L; DEVINSKY, O. Epilepsy and behavior: A brief history. *Epilepsy Behav*. 2000;(1): 27-36.

MARCHETTI, R.L; AZEVEDO, D; Jr; DE CAMPOS BOTTINO, C.M; KURCGANT, D; DE FATIMA HORVATH MARQUES, A; MARIE, S.K et al. Volumetric evidence of a left laterality effect in epileptic psychosis. *Epilepsy Behav* 2003;4(3):234-240.

MARCHETTI, R.L; CASTRO, A.P.W; KURCGANT, D; CREMONESE, E; GALLUCCI NETO. J. Transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev psiquiatr clín* 2005; 32 (3):170-182.

MAUGANS,T.A. The Spiritual history. *Arch Fam Med* 1996; 5(1):11-6.

MELLO, V. A. Co-morbidade psiquiátrica e importância na qualidade de vida. IN: ALBUQUERQUE, Marly; CUKERT, Arthur. Epilepsia e qualidade de vida. São Paulo: Alaúde editorial, 2007. P.191-199.

MILLER,A.S; STARK,R. Gender and religiousness: can socialization explanations be saved? American Journal of Sociology, v.107, n.6, p.1399-1423, 2002.

L.L.M. Epilepsia sob nova perspectiva. *Cienc. Cult.* [online]. 2004, v. 56, n. 1, pp. 44-45.

MOADEL.A; MORGAN.C; FATONE.A; GRENNAN.J; CARTER. J; LARUFFA.G; SKUMMY.A; DUTCHER.J. Self- reported spiritual and existential needs among an ethnically- diverse cancer patient population. *AnnBehav Med.* 1999; 21 (Suppl): S013.

MOREIRA-ALMEIDA, A; NETO, F.L; KOENIG HG. Religiousness and mental health *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28 (3):242-50.

MOREIRA-ALMEIDA, A; PERES, M.F; ALOE, F; LOTUFO N.F, KOENIG, H.G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev psiquiatr. clin.* 2008; 35(1):31-32.

MOREIRA-ALMEIDA, A; PINSKY, I; ZALESKI, M; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil . Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiquiatr. Clin.* 2010;37(1):12-5.

MUELLER, P.S; PLEVAK, D.J; RUMMANS, T.A. - Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001;76(12):1189-1191.

MURAMOTO,O. In: The role of the medial prefrontal cortex in human religious activity. *Medical Hypotheses* 2004; v.62, n.4, p.479-485.

NADKARNI, S; ARNEDO, V; DEVINSKY, O. Psychosis in epilepsy patients. *Epilepsia* 2007;48 Suppl 9:17-19.

OLIVEIRA, G.N.M. Frequência e fatores relacionados a transtornos psiquiátricos na epilepsia do lobo temporal. 2009.97 f. Dissertação (Mestrado em Neurociências)- Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

OLIVEIRA, G.N.M; KUMMER, A.M; SALGADO, J.V; MARCHETTI, R.L; TEIXEIRA, A.L. Transtornos Neuropsiquiátricos da Epilepsia do Lobo Temporal. *Rev Bras Neurol.* 2009;45(1):15-23.

OLIVEIRA,G. N.M; KUMMER. A; SALGADO, J. V, PORTELA, E. J; SOUSA-PEREIRA, S. R, MENDES, M. F. S. G; MARCHETTI, R.L; TEIXEIRA, A. L. Adaptação Transcultural do Inventário Neurocomportamental (NBI) para o Brasil. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2009;15(3):123-129

PANZINI,R.G; ROCHA,N.S; BANDEIRA,D.R; FLECK,M.P.A. Qualidade de Vida e espiritualidade.*Rev.Psiquiatr.Clin* 2007; 34 (1);105-115.

PIN,E. Elementos para uma sociologia do catolicismo latino-americano. Petrópolis: Vozes, 1966.

RAPAPORT, M.H; CLARY, C; FAYYAD, R; ENDICOTT, J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1171-1178.

REISINGER, E. L; DIORIO, C. Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months. *Epilepsy Behav*. 2009Jun;15(2):196-201.

RIZZUTTI, S. Impacto do tratamento atiepiléptico na qualidade de vida. In:_____. *A Epilepsia e qualidade de vida*. ALBUQUERQUE, M; CUKIERT, São Paulo: Alaúde, 2007.Cap.5, p.75-108.

RUBINO, G.A.F. Epilepsia e religiosidade. *Psychiatry on-line Brazil* (6) julho 2001.

SAAD,M; MASIERO,D; BATISTELLA,L.R. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica* 2001;8 (3):107-112.

SAVER, J.L; RABIN, J. The Neural Substrates of Religious Experience. *Journal of Neuropsychiatry* 1997; 9 (3):408-510.

SCOTT, R.A; LHATOO, S.D; STANDER, J.W. The treatment of epilepsy in developing countries: Where do we go from here? *Bull world Heath Organ*. 2001; 79(4): 344-51.

SEIDL,E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20 (2):580-588, mar- abr.

SILVA, T.I; CICONELLI, R.M; ALONSO, N.B; AZEVEDO, A.M; WESTPHAL-GUITTI; A.C; PASCALICCHIO, T.F; MARQUES, C.M; CABOCLO, L.O; CRAMER, J.A; SAKAMOTO, A.C; YACUBIAN, E.M. Validity and reliability of the Portuguese version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31) for Brazil. *Epilepsy Behav*. 2007 Mar;10(2):234-41.

SOUZA,L.A; COUTINHO,E.S.F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(1):50-8.

SHERMAN,A.C; PLANTE, T.G; SIMONTON, S; ADMS, D.C; HARBISON, C; BURRIS, S.K. A multidimensional measure of religious involvement for cancer patients: the Duke Religious Index. *Support Care Cancer*.2000 8 :102-109.

SPIILKA, B; SCHMIDT, C. General attribution theory for the psychology of religion: the influence of event-character on attributions to God. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1983; 22:326-339.

SWENSEN,C.H; FULLER,S; CLEMENTS,R. Stage of religious faith and reactions to terminal cancer. *J.Psychol Theol*. 1993; 21:238-245.

TEIXEIRA, A.L; SALGADO, J.V. Epilepsia: uma revisão para o psiquiatra. *Psiquiatr Biol* 2004; 12 (3): 107-114.

TERUYA, P. S; LEÃO, I.B; SANTOS; L. G; MONTREOZOL, J. R; FERREIRA, L. C; FARIA, S. M; ALMEIDA, A. O. Consequências psicossociais do desemprego para os trabalhadores com escolarizações nos níveis do ensino fundamental, médio, superior e pós-graduação 2008.

THOMAS, L.E; EISENHANDLER,S.A. A human Science perspective on aging and the religious dimension. London:Auburn House,1994.

TRACY,J.I; DECHANT, V; SPERLING, M.R; CHO, R; GLOSSER, D. The association of mood with quality of life ratings in epilepsy. *Neurology* 2007; 68: 1101-1107.

TRIMBLE, M; FREEMAN,A. An investigation of religiosity and the Gastaut-Geschwind syndrome in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy e Behavior*.2006;9.407-414.

TUCKER, D.M; NOVELLY, R.A; WALKER, P.J. Hyperreligiosity in temporal lobe epilepsy: redefining the relationship. *J. Nerv. Mental Dis* 1987; 175: 181-4.

VICKREY,B.G; PERRINE,K.R; HAYS,R.D; HERMANN,B.P; CRAMER,J.A; MEADOR,K.J; DEVINSKY,O. Scoring Manual for the Quality of Life in epilepsy inventory-31 (QOLIE-31). Version 1.0,1993.

YACUBIAN, E.M.T. Proposta de Classificação das Crises e Síndromes Epilépticas. Correlação Videoeletrencefalográfica. *Rev. Neurociências* 2002;10(2): 49-65.

WALTER,T; DAVIE,G. The religiosity of women in the modern west. *British Journal of Sociology* 1998; v.49, p.640-660.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Report on WHO consultation, Division of Mental Health and Prevention of substance abuse. Geneve, 1998.

WUERFEL, J; KRISHNAMOORTHY, E.S; BROWN, R.J; LEMIEUX, L; KOEPP,M; ELST, L.T.V; TRIMBLE, M.R. Religiosity is associated with hippocampal but not amygdala volumes in patients with refractory epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:640.

9. ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO

Nome do paciente: _____
 N° do prontuário: _____
 Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade:
 Escolaridade: _____ Profissão:.....
 Raça: _____
 Religião:.....
 () Destro () Canhoto
 Renda mensal (salários mínimos):
 Endereço:.....
 Bairro: _____ Cep:.....
 Cidade: _____ Estado:.....
 Telefone:.....
 Data da Avaliação: _____
 Examinador:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

- 1) Classificação da crise: _____
- 2) Síndrome epiléptica: _____
- 3) Semiologia das crises: _____
- 4) Calendário das crises: _____
- 5) Tempo de diagnóstico: _____
- 6) História familiar:
 - 6.1) Epilepsia: _____
 - 6.2) Doenças clínicas: _____
 - 6.3) Transtornos psiquiátricos: _____
- 7) Medicamentos em uso relacionados à epilepsia:
 - 7.1)
 - Druga: _____
 - Efeitos Colaterais: () Sim () Não
 - Druga: _____
 - Efeitos Colaterais: () Sim () Não
 - Druga: _____

Efeitos Colaterais: () Sim () Não

Droga: _____

Efeitos Colaterais: () Sim () Não

Droga: _____

Efeitos Colaterais: () Sim () Não

7.2) Farmacorresistência:

Droga(s): _____

7.3) Outros medicamentos: () Sim () Não

Droga(s): _____ Início do uso: _____

Efeitos Colaterais: () Sim () Não

Droga(s): _____ Início do uso: _____

Efeitos Colaterais: () Sim () Não

Droga(s): _____ Início do uso: _____

Efeitos Colaterais: () Sim () Não

5.3) Uso crônico de substâncias de abuso (definidos nesse estudo como o uso contínuo por 5 anos ao longo da vida ou por qualquer período nos últimos 5 anos)? () Sim () Não

8) Doença clínica descompensada: (...) Sim (...) Não

9) Quadros psiquiátricos relevantes: () Sim () Não

10) Imagem:

TC: _____

RM: _____

EEG (anormalidades ictais e interictais):

Vídeo EEG: _____

ANEXO 2**MINI-MENTAL**

Paciente: Idade:

Data de avaliação: Avaliador: Escolaridade:

Orientação

- 1) Dia da Semana (1 ponto) ()
- 2) Dia do Mês (1 ponto) ()
- 3) Mês (1 ponto) ()
- 4) Ano (1 ponto) ()
- 5) Hora aproximada (1 ponto) ()
- 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto) ()
- 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ()
- 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- 9) Cidade (1 ponto) ()
- 10) Estado (1 ponto) ()

Memória Imediata

Fale 3 palavras não-relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você perguntá-las novamente.

Atenção e Cálculo

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65) (1 ponto por cálculo correto) ()

Evocação

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ()

Linguagem

- 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) ()
- 3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) ()
- 4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto) ()
- 5) Escrever uma frase (1 ponto) ()

Escreva uma frase

Praxia

Copiar um desenho (1 ponto) ()

Copie o desenho

Escore: (/ 30)

ANEXO 3

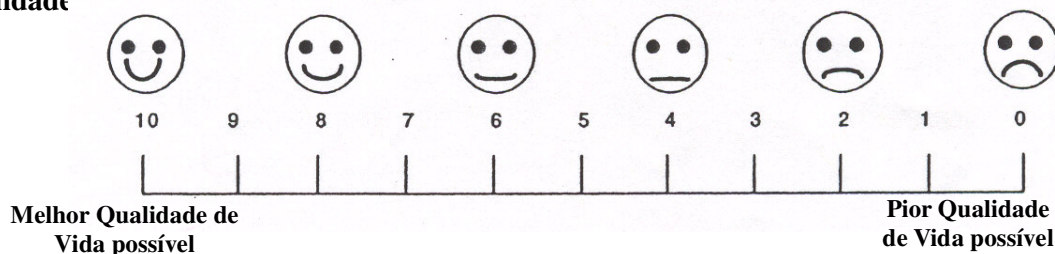
QOLIE – 31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory)

Nome: _____

Prontuário: _____

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

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

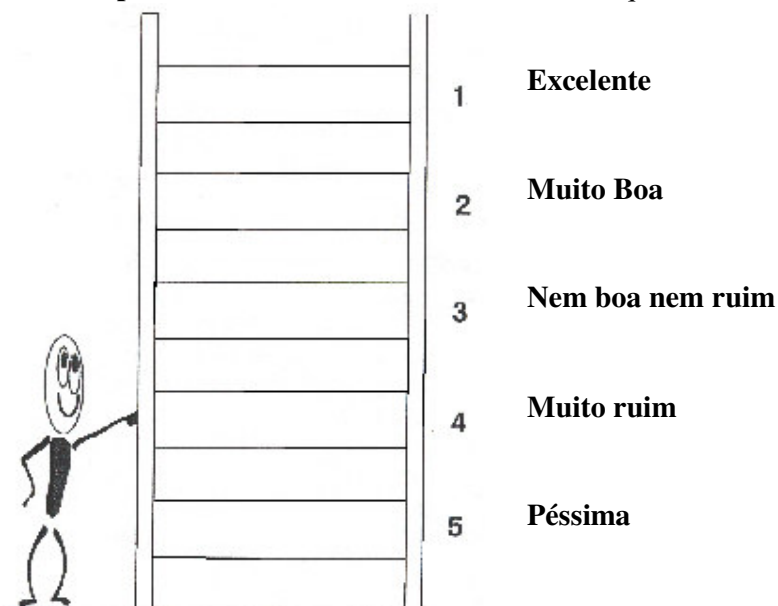


As questões seguintes são sobre **como você tem se sentido e como as coisas têm sido para você nas últimas 4 semanas**. Para cada questão indique a resposta que mais se aproxime de **como tem se sentido**. Circule um número na escala que varia de 1 (todo tempo) a 6 (nunca). **Com que frequência, nas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

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
2. Sentiu-se cheio de disposição, de ânimo?	1	2	3	4	5	6
3. Sentiu-se muito nervoso?	1	2	3	4	5	6
4. Sentiu-se tão triste que nada o animava?	1	2	3	4	5	6
5. Sentiu-se calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
6. Sentiu-se cheio de energia?	1	2	3	4	5	6
7. Sentiu-se desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
8. Sentiu-se esgotado?	1	2	3	4	5	6
9. Sentiu-se feliz?	1	2	3	4	5	6
10. Sentiu-se cansado?	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-se em ter outra crise?	1	2	3	4	5	6

12. Teve dificuldade de raciocinar e resolver problemas (como fazer planos, tomar decisões, aprender coisas novas)?	1	2	3	4	5	6
13. Você diminuiu suas atividades sociais, como visitar amigos ou parentes próximos por problemas com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6

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



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

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

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

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

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

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

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

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

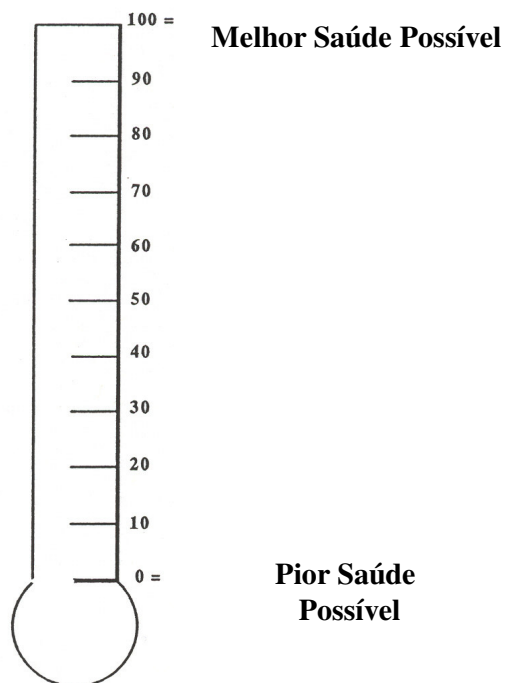
As perguntas seguintes estão relacionadas em **como você tem se sentido em relação às suas crises**.

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

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

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

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



ANEXO 4

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

As questões seguintes contêm três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO 5

INVENTÁRIO NEURO-COMPORTAMENTAL (NBI)

Nas páginas seguintes serão apresentadas afirmativas sobre atitudes e opiniões pessoais. Para cada afirmativa, por favor, indique se a afirmativa lhe parece verdadeira ou falsa, de acordo com seu ponto de vista.

Assinale no espaço em branco de cada afirmativa, na coluna apropriada de “verdadeiro”(V) ou “falso”(F), não deixando nenhum item sem resposta. Não há respostas corretas ou erradas no inventário; o que é mais importante é a honestidade de suas respostas.

	V	F
1. Penso que as pessoas aprenderiam muito com a história da minha vida.		
2. Às vezes tenho sensações intensas de alegria.		
3. Eu me sinto como um fantoche nas mãos dos outros.		
4. Eu nunca consigo me perdoar por algumas coisas que fiz.		
5. Eu tenho hábito de contar coisas ou memorizar números.		
6. Faz muito sentido manter um diário detalhado.		
7. Sexo é menos importante do que a maioria das pessoas acredita.		
8. Frequentemente eu tenho dificuldades em ter uma boa noite de sono.		
9. Para mim, sentimentos podem, de repente, tomar o lugar do pensamento.		
10. Quase nunca eu me preocupo com pensamentos sobre sexo.		
11. Eu acredito que sirvo a um propósito especial na vida.		
12. O destino parece agir contra mim.		
13. Minhas crenças religiosas tornaram-se muito importantes.		
14. Eu me distraio mais facilmente do que a maioria das pessoas.		
15. Eu deixo as pessoas com raiva por pedi-las que façam muito por mim.		
16. Eu estou muito preocupado (a) em ferir os sentimentos das outras pessoas.		
17. Eu desconfio que possa ser atacado (a) de muitos lados.		
18. Eu escrevo poesia, histórias ou biografia.		
19. Sinto-me pessoalmente furioso (a) ao ver pessoas desobedecendo a lei.		
20. Pequenas coisas me fazem mais raiva do que costumavam fazer.		
21. Se as coisas não estão absolutamente corretas, isso me incomoda.		
22. As pessoas tendem a tirar vantagem de mim.		
23. Quase tudo desencadeia alguma reação emocional em mim.		
24. A Bíblia tem um significado especial que estou começando a entender.		
25. Meu temperamento tem me causado problemas.		
26. Algumas vezes eu fico terrivelmente confuso (a) por causa de pequenos detalhes.		
27. Forças poderosas estão atuando através de mim.		
28. Eu pareço depender de outras pessoas para muitas coisas.		
29. Poucas coisas são realmente divertidas.		

30. Eu estou freqüentemente incomodado (a) por graves dores de cabeça ou outras dores.		
31. Com freqüência eu fico tão bem humorado que faço coisas bobas.		
32. Eu tenho certeza que há um significado importante por trás de meu sofrimento.		
33. Eu tenho tido períodos de dias ou semanas em que não consigo agir de jeito nenhum.		
34. Algumas vezes eu escuto sons ou vejo coisas que não estão realmente lá.		
35. Algumas vezes eu não consigo deixar de lado uma questão.		
36. Eu estou perdendo o controle do meu temperamento mais freqüentemente.		
37. Nada é mais importante do que tentar entender as forças que governam este mundo.		
38. A vida é uma tensão para mim na maior parte do tempo.		
39. Algumas vezes eu me sinto tão desamparado (a) que quero que as pessoas façam tudo para mim.		
40. Eu posso ficar com medo de estar sozinho (a).		
41. Com freqüência eu sou o (a) único (a) a defender o que está certo.		
42. Algumas vezes minha mente se perde em idéias tão diferentes que eu não consigo tomar uma decisão ou fazer qualquer coisa.		
43. Quando eu fico com raiva eu freqüentemente “explodo”.		
44. Algumas vezes minha mente fica presa em uma única idéia que eu não consigo tomar uma decisão ou fazer qualquer coisa.		
45. As pessoas não parecem gostar de minhas piadas.		
46. Eu gasto muito tempo pensando nas origens do mundo e da vida.		
47. Eu sofro de períodos freqüentes de muito cansaço e fadiga.		
48. Eu tenho tido algumas experiências religiosas muito intensas.		
49. Quase todos os dias eu fico enfurecido (a) por casos em que a justiça não foi feita.		
50. É inútil contar às pessoas alguma coisa sem dar a elas todos os detalhes.		
51. Forças poderosas, fora do meu controle, estão atuando na minha vida.		
52. Minha atividade sexual tem diminuído.		
53. Eu escrevo ou copio muitas coisas.		
54. Emoções controlam minha vida.		
55. Muitas vezes eu sinto como se tivesse feito alguma coisa errada ou prejudicial.		
56. Eu tenho tendência a quebrar coisas ou machucar pessoas quando fico enfurecido.		
57. Eu, com freqüência, me assusto de forma súbita e sem motivo aparente.		
58. Antes de tomar uma decisão, eu necessito conhecer cada detalhe.		
59. Algumas vezes eu me sinto tão bem que as idéias vêm na minha mente mais rápido do que posso lidar com elas.		
60. Uma vez que eu começo a conversar com alguém, tenho dificuldade para parar a conversa.		
61. Eu não tenho vivido a vida da maneira correta.		
62. Eu guardo detalhes especiais sobre minha vida e meus pensamentos.		
63. Às vezes eu acredito em alguma coisa que, de fato, não está acontecendo.		
64. Eu tendo a evitar multidão.		
65. Eu tenho tido períodos em que me sinto tão animado (a) que não sinto falta de sono por vários dias.		
66. Pessoas deveriam pensar mais cuidadosamente sobre a mensagem de muitas piadas ao invés de apenas rir delas.		
67. Eu preciso de mais detalhes para entender alguma coisa do que a maioria das pessoas.		

68. Meus sentimentos de ódio podem ser muito intensos.		
69. Eu estou sujeito (a) a grandes variações no humor.		
70. Quando eu acidentalmente firo o sentimento de alguém, eu não consigo me perdoar durante muito tempo.		
71. Eu tendo a ficar preso (a) nos pequenos detalhes de uma situação.		
72. Finalmente eu estou começando a entender o real significado ou a natureza deste mundo.		
73. Eu estou realmente “na fossa” a maior parte do tempo.		
74. Eu me preocupo com freqüência com minha saúde física.		
75. Eu faço o que precisar para ter certeza de que a lei está sendo cumprida.		
76. Eu tenho um sentimento maior do que o da maioria das pessoas em relação à ordem e ao propósito da vida.		
77. Eu consigo facilmente “levar a vida” sem atividade sexual.		
78. Algumas vezes eu me fixo a uma coisa por tanto tempo que os outros podem perder a paciência comigo.		
79. Algumas vezes, sem nenhuma razão ou mesmo quando as coisas estão dando errado, eu me sinto extremamente feliz e “no topo do mundo”.		
80. Eu realmente sofro após um erro, mesmo que pequeno.		
81. As pessoas algumas vezes me dizem que eu tenho problemas em chegar ao ponto da questão por causa de todos os detalhes.		
82. Eu gostaria de “fazer picadinho” de algumas pessoas.		
83. Eu detesto pessoas que tentam quebrar as regras.		
84. Eu tenho dificuldades em ficar sexualmente estimulado (a).		
85. Eu tenho freqüentemente me sentido tão mal que estive perto de acabar com minha vida.		
86. Eu tenho mais medo de errar do que a maioria das pessoas.		
87. O pensamento de vingança queima dentro de mim.		
88. A maioria das piadas não parece engraçada para mim.		
89. Minhas emoções têm sido tão poderosas que têm causado problemas.		
90. Algumas vezes um determinado pensamento passa pela minha mente e me incomoda por dias.		
91. Freqüentemente me chamam de “cabeça-quente”.		
92. De repente, posso perder as esperanças no futuro.		
93. Eu sou felizardo (a) por receber tanta ajuda das pessoas ao meu redor.		
94. Eu sou muito religioso (a) (mais do que a maioria das pessoas) do meu próprio jeito.		
95. Sou incomodado (a) por várias sensações estranhas.		
96. Quando eu penso em algumas das coisas que as pessoas fizeram comigo, isso me faz ficar absolutamente furioso (a).		
97. Algumas vezes eu penso que uma doença me foi dada para que possa encontrar determinadas pessoas no momento certo.		
98. Eu gostaria de escrever um livro.		
99. Religião e Deus são experiências mais pessoais para mim do que para a maioria das pessoas.		
100. Há muita bobagem no mundo atualmente.		

Obrigado por sua honesta e paciente colaboração com o questionário. Por favor, verifique e certifique-se de que todas as perguntas foram respondidas.

ANEXO 6**Inventário de Depressão de Beck**

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____ Data de aplicação: _____

Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|---|---|
| 1. | 5. |
| 0 Não me sinto triste. | 0 Não me sinto particularmente culpado(a). |
| 1 Sinto-me triste. | 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. | 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo. |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo. |
| 2. | 6. |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. | 1 Sinto que posso ser punido(a). |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar. | 2 Sinto que mereço ser punido(a). |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar. | 3 Sinto que estou a ser punido(a). |
| 3. | 7. |
| 0 Não me sinto fracassado(a). | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. | 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. | 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a). |
| 3 Sinto que sou um completo fracasso. | 3 Eu odeio-me. |
| 4. | 8. |
| 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes. | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. |
| 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa. | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. |
| 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo. | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |

9.
 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
10.
 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
 2 Actualmente, choro o tempo todo.
 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11.
 0 Não me irrito mais do que costumava.
 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
 2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
12.
 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13.
 0 Tomo decisões como antes.
 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
14.
 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
 3 Considero-me feio(a).
15.
 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16.
 0 Durmo tão bem como habitualmente.
 1 Não durmo tão bem como costumava.
 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17.
 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18.
 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
 3 Perdi completamente o apetite.
19.
 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 1 Perdi mais de 2,5 kg.
 2 Perdi mais de 5 kg.
 3 Perdi mais de 7,5 kg.
 Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.
 Sim ____ Não ____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

Classificação: _____