

Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE CLÍNICA E DA SAÚDE

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E QUALIDADE DE VIDA
NA EPILEPSIA**

Ângela Almeida

Covilhã

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da
Prof.^a Doutora Fátima Simões apresentado à Universidade da
Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes que fizeram parte deste estudo, pela forma genuína como me permitiram aceder a um pouco das suas vidas e com isso aprender.

À Dra. Liliana e à D. Violeta por terem acreditado e aceite este projecto de investigação, permitindo a concretização desta etapa da viagem.

À Professora Doutora Fátima Simões por ser fonte de criatividade, inspiração e incentivo. Agradeço a sua disponibilidade, sabedoria e ensinamentos constantes em todo o processo de orientação científica desta dissertação.

À Carla Sá que acompanhou e apoiou de perto esta viagem, mesmo estando longe.

Ao Sr. Aníbal, à D. Isabel, à Márcia e ao Rodrigo pelo carinho, apoio e força incondicional.

Ao Paulo Rodrigues, por sempre dizer a verdade dura e crua nos momentos certos, pois a amizade é mesmo assim.

À Carla Nascimento, companheira das aventuras dos últimos anos, das lágrimas e dos sorrisos, das vitórias e das derrotas, uma verdadeira amiga que nunca vou esquecer e que sempre acreditou em mim.

À minha irmã Ana e ao Pedro pelo encorajamento e força incondicional.

Ao Sérgio, a estrela polar que encontrei e que escolhi para guiar o meu caminho e caminhar ao meu lado nesta viagem da vida.

Aos meus pais, por tudo o que são e por tudo o que sou... Sem eles nada era possível!

Obrigada...

RESUMO

Introdução: A epilepsia, como uma doença neurológica crônica, interfere tanto a nível físico como a nível psicossocial. A frequência de crises, o tempo de doença e as dificuldades apresentadas pelos sujeitos com epilepsia têm sido associados à sintomatologia depressiva, influenciando negativamente a Qualidade de Vida (QDV) dos mesmos. *Objetivos:* avaliar a existência de sintomatologia depressiva e a QDV; estudar a relação entre a QDV e a sintomatologia depressiva; analisar a relação entre frequência de crises, QDV e sintomatologia depressiva e averiguar a relação entre duração da doença, QDV e sintomatologia depressiva. *Material e Métodos:* foram avaliados 40 sujeitos com diagnóstico de epilepsia com a administração da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e do questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36). *Resultados:* Dezoito sujeitos (45%) eram do gênero masculino e 22 (55%) do feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 75 anos. 47,5% dos sujeitos apresentavam crises epiléticas e indícios de sintomatologia depressiva e baixa QDV. A pontuação do CES-D manteve uma relação significativa com todas as dimensões do SF-36. A frequência de crises apresentou uma relação significativa com a sintomatologia depressiva e com a QDV. A relação entre a duração da doença, sintomatologia depressiva e QDV não foi significativa. *Conclusão:* Independente do tempo de doença, a frequência de crises associada à presença de sintomatologia depressiva tem impacto negativo na QDV destes sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Epilepsia, Qualidade de Vida, Depressão, Frequência de Crises e Duração da Doença.

ABSTRACT

Introduction: Epilepsy, is a chronic neurological disease, which affects patients both physically and psychosocially. Seizure frequency and duration of the disease together with difficulties presented by individuals with epilepsy have been associated to depressive symptoms, negatively influencing the subjects' quality of life (QOL). *Objectives:* To evaluate the existence of depressive symptoms and QOL; to study the relationship between QOL and depressive symptoms; to analyze the relationship between seizure frequency, depressive symptoms and QOL and to examine the relationship between duration of the disease, depressive symptoms and QOL. *Methodology:* Evaluation of 40 people diagnosed with epilepsy according to the scale of The Center for Epidemiologic Studies *Depression* Scale (CES-D) and the questionnaire Medical Outcomes Short For 36 (SF-36). *Results:* Eighteen (45%) male and 22 (55%) female patients between 19 and 75 years-old were studied, of which 47.5% had seizures and signs of depressive symptoms and lower QOL. The CES-D score presented a significant correlation with all the dimensions of the SF-36 A meaningful relationship was observed between seizure frequency, depressive symptoms and the QOL. The relationship between duration of disease, depressive symptoms and QOL was not significant. *Conclusion:* Regardless of the duration of the disease, seizure frequency combined with depressive symptoms has a negative impact on the QOL of with epilepsy.

Key-Words: Epilepsy, quality of life, depressive symptoms, seizures frequency, duration of disease.

ÍNDICE

I. Introdução.....	1
II. Corpo teórico.....	2
2.1. Epilepsia.....	2
2.2. Depressão.....	16
2.3. Qualidade de Vida.....	23
2.4. Sintomatologia depressiva e Qualidade de Vida na Epilepsia	28
III. Corpo empírico.....	33
3.1. Apresentação do estudo.....	33
3.1.1. Objectivos.....	33
3.2. Planificação.....	34
3.2.1. Tipo de estudo.....	34
3.2.2. Definição de variáveis	34
3.2.3. Hipóteses	37
3.3. Métodos.....	38
3.3.1. Participantes	38
3.3.2. Instrumentos.....	41
• Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CESD-D.....	42
• Questionário de Estado de Saúde MOS SF-36 (v.2).....	43
3.3.3. Procedimentos.....	45
3.4. Análise estatística	46
3.5. Resultados	47
3.6. Discussão dos resultados.....	64
3.7. Conclusões.....	68
IV. Bibliografia	70
Anexos	76

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos importantes na Epilepsia.....	4
Quadro 2 – Classificação das crises epilépticas	5
Quadro 3 – Classificação Internacional das crises epilépticas	6
Quadro 4 – Causas das crises epilépticas.....	7
Quadro 5 – Dados relevantes para a caracterização das crises.....	8
Quadro 6 – Factores etiológicos subjacentes na alteração neuropsicológica dos indivíduos com epilepsia.....	9
Quadro 7 – Prognóstico da Epilepsia.....	9
Quadro 8 – Diagnóstico Diferencial da Epilepsia.....	10
Quadro 9 – Diagnóstico Diferencial entre síncope e convulsão epiléptica	10
Quadro 10 – Quadros psiquiátricos e relação com a epilepsia	11
Quadro 11 – Prevalência dos transtornos psiquiátricos na epilepsia e na população geral.....	12
Quadro 12 – Normas gerais para o tratamento.....	14
Quadro 13 – Anti-epilépticos de 1ª e 2ª geração.....	14
Quadro 14 – Indicação dos anti-epilépticos para os diferentes tipos de crises epilépticas.....	15
Quadro 15 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major.....	19
Quadro 16 – Etiologia da depressão.....	21
Quadro 17 – Diagnóstico Diferencial da Depressão	22
Quadro 18 – Taxonomia das definições de Qualidade de Vida.....	24
Quadro 19 – Definições da Qualidade de Vida relacionada à saúde.....	25
Quadro 20 – Dimensões da Qualidade de Vida relacionada à Saúde	26
Quadro 21 – Dimensões inseridas na Qualidade de Vida em doentes crónicos	27
Quadro 22 – Variáveis sócio-demográficas e clínicas que influenciam a Qualidade de Vida.....	32
Quadro 23 – Síntese das variáveis pertencentes ao estudo.....	36
Quadro 24 – Dimensões do SF-36.....	43
Quadro 25 – Médias gerais do SF-36 para a população portuguesa.....	44
Quadro 26 – Médias do SF-36 para a população portuguesa, tendo em conta o género	45
Quadro 27 – Sintomatologia depressiva e dimensões do SF-36.....	50

Quadro 28 – Correlação entre duração da doença e dimensões do SF-36.....	59
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Perturbações mentais periictai.....	12
Figura 2 – Distribuição percentual da amostra por género.....	39
Figura 3 – Distribuição percentual da amostra por estado civil.....	39
Figura 4 – Distribuição percentual da amostra por escolaridade	40
Figura 5 – Distribuição percentual da amostra por situação profissional.....	40
Figura 6 – Distribuição percentual da amostra por frequência de crises.....	41
Figura 7 – Distribuição percentual dos participantes tendo em conta a sintomatologia depressiva.....	47
Figura 8 – Distribuição das médias da sintomatologia depressiva, tendo em conta o género.....	48
Figura 9 – Distribuição das médias da amostra por dimensões do SF-36.....	48
Figura 10 – Distribuição das médias da amostra nas dimensões do SF-36, tendo em conta o género masculino.....	49
Figura 11 – Distribuição das médias da amostra nas dimensões do SF-36, tendo em conta o género feminino.....	50
Figura 12 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Função Física.....	51
Figura 13 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Desempenho Físico.....	51
Figura 14 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Dor Física.....	52
Figura 15 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Saúde em Geral.....	52
Figura 16 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Vitalidade.....	53
Figura 17 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Função Social.....	53
Figura 18 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Desempenho Emocional.....	54
Figura 19 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Saúde Mental	54
Figura 20 – Distribuição das médias da amostra nas dimensões do SF-36, tendo em conta a sintomatologia depressiva.....	55
Figura 21 – Distribuição por médias dos participantes na sintomatologia depressiva por frequência de crises.....	56
Figura 22 – Distribuição por médias dos participantes nas dimensões do SF-36 por frequência de crises	58
Figura 23 – Correlação entre sintomatologia depressiva e duração da doença.....	58

Figura 24 – Correlação entre duração da doença e Função Física.....	59
Figura 25 – Correlação entre duração da doença e Desempenho Físico.....	60
Figura 26 – Correlação entre duração da doença e Dor Física.....	60
Figura 27 – Correlação entre duração da doença e Saúde em Geral.....	61
Figura 28 – Correlação entre duração da doença e Vitalidade	61
Figura 29 – Correlação entre duração da doença e Função Social.....	62
Figura 30 – Correlação entre duração da doença e Desempenho Emocional.....	62
Figura 31 – Correlação entre duração da doença e Saúde Mental	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Questionário Sóciodemográfico.....	77
Anexo 2: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)...	79
Anexo 3: Questionário de Estado de Saúde MOS SF-36 (v.2).....	81
Anexo 4: Autorização do Questionário de Estado de Saúde MOS SF-36 (v.2).....	85
Anexo 5: Consentimento Informado	86

I. Introdução

A epilepsia como uma doença crónica, tem impacto no comportamento, nas actividades sociais, acarretando obrigações e responsabilidades, associado a uma incerteza face ao futuro. Trata-se de uma doença que está condicionada por diversos factores clínicos, físicos, psicológicos e sociais.

No entanto, é importante salientar alguns aspectos relacionados com factores psicológicos e sociais, pois são elementos intrínsecos a esta doença e que, por vezes, são minimizados.

Então, é fundamental estudar e explorar estes factores para delinear uma melhor intervenção clínica, adequada às necessidades do indivíduo. Neste sentido podem ser levantadas algumas questões: quais os sintomas psicológicos da epilepsia? Qual o impacto da doença no bem-estar do indivíduo? Quais as limitações que advêm da epilepsia?

Posto isto, é evidente a complexidade da temática e mais complexa se torna se tivermos em consideração a diversidade de síndromes epilépticas e as suas especificidades.

Neste sentido, e face às carências de estudos acerca do bem-estar e depressão na epilepsia, surge a necessidade e tentativa da realização de um estudo neste âmbito, onde fossem tidas em conta as diversas dimensões que influencia a epilepsia e o doente epiléptico, especificamente, a depressão e a qualidade de vida destes indivíduos.

Assim, a presente dissertação encontra-se dividida em dois grandes grupos: o corpo teórico e o corpo empírico.

No corpo teórico foi efectuado uma breve revisão bibliográfica sobre a doença de epilepsia, as suas características, tipos, etiologia, diagnóstico diferencial, perturbações mentais associadas e tratamentos.

De seguida, realizou-se a definição e caracterização tanto da depressão como da qualidade de vida e no último ponto deste primeiro grupo foi feita uma integração dos três construtos presentes neste estudo – Depressão e Qualidade de Vida na Epilepsia.

No corpo empírico foram apresentados os objectivos, as variáveis e as hipóteses do presente estudo. Caracterizou-se também os participantes bem como os instrumentos utilizados para a avaliação das variáveis em estudo.

Posteriormente, surgem os resultados obtidos, tendo em conta os objectivos e hipóteses anteriormente apresentadas. Depois é feita a discussão dos resultados e a apresentação das principais conclusões e limitações do presente estudo, bem como sugestões para investigações futuras.

II. Corpo teórico

2.1. Epilepsia

O termo “Epilepsia” surge pela primeira vez no século XI por Avicena (930-1037) e deriva do verbo grego *epilambanein*, que significa “ser tratado, dominador ou tomado”, o que indica que a crise epiléptica seria provocada por uma determinada força externa (Fuentes, Brakha, Góis, & Rzezak, 2008; Mendes, 2002). Na Antiguidade, pensava-se que esta doença estava relacionada a uma divindade ou a um espírito diabólico e, por isso, era definido como uma doença associada a acontecimentos sobrenaturais resultantes do castigo ou possessão de espíritos (Fuentes et al., 2008).

No Museu Britânico encontra-se um documento da Antiga Babilónia (2000 a.C.) designado de “Tratado do diagnóstico médico e do prognóstico”, onde é enfatizado a componente sobrenatural da epilepsia, onde a cada crise estava associado um deus ou espírito, geralmente, diabólico (Fuentes et al., 2008; Mendes, 2002). Também os egípcios consideravam a epilepsia uma doença sobrenatural e misteriosa e nos seus hieróglifos era simbolizado por uma figura de uma pessoa morta ou por um demónio no interior da pessoa (Fuentes et al., 2008). No entanto, foi na civilização grega que esta doença passou a ser considerada de “doença sagrada” (Fuentes et al., 2008; Mendes, 2002).

Com um grande avanço da medicina (400 a.C.), Hipócrates inferiu que a epilepsia não estava relacionada ao divido, mas sim ao cérebro (Fuentes et al., 2008; Mendes, 2002). Na Roma Antiga, considerava-se que a epilepsia era uma “doença sagrada”, mas também uma doença contagiosa e a pessoa que padecia desta doença era impura (Fuentes et al., 2008; Mendes, 2002). Já na Europa medieval, a epilepsia ainda era considerada uma doença contagiosa, todavia passou de “doença sagrada” para “doença das quedas” (Fuentes et al., 2008). No período da Renascença e com a Revolução Científica, começou-se a estudar a anatomia do corpo humano e já no século XVII, com René Descartes existiu a investigação do sistema nervoso através da neurofisiologia experimental, o que permitiu afirmar que a epilepsia originava-se no cérebro (Fuentes et al., 2008).

Com o surgimento da Neurologia separada da Psiquiatria (século XIX), a epilepsia é considerada um distúrbio cerebral (Fuentes et al., 2008). Nesta fase, Samuel-Auguste Tissot escreveu o “Tratado da epilepsia” onde descreveu os diversos tipos de crises e síndromes

(Fuentes et al., 2008). Também o psiquiatra alemão Hans Berger, em 1929, desenvolveu o electroencefalograma, o que permitiu uma maior compreensão científica e melhor diagnóstico da doença de epilepsia (Fuentes et al., 2008; Mendes, 2002).

Actualmente, a Epilepsia é uma doença primariamente de causa neurológica, de etiologia diversa, caracterizada por crises epiléticas recorrentes: duas ou mais (Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese, & Neto, 2005; Westphal et al., 2005), pela presença de determinada actividade paroxística e por alterações desorganizadas na actividade neuronal do córtex cerebral (Borges, Cordeiro, & Delgado, 2000; Fonseca & Tedrus, 2008). É uma das doenças neurológicas mais frequentes e com condições neurológicas graves (P. Fernandes, Salgado, Noronha, Mory, & Li, 2004; Fonseca & Tedrus, 2008; R. F. Meneses, Pais-Ribeiro, & Silva, 2008).

Esta doença afecta cada indivíduo de forma diferente (P. Salgado & Souza, 2003) e alguns autores referem que tem mais impacto na saúde mental e social do que na saúde física (P. Fernandes et al., 2004). Assim, deve distinguir-se o termo convulsão do termo epilepsia: o primeiro pode ser (ou não) uma manifestação clínica do segundo (Cavalcanti, Silva, & Bastos, 2009). De facto, a crise epilética consiste num fenómeno súbito, transitório, que apresenta manifestações diversas, como a perturbação da consciência, movimentos involuntários, alterações comportamentais (Cavalcanti et al., 2009; P. Salgado & Souza, 2001). É um fenómeno paroxístico, não provocado, de causa primária encefálica, causado por uma descarga síncrona, anormal e excessiva, de um determinado contingente neuronal do córtex cerebral (Santo, Maineri, & Portuguez, 2004; E. M. Yacubian, 2002). Deste modo, pode manifestar-se por alterações motoras, alterações sensitivo-sensoriais, por alterações psíquicas e por perturbações de consciência (Fuentes et al., 2008; J. M. L. Lima, 2005; Palencia, 2000).

A crise epilética é a manifestação de um distúrbio cerebral subjacente e, por isso, deve ser avaliado tendo em conta as suas características semiológicas, a idade do indivíduo aquando da sua ocorrência, os dados provenientes do exame físico, dos padrões electroencefalográficos e os resultados de estudos de imagem (Artigas, 1999b; Campos & Muñoz, 2007). Neste sentido, as suas manifestações diversas, estão dependentes da localização das descargas eléctricas no cérebro, quer quanto à sua origem, quer quanto à sua extensão (Fuentes et al., 2008). Nestas manifestações podem encontrar-se sinais motores, experiências psíquicas, distúrbios autonómicos e fenómenos neurológicos negativos, como a perda de voz e do tónus muscular (Santo et al., 2004). São estes dados que permitem o diagnóstico sindrómico, necessário para a determinação do prognóstico e para outros procedimentos de diagnóstico e programação terapêutica (E. M. Yacubian, 2002).

A epilepsia é uma doença cujas manifestações são intermitentes e diversas. Todavia apresenta uma única característica em comum que é o seu carácter paroxístico (Artigas, 1999b; J. M. L. Lima, 2005). O termo epiléptico encontra-se relacionado com o indivíduo que sofre de crises epiléticas originadas primariamente no encéfalo (Marchetti & Kurcgant, 2001), pelo que, para uma melhor compreensão, é importante definir alguns conceitos como, epilepsia, crise, síndrome epiléptico e *status* epiléptico (cf. Quadro 1) (Campos & Muñoz, 2007).

Quadro 1 – Conceitos importantes na Epilepsia, adaptado de Campos e Muñoz, 2007.

Conceitos importantes na Epilepsia	
<i>Epilepsia</i>	É uma alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro, que não tenha sido causada por febre, drogas ou distúrbios metabólicos. Durante alguns segundos ou minutos, uma parte do cérebro emite sinais incorrectos, que podem ficar restritos a esse local ou espalhar-se.
<i>Crise</i>	Descarga inesperada e excessiva de um conjunto de neurónios do cérebro, onde podem surgir alterações na consciência, na actividade sensorial e na motricidade. As crises podem ser convulsivas ou não convulsivas.
<i>Síndrome epiléptico</i>	Associação entre um ou vários tipos de crises epiléticas, caracterizado pela presença de sinais e sintomas que, geralmente, aparecem em conjunto.
<i>Status epiléptico</i>	Crise duradoura, que não apresenta sinais clínicos de interrupções após o tempo habitual da maioria das crises daquele tipo; ocorrência de crises recorrentes sem a função do sistema nervoso central retorne ao período interictal.

De acordo com a maior parte da literatura, existem inúmeros modos de classificar a Epilepsia. No entanto, vão ser abordadas as classificações mais frequentes e uma possível divisão passa por classificar as crises epiléticas considerando a sua localização (cf. Quadro 2) (Pimentel, 2006, p. 91).

Quadro 2 – Classificação das crises epilépticas, retirado de Pimentel, 2006, p.91.

Classificação das crises epilépticas	
<i>Crises generalizadas (consciência perturbada):</i>	- tónicas, clónicas ou tónico-clónicas; - mioclónicas; - atónicas; - ausências (típicas ou atípicas)
<i>Crises parciais:</i>	- Simples: <ul style="list-style-type: none">• Com sintomatologia motora;• Com sintomatologia sensitiva;• Com sintomatologia sensorial;• Com sintomatologia autonómica;• Com sintomatologia psíquica. - Complexas (consciência perturbada) <ul style="list-style-type: none">• Começo como crises simples, com progressão para complexas;• Perturbação da consciência desde o início: a) apenas perturbação da consciência; b) com automatismo. - Focais com generalização secundária.
<i>Crises inclassificáveis</i>	

Tendo em conta a etiologia da epilepsia, pode ser feita uma divisão em dois tipos de Epilepsia: (1) a epilepsia primária ou idiopática; e (2) a epilepsia secundária ou sintomática (Silva & Cavalheiro, 2004; E. M. Yacubian, 2002). Quanto à Epilepsia Primária ou Idiopática (de causa desconhecida), surge de forma espontânea, sem que exista uma lesão estrutural do sistema nervoso, sendo que, provavelmente, estará relacionada com uma predisposição genética (Silva & Cavalheiro, 2004; E. M. Yacubian, 2002). Segundo estes autores, o seu desenvolvimento processa-se regra geral, com normalidade, não existindo patologia subjacente demonstrável e as crises tendem a ser relativamente auto-limitadas, havendo resposta ao tratamento. A Epilepsia Secundária ou Sintomática está relacionada a uma patologia subjacente que causa anomalias no desenvolvimento da função neurológica, sendo desencadeada por uma infecção ou um tumor, que desenvolve no cérebro um foco epileptógeno, capaz de apresentar uma actividade eléctrica anormal, sendo que a resposta à medicação pode ser variável (Pimentel, 2006; Silva & Cavalheiro, 2004; E. M. Yacubian, 2002). Apesar dos critérios de classificação (de localização e de etiologia) apresentados anteriormente, não consta na literatura um único sistema de classificação. Todavia é importante falar da Classificação Internacional das Crises Epilépticas (cf. Quadro 3) (Campos & Muñoz, 2007; Portellano, 2005).

Quadro 3 – Classificação Internacional das Crises Epilépticas, retirado de Campos e Muñoz, 2007.

Classificação Internacional das Crises Epilépticas	
<p>1) <i>Epilepsias e síndromes relacionadas com a localização (focais, parciais, locais):</i></p>	<p><i>A. Idiopáticas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Epilepsia benigna da infância com pontas centrotemporais. - Epilepsia infantil com paroxismos occipitais. <p><i>B. Sintomáticos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Epilepsia parcial contínua crónica progressiva da infância (Síndrome de Kojewnikow). - Síndromes caracterizados por crises com modos específicos de precipitação (e.g. epilepsia reflexa). - Epilepsias do lóbulo temporal. - Epilepsias do lóbulo frontal. - Epilepsias do lóbulo parietal. - Epilepsias do lóbulo occipital. <p><i>C. Criptogénéticos</i></p>
<p>2) <i>Epilepsias e Síndromes Generalizados:</i></p>	<p><i>A. Idiopáticos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Convulsões familiares neonatais benignas. - Convulsões neonatais benignas. - Epilepsia mioclónica benigna da infância. - Ausências infantis (picnolepsia). - Ausências juvenis. - Epilepsia mioclónica juvenil (pequeno mal impulsivo). <p><i>B. Criptogénéticos ou Sintomáticos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Epilepsia com crises de grande mal ao despertar. - Outras epilepsias idiopáticas generalizadas não definidas anteriormente. - Epilepsias com crises precipitadas por modos específicos de activação. <p><i>B. Criptogénéticos ou Sintomáticos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de West. - Síndrome de Lennox-Gastaut. - Epilepsias de etiologia não especificada. - Outras epilepsias sintomáticas generalizadas. - Síndromes específicos com crises epilépticas que complicam muitos estados de patologia
<p>3) <i>Epilepsias sem determinar:</i></p>	<p><i>A. Com ambos os tipos de crises, generalizadas e focais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Crises neonatais. - Epilepsia mioclónica severa da infância. - Epilepsia com contínuas pontas – ondas durante o sono de ondas lentas. - Afasia epiléptica adquirida (Síndrome de Landau-Kleffner). - Outras epilepsias indeterminantes. <p><i>B. Sem traços inequívocos focais ou generalizados.</i></p>
<p>4) <i>Síndromes especiais:</i></p>	<p><i>A. Crises relacionadas com determinadas situações:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Convulsões febris. - Crises isoladas ou status epiléptico isolado. - Crises que ocorrem somente quando existe um sucesso tóxico ou metabólico agudo devido a factores tais como, álcool, drogas, stress, privação do sono, etc.

No que diz respeito às causas das crises epiléticas, estas podem ser divididas em dois grupos: as sistémicas e as epilepsias (cf. Quadro 4) (Pimentel, 2006).

Quadro 4 – Causas das crises epiléticas, adaptado de Pimentel (2006, p. 92).

Causas das crises epiléticas	
<i>Sistémicas</i>	<i>Epilepsias</i>
<ul style="list-style-type: none">• Perturbações Hidro-electrolíticas<ul style="list-style-type: none">- hiponatémia, hipoglicémia, hiperurémia, hipocalcémia, etc.• Perturbações Tóxico-metabólicas<ul style="list-style-type: none">- anóxia/hipoxia- privação alcoólica/drogas• Outras<ul style="list-style-type: none">- ingestão de drogas, etc.	<ul style="list-style-type: none">• Idiopáticas (+/- 45%)• Secundárias<ul style="list-style-type: none">- sintomáticas (+/- 40%): tumores, infecções, malformações vasculares, pós-AVCs (Acidentes Vasculares Cerebrais), pós-TCE (Traumatismos Crânio-encefálicos), malformações corticais, etc.- criptogénicas (+/- 15%)

Considerando a manifestação clínica das crises epiléticas, estas podem ser classificadas em dois grupos: (1) crises parciais (ou focais); e (2) crises generalizadas, tendo em conta se a actividade anormal comprometeu de forma parcial ou total o córtex cerebral, assim como, a localização e as alterações fisiológicas que despoletaram as crises (Campos & Muñoz, 2007; Cavalcanti et al., 2009; Neto & Marchetti, 2005; Portellano, 2005; E. M. Yacubian, 2002). As crises focais podem ser difíceis de diagnosticar e manifestam-se, sensivelmente, na idade adulta e são mais frequentes que as crises generalizadas. São crises que indicam o envolvimento de apenas uma parte de um hemisfério cerebral e são simples quando existe preservação da consciência e complexas quando existe comprometimento da mesma (Campos & Muñoz, 2007; Cavalcanti et al., 2009; Neto & Marchetti, 2005; E. M. Yacubian, 2002) Já as crises generalizadas indicam o envolvimento de áreas encefálicas de ambos os hemisférios cerebrais, não apresentando sinais focais e sendo sempre acompanhadas sempre de perturbação da consciência. São crises súbitas, sem pródomos (Campos & Muñoz, 2007; Cavalcanti et al., 2009; Neto & Marchetti, 2005; E. M. Yacubian, 2002). Para a caracterização das crises é necessário experiência profissional para a recolha de dados e interpretação dos mesmos. Esta recolha de dados deve englobar um conjunto de aspectos (E. M. Yacubian, 2002) (cf. Quadro 5). São eles:

Quadro 5 – Dados relevantes para a caracterização das crises, adaptado de Yacubian (2002).

<i>Dados relevantes para a caracterização das crises:</i>	Situação da crise: posição do corpo, circunstâncias, sono ou vigília;
	Factores desencadeantes: fadiga, álcool, privação do sono, estímulos luminosos;
	Padrão dos acontecimentos: isolados, em grupos, relação com o ciclo menstrual;
	Sintomas premonitórios;
	Descrição da aura;
	Características motoras;
	Manutenção ou não da consciência;
	Queda;
	Sintomas pós-ictais: cefaleias, fadiga, morder a língua.

Para uma avaliação adequada dos indivíduos com epilepsia, é necessário fazer uma avaliação geral, não só focada na área epileptogénica, mas onde sejam utilizadas diversas provas distribuídas por diversas sessões, sendo que a interpretação não se deve cingir a um resultado em específico (Ure, 2004). Esta avaliação deve englobar o contexto psicossocial, como o estado afectivo, o vocacional/laboral e as actividades de vida diária (Ure, 2004).

Já no que se refere à incidência desta doença, ela varia entre os 40 e 70 casos por 100.000 habitantes por ano, sendo que a nível mundial, estima-se que 50 milhões de indivíduos padecem de epilepsia (Fonseca & Tedrus, 2008; Neto & Marchetti, 2005; Pimentel, 2006). A prevalência situa-se entre os 4 e 10 casos por 1000 onde, sensivelmente, um em cada 200 indivíduos padece de Epilepsia (Castro, Ferreira, & Goulart, 2008; Cavalcanti et al., 2009; Marchetti et al., 2005; Neto & Marchetti, 2005; Pimentel, 2006). Em Portugal, o número de indivíduos com epilepsia é, aproximadamente, 60.000 e estima-se que surgirá 5.000 novos casos todos os anos (Pimentel, 2006). É, por isso, fundamental ter conhecimento dos possíveis factores etiológicos subjacentes na alteração neuropsicológica dos indivíduos com epilepsia, não só para o seu diagnóstico, mas principalmente para a sua intervenção (Campos-Castelló, 2006; Campos-Castelló & Campos-Soler, 2004) (cf. Quadro 6). São eles:

Quadro 6 – Factores etiológicos subjacentes na alteração neuropsicológica dos indivíduos com epilepsia, retirado de Campos-Castelló (2006) e de Campos-Castelló e Campos-Soler (2004).

Factores etiológicos subjacentes na alteração neuropsicológica dos indivíduos com epilepsia	
	<ul style="list-style-type: none">- idade de início;- tipo de epilepsia, frequência e duração das crises;- duração do processo;
<u>Da epilepsia</u>	<ul style="list-style-type: none">- alterações no electroencefalograma ictais e interictais;- o conceito de “epilepsias cognitivas”;- etiologia da epilepsia (idiopática, criptogénica, sintomática);- nível neuropsicológico prévio ao início do processo.
<u>De carácter psicossocial</u>	<ul style="list-style-type: none">- qualidade de vida em relação às crises (estigma);- atitude da sociedade (<i>feedback</i> emocional negativo);- influência da epilepsia nas actividades de vida diária;- situação económica do paciente/família;- atitude da família (rejeição/superprotecção)
<u>Da medicação</u>	<ul style="list-style-type: none">- dose e concentração;- tipo de fármacos;- monoterapia <i>versus</i> politerapia;- utilização de barbitúricos;- factores hormonais e endocrinológicos;- alteração do metabolismo das monoaminas;- efeitos gerais sobre os metabolismo cerebral.

Quanto ao prognóstico da epilepsia é preciso ter em atenção alguns aspectos como os referidos por Pimentel (2006, p. 99-100) (cf. Quadro 7):

Quadro 7 – Prognóstico da Epilepsia, retirado de Pimentel (2006, p. 99-100).

Prognóstico
<p>1) uma crise única, generalizada tónico-clónica, num adolescente sem outros factores predisponentes para além da ingestão alcoólica abundante e/ou privação de sono nocturno episódico, terá uma probabilidade de recorrer de cerca de 50%, facto que deverá ser partilhado com o doente a fim de que ele possa participar na decisão de a tratar ou não;</p> <p>2) cerca de 60% dos doentes com epilepsia diagnosticada de novo ficarão sem crises após instituição correcta de um regime terapêutico de monoterapia, o que significa que sobra ainda uma percentagem elevada de doentes que virão a necessitar de politerapia ou de eventual cirurgia para controlar as crises epilépticas;</p> <p>3) a politerapia apenas é eficaz em cerca de metade das crises que não forem controladas com a monoterapia;</p> <p>4) a percentagem de recorrência das crises após “desmame” adequado dos anti-epilépticos ronda os 25 a 30%, facto igualmente a comunicar ao doente.</p>

É de salientar a importância da história clínica, pois esta poderá ajudar no diagnóstico da maioria das situações que se assemelham à epilepsia, como é o caso das síncope (Pimentel, 2006) (cf. Quadro 8-9).

Quadro 8 – Diagnóstico Diferencial da Epilepsia, adaptado de Pimentel (2006, p. 94).

Diagnóstico Diferencial das Epilepsias
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Crises Sincopais</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Reflexas (vaso-vagais) – síncope da micção, das emoções, da dor, <i>etc.</i> - Cardíacas – estenose aórtica, arritmias, <i>etc.</i> - Posturais – diabetes, álcool e drogas, hipovolémia, <i>etc.</i> - Vasculares – doença do nódulo sinusal, arterite, <i>etc.</i> - Respiratórias – síncope da tosse, <i>etc.</i> • <u>Acidentes isquémicos transitórios</u>; • <u>Amnésia global transitória</u>; • <u>Enxaquecas</u> (algumas); • <u>Cataplexia</u>; • <u>Hipertensão intracraniana aguda</u>; • <u>Doenças do sono e movimentos involuntários normais do sono</u>; • <u>Vertigens</u>; • <u>Doenças do movimento</u> (algumas); • <u>Quedas súbitas</u> (<i>drop attacks</i>); • <u>Alucinações e delírio psicótico</u>; • <u>Crises pseudo-epilépticas</u>.

Quadro 9 – Diagnóstico diferencial entre Síncope e Convulsão Epiléptica, adaptado de Pimentel (2003, p. 94).

Diagnóstico diferencial entre Síncope e Convulsão Epiléptica		
<u>Clínica</u>	<u>Síncope</u>	<u>Convulsão</u>
<i>Postura</i>	Ortostatismo	Qualquer
<i>Palidez e Sudação</i>	Muito Frequente	Muito Raro
<i>Início</i>	Gradual	Abrupto
<i>Traumatismo</i>	Raro	Frequente
<i>“Abalos” Convulsivos</i>	Podem ocorrer	Frequente
<i>Incontinência esfíncteriana</i>	Rara	Frequente
<i>Inconsciência</i>	Segundos	Minutos
<i>Recuperação</i>	Rápida	Lenta
<i>Confusão pós-crítica</i>	Rara	Frequente
<i>Factores precipitantes</i>	Frequente	Raro

A relação entre a epilepsia e as perturbações psiquiátricas é um dos frequentes e importantes aspectos da epileptologia (G. Filho, Rosa, & Yacubian, 2008). Estas perturbações encontram-se associadas a todos os síndromes epilépticos e, conseqüentemente, têm impacto na qualidade de vida dos indivíduos que padecem de epilepsia (Castro et al., 2008; G. Filho et al., 2008; Marchetti et al., 2005). Segundo estes autores, diversas são as alterações comportamentais que podem ocorrer, dentro de vários quadros psiquiátricos, desde os depressivos até aos psicóticos. No quadro 10 encontram-se os diferentes quadros psiquiátricos e a sua relação com a epilepsia (Filho, Rosa, & Yacubian, 2008, p. 120).

Quadro 10 – Quadros psiquiátricos e relação com a epilepsia, retirado de G. Filho, Rosa, e Yacubian, 2008, p. 120.

Quadros psiquiátricos e relação com a epilepsia		
<u>Quadro psiquiátrico</u>	<u>Tipos de transtornos</u>	<u>Relação com a epilepsia</u>
<i>Todos os transtornos psiquiátricos descritos no CID-10 e no DSM-IV</i>	- transtorno de humor; - transtorno de ansiedade; - transtorno psicótico; - transtorno de personalidade.	Nenhuma. Ocorrem em comorbidade à doença crónica.
<i>Sintomas psiquiátricos ictais/peri-ictais</i>	- status parcial simples; - status parcial complexo; - status de ausência; - psicoses ictais.	Manifestações comportamentais das próprias crises epilépticas.
<i>Transtornos interictais específicos da epilepsia</i>	- psicose pós-ictal; - psicose interictal; - psicose alternativa; - quadros afectivo-somatoformes.	Manifestações comportamentais que ocorrem especificamente em pacientes com epilepsia
<i>Transtornos da personalidade específicos da epilepsia</i>	- grupo hiper-ético; - grupo viscoso; - grupo lábil.	Alterações de personalidade possivelmente ligadas à progressão da doença.

Neste sentido, espera-se que os indivíduos com esta doença crónica manifestem uma prevalência maior de perturbações psiquiátricas, comparativamente à população em geral (G. Filho, Rosa, & Yacubian, 2008, p. 120) (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Prevalência dos transtornos psiquiátricos na epilepsia e na população geral, retirado de G. Filho, Rosa, & Yacubian, 2008, p. 120.

Prevalência dos transtornos psiquiátricos na epilepsia e na população geral		
Transtorno psiquiátrico	Pacientes com epilepsia	População geral
Transtornos do humor	24-74%	3,3% Distímia; 5-17% Depressão maior.
Transtornos de ansiedade	10-25%	5-7% Transtorno de ansiedade generalizada; 1-4% Transtorno de pânico.
Psicoses	2-9%	0,7-1% Esquizofrenia.

As perturbações mentais associadas à epilepsia, geralmente são divididas em periictais e interictais (Castro et al., 2008; Cavalcanti et al., 2009; Júnior & Carvalho, 2002; Marchetti et al., 2005; Mayor, Dávila, & Quijano, 2006). A característica principal da primeira é a relação temporal entre as perturbações mentais e as crises epilépticas, que acontecem antes, durante e depois delas. Estas perturbações periictais manifestam-se, geralmente, de início agudo ou abrupto, curta duração e remissão completa, podendo ser divididas em pré-ictais, ictais, pós-ictais, para-ictais e alternantes (cf. Figura 1). Já na segunda não existe relação temporal.

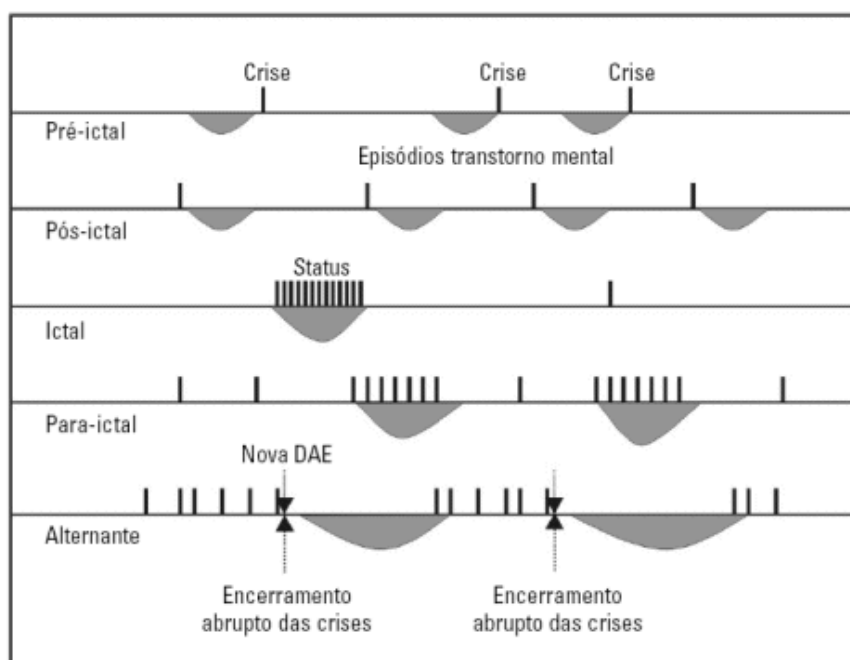


Figura 1 – Perturbações mentais periictais, retirado de Marchetti, Castro, Kurcgant, Cremonese, & Neto, 2005.

A história clínica, como foi referido anteriormente, é importante para o diagnóstico da doença, assim como a observação geral e o exame neurológico (Palencia, 2000). De seguida, deverão ser realizadas análises laboratoriais (hemograma completo, urina, cálcio, provas de função hepática, entre outras) bem como exames complementares (electrocardiograma, ecocardiograma, eletroencefalograma com prova de sono, entre outros) (Pimentel, 2006; E. M. Yacubian, 2002). Num primeiro momento, o indivíduo com epilepsia deve ser acompanhado por alguém que já tenha presenciado as suas crises epiléticas, pois possibilita uma melhor caracterização das crises (E. M. Yacubian, 2002).

O tratamento da epilepsia caracteriza-se pela prescrição de fármacos anti-convulsivos, uma vez que os mecanismos de acção destes fármacos estão ligados à inibição das descargas neuronais anormais, fazendo um restabelecimento dos potenciais de acção da membrana (Silva & Cabral, 2008).

Quando o tratamento farmacológico não controla de forma adequada as crises, é indicada a intervenção cirúrgica, actuando sobre o foco (J. C. d. Costa & Portela, 2006; Marroni, 2006). Neste sentido, quer para o diagnóstico, quer para o tratamento é fundamental a existência de uma equipa multidisciplinar, pois o objectivo principal passa por assegurar uma maior melhoria da qualidade de vida destes indivíduos (Espie et al., 2003). Também de acordo com outros autores, a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos acontece quando existe uma redução das crises epiléticas (Barbosa, 2003; Kairalla, Bressan, & Mari, 2004; Marroni, 2006; P. Salgado & Souza, 2003).

Actualmente, os anti-epiléticos apresentam um papel importante para controlar entre 60 a 80% das crises dos indivíduos (Silva & Cabral, 2008). Segundo estes autores, os restantes indivíduos são resistentes à medicação e, na maioria, beneficiam da intervenção cirúrgica. Assim, esta caracterização das crises não só é necessária para avaliar a sua frequência e o seu tipo, como também é importante para avaliar o impacto das mesmas no dia-a-dia do indivíduo com epilepsia (Silva & Cabral, 2008). Antes de iniciar um tratamento, é preciso ter especial atenção a alguns aspectos, como por exemplo, a confirmação do diagnóstico, o risco de recorrência de crises epiléticas, a possível adesão ao tratamento, as consequências das crises na vida do indivíduo, o esclarecimento de questões e dúvidas apresentadas pelo indivíduo e a vontade do mesmo em ser tratado (Herranz, 2002; Pimentel, 2006). Segundo estes autores, existe um conjunto de normas gerais para o tratamento (cf. Quadro 12). São elas:

Quadro 12 – Normas gerais para o tratamento, adaptado de Pimentel (2006, p. 95-96).

Normas gerais para o tratamento da epilepsia
- Desdramatização, sempre que possível, da situação;
- Aconselhamento de determinadas regras de conduta (ex.: não conduzir), não consumir álcool, repouso nocturno suficiente, não tomar medicamentos e não alterar a dose dos anti-epilépticos, incluindo a sua interrupção abrupta, sem prévio contacto com o médico;
- O tratamento deve durar, no caso de um adulto entre 3 a 5 anos sem crises;
- Se as crises se mantiverem ou recorrerem dever-se-á reconsiderar o diagnóstico de epilepsia;
- Os anti-epilépticos podem causar efeitos idiossincráticos (erupção cutânea, pancreatite aguda, entre outros);

Os efeitos dos fármacos anti-epilépticos são descritos por diversos autores, sendo que estes efeitos podem ser positivos como negativos (Artigas, 1999b). Assim, os intitulados “anti-epiléptico de primeira linha” são considerados como os mais prejudiciais, o fenobarbital e a fenitoína e com menos efeitos negativos existem a carbamazepina, o ácido valpróico (Artigas, 1999b; Silva & Cabral, 2008; E. M. T. Yacubian, 2002). De acordo com a literatura, os anti-epilépticos mais utilizados podem ser divididos em dois grupos: os de 1ª geração (comercializados há muitos anos) e os de 2ª geração (disponíveis há muito menos tempo) (Mauri-Llerda et al., 2001) (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Anti-epilépticos de 1ª e 2ª geração, adaptado de Mauri-Llerda et al., 2001.

Anti-epilépticos	
<u>1ª geração</u>	<u>2ª geração</u>
- carbamazepina;	- lamotrigina;
- valproato;	- topiramato;
- fenitoína;	- gabapentina;
- fenobarbital	- tiagabina;
	- levetiracetam

Estes dois grupos apesar de apresentarem a mesma eficácia clínica, os de 2ª geração manifestam menos efeitos secundários devido aos seus perfis farmacocinéticos e farmacodinâmicos mais favoráveis (Pimentel, 2006). Neste sentido, a monoterapia é o regime de tratamento de preferência, com escolha do anti-epiléptico de primeira linha para a crise epiléptica em questão (Marchetti et al., 2005; Pimentel, 2006). Já a politerapia pode justificar-se se controlar a epilepsia, se contrariar os efeitos secundários e se minimizar o impacto proveniente da repetição das crises sobre o cérebro (Marchetti et al., 2005; Pimentel, 2006). Assim, a “escalada” da dosagem só deverá ser feita com orientação para

cada anti-epiléptico e deve ser indicada uma dose de manutenção tão baixa quanto possível, pois caso as crises persistirem, então existirá uma razão para doses maiores (Campos-Castelló, 2006; Herranz, 2002; Pimentel, 2006).

Os efeitos mais adversos do tratamento farmacológico relacionam-se, em parte, com a mistura de medicamentos, uma vez que, os efeitos são menos marcantes quanto menor for a sua concentração no sangue (Campos-Castelló, 2006; Ure, 2004). No entanto, existem indivíduos que continuam a manifestar crises após o tratamento farmacológico e são designados de “fármaco-resistentes” (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Garzon, 2002). No quadro 14 encontram-se apresentados as indicações dos anti-epilépticos, tendo em consideração os diversos tipos de crise (Palencia, 2000; Pimentel, 2006; E. M. Yacubian, 2002; E. M. T. Yacubian, 2002).

Quadro 14 – Indicação dos anti-epilépticos para os diferentes tipos de crises epilépticas, adaptado de Pimentel (2006), E.M. Yacubian (2002) e E. M. T. Yacubian (2002).

Indicação dos Anti-epilépticos para os diferentes tipos de crises epilépticas			
Tipos de Crise	Anti-epilépticos de 1.ª linha	Anti-epilépticos de 2.ª linha	
Generalizadas	- Tónico-clónicas	- carbamazepina; - valproato; - topiramato; - lamotrigina	- fenitoína
	- Clónicas	- carbamazepina; - valproato; - topiramato; - lamotrigina	- fenitoína
	- Atónicas	- valproato; - topiramato;	- clobazam - carbamazepina; - lamotrigina
	- Mioclónicas	- valproato; - topiramato;	- clobazam - carbamazepina; - levetiracetam
	- Ausências	- valproato; - etosuximida	- carbamazepina; - lamotrigina
Focais	- Simples	- carbamazepina; - valproato; - topiramato; - lamotrigina	- fenitoína; - tiagabina; - levetiracetam
	- Complexas	- carbamazepina; - valproato; - topiramato; - lamotrigina	- gabapentina; - tiagabina; - levetiracetam

No entanto, através da intervenção cirúrgica, existe uma alternativa para indivíduos “fármaco-resistentes” (Guimarães, Souza, Montenegro, Cendes, & Guerreiro, 2003). O principal objectivo da cirurgia é conseguir o controlo das crises com menores consequências neurológicas possíveis e melhorar a qualidade de vida, quer do indivíduo, quer da sua família (Guimarães et al., 2003). Outros autores referem outros objectivos e expectativas quanto ao tratamento cirúrgico, tais como, habilitação para conduzir veículos automotores, emprego e independência (Betting et al., 2003). Assim, é necessário avaliar alguns aspectos antes da cirurgia, por exemplo, as funções superiores e dos efeitos da cirurgia sobre estas, através de baterias neuropsicológicas; estudar a localização do foco epileptogénico bem como a lateralização hemisférica (Campos-Castelló, 2006; Garzon, 2002).

Outra abordagem psicológica que pode ser utilizada na cirurgia é a avaliação da qualidade de vida, pois possibilita o fornecimento de dados que permitem avaliar o impacto da epilepsia na vida do indivíduo e da sua família (Guimarães et al., 2003). Segundo estes autores, esta avaliação facilita a avaliação de eventuais ganhos que o indivíduo com epilepsia pode conseguir após a intervenção cirúrgica. Os procedimentos cirúrgicos mais frequentes são a ressecção da zona epileptogénica (extirpação da lesão e da zona circundante, geradora da epilepsia), a calosotomia (separação da porção anterior do corpo caloso), a hemisferectomia (remoção de uma parte do hemisfério cerebral lesado) e a implantação do estimulador do nervo vago (Betting et al., 2003; Garzon, 2002; M. Gonçalves & Almeida, 1996; Winckler, Riesgo, Ohlweiler, Ranzan, & Rotta, 2007). O êxito do tratamento cirúrgico na epilepsia, depende da selecção adequada do indivíduo, e esta selecção só é feita, graças ao contributo de provas neurofisiológicas, de neuroimagem e neuropsicológicas (M. Gonçalves & Almeida, 1996; Silva & Cavalheiro, 2004; Winckler et al., 2007).

2.2. Depressão

A primeira referência relativamente ao fenómeno depressivo, mais precisamente à melancolia, foi feita por Hipócrates (B. Ferreira, 2005). Também Arateo da Capadócia efectuou uma descrição de um quadro depressivo similar ao que se faz hoje em dia da depressão (Canale & Furlan, 2006), e os seus escritos, bem como os de Galeno, vieram reforçar e enriquecer as prévias descrições existentes acerca da temática (B. Ferreira, 2005). A melancolia foi depois incluída por Esquirol no grupo das monomanias (ou “loucuras parciais”) (B. Ferreira, 2005). O conceito de depressão (que durante cerca de 25 séculos foi

conhecido como melancolia), indicava uma doença mental, bem como um temperamento, um estado emocional baixo, desanimado, triste e infeliz (Canale & Furlan, 2006). Deu-se então, de acordo com os mesmos autores, uma radical alteração do conceito de melancolia, juntamente com tudo o que se relacionava com o discurso psiquiátrico, depois do século XVII.

Por sua vez, Pinel, no século XIX, referiu o termo melancolia ou delírio como sendo uma insanidade parcial (Canale & Furlan, 2006). Já Kraepelin deu o grande passo ao efectuar o estudo longitudinal das doenças psiquiátricas, enfatizando assim o seu curso e evolução (B. Ferreira, 2005). Aquando da 6ª edição do seu Tratado de Psiquiatria, no ano de 1899, Kraepelin veio afirmar que tanto a mania como a depressão seriam manifestações de um processo cíclico (B. Ferreira, 2005). De acordo com este autor, foi também na 6ª edição do seu tratado que o conceito de depressão surgiu como título de doença, sob a designação de psicose maníaco-depressiva.

Para Kraepelin existiam três estados depressivos: a melancolia involutiva (que surgia nos idosos), a depressão constitucional (equivalia a uma predisposição patológica para a depressão) e os estados depressivos relacionados à doença maníaco-depressiva (B. Ferreira, 2005), conferindo grande relevância aos factores sociais e psicológicos referentes à patogénese desta doença, tendo sido ainda dos primeiros a realçar a implicação do *stress* psicológico ao nível da precipitação de episódios depressivos (Ferreira, 2008). Foram estudados e debatidos diversos termos ao longo do século XX, como foi o caso da natureza da depressão ser endógena ou exógena e ainda os termos unipolar e bipolar (Canale & Furlan, 2006). Estes autores referem ainda como a mais significativa das mudanças o facto de considerar a depressão uma doença ou uma perturbação de humor ou perturbação afectiva.

Neste sentido, a depressão pode ser considerada como um conjunto de experiências que, regra geral, são sentidas como uma descontinuidade relativas à vivência normal (Calil & Guerra, 2004). A depressão interfere com o físico, com o humor, com o pensamento, dado que é uma doença que afecta o organismo na sua totalidade, causando um nível elevado de sofrimento (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002). Assim, esta perturbação modifica a forma como o indivíduo vê o mundo e sente a realidade, o modo como entende as coisas, como manifesta as suas emoções, a sua disposição e o prazer (Grevet, Cordioli, & Fleck, 2005; Pires, 2004). Segundo estes autores, caso não exista nenhum tipo de tratamento, a duração da sintomatologia depressiva pode ir de meras semanas a anos.

A depressão é tida como uma dificuldade do indivíduo em realizar tarefas, isto é, é vista como mera falta de vontade (R. Lima & Migott, 2003). De qualquer forma, estes autores referem que esta perturbação impõe certos limites, provoca grande sofrimento, custos a nível social e de saúde. Também é conhecido o facto de que somente uma

pequena parte dos indivíduos que padecem de depressão têm acesso ao diagnóstico e tratamento adequados, o que faz com que ela se intensifique, podendo atingir altos níveis de cronicidade e incapacidade (Canale & Furlan, 2006; R. Lima & Migott, 2003; Pires, 2004; Stella et al., 2002).

Não existe um só factor que explique, isoladamente, a presença de depressão, todavia esta resulta de uma interacção entre diversos e distintos factores, estando quer o seu início, quer a sua evolução, relacionados com variáveis do foro biológico, histórico, ambiental e psicológico, envolvendo inúmeros aspectos do foro clínico, etiopatogénico e de tratamento (Marcelo Fleck et al., 2002; Pires, 2004; Stella et al., 2002). Neste sentido, a tristeza e a alegria são sentimentos do foro afectivo de uma vida psíquica normal, sendo que a primeira é uma resposta do ser humano a uma situação de perda, de derrota, de desapontamento, entre outras contrariedades (Canale & Furlan, 2006; Del Porto, 1999; Pires, 2004). Estes autores consideram também um sinal de alerta para “os outros”, de que alguém está a precisar de ajuda ou de companhia (Del Porto, 1999).

A depressão clínica engloba um conjunto de sintomas como o desespero, o sentimento de culpa, o esgotamento, a ansiedade, a lentidão psicomotora e a ideação suicida (Fabela, 2002; King, Nerdi, & Cruz, 2006; Peron, Neves, Brandão, & Vicentini, 2004). A depressão *major* é uma perturbação bastante frequente na população, principalmente no sexo feminino, podendo apresentar-se como um episódio único ou de modo recorrente (Wannamacher, 2004). Assim, este autor considera de extrema importância a sua identificação, uma vez que é uma problemática comum, revestida de enorme seriedade, incapacitante e tratável.

A depressão é um distúrbio que afecta as relações a nível interpessoal, fazendo com que o indivíduo desenvolva prejuízos pessoais e sociais, que pode surgir em qualquer ser humano de qualquer idade e, quando não tratado, pode incrementar o risco de morbilidade clínica e mortalidade (Stella et al., 2002).

Uma vez que a depressão se apresenta como um estado emocional extremamente doloroso, é uma doença que deve ser objecto de tratamento, de desmistificação e esclarecimento perante a população, dado que afecta enormemente a vida do indivíduo a todos os níveis, impossibilitando-o de ter qualidade de vida em todos os aspectos (Peron et al., 2004).

Regra geral, o indivíduo com depressão apresenta um humor triste, deprimido, irritável e persistente na maior parte do tempo (R. Costa, Soares, & Teixeira, 2007; Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003; Madureira, 2006; Maia, 1999). Pode existir uma perda parcial ou mesmo total do interesse ou prazer face às actividades diárias, que antes eram agradáveis para o indivíduo (Del Porto, 1999; Kaplan et al., 2003; Maia, 1999). É muito comum o indivíduo deprimido apresentar uma imagem cansada e preocupada, possuindo um olhar

fixo e triste, a testa franzida, existindo uma tendência para o corpo estar curvado e haver grande desleixo a nível da aparência (Del Porto, 1999).

Em relação aos processos cognitivos, estes costumam estar diminuídos, o que leva a uma baixa auto-estima, sentindo-se o indivíduo com depressão uma péssima pessoa, um peso para os outros, um fracasso, sem qualidades (R. Costa et al., 2007; Del Porto, 1999; Madureira, 2006; Maia, 1999). De acordo com a literatura, existe uma diminuição ao nível do rendimento intelectual, apontando os indivíduos deprimidos para dificuldades de raciocínio, de pensamento, em elaborar ideias, em recordar acontecimentos passados, bem como grandes dificuldades em tomar decisões e optar por uma ou outra coisa (Del Porto, 1999; Kaplan et al., 2003; Maia, 1999; Wannamacher, 2004). É usual existir isolamento social, bem como lentificação psicomotora ou, pelo contrário, agitação psicomotora, andando o indivíduo de um lado para o outro, sem conseguir estar quieto. O sono, o apetite e o interesse sexual são também quase sempre afectados (Chellapp & Araújo, 2007; R. Costa et al., 2007; Del Porto, 1999; Kaplan et al., 2003; Madureira, 2006; Maia, 1999; Peron et al., 2004; Wannamacher, 2004). Neste sentido, a *American Psychiatric Association* (APA) apresenta os critérios de diagnóstico da perturbação depressiva major (APA, 2002) (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major, retirado de APA (2002, p. 356).

Critérios de diagnóstico para Perturbação depressiva major
<p>A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é 1) humor depressivo ou 2) perda de prazer ou do interesse:</p> <p>NOTA. Não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.</p> <p>1) humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). Nota: Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;</p> <p>2) diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros);</p> <p>3) perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso;</p> <p>4) insónia ou hipersónia quase todos os dias;</p> <p>5) agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);</p> <p>6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias;</p> <p>7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);</p>

8) diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato, ou pela observação de outros);

9) pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo).

Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta problemática é tão grave que se aponta que em 2020 a depressão será a segunda maior causa de incapacidade a nível mundial (Peron et al., 2004; Shansis & Cordioli, 2005). Em 2000, a depressão encontrava-se em quarto lugar, o que demonstra o aumento da prevalência desta perturbação (Amaral et al., 2007). A depressão, presente a nível universal na população e registada desde tempos remotos, surge como sendo cerca de duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens (Grevet et al., 2005; Justo & Calil, 2004; M. Lima, Tassi, Novo, & Mari, 2005; R. Lima & Migott, 2003; Zavaschi et al., 2002).

O facto de a depressão ocorrer mais frequentemente em mulheres do que em homens parece estar associado a uma série de factores. De acordo com o *National Institute of Mental Health* (2004), referido em Canale e Furlan (2006), esses factores podem ser de origem hormonal, tais como as mudanças do ciclo menstrual, a gravidez, o aborto, o período pós-parto, a pré-menopausa e ainda a menopausa, mas também pelo facto de as mulheres estarem sujeitas a mais stress, devido às suas responsabilidades no trabalho e em casa, maternidade solteira, ter de cuidar dos filhos e de pais idosos (Canale & Furlan, 2006). Já Fabela (2002) aponta ainda como possível explicação para a maior sensibilidade por parte das mulheres aos agentes que provocam depressão, baseado em relatos de investigadores do Instituto de Neurologia de Montreal, o facto de o cérebro normal das mulheres possuir uma velocidade de produção de serotonina 52% inferior ao homem.

De acordo com a literatura, os homens que apresentam depressão, normalmente mascaram-na com o álcool ou com drogas, ou trabalhando horas a fio (Canale & Furlan, 2006; King et al., 2006). Assim, a depressão no sexo masculino costuma surgir como irritação, falta de coragem e raiva, o que torna o seu reconhecimento, por vezes, mais difícil.

Uma vez que, normalmente, os homens estão menos dispostos que as mulheres a procurar ajuda, torna-se aqui essencial encorajá-los a procurar ajuda, sendo que o suporte familiar pode também fazer muita diferença (Canale & Furlan, 2006). Em algum momento, entre 13 a 20% da população irá apresentar alguma sintomatologia depressiva e entre 2 a 3% irá ver as suas actividades do dia-a-dia grandemente prejudicadas pela depressão (Wannamacher, 2004) sendo que nas populações clínicas, existe uma incidência ainda maior que na população geral (Teng, Humes, & Demétrio, 2005).

Dois estudos que foram efectuados na zona centro do país demonstraram que 16,9% a 18,4% da população tinha sintomatologia depressiva significativa (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & De Almeida, 2005). Outro estudo, essencialmente efectuado no Algarve (Gusmão et al., 2005), demonstrou existir uma prevalência de sintomas depressivos de 17,8% na população. Deste modo, têm sido efectuados diversos estudos e têm-se proposto várias teorias de forma a explicar a depressão e a entender os mecanismos subjacentes à mesma (Justo & Calil, 2004). Vários autores sugerem, então, que a depressão tenha origem em factores biológicos, genéticos e psicossociais, podendo ainda estes factores interagir entre si (Canale & Furlan, 2006; Justo & Calil, 2004; Kaplan et al., 2003; Lafer & Filho, 1999) (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Etiologia da depressão, adaptado de Canale e Furlan (2006), Justo e Calil (2004) e Kaplan et al (2003).

Etiologia da depressão	
<i>Factores biológicos</i>	- redução da actividade da serotonina, noradrenalina e dopamina; - desregulação do eixo neuroendócrino (o adrenal, o da tiróide e a hormona de crescimento); - anomalias no começo da fase REM do sono;
<i>Factores genéticos</i>	- Possibilidade de hereditariedade da depressão numa proporção de 3 a 1 sobre a população geral; - apresentam incidência familiar.
<i>Factores psicossociais</i>	- Experiências stressantes de separação, de perda, desânimo aprendido e desamparo; - A presença de um estilo cognitivo negativo; - alguns tipos de personalidade: dependente, obsessivo-compulsivo e histeria; - As experiências psicossociais stressantes: stress familiar, acontecimentos de vida, desemprego e níveis sócio económico familiar precipitam a perturbação depressiva.

Frequentemente, existem perturbações coexistentes com a depressão, como a ansiedade, a dependência de álcool, as perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, perturbações neuropsiquiátricas, como a Esclerose Múltipla, o Acidente Vascular Cerebral e a Epilepsia, as doenças endocrinológicas, como os diabetes, distúrbios

da tiróide, obesidade, entre outros (Gusmão et al., 2005; Justo & Calil, 2004; Kairalla et al., 2004; Kaplan et al., 2003; Teng et al., 2005). Neste sentido, é necessário fazer a distinção entre a depressão e outras perturbações, tanto mentais como médicas (Del Porto, 1999; Kaplan et al., 2003; Teng et al., 2005) (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Diagnóstico Diferencial, adaptado de Del Porto (1999), Kaplan et al (2003) e Teng et al (2005).

Diagnóstico Diferencial	
	- Neurológicas: epilepsia, demências, enxaquecas, esclerose múltipla;
	- Endócrinas: adrenal, tiróide;
<i>Perturbações médicas:</i>	- Infecciosas e inflamatórias: pneumonia, artrite reumatóide, tuberculose;
	- Médicas diversas: cancro, deficiências vitamínicas, doença cardiopulmonar;
	- Farmacológicas: analgésicos e anti-inflamatórios, neurológicas e psiquiátricas;
	- esquizofrenia;
<i>Perturbações mentais:</i>	- luto;
	- personalidade;
	- esquizoafectivo.

A maior parte dos indivíduos deprimidos não procura ajuda médica e metade daqueles que o fazem, procuram um tratamento inicial com médicos de clínica geral ou outras especialidades (Canale & Furlan, 2006; M. Fleck et al., 2003). Os outros, ou fazem psicoterapia, ou procuram um psiquiatra, recebendo o tratamento específico adequado (Canale & Furlan, 2006). Estes autores salientam a importância de se efectuar um diagnóstico com qualidade e uma avaliação médica/psicológica antes de se iniciar o tratamento para a depressão, em conjunto com uma boa aliança terapêutica.

Os quadros depressivos são tratáveis entre 70 a 80% dos casos, todavia é fundamental integrar o tratamento farmacológico com o tratamento psicológico (M. Fleck et al., 2003; Kaplan et al., 2003). Do tratamento farmacológico fazem parte os tricíclicos, os inibidores da monoaminoxidase, os inibidores específicos da recaptção da serotonina e outros agentes, como o lítio e a brupropiona (Grevet et al., 2005; Martín & Rosa, 2006; R. Moreno, Moreno, & Soares, 1999; Rodriguez & Sacristán, 2002; Scalco, 2002; Teng et al., 2005).

Dentro do tratamento psicológico da depressão existe uma panóplia de terapias. São elas: terapia cognitiva, terapia comportamental, terapia interpessoal, psicoterapia de orientação psicodinâmica, psicoterapia de apoio, terapia de grupo e terapia familiar (Canale & Furlan, 2006; Kaplan et al., 2003; R. Lima & Migott, 2003; Madureira, 2006; Maia, 1999; Pires, 2004; Rodriguez & Sacristán, 2002; Schestatsky & Fleck, 1999; Stella et al., 2002).

2.3. Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de Vida (QDV) surge nos Estados Unidos da América, após a Segunda Guerra Mundial (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; González, 2003; Nigri, Orlando, Gava, Peccin, & Cohen, 2004; Pais-Ribeiro, 2002) e aparece descrita como a percepção que o indivíduo tem em relação ao seu bem-estar, resultando, tanto da satisfação ou insatisfação perante algumas das áreas da sua vida às quais cada um considera importantes (Barbosa, 2003; Ribeiro, Meneses, & Meneses, 1998). Este conceito de QDV, apesar de ser recente, tem vindo a ser definido e operacionalizado, de diversos modos e por diferentes profissionais de formações variadas, permitindo um reconhecimento multiprofissional da sua relevância e da sua complexidade (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Frayman, Cukiert, Forster, Ferreira, & Buratini, 1999; R. F. Meneses et al., 2008). Não se trata de uma variável psicológica, mas de uma variável multidisciplinar que recolhe os contributos de todas as áreas do conhecimento (Pais-Ribeiro, 2002).

De acordo com alguns autores, este conceito encontra-se relacionado com um plano de vida, com a satisfação de necessidades ou ainda com o bem-estar (P. T. Fernandes, 2005; Nigri et al., 2004), sendo a percepção que o indivíduo faz, como se percebe, com presença ou não de doença, a diversos níveis, como o familiar, o pessoal e o profissional (DeFelipe-Oroquieta, 2002; P. Salgado & Souza, 2001). É referida na literatura, nomeadamente, no trabalho de Seidl e Zannon (2004), uma taxonomia das definições de QDV (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Taxonomia das definições de Qualidade de Vida, adaptado de Seidl e Zannon (2004).

Taxonomia das definições de Qualidade de vida	
<u>Taxonomia</u>	<u>Características e implicações das definições</u>
<i>Definição Global</i>	<ul style="list-style-type: none"> - primeiras definições que surgem na literatura; - predomínio até meados dos anos 80; - abordagem geral; - não aborda dimensões do construto; - não existe operacionalização do conceito; - centra-se somente na avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
<i>Definição com base em componentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - definição baseada em componentes; - surge na década de 80; - existe uma divisão do conceito geral em diversas componentes ou dimensões; - existe operacionalização do conceito; - início de estudos empíricos.
<i>Definição focalizada</i>	<ul style="list-style-type: none"> - ênfase nas componentes específicas, como habilidades funcionais ou de saúde; - surgem estudos que utilizam a expressão “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde”; - desenvolvimento de instrumentos de avaliação da qualidade de vida para indivíduos com diversos danos.
<i>Definição combinada</i>	<ul style="list-style-type: none"> - definições que inserem aspectos da taxonomia da definição geral e da definição com base em componentes; - ênfase em aspectos empíricos e operacionais; - desenvolvimento de instrumentos de avaliação global e factorial.

A QDV é um conceito subjectivo (Frayman et al., 1999; P. Salgado & Souza, 2001; Priscila Salgado & Souza, 2002), que depende da perspectiva de cada indivíduo, na medida em que ele é a pessoa indicada para definir a sua QDV, a sua satisfação e o seu bem-estar (Souza, 2001).

Alguns autores indicam que este conceito encontra-se relacionado com a diferença entre as experiências reais e as expectativas de cada indivíduo (Ribeiro et al., 1998; Souza, 2001) e com a diferença entre o estatuto percebido e o desejado (Souza, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de QDV é definido como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, da cultura e sistema de valores nos quais se insere, em relação às suas preocupações, expectativas, objectivos e padrões (Brito, Araújo, Galvão, Moreira, & Lopes, 2008; M. Fleck, 2000; Marcelo Fleck et al., 2002; Frayman et al., 1999; R. F. Meneses et al., 2008; Seidl & Zannon, 2004). Assim, a QDV apresenta uma vertente subjectiva e uma vertente multidimensional (N. Alonso et al.,

2005; A. Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes, & Chor, 2006; Seidl & Zannon, 2004). A primeira encontra-se relacionada com a perspectiva individual e a segunda por envolver diversos âmbitos e áreas de um indivíduo, como, o domínio físico e o domínio emocional (N. Alonso et al., 2005; A. Moreno et al., 2006; Seidl & Zannon, 2004).

O conceito de QDV é difícil de definir, na medida em que está dependente dos valores que o indivíduo adoptou para si e dos seus recursos emocionais e pessoais, derivando de factores económicos, sociais e culturais, que se vão alterando com o passar do tempo (Madariaga & Nuñez-Antón, 2008). Quando se avalia a QDV de um indivíduo que padece de uma doença, o elemento fundamental é a saúde do mesmo. Pretende-se averiguar em que medida as características e especificidades da doença influenciam os diversos domínios da QDV, sendo que a esta óptica denomina-se de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QDVRS) (Ribeiro et al., 1998). Existem, diversas definições de acordo com vários autores (cf. Quadro 19).

Quadro 19 – Definições de Qualidade de Vida relacionada à Saúde, adaptado de Seidl e Zannon (2004).

Definições de Qualidade de Vida relacionada à Saúde	
Qualidade de Vida relacionada à Saúde	Autores
- <i>É a valoração subjectiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde</i>	Guiteras & Bayés, 1993, p. 179
- <i>Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida</i>	Cleary, Wilson & Fowler, 1995, p. 91
- <i>É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde.</i>	Patrick & Erickson (1993) citados em Ebrahim (1995), p. 1384

A QDVRS é considerada uma avaliação multidimensional que o indivíduo faz sobre o impacto da sua doença, do seu tratamento, das componentes físicas, psicológicas e sociais (N. Alonso et al., 2005; Cid, Juste, & López, 2006; H. Filho & Gomes, 2004; Madariaga & Nuñez-Antón, 2008; Pais-Ribeiro, 2002). Outros autores referem alguns elementos básicos da QDVRS que são: (1) o carácter multidimensional; (2) a ênfase na percepção do próprio paciente; e (3) o equilíbrio entre a QDV desejada e a percebida. (Rajmil, Herdman, Serra-Sutton, & Alonso, 2001; Velarde-Jurado & Ávila-Figueroa, 2002). Neste sentido, o conceito de avaliação multidimensional refere-se a uma avaliação ampla de um indivíduo elaborada quando este sofre de uma doença, susceptível de ser alterada por conduta médica ou de

saúde pública, não abrangendo, no entanto, domínios como o do ambiente e o económico, pois estes não estão ao alcance da acção dos profissionais de saúde envolvidos no bem-estar do indivíduo (H. Filho & Gomes, 2004).

Para Rajmi, Estrada, Herdman, Serra-Sutton e Alonso (2001) este conceito é definido como uma avaliação subjectiva do impacto do estado de saúde, dos cuidados sanitários e da promoção da saúde, na capacidade do indivíduo em manter um determinado nível de funcionamento que lhe possibilita a realização de actividades importantes e que influenciam o seu estado geral de bem-estar. Na QDVRS estão inseridas diversas dimensões, como, o funcionamento social, o funcionamento físico, o funcionamento cognitivo, mobilidade, cuidado pessoal e bem-estar emocional (Rajmil et al., 2001) (cf. Quadro 20).

Quadro 20 – Dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde, retirado de (Campolina & Ciconelli, 2008)

Dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde	
<u>Dimensão</u>	<u>Conteúdo</u>
<i>Função Física</i>	Mobilidade; Actividade de vida diária.
<i>Sintomas</i>	Fadiga; Dor; Sensibilidade; Força.
<i>Impressão global da saúde</i>	Auto-avaliação do nível de saúde
<i>Bem-estar psicológico</i>	Ansiedade; Depressão; Auto-estima.
<i>Função cognitiva</i>	Alerta; Atenção; Memória; Orientação; Linguagem; Gnosias; Praxias.
<i>Actividades na sociedade, papel social</i>	Emprego; Cuidados com a casa; Relações laborais e sociais; Actividades na sociedade; Integração.
<i>Situação pessoal</i>	Estigma; Discriminação, autodiscriminação; Marginalização; Satisfação com o estilo de vida.

<i>Satisfação com os cuidados</i>	Satisfação com os procedimentos de cuidado; Satisfação com os resultados de saúde; Sobrecarga.
-----------------------------------	--

A QDVRS apresenta uma relação directa tanto com o funcionamento físico como com o funcionamento mental e, simultaneamente, com o bem-estar do indivíduo (Madariaga & Nuñez-Antón, 2008). Neste sentido, a QDV quando relacionado com a doença ou saúde tem um aumento no que respeita à sua complexidade, na medida em que, a influência que exerce na vida do indivíduo depende de um conjunto de factores que nem sempre são controláveis (Frayman et al., 1999). A QDV no contexto da saúde e da doença surge como um indicador do estado de saúde, visto a saúde ser um factor determinante da QDV, apesar desta última depender de outros domínios além da saúde (Pais-Ribeiro, 2002).

Quando se fala em QDV em doentes crónicos esta engloba o bem-estar e satisfação, tendo em consideração as consequências da doença, o seu tratamento e os efeitos secundários (Vinaccia & Orozco, 2005). Estes autores indicam que este conceito apesar de inserido na doença crónica, também apresenta um carácter multidimensional, onde estão inseridos algumas dimensões ilustradas no quadro seguinte:

Quadro 21 – Dimensões inseridas na Qualidade de Vida em doentes crónicos, adaptado de Vinaccia & Orozco (2005).

Dimensões inseridas na Qualidade de Vida em doentes crónicos	
<i>Status funcional</i>	capacidade para executar um conjunto de actividades que de um modo geral os indivíduos realizam;
<i>Sintomas relacionados com a doença</i>	conjunto de sintomas relacionados com a doença, que dependem da doença e do tratamento;
<i>Funcionamento psicológico</i>	geralmente os pacientes com doença crónica manifestam um nível elevado de stress, fadiga, perda de apetite, sintomatologia depressiva;
<i>Funcionamento social</i>	medo apresentado pelo paciente crónico em se tornar um encargo para todos os que o rodeiam, medos dos sintomas e/ou incapacidades, desconforto.

Segundo Ribeiro, Meneses e Meneses (1998) a doença crónica caracteriza-se por ser uma doença sem cura e/ou de tratamento prolongado, que leva a alterações importantes no modo de vida do paciente, de forma a viver com a doença, mantendo uma QDV elevada.

2.4. Sintomatologia depressiva e Qualidade de Vida na Epilepsia

As doenças crónicas podem ter diferentes origens, nas quais se incluem as doenças neurológicas (Ferro & Pimentel, 2006). A Epilepsia é uma das patologias de diagnóstico neurológico mais comum (P. Fernandes et al., 2004), onde os estudos não reconhecem influência de aspectos sociais, étnicos, geográficos, etários ou sexuais. Todavia esta patologia pode envolver aspectos económicos, o que a torna num problema de Saúde Pública (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Barbosa, 2003; Kairalla et al., 2004; Neto & Marchetti, 2005), interferindo mais a nível da Saúde Mental do que propriamente na Saúde Física (P. Salgado & Souza, 2001).

A Epilepsia deve ser estudada tendo em conta as suas diferentes manifestações e etiologias (Fonseca & Tedrus, 2008), uma vez que os indivíduos que apresentam uma epilepsia severa e intratável manifestam um risco elevado para despoletar perturbações psiquiátricas, comparativamente com indivíduos que apresentam uma forma moderada da doença (Mayor et al., 2006; Mendez, Cummings, & Benson, 1986; G. Oliveira, Kummer, Salgado, Marchetti, & Teixeira, 2009). De acordo com estes autores, as perturbações psiquiátricas apesar de serem frequentes nesta população, são subdiagnosticadas e subtratadas, uma vez que alguns sintomas são mascarados pelo tratamento farmacológico antiepiléptico (Cavalcanti et al., 2009).

Para muitos destes indivíduos, as crises são imprevisíveis e incontroláveis, o que influencia o quotidiano dos mesmos (G. Oliveira et al., 2009). De forma semelhante, tanto o medo como a preocupação face às crises, associados ao estigma e discriminação, à falta de apoio social são consideradas variáveis etiológicas de carácter psicossocial no desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (Júnior & Carvalho, 2002; Swinkels, Kuyk, Van Dyck, & Spinhoven, 2005). Inseridas nas perturbações de humor, a depressão é provavelmente a perturbação mais comum nos indivíduos com epilepsia (Frayman et al., 1999; E. Guerrero & Guerrero, 2006; Neto & Marchetti, 2005; Schlindwein-Zanini, Portuguese, Costa, Marroni, & Costa da Costa, 2007). Esta relação pode estar associada com a interacção de alguns factores, tais como, os factores genéticos, os factores bioquímicos e os factores psicossociais (González, 2003; Júnior & Carvalho, 2002; Mendez et al., 1986).

A perturbação depressiva na epilepsia tem uma prevalência de cerca de 15% e 60% e caracteriza-se, principalmente, por humor deprimido ou perda de interesse e prazer, sendo 5 a 7 vezes maior relativamente ao que acontece para outras doenças crónicas, inclusive também aquelas que são também do foro neurológico (Castro et al., 2008; Cavalcanti et al.,

2009; Fonseca & Tedrus, 2008; González, 2003; E. Guerrero & Guerrero, 2006; Júnior & Carvalho, 2002; Marchetti et al., 2005; B. Oliveira, Parreiras, & Doretto, 2007; G. Oliveira et al., 2009). De acordo com a literatura, verifica-se um elevado índice de depressão em indivíduos com epilepsia relativamente a outras doenças crónicas não relacionadas com o cérebro (Kairalla et al., 2004). Contudo, a implicação deste resultado é que a depressão pode ser uma manifestação de alterações específicas na função cerebral (Kairalla et al., 2004). No entanto, o quadro depressivo pode passar despercebido nestes indivíduos, uma vez que existe uma atipicidade na manifestação dos seus sintomas (Cavalcanti et al., 2009). A sintomatologia depressiva manifestada por indivíduos com epilepsia pode apresentar as características clássicas da depressão, todavia, não cumpre todos os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quarta Edição (DSM-IV) para Perturbação Depressiva Major (Mayor et al., 2006; G. Oliveira et al., 2009). Neste sentido, é comum que alguns destes indivíduos, quando recebem o diagnóstico de epilepsia, passem por uma fase de tristeza e de adaptação que, com o passar do tempo, permite que o seu estado de humor tenda a estabilizar (DeFelipe-Oroquieta, 2002; Neto & Marchetti, 2005; G. Oliveira et al., 2009). No entanto, existem outros indivíduos que podem desenvolver um quadro depressivo (Kairalla et al., 2004). De acordo com a literatura, as crises por si só e quando associadas a outros factores, como o estigma, a preocupação, tendem a comprometer tanto o desempenho produtivo como as relações afectivas dos indivíduos com epilepsia (Júnior & Carvalho, 2002; G. Oliveira et al., 2009). Também o sentimento de desesperança destes indivíduos constituiu uma agravante do quadro depressivo e também pode ser considerado como um factor psicológico desencadeante de crises que, por sua vez, acentuariam o quadro depressivo, tornando-se num ciclo vicioso de prognóstico negativo (DeFelipe-Oroquieta, 2002; Júnior & Carvalho, 2002; R. F. Meneses et al., 2008). Os estados depressivos diferem quanto à durabilidade, podem ser de curta duração – por algumas horas – mas podem prolongar-se no tempo, assumindo formas de pessimismo e tristeza (Kairalla et al., 2004). As crises epilépticas têm um carácter imprevisível e incontrolável, de onde podem resultar graves sequelas. Concomitantemente, a discriminação, o desemprego, a exclusão social são consequências apontadas na literatura e que podem levar ao despoletar de um quadro depressivo e/ou de ansiedade (Artigas, 1999a, 1999b; Kairalla et al., 2004; R. F. Meneses et al., 2008). Deste modo, indivíduos com epilepsia apresentam uma frequência maior de depressão, comparativamente a indivíduos sem epilepsia mas com o mesmo nível de incapacidade (D. Guerrero, Infante, & Palacios-Espinosa, 2008; Júnior & Carvalho, 2002; Kairalla et al., 2004; Karzmark, Zeifert, & Barry, 2001).

Assim, os elevados níveis de depressão e ansiedade e a baixa auto-estima têm sido vistos como as problemáticas mais frequentes em indivíduos com epilepsia (Mayor et al.,

2006; Mendez et al., 1986; R. F. Meneses et al., 2008). Indaco, em 1992, citado em Kairalla e colaboradores (2004) refere que a depressão nestes indivíduos encontra-se de algum modo ligado ao tipo de epilepsia, tendo chegado a esta conclusão devido ao facto de não ter verificado correlação entre a gravidade da depressão e a duração da doença, a frequência de crises, o nível de habilitação literária, a história familiar de quadros depressivos e o nível de fármacos anti-epilépticos na circulação sanguínea (Júnior & Carvalho, 2002). No entanto, para outros autores, tanto a frequência de crises como a duração da doença parecem contribuir para o desenvolvimento de um quadro depressivo nestes indivíduos (N. Alonso et al., 2005; Barbosa, 2003; Borges et al., 2000; Djibuti & Shakarishvili, 2003; Júnior & Carvalho, 2002; Mayor et al., 2006; Narváez, Anduquia, Nieto, & Bastidas, 2007; P. Salgado & Souza, 2001, 2003; Senol, Soyuer, Arman, & Ozturk, 2006).

Assim, a depressão é considerada um factor preditivo mais importante para cada uma das dimensões da QDV na epilepsia (G. Oliveira et al., 2009). Com efeito, é importante salientar que é necessária uma avaliação cuidadosa da presença da perturbação depressiva, bem como da adequação do seu tratamento, pois são fundamentais para a redução das crises e para uma melhoria da QDV do indivíduo com epilepsia e perturbação depressiva (N. Alonso et al., 2005; R. F. Meneses et al., 2008). Esta doença crónica tem impacto significativo na vida do indivíduo, acarretando consequências sociais e psicológicas, que limitam a componente física, emocional e social do indivíduo, levando a uma mudança drástica que, por sua vez, afecta negativamente a QDV levando a que tais limitações tenham impacto na QDV destes indivíduos (Artigas, 1999a; Cid et al., 2006; Guimarães et al., 2003; Senol et al., 2006). A influência desta doença é visível em todos os domínios do indivíduo com epilepsia, sendo que os efeitos negativos da doença na QDV são descritos na literatura (Cid et al., 2006; P. Salgado & Souza, 2003; Senol et al., 2006).

No entanto, os estudos sobre os efeitos de factores socio-económicos e clínicos na QDV são em número reduzido (Senol et al., 2006). Assim, a epilepsia tem consequências a nível geral, como na auto-estima, discriminação, estigma, comportamento, funções cognitivas, mas também a nível laboral, no que respeita à formação e contratação, bem como a nível social, por exemplo, nas relações familiares e de amizade, e nas actividades lúdicas (N. Alonso et al., 2005; Fernández, 1999; R. Meneses, Pais-Ribeiro, & Martins da Silva, 2002b). Neste sentido, os efeitos das crises repercutem-se no dia-a-dia do indivíduo com epilepsia, apresentando implicações negativas na QDV dos mesmos, que podem ser resultantes, quer da frequência e gravidade das crises, quer da duração do síndrome epiléptico (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002).

Existe um conjunto de factores que influenciam a QDV do indivíduo com epilepsia, tais como os factores orgânicos (frequência das crises, limitações físicas e cognitivas, efeitos secundários dos fármacos), os factores psicológicos (sentimentos de culpa e de

rejeição, preocupação), os factores sociais (emprego e inserção social) e os factores educacionais (desempenho académico e desempenho profissional) (N. Alonso et al., 2005; Artigas, 1999a, 1999b; P. T. Fernandes, 2005; Fernández, 1999; H. Filho & Gomes, 2004; Westphal et al., 2005). Nesta mesma linha, também Marroni (2006) apresenta três domínios da QDV que se encontram prejudicados na vida destes indivíduos: (1) domínio físico (frequência das crises, gravidade das crises, cansaço, falta de energia, efeitos secundários da medicação); (2) domínio psicológico (ansiedade, depressão, baixa auto-estima, dificuldades de concentração e de memória, medo das crises); e (3) domínio social (desemprego, dificuldades nas actividades sociais e de lazer, dificuldades em arranjar seguro) (Marroni, 2006; Westphal et al., 2005).

A literatura refere algumas variáveis demográficas e clínicas que afectam a QDV do indivíduo com epilepsia, como, a idade, género, frequência de crises e duração da doença (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Fernández, 1999; Senol et al., 2006). Especificamente, num estudo desenvolvido por Senol, Soyuer, Arman e Ozturk (2006) são apresentadas variáveis sócio-demográficas e clínicas que influenciam directamente a QDV destes indivíduos: (1) frequência das crises; (2) a duração da doença; (3) a fadiga; (4) a depressão e (5) a idade, (N. Alonso et al., 2005; N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Borges et al., 2000; F. Cabral, Coelho, & Sanvito, 2004; DeFelipe-Oroquieta, 2002; Djibuti & Shakarishvili, 2003; Fernández, 1999; H. Filho & Gomes, 2004; González, 2003; Guimarães et al., 2003; R. Meneses et al., 2002b; Narváez et al., 2007; Senol et al., 2006) (cf. Quadro 22).

Quadro 22 – Variáveis sócio-demográficas e clínicas que influenciam a Qualidade de Vida, adaptado de N. Alonso et al., 2005; F. Cabral, Coelho, & Sanvito, 2004; DeFelipe-Oroquieta, 2002; Fernández, 1999; Filho & Gomes, 2004; González, 2003; Guimarães et al., 2003; R. Meneses et al., 2002b.

Variáveis sócio-demográficas e clínicas que influenciam a Qualidade de Vida	
	Os indivíduos demonstram ansiedade devido:
<i>Frequência das crises</i>	<ul style="list-style-type: none"> - ao carácter inesperado e imprevisível das crises; - à perda de consciência; - à perda de controlo; - ao estigma social pela vergonha e humilhação;
<i>Duração da doença</i>	Relacionada com: a idade de começo. <ul style="list-style-type: none"> - afectando as funções físicas e cognitivas; - quanto maior a duração da doença maior o impacto negativo no funcionamento cognitivo;
<i>Fadiga</i>	Relacionada com: <ul style="list-style-type: none"> - a frequência e o tipo de crises; - as alterações nos padrões de sono; - as alterações de actividades sociais; - os acontecimentos de vida.
<i>Depressão</i>	<ul style="list-style-type: none"> - conjunto de factores de risco, tanto biológicos como psicossociais, para o despoletar desta perturbação; - a idade de começo, a duração da doença, a etiologia da doença, o tipo de crises, a adaptação e ajustamento à doença, o estigma e discriminação, sintomatologia ansiógena, medicação, factores sócio-demográficos.
<i>Idade</i>	quanto maior a idade, menor a QDV devido à fadiga, à perda de energia, ao funcionamento cognitivo e emocional e às limitações.

O indivíduo com epilepsia percebe a sua doença consoante o número de crises que tem (Marroni, 2006; P. Salgado & Souza, 2001, 2003), embora quando estas não ocorrem o indivíduo manifesta preocupação com a sua ocorrência, o que acaba também por ter impacto na sua QDV (P. Salgado & Souza, 2003). Assim, alguns autores referem que não é a epilepsia que indica a QDV, mas sim o modo como o indivíduo vive com ela (Priscila Salgado & Souza, 2002). Face ao que foi referido anteriormente, é importante realçar que todas as alterações que esta doença pode causar no funcionamento cerebral, têm implicações na QDV destes indivíduos e interfere, quer em diversos domínios da sua vida (pessoal, profissional, académico, social), quer no êxito do tratamento (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Artigas, 1999a; Bishop, Berven, Hermann, & Chan, 2002; Fábio Cabral, Coelho, & Sanvito, 2005; Djibuti & Shakarishvili, 2003; Fernández, 1999; Guimarães et al., 2003; Herranz, 2002; R. Meneses et al., 2002b).

III. Corpo empírico

Neste capítulo, apresenta-se a metodologia geral e os resultados decorrentes do estudo levado a cabo no âmbito deste trabalho. Quanto ao primeiro aspecto, serão explicados os objectivos, as variáveis em estudo e as hipóteses da investigação, sendo ainda caracterizado a amostra dos participantes que constitui o estudo. Segue-se a caracterização dos instrumentos utilizados para avaliar as referidas variáveis e os procedimentos necessários para a recolha de dados. No que concerne aos resultados, apresenta-se, num primeiro momento, dados provenientes da avaliação da sintomatologia depressiva e da QDV, tendo em conta o género, frequência de crises e tempo de doença. Posteriormente, procede-se à discussão destes resultados, tendo em consideração os aspectos teóricos apresentados no corpo teórico desta dissertação. Esta discussão terá em conta as hipóteses formuladas anteriormente relativas à depressão e QDV na Epilepsia.

3.1. Apresentação do estudo

3.1.1. Objectivos

Os objectivos que se pretendem com este trabalho de investigação são os seguintes:

- analisar a existência de sintomatologia depressiva nos participantes com epilepsia;
- determinar a QDV dos participantes com epilepsia;
- estudar a relação entre sintomatologia depressiva e QDV dos participantes;
- averiguar a relação entre sintomatologia depressiva, frequência de crises e duração da doença;
- analisar a relação entre QDV, frequência de crises e duração da doença.

3.2. Planificação

Na planificação da investigação é da responsabilidade do(s) investigador(es) desenhar, conduzir e reportar a investigação segundo os padrões éticos e de competência científica reconhecida (Pais-Ribeiro, 1999).

3.2.1. Tipo de Estudo

O método de investigação utilizado foi o quantitativo, uma vez que utiliza a matemática como um elemento fundamental para medir os resultados, tratando-se de um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis (Freixo, 2009). Através deste tipo de metodologia é possível o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, existe a possibilidade de generalização dos resultados, bem como a predição e controlo dos acontecimentos (Freixo, 2009).

Quanto ao tipo de investigação, trata-se de um estudo descritivo pois permite caracterizar de forma precisa as variáveis presentes neste estudo, transversal pois enfatiza um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento e correlacional, dado que vai mais além da simples descrição dos fenómenos para estabelecer relações entre as variáveis em estudo (Almeida & Freire, 2007; Pais-Ribeiro, 1999).

3.2.2 Definição das Variáveis

As variáveis são o facto central, pois em torno delas é estruturada a investigação (Pais-Ribeiro, 1999). Relativamente à natureza das variáveis, estas podem ser quantitativas e qualitativas. Fala-se em variáveis quantitativas quando é possível estabelecer uma relação matemática entre diferentes valores na variável. Já nas variáveis qualitativas, não é possível determinar uma relação matemática entre os distintos valores da variável (Almeida & Freire, 2007; Vidal, 2005).

Quanto ao estatuto, as variáveis podem ser divididas em variáveis dependentes, variáveis independentes e variáveis parasitas. A variável independente é aquela que o investigador manipula e a variável dependente é aquela que varia em consequência da variação da variável independente. A variável parasita está associada à variável

independente, que não é considerada na experiência, mas que pode ter influência nos resultados esperados para a variável dependente (Almeida & Freire, 2007; Pais-Ribeiro, 1999).

As variáveis também podem ser medidas através de diferentes tipos de escalas. A escala nominal é meramente classificativa, permitindo descrever as variáveis ou os sujeitos, mas sem recorrer à quantificação. Na escala ordinal apenas podem ser diferenciados diferentes graus de um atributo ou variável, existindo uma relação de ordem. A escala intervalar indica quanto determinada característica está presente ou não, possibilita ainda que os resultados sejam passíveis de conversões lineares. A escala de razão permite não só quantificar as diferenças entre as medições como também estão garantidas certas condições matemáticas vantajosas, como um ponto de nulidade (Almeida & Freire, 2007; Pinto, 1990; Sampieri, Collado, & Lucio, 2003)

De seguida, proceder-se-á a definição das variáveis em estudo. São elas: a depressão, a QDV, a frequência de crises e a duração da doença.

A depressão pode ser considerada como um conjunto de experiências que, geralmente, são sentidas como uma descontinuidade relativas à vivência normal (Calil & Guerra, 2004). Regra geral, o indivíduo com depressão apresenta um humor triste, deprimido, irritável e persistente na maior parte do tempo (R. Costa et al., 2007; Del Porto, 1999; Kaplan et al., 2003; Madureira, 2006; Maia, 1999). Pode existir uma perda parcial ou mesmo total do interesse ou prazer face às actividades diárias, que antes eram agradáveis para o indivíduo (Del Porto, 1999; Kaplan et al., 2003; Maia, 1999). No presente estudo, a depressão é definida como a presença de um conjunto de sintomatologia depressiva, como perda de apetite, humor deprimido, triste, falta de energia, entre outros, uma vez que o instrumento utilizado para avaliar a variável avalia a ocorrência de sintomatologia depressiva (B. Gonçalves & Fagulha, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QDV é definida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, da cultura e sistema de valores nos quais se insere, em relação às suas preocupações, expectativas, objectivos e padrões (Brito et al., 2008; M. Fleck, 2000; Marcelo Fleck et al., 2002; Frayman et al., 1999; R. F. Meneses et al., 2008; Seidl & Zannon, 2004). A QDV de um indivíduo que padece de uma doença tem como elemento fundamental, a saúde do mesmo, onde se pretende averiguar em que medidas as características e especificidades da doença influencia os diversos domínios da QDV, como o funcionamento físico, a saúde mental, o funcionamento social, os sintomas, a impressão global da saúde, entre outros (N. Alonso et al., 2005; Campolina & Ciconelli, 2008; Cid et al., 2006; H. Filho & Gomes, 2004; Madariaga & Nuñez-Antón, 2008; Pais-Ribeiro, 2002; Rajmil et al., 2001). Neste sentido, a QDV do presente estudo é definida

como a percepção que o indivíduo com epilepsia tem do seu bem-estar físico, psicológico e social.

A frequência é definida como o número de vezes que um determinado fenómeno se repete ou como o número de vezes que num espaço de tempo acontece um determinado acontecimento. A crise epiléptica é um fenómeno paroxístico, não provocado, de causa primária encefálica, causada por uma descarga síncrona, anormal e excessiva, de um determinado contingente neuronal do córtex cerebral (Santo et al., 2004; E. M. Yacubian, 2002). No presente estudo a frequência de crises é definida como o número de vezes que as crises epilépticas ocorrem num determinado espaço de tempo.

A duração é definida como o tempo que decorre entre o princípio e o fim de uma coisa. A doença pode ser definida segundo três termos: como um fenómeno biológico, caracterizado por alterações anatómicas, fisiológicas, bioquímicas ou pela sua combinação (*disease – ter uma doença*); não é um fenómeno biológico, é um acontecimento humano (*illness – sentir-se doente*); como uma identidade social, um estatuto ou papel assumido por pessoa que foram rotuladas como não saudáveis (*sickness – comportar-se como doente*) (Pais-Ribeiro, 1998). A duração da doença no presente estudo é definida como o tempo que decorre desde o diagnóstico de epilepsia até à data da recolha de dados.

No quadro 23, encontram-se apresentadas, de forma sucinta, as variáveis presentes neste estudo.

Quadro 23 – Síntese das variáveis pertencentes ao estudo.

Variáveis	Natureza	Estatuto	Mensurabilidade	Instrumento
<u>Depressão</u>	Quantitativa	Variável dependente	Discreta 0 ≤ n ≤ 60	CES-D
	Qualitativa	Variável dependente	Nominal 1 – sem sintomatologia 2 – com sintomatologia	CES-D
<u>Qualidade de Vida</u>	Quantitativa	Variável dependente	Discreta 0 ≤ n ≤ 100	SF-36
<u>Frequência de crises</u>	Qualitativa	Variável independente	Nominal 0 – nenhum 1 – controlo de crises há mais de 6 meses 2 – 1-10 crises por mês 3 – 11-30 crises por mês	Questionário sócio-demográfico
<u>Duração de doença</u>	Quantitativa	Variável independente	Discreta	Questionário sócio-demográfico

3.2.3 Hipóteses

Define-se hipótese como a explicação ou solução mais provável de um problema (Almeida & Freire, 2007; Pinto, 1990). Para a formulação das hipóteses é preciso ter em consideração alguns aspectos, tais como, elas devem ser testáveis e operacionalizadas, justificáveis, relevantes para o problema em estudo, claras e passíveis de quantificação (Almeida & Freire, 2007). As hipóteses podem ser enunciadas dos seguintes modos: a hipótese nula (H_0) e hipótese alternativa (H_a) e hipóteses de investigação (H_n). A hipótese nula indica que os dados provenientes de distintas condições/grupos não se diferenciam, não se associam ou não se correlacionam significativamente do ponto de vista estatístico (Almeida & Freire, 2007). Já a hipótese alternativa é uma outra explicação alternativa para um determinado fenómeno (Almeida & Freire, 2007). Quanto à hipótese de investigação esta é a resposta temporária e provisória que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um determinado problema de investigação (Sampieri et al., 2003). De acordo com os objectivos a que nos propomos foram elaboradas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1:

H1: Os indivíduos com epilepsia com pior QDV apresentam maior evidência de sintomatologia depressiva.

H_0 : Em indivíduos com epilepsia a QDV não se relaciona com a evidência de sintomatologia depressiva.

H_a : Os indivíduos com epilepsia com pior QDV apresentam menor evidência de sintomatologia depressiva.

Hipótese 2:

H2: Os indivíduos com epilepsia com maior frequência apresentam maior evidência de sintomatologia depressiva.

H_0 : Em indivíduos com epilepsia a frequência de crises não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

H_a : Os indivíduos com epilepsia com maior frequência de crises apresentam menor evidência de sintomatologia depressiva.

Hipótese 3:

H3: Os indivíduos com epilepsia com maior frequência de crises apresentam pior QDV.

H₀: Em indivíduos com epilepsia a frequência de crises não se relaciona com a QDV.

H_a: Os indivíduos com epilepsia com maior frequência de crises apresentam melhor QDV.

Hipótese 4:

H4: Os indivíduos com epilepsia com mais tempo de doença apresentam maior evidência de sintomatologia depressiva.

H₀: Em indivíduos com epilepsia o tempo de doença não se relaciona com a evidência de sintomatologia depressiva.

H_a: Os indivíduos com epilepsia com mais tempo de doença apresentam menor evidência de sintomatologia depressiva.

Hipótese 5:

H5: Os indivíduos com epilepsia com mais tempo de doença apresentam pior QDV.

H₀: Em indivíduos com epilepsia o tempo de doença não se relaciona com a QDV.

H_a: Os indivíduos com epilepsia com mais tempo de doença apresentam melhor QDV.

3.3. Métodos

3.3.1. Participantes

Os participantes ou objectos sobre os quais se pretende produzir conclusões designa-se por população (Almeida & Freire, 2007; Pais-Ribeiro, 1999). Segundo estes autores, a amostra é definida como um subgrupo da população seleccionada para obter informações relativas às características dessa população. Ao processo de definição da amostra designa-se de amostragem (Almeida & Freire, 2007; Pais-Ribeiro, 1999).

A amostra de participantes foi obtida por um método de amostragem não probabilística, ou seja, os elementos da amostra foram seleccionados pela sua conveniência, pois permite um acesso mais rápido a subgrupos de sujeitos de interesse para o estudo (Sampieri et al., 2003).

Para a amostra foram definidos critérios de inclusão: apresentar diagnóstico de Epilepsia e apresentar idade superior a 18 anos.

A população foi estudada a partir de uma amostra de 40 participantes, dos quais 22 pertenciam ao género feminino (55%) e 18 ao género masculino (45%) (cf. Figura 2).

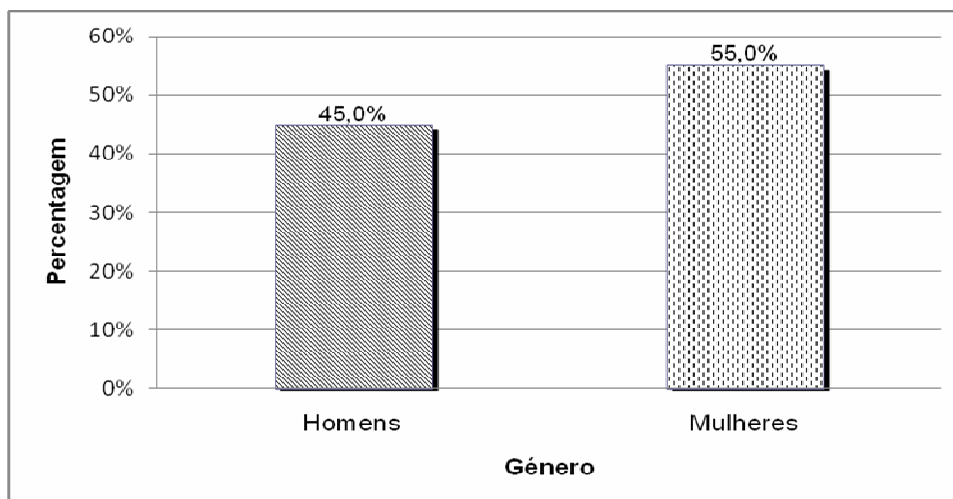


Figura 2 – Distribuição percentual da amostra por género (n=40).

Todos os participantes tinham diagnóstico de Epilepsia, com uma média de idades de 43,23 (mínimo 19, máximo 75, mediana 43,50 e desvio padrão 14,21).

Vinte e um (52,5%) participantes encontravam-se casados/regime de coabitação, 16 (40%) estavam solteiros, e os restantes, 3 (7,5%) divorciados (cf. Figura 3).

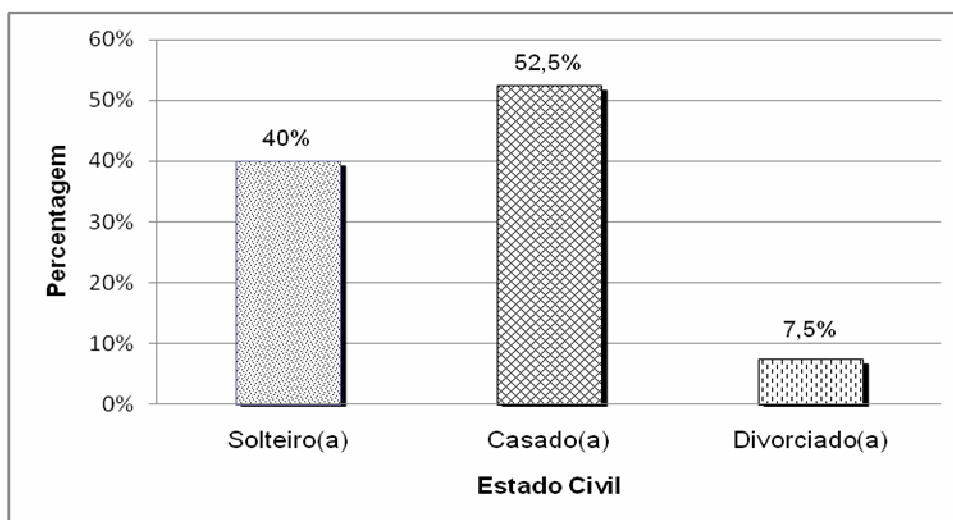


Figura 3 – Distribuição percentual da amostra por estado civil (n=40).

Quanto à escolaridade, 2,5% (1) não sabe ler nem escrever, 2,5% (1) saber ler e/ou escrever, 15% (6) frequentou até ao 1º Ciclo, 5% (2) até ao 2º Ciclo, 32,5% (13) o 3º Ciclo, 15% (6) frequentou até ao Ensino Secundário e 27,5% (11) tem Estudos Universitários (cf. Figura 4).

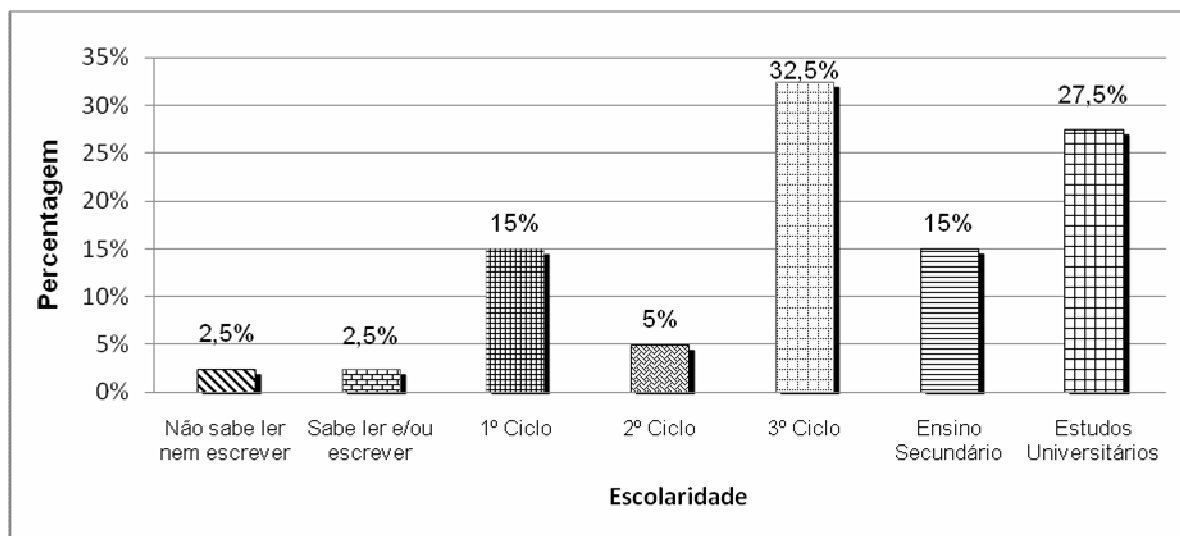


Figura 4 – Distribuição percentual da amostra por escolaridade (n=40).

A maioria dos participantes, 25 (62,5%) encontravam-se empregados, 9 (22%) encontravam-se desempregados e os restantes 6 (15%) encontravam-se reformados. Estes dados podem ser observados na figura 5.

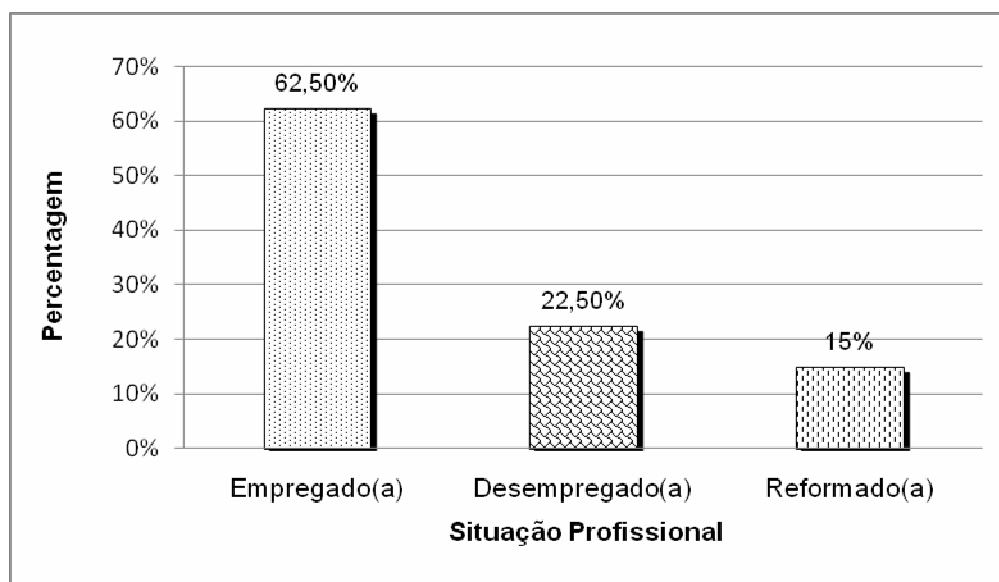


Figura 5 – Distribuição percentual da amostra por situação profissional (n=40).

No que diz respeito à frequência de crises, 6 (15%) não apresentam crises, 15 (37,5%) dos participantes apresentam controlo de crises há mais de 6 meses, 15 (37,5%)

indicam ter 1 a 10 crises por mês e 4 (10%) apresentam 11 a 30 crises por mês (cf. Figura 6).

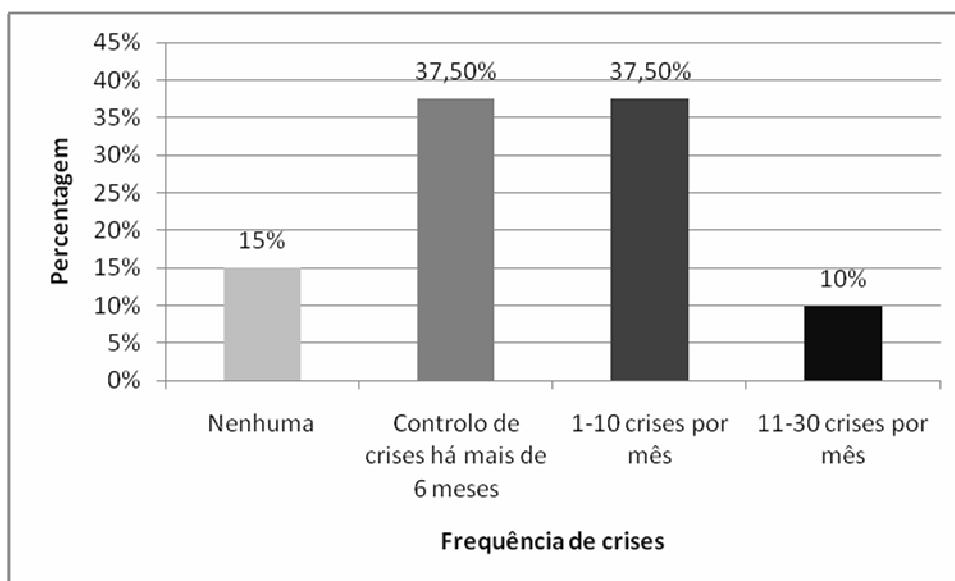


Figura 6 – Distribuição percentual da amostra por frequência de crise (n=40).

Relativamente à duração da doença, os participantes apresentaram uma média de 21,27 anos (mínimo 1, máximo 68, mediana 22,50, moda 27,00 e desvio padrão 12,59).

3.3.2. Instrumentos

No presente estudo foram administrados três questionários: um pequeno questionário sócio-demográfico (cf. ANEXO 1) que contém informações relativas à idade, género, escolaridade, estado civil, situação profissional e ainda duas questões sobre a doença, relativamente à frequência de crises e idade de diagnóstico da patologia; um questionário para avaliar sintomatologia depressiva – Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D (cf. ANEXO 2) e um questionário para avaliar Qualidade de Vida – *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* – Questionário de Estado de Saúde MOS SF-36 (cf. ANEXO 3).

- *Questionário Sócio-demográfico*

Para obtenção das características sócio-demográficas da amostra em estudo, foi desenvolvido um *Questionário Sócio-Demográfico*, com o objectivo de avaliar variáveis como o género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional dos participantes. Deste questionário ainda faziam parte duas questões relacionadas com a doença de Epilepsia, como a frequência de crises e a idade de diagnóstico da mesma.

- *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D*

A CES-D foi construída por Radloff (1977) e também foi adaptada e validada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha em 2000/2001 (B. Gonçalves & Fagulha, 2003).

A escala para além dos estudos epidemiológicos, pode também ser utilizada para despiste de perturbações depressiva e para avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva (B. Gonçalves & Fagulha, 2003), todavia não deve ser utilizada isoladamente para fins de diagnóstico.

A CES-D é composta por 20 itens que questionam sintomas depressivos referentes à última semana (R. Fernandes & Rozenhal, 2008; B. Gonçalves & Fagulha, 2003). Cada resposta contém quatro gradações de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, frequentemente e sempre).

Os itens da escala englobam questões relativas ao humor, aos sintomas psicossomáticos, aos sintomas ligados às interações sociais e relacionada à iniciativa motora (R. Fernandes & Rozenhal, 2008). É constituída por quatro factores: “afecto depressivo”, “afecto positivo”, “sintomas somáticos e perturbação da actividade” e “interpessoal” (B. Gonçalves & Fagulha, 2003). A pontuação final varia entre os 0 e os 60 pontos, com valores mais elevados a indicar mais sintomatologia depressiva (Marcelo Fleck et al., 2002; B. Gonçalves & Fagulha, 2003). A sua aplicação pode ser efectuada mediante o questionário escrito ou por entrevista oral (B. Gonçalves & Fagulha, 2003).

Os autores originais recomendam um ponto de corte de 16, sendo que os estudos realizados por Gonçalves e Fagulha sugerem um ponto de corte igual ou superior a 20 para identificação de sintomatologia depressiva (R. Fernandes & Rozenhal, 2008; B. Gonçalves & Fagulha, 2003).

• *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* – Questionário de Estado de Saúde MOS SF-36 (v.2)

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da QDV. Foi construído por Ware, Snow, Kosinsky e Gandel em 1993 com o título original de “Sf-36 health survey”. Em Portugal, foi aferido e adaptado por Ferreira em 2000 (P. L. Ferreira, 2000a, 2000b).

Este instrumento de avaliação da QDV já foi aplicado em mais de 200 doenças e encontra-se traduzido para 40 países (Campolina & Ciconelli, 2008). É considerado um dos instrumentos mais utilizados para avaliação da QDV na Epilepsia (N. Alonso et al., 2005; N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Bishop et al., 2002; Campolina & Ciconelli, 2008; P. L. Ferreira & Santana, 2003; R. Meneses, Pais-Ribeiro, & Martins da Silva, 2002a; Teixeira, Fonseca, & Maximo, 2002)

A estrutura do SF-36 pode ser dividida em três domínios: (1) itens; (2) dimensões; e (3) componentes (Campolina & Ciconelli, 2008). As oito dimensões são designadas e definidas por (cf. Quadro 24):

Quadro 24 – Dimensões do SF-36, adaptado de Ferreira (2000a).

Dimensões do SF-36	
<i>Função Física</i>	Pretende mediar desde a limitação para executar actividades menores (como tomar banho ou vestir-se) até às actividades mais extenuantes, passando por actividades intermédias como levantar e carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo andar um determinada distância;
<i>Desempenho Físico e Emocional</i>	Medem a limitação em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado; inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas – físico e emocional;
<i>Dor Física</i>	Representa não só a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a forma como interfere nas actividades normais;
<i>Saúde em Geral</i>	Pretende medir o conceito de percepção holística de saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável;
<i>Vitalidade</i>	Inclui os níveis de energia e de fadiga; permite captar melhor as diferenças de bem-estar;
<i>Função Social</i>	Pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do respondente;
<i>Saúde Mental</i>	Pretende avaliar a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

As componentes do SF-36 são duas: a componente física e a componente mental. À componente física pertencem as seguintes dimensões: desempenho físico, funcionamento físico, dor corporal e saúde em geral. À componente mental fazem parte as dimensões, saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade (Campolina & Ciconelli, 2008; P. L. Ferreira, 2000a, 2000b; Pais-Ribeiro, 2005; Severo, Santos, Lopes, & Barros, 2006).

Este instrumento é constituído por 36 itens, sendo as respostas dadas numa escala tipo Likert e quanto à sua administração, esta pode ser aplicada a qualquer indivíduo com idade superior a 14 anos, podendo ser de auto-administração, através de entrevista, por correio ou por telefone.

O SF-36 não fornece uma nota global, sendo que a nota de cada dimensão é padronizada e convertida “0” a “100”, (P. L. Ferreira, 2000a), em que 0 é considerado pior QDV e 100 melhor QDV. Segundo este autor, o questionário apresenta uma coerência interna quase perfeita e bons resultados no que respeita à fiabilidade e validade do mesmo (P. L. Ferreira, 2000a, 2000b; Severo et al., 2006). Da aferição e adaptação deste instrumento para a população portuguesa resultaram os seguintes dados gerais e específicos tendo em conta o género (cf. Quadro 25 e 26).

Quadro 25 – Médias gerais do SF-36 para a população portuguesa, retirado de Ferreira (2000a).

Médias gerais do SF-36	
<u>Dimensões</u>	<u>Média</u>
<i>Função Física</i>	75,27
<i>Desempenho Físico</i>	71,21
<i>Dor Física</i>	63,34
<i>Saúde em Geral</i>	55,83
<i>Vitalidade</i>	58,43
<i>Função Social</i>	74,95
<i>Desempenho Emocional</i>	73,56
<i>Saúde Mental</i>	64,04

Quadro 26 – Médias do SF-36 para a população portuguesa, tendo em conta o género, retirado de Ferreira (2000a).

Médias do SF-36 tendo em conta o Género		
	<u>Género Masculino</u>	<u>Género Feminino</u>
<u>Dimensões</u>	<u>Média</u>	<u>Média</u>
<i>Função Física</i>	78,82	70,25
<i>Desempenho Físico</i>	72,95	68,74
<i>Dor Física</i>	68,32	56,33
<i>Saúde em Geral</i>	58,84	51,57
<i>Vitalidade</i>	63,81	50,84
<i>Função Social</i>	77,31	71,62
<i>Desempenho Emocional</i>	75,50	70,80
<i>Saúde Mental</i>	67,76	59,31

No presente estudo, e uma vez que a literatura refere com mais frequência a análise a partir das 8 dimensões, a QDV destes participantes foi também determinada tendo por base estas mesmas dimensões.

3.3.3. Procedimentos

Os dados foram recolhidos em dois locais distintos, nomeadamente, na Luta Portuguesa Contra a Epilepsia – Delegação de Coimbra e na Associação de Epilepsia de Barcelos, a funcionar na Junta de Freguesia de Arcozelo. Para a realização da recolha de dados, efectuou-se um pedido de autorização para as referidas associações, sendo aceite pelos responsáveis das mesmas. É de salientar que no último local referido não existiu um pedido escrito, todavia, existiu o consentimento por parte da responsável e do neurologista da Consulta de Epilepsia.

Também foram efectuados os pedidos de autorização aos autores para a utilização dos referidos instrumentos (cf. ANEXO 4).

Os instrumentos e o questionário sócio-demográfico foram administrados sempre da mesma ordem, questionário sóciodemográfico, Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D e *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* – MOS SF-36. Os questionários foram aplicados individualmente, sendo que, em alguns casos, foi necessário ler as questões ao participante, por estes demonstrarem, por vezes, dificuldades de leitura ou por solicitação dos mesmos. A aplicação foi efectuada individualmente e teve uma duração, aproximadamente, de 20 a 30 minutos e no início de

cada entrevista foi explicado aos participantes o objectivo do estudo, assim como o facto de a sua participação assumir um carácter voluntário e os dados recolhidos serem confidenciais. Estas informações foram fornecidas aos participantes, de forma oral e escrita, por meio de uma folha de consentimento informado (cf. ANEXO 5).

3.4. Análise estatística

Os dados foram analisados fazendo-se uso da tecnologia do programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 17.0. Começou-se por fazer uma análise das estatísticas descritivas simples (média, mediana, moda, mínimo, máximo e desvio padrão) para a caracterização geral da amostra.

Posteriormente, estudou-se a normalidade e homogeneidade para averiguar quais seriam os testes mais adequados: os paramétricos ou os não paramétricos. Para estudar a normalidade da distribuição das variáveis utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov e para estudar a homogeneidade das variâncias da população utilizou o teste de Levene (Pestana & Gageiro, 2008). Tendo em conta os resultados destes dois testes e do tamanho da amostra, utilizaram-se testes paramétricos, como o teste t-student para comparar as médias de uma variável quantitativa numa variável dicotómica, a ANOVA para análise da variância e a correlação de Pearson para medir a intensidade da associação entre duas variáveis quantitativas (Pestana & Gageiro, 2008).

3.5. Resultados

Das análises realizadas aos dados recolhidos ao longo da investigação, observou-se que o valor em média da sintomatologia depressiva era de 20,00 pontos (mínimo 1, máximo 50, mediana 15,50 e desvio padrão 13,29). Em termos percentuais, os resultados indicam que 42,5% (17) dos participantes apresentam sintomatologia depressiva e 57,5% (23) não apresentam sintomatologia depressiva (cf. Figura 7).

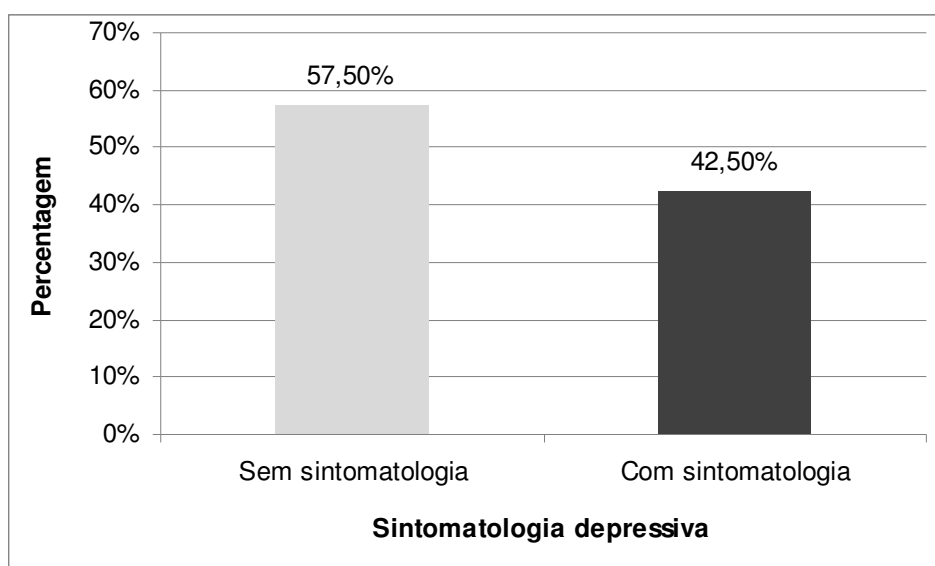


Figura 7 – Distribuição percentual dos participantes tendo em conta a sintomatologia depressiva (N=40).

A média da sintomatologia depressiva foi analisada tendo em conta o género e verificou-se que no caso do género feminino a média é de 23,18 (desvio padrão de 12,96) e no género masculino a média é de 16,11 (desvio padrão de 13) (cf. Figura 8).

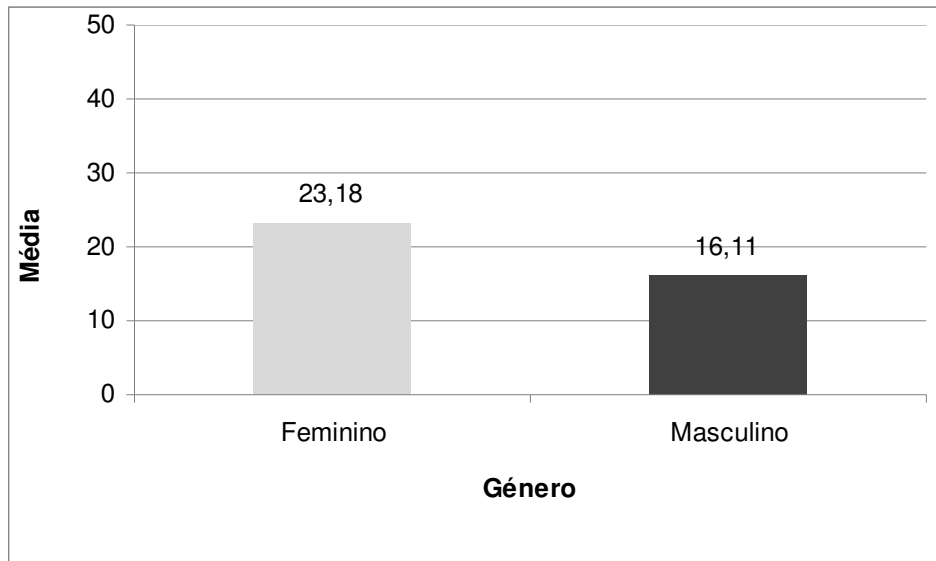


Figura 8 – Distribuição das médias da sintomatologia depressiva, tendo em conta o género (N=40).

Na Figura 9 pode-se observar a distribuição nas médias das diferentes dimensões do SF-36. Na Função Física a média é de 76,25 (mínimo 15, máximo 100 e desvio padrão 25,66) e no Desempenho Físico a média é de 64,37 (mínimo 0, máximo 100 e desvio padrão 33,01). Relativamente à Dor Física a média é de 61,30 (mínimo 31, máximo 100 e desvio padrão 25,75). Na Saúde em Geral a média é de 46,77 (mínimo 0, máximo 95 e desvio padrão 25,12). No que refere à Vitalidade a média é de 54,25 (mínimo 0, máximo 95 e desvio padrão 23,57). Na Função Social a média é de 64,06 (mínimo 12,50, máximo 100 e desvio padrão 24,05) e no Desempenho Emocional a média é de 65,41 (mínimo 0, máximo 100 e desvio padrão 30,8). Relativamente à Saúde Mental a média é de 58,8 (mínimo 12, máximo 100 e desvio padrão 26,03).

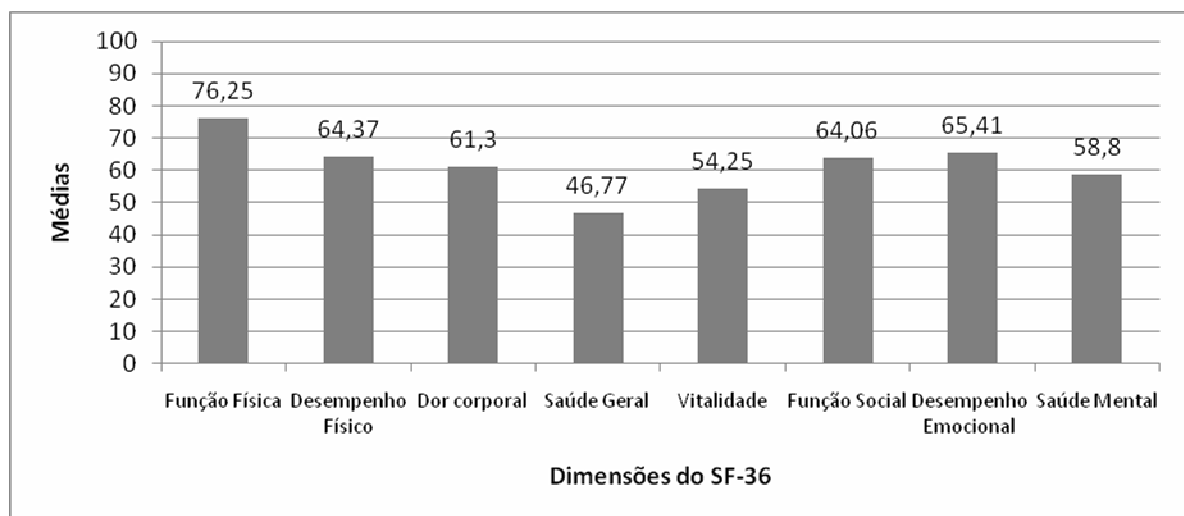


Figura 9 – Distribuição das médias da amostra por dimensões no SF-36 (n=40).

As médias das diferentes dimensões do SF-36 foram analisadas tendo em conta o género. No género masculino observamos que na Função Física a média é de 81,38 (mínimo 15, máximo 100 e desvio padrão 25,42) e no Desempenho Físico a média é de 73,61 (mínimo 12,50, máximo 100 e desvio padrão 32,19). Relativamente à Dor Física a média é de 68,11 (mínimo 31, máximo 100 e desvio padrão 27,37). Na Saúde em Geral a média é de 53,38 (mínimo 0, máximo 95 e desvio padrão 25,97). No que refere à Vitalidade a média é de 58,61 (mínimo 0, máximo 95 e desvio padrão 26,94). Na Função Social a média é de 67,36 (mínimo 12,50, máximo 100 e desvio padrão 26,47) e no Desempenho Emocional a média é de 72,68 (mínimo 25, máximo 100 e desvio padrão 30,49). Relativamente à Saúde Mental a média é de 64,66 (mínimo 12, máximo 96 e desvio padrão 27,03). Estes dados podem ser observados na Figura 10.

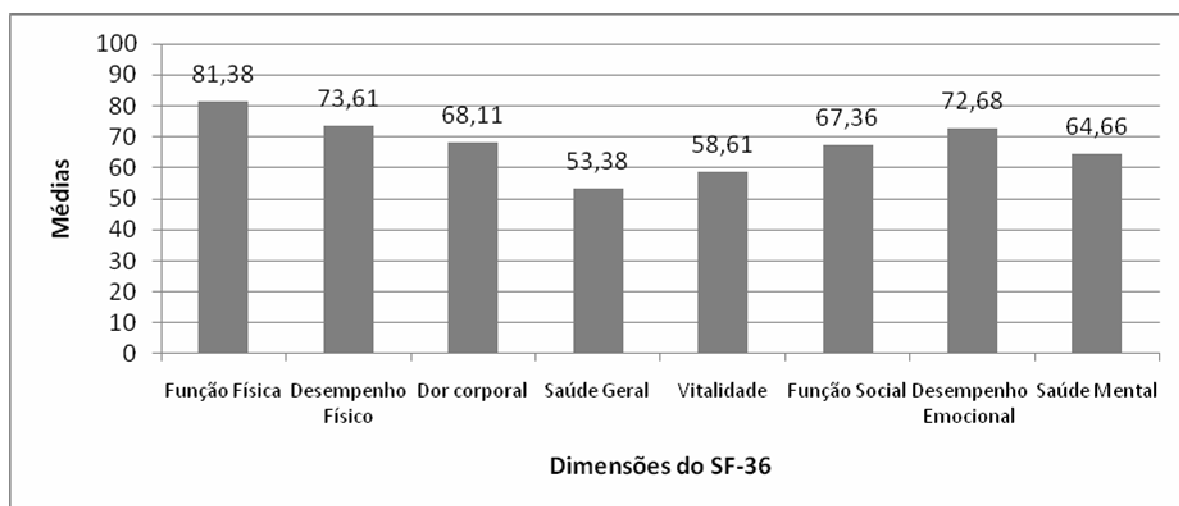


Figura 10 – Distribuição das médias da amostra nas dimensões do SF-36, tendo em conta o género masculino (n=40).

No que diz respeito ao género feminino verificamos que na Função Física a média é de 72,04 (mínimo 20; máximo 100 e desvio padrão 25,66) e no Desempenho Físico a média é de 56,81 (mínimo 0; máximo 100 e desvio padrão 32,44;). Relativamente à Dor Física a média é de 55,72 (mínimo 32; máximo 100 e desvio padrão 55,72). Na Saúde em Geral a média é de 41,36 (mínimo 0; máximo 87 e desvio padrão 23,63). No que refere à Vitalidade a média é de 50,68 (mínimo 15; máximo 80 e desvio padrão 20,37). Na Função Social a média é de 61,36 (mínimo 25; máximo 100 e desvio padrão 22,12) e no Desempenho Emocional a média é de 59,46 (mínimo 0; máximo 100 e desvio padrão 30,46). Relativamente à Saúde Mental a média é de 54,00 (mínimo 12; máximo 100 e desvio padrão

24,77). Na figura 11 pode-se verificar que a média dos participantes nas dimensões do SF-36, tendo em conta o género feminino.

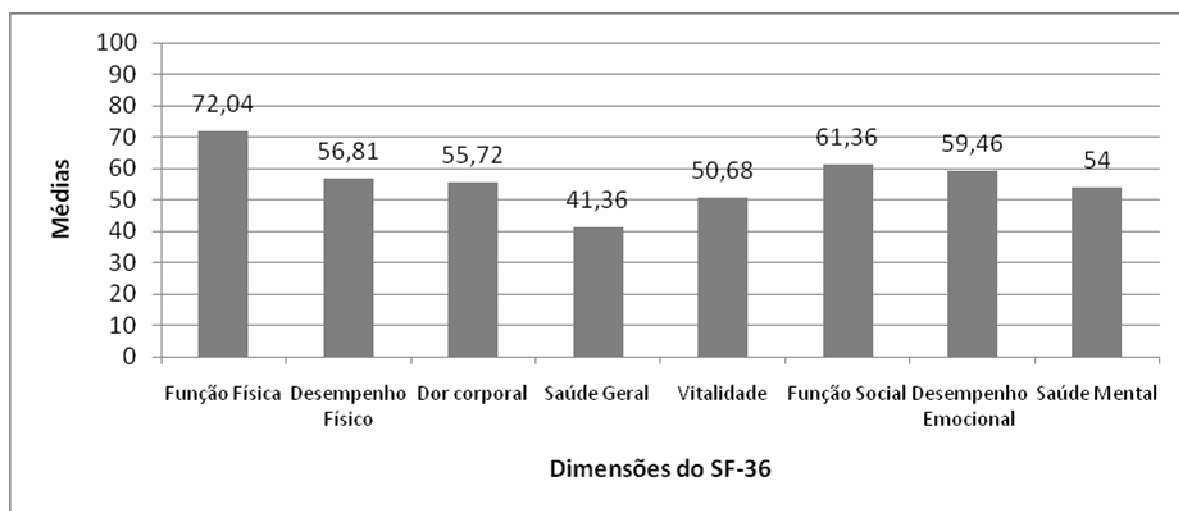


Figura 11 – Distribuição das médias da amostra nas dimensões do SF-36, tendo em conta o género feminino (n=40).

No que respeita à associação entre a sintomatologia depressiva e as dimensões do SF-36, a análise estatística mostrou forte correlação entre as variáveis estudadas, como se pode observar no quadro seguinte.

Sintomatologia depressiva e dimensões do SF-36	
	Resultado de $r(p)$
Função física	-0,702(0,000)
Desempenho físico	-0,764(0,000)
Dor física	-0,539(0,000)
Saúde em Geral	-0,683(0,000)
Vitalidade	-0,854(0,000)
Função Social	-0,828(0,000)
Desempenho emocional	-0,689(0,000)
Saúde Mental	-0,897(0,000)

Quadro 27 – Sintomatologia depressiva e dimensões do SF-36.

Com valor de Pearson de -0,702 e nível estatístico de significância de 0.000 para a dimensão Função Física e sintomatologia depressiva (cf. Figura 12).

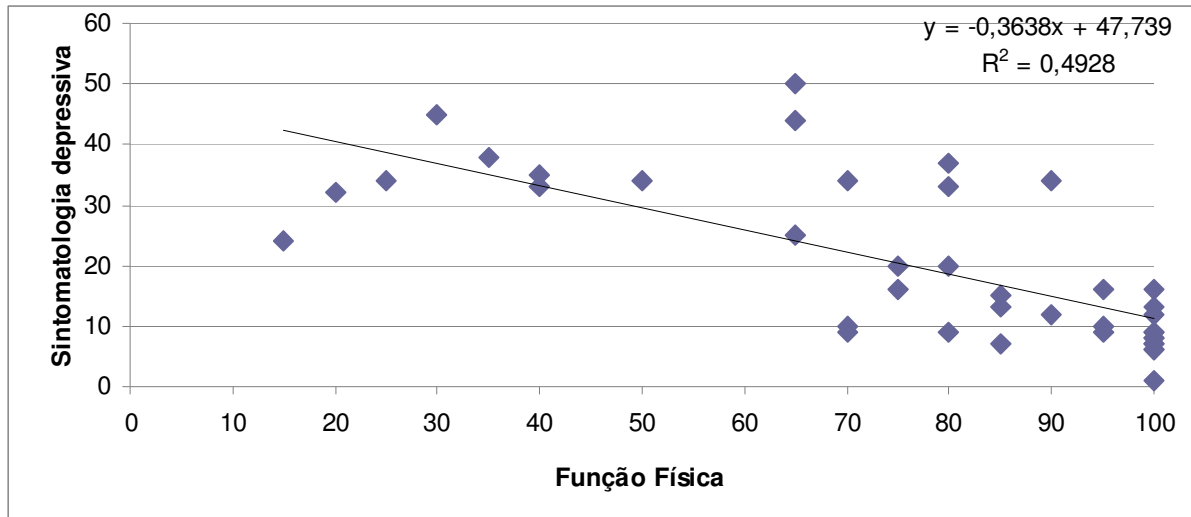


Figura 12 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Função Física (n=40).

Para a dimensão Desempenho Físico e sintomatologia depressiva, o valor de Pearson é de -0,764 e o nível estatístico de significância de 0,000 (cf. Figura 13).

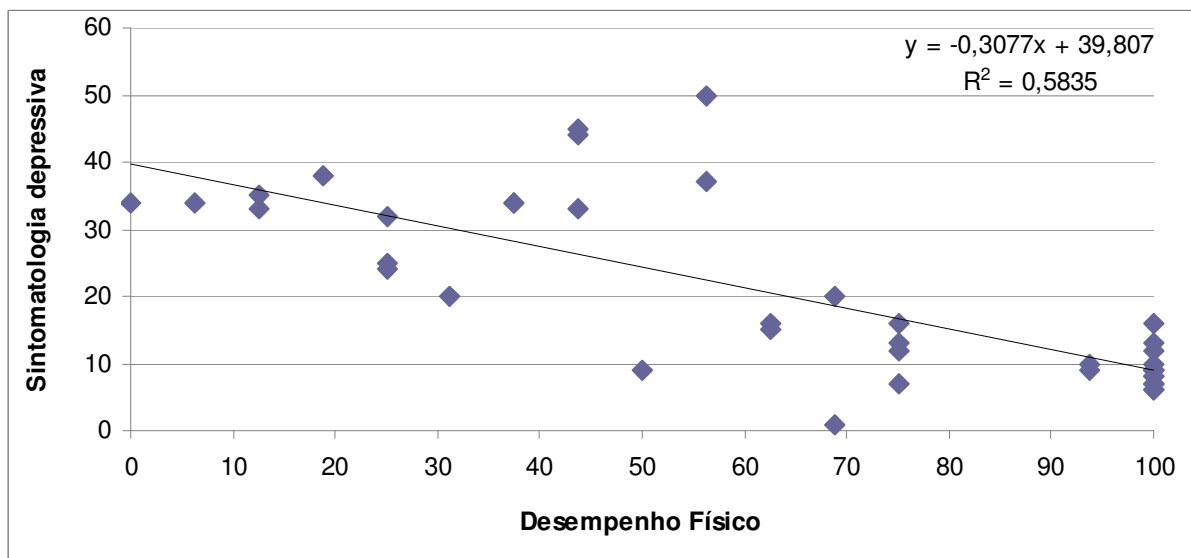


Figura 13 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Desempenho Físico (n=40).

Com valor de Pearson de -0,539 e nível estatístico de significância de 0,000 para dimensão Dor Física e sintomatologia depressiva (cf. Figura 14).

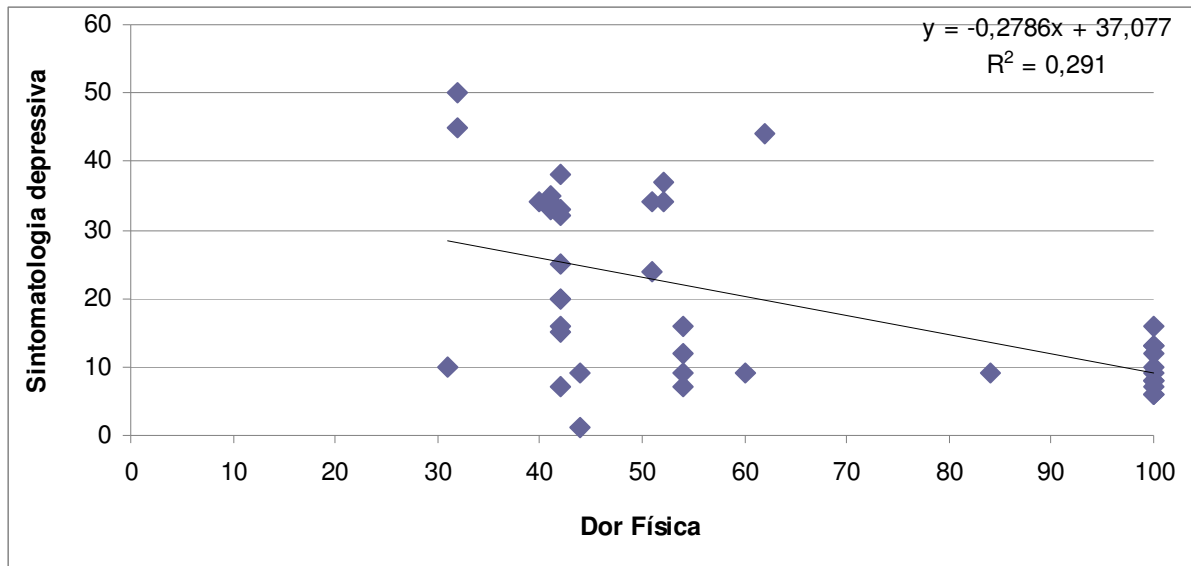


Figura 14 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Dor Física (n=40).

Para a dimensão Saúde em Geral e sintomatologia depressiva o valor de Pearson é de -0,539 e o valor estatístico de significância de 0,000 (cf. Figura 15).

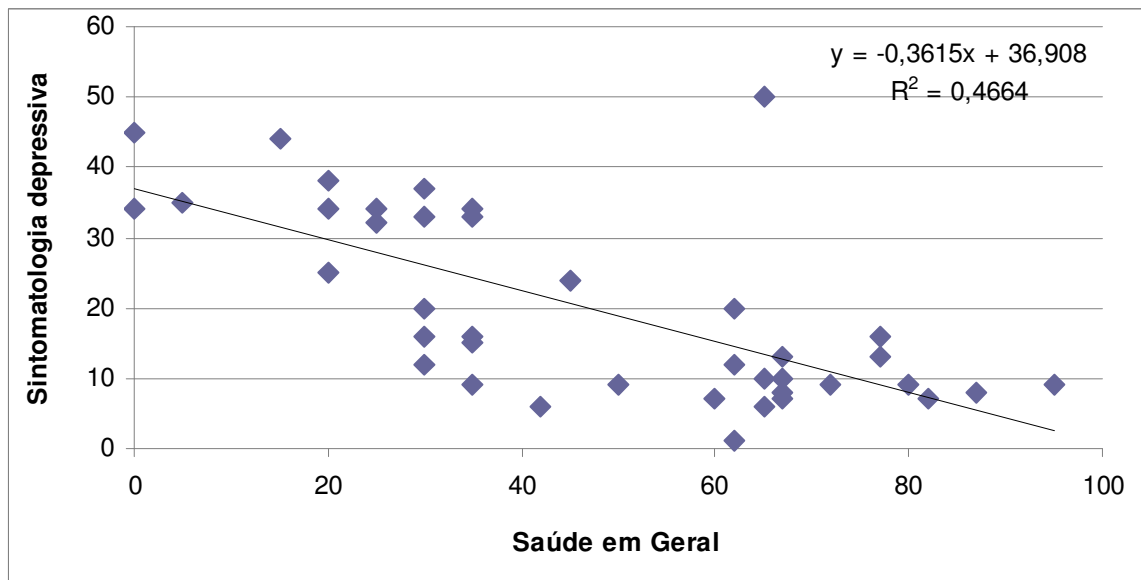


Figura 15 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Saúde em Geral (n=40).

Para a dimensão Vitalidade e sintomatologia depressiva, o valor de Pearson de -0,854 e o valor estatístico de significância de 0,000 (cf. Figura 16).

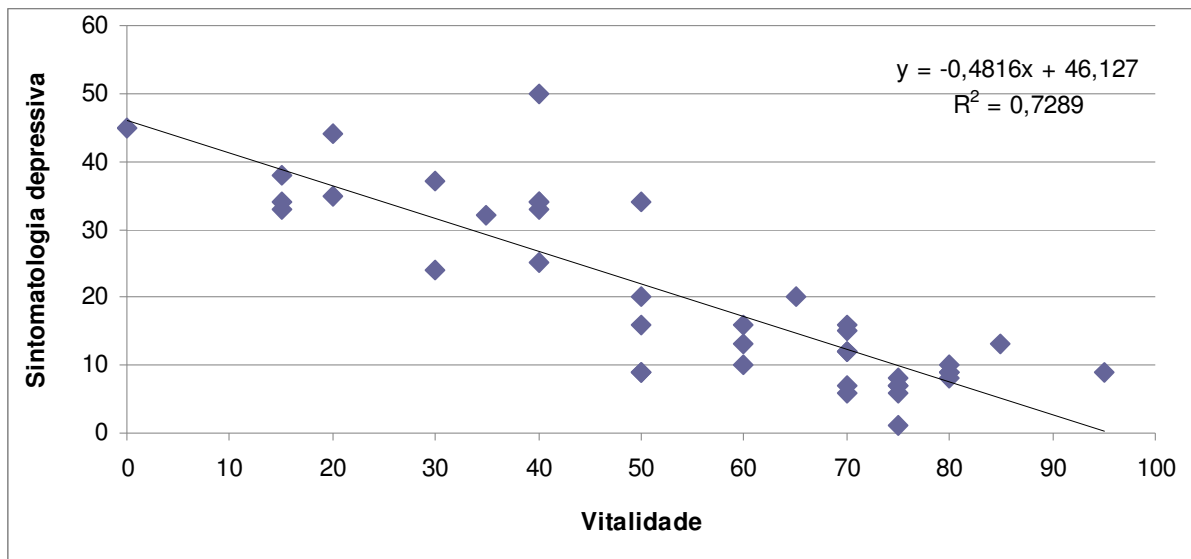


Figura 16 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Vitalidade (n=40).

Para a dimensão Função Social e sintomatologia depressiva o valor de Pearson é de -0,828 e o valor estatístico de significância de 0,000 (cf. Figura 17).

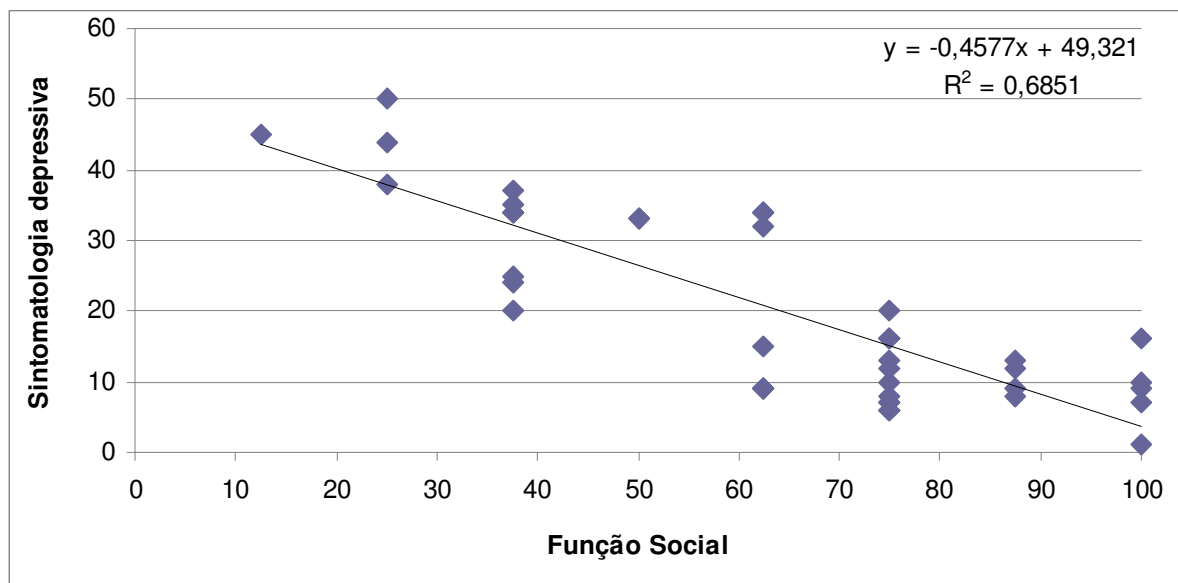


Figura 17 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Função Social (n=40).

Para a dimensão Desempenho Emocional e sintomatologia depressiva, o valor de Pearson é de -0,689 e a valor estatístico de significância de 0,000 (cf. Figura 18).

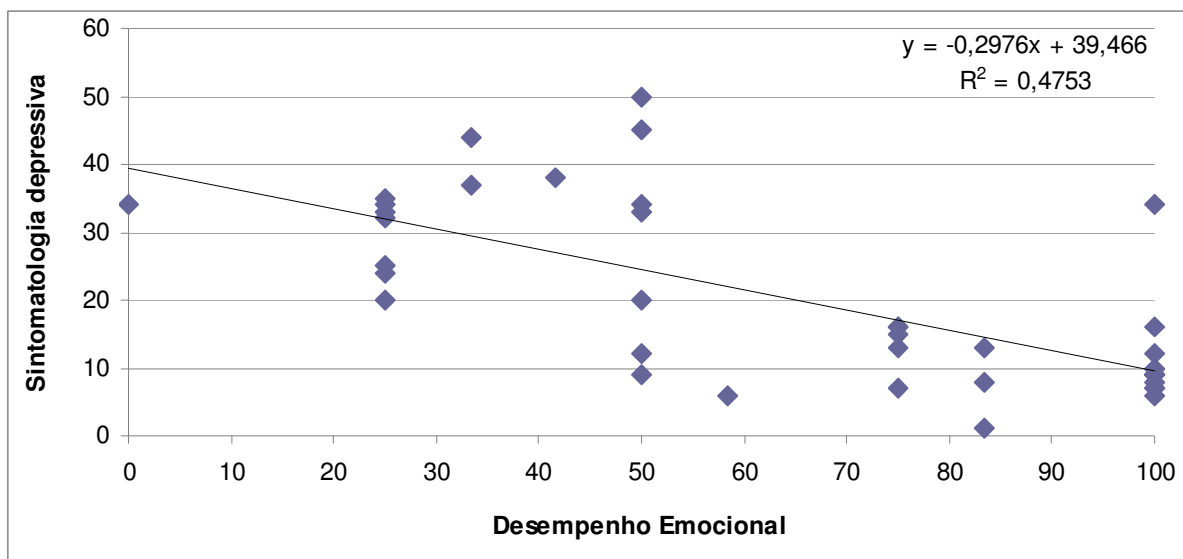


Figura 18 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Desempenho Emocional (n=40).

Para a dimensão Saúde Mental e sintomatologia depressiva o valor de Pearson é de -0,897 e o valor estatístico de significância de 0,000 (cf. Figura 19).

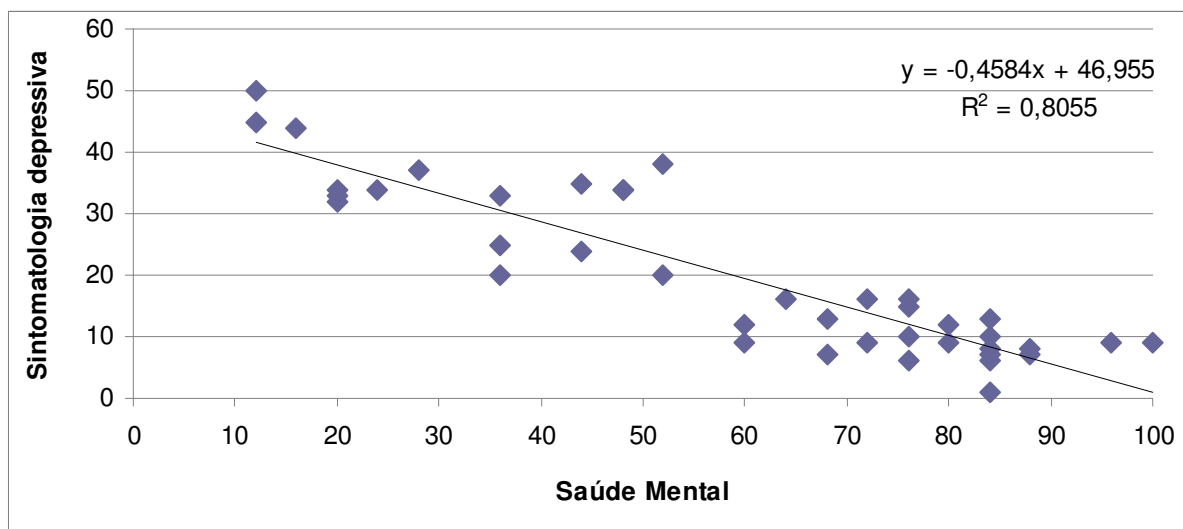


Figura 19 – Correlação entre sintomatologia depressiva e Saúde Mental (n=40).

Através da análise dos dados obtidos a partir do teste de médias entre as dimensões do SF-36 com a sintomatologia depressiva verificámos diferenças significativas para um intervalo de confiança de 95%. Para a dimensão Função Física e sintomatologia depressiva: $t(38)=6,800;p=0,000$; para a dimensão Desempenho Físico e sintomatologia depressiva: $t(38)=10,124;p=0,000$; para a dimensão Dor Física e sintomatologia depressiva: $t(38)=4,468;p=0,000$; para a dimensão Saúde em Geral e sintomatologia depressiva:

$t(38)=5,704;p=0,000$; para a dimensão Vitalidade e sintomatologia depressiva:
 $t(38)=8,816;p=0,000$; para a dimensão Função Social e sintomatologia depressiva:
 $t(38)=8,274;p=0,000$; para a dimensão Desempenho Emocional e sintomatologia depressiva:
 $t(38)=8,102;p=0,000$ e para a dimensão Saúde Mental e sintomatologia depressiva:
 $t(38)=11,925;p=0,000$.

Nos participantes que não evidenciam sintomatologia depressiva a média para a dimensão Função Física é de 92,39 (desvio padrão 10,32); para a dimensão Desempenho Físico a média é de 88,31 (desvio padrão 16,13); para a dimensão Dor Física a média é 74,13 (desvio padrão 27,01); para a dimensão Saúde em Geral a média é de 61,26 (desvio padrão 18,92); para a dimensão Vitalidade a média é de 70,65 (desvio padrão 11,41); para a dimensão Função Social a média é de 80,83 (desvio padrão 12,96); para a dimensão Desempenho Emocional a média é de 86,23 (desvio padrão 16,96) e para a dimensão Saúde Mental a média é de 78,72 (desvio padrão 10,35).

Para os participantes que evidenciam sintomatologia depressiva a média para a dimensão Função Física é de 54,41 (desvio padrão 24,03); para a dimensão Desempenho Físico a média é de 31,98 (desvio padrão 18,99); para a dimensão Dor Física a média é 43,94 (desvio padrão 7,5); para a dimensão Saúde em geral a média é de 27,17 (desvio padrão 18,35); para a dimensão Vitalidade a média é de 32,05 (desvio padrão 16,30); para a dimensão Função Social a média é de 41,91 (desvio padrão 16,50); para a dimensão Desempenho Emocional a média é de 37,25 (desvio padrão 21,26) e para a dimensão Saúde Mental a média é de 32,23 (desvio padrão 14,17). Estes dados podem ser observados na figura seguinte.

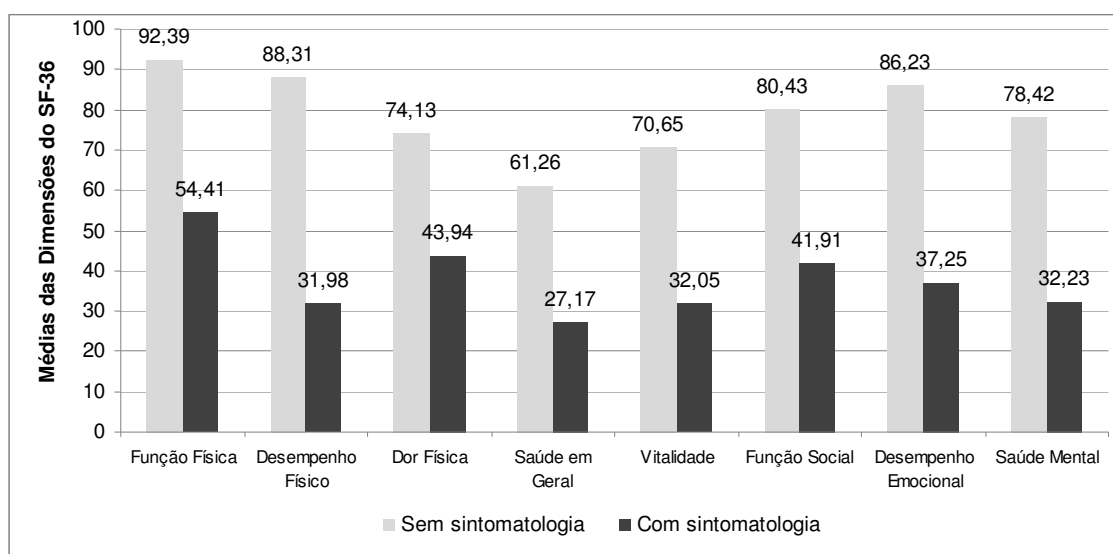


Figura 20 – Distribuição das médias da amostra nas dimensões do SF-36, tendo em conta a sintomatologia depressiva (n=40).

Ao compararmos as médias, encontramos diferenças significativas entre a frequência de crises e a sintomatologia depressiva [(F(38)=8,720;p=0,000)], para um intervalo de confiança de 95%.

Neste caso, observa-se que os participantes que não apresentam crises a média é de 18,83 (desvio padrão 13,20) e os que apresentam controlo de crises há mais de 6 meses a média é de 10,80 (desvio padrão 8,35). Nos participantes que apresentam 1 a 10 crises por mês, a média é de 24,93 (desvio padrão 10,91) e nos participantes que apresentam 11 a 30 crises por mês a média é de 37,75 (desvio padrão de 4,99). Estes resultados podem ser observados na figura 21.

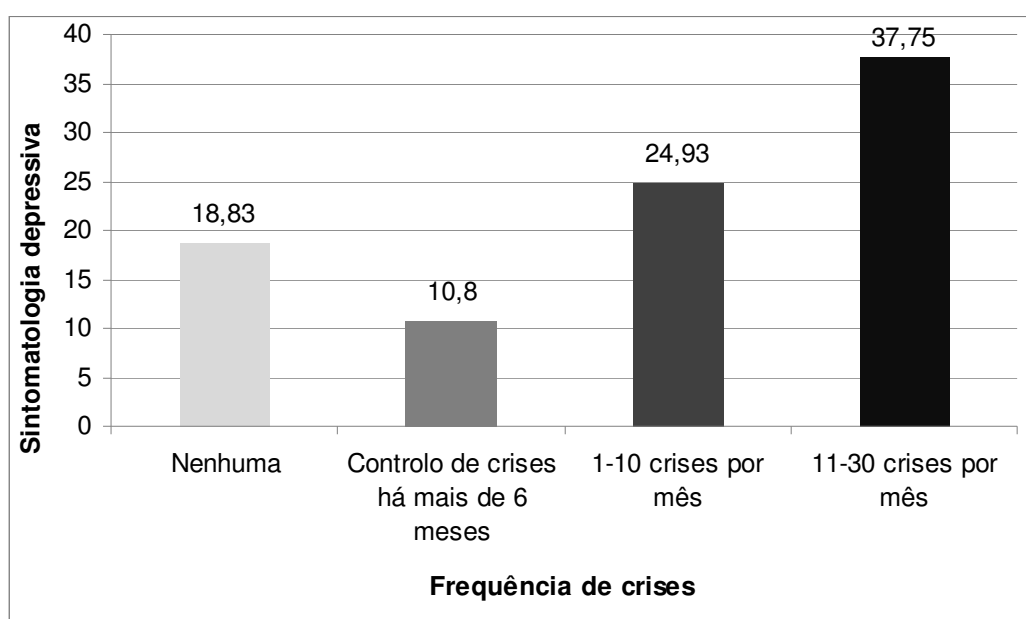


Figura 21 – Distribuição por médias dos participantes na sintomatologia depressiva, por frequências de crises (n=40).

Ao compararmos as diferenças entre as médias, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões do SF-36 e a frequência de crises, para um intervalo de confiança de 95%. Para dimensão Função Física: [(F(39)=4,057;p=0,007)]; para a dimensão Desempenho Físico: [(F(39)=9,331;p=0,000)]; para a dimensão Dor Física: [(F(39)=3,600;p=0,012)]; para a dimensão Saúde em Geral: [(F(39)=24,167;p=0,000)]; para a dimensão Vitalidade: [(F(39)=5,978;p=0,000)]; para a dimensão Função Social: [(F(39)=5,978;p=0,001)]; para a dimensão Desempenho Emocional: [(F(39)=6,742;p=0,001)] e para a dimensão Saúde Mental: [(F(39)=12,023;p=0,000)].

Neste caso, observamos que quando não há a presença de crises, a média é de 89,16 (desvio padrão de 15,30) na Função física e no Desempenho Físico é de 86,45 (desvio padrão de 19,12). No que respeita à média na Dor Física esta é de 76,33 (desvio padrão de 31,25) e na Saúde em Geral é de 69,66 (desvio padrão de 7,14). Por sua vez, a média é de 65 (desvio padrão de 14,14) na Vitalidade e a média é de 72,91 (desvio padrão de 33,92) na Função Social. Relativamente à média no Desempenho Emocional é de 83,33 (desvio padrão de 25,81) e a na Saúde Mental é de 66,66 (desvio padrão de 31,86).

Para os participantes com controlo de crises há mais de 6 meses a média é de 86,66 (desvio padrão de 18,58) na Função Física e a média é de 84,16 (desvio padrão de 24,19) no Desempenho Físico. No que refere à média da Dor Física esta é de 71,26 (desvio padrão de 28,58). Relativamente à média na Saúde em Geral é de 63,86 (desvio padrão de 19,55) e a média na Vitalidade é de 70,33 (desvio padrão de 18,46). A média na Função Social é de 75,83 (desvio padrão de 17,96) e no Desempenho Emocional é de 81,66 (desvio padrão de 19,46). No que refere à média na Saúde Mental esta é de 78,40 (desvio padrão de 10,45).

Relativamente aos participantes com a frequência de crises 1 a 10 por mês, a média é de 67,66 (desvio padrão de 29,02) na Função Física e de 42,91 (desvio padrão de 30,33) no Desempenho Físico. No que refere à média na Dor Física esta é de 49,86 (desvio padrão de 15,34). Já a média na Saúde em Geral é de 29,33 (desvio padrão de 15,34) e a média é de 41,66 (desvio padrão de 17,38) na Vitalidade. Por sua vez, a média é de 57,5 (desvio padrão de 17,55) na Função Social e de 50,55 (desvio padrão de 32,34) no Desempenho Emocional. Relativamente à média na Saúde Mental esta é de 44,53 (desvio padrão de 20,83).

Nos participantes com frequência de crises de 11 a 30 por mês, a média é de 50 (desvio padrão de 21,60) para a Função Física e para o Desempenho Físico é de 37,5 (desvio padrão de 18,39). No que respeita à média na Dor Física é de 44,25 (desvio padrão de 9,67) e na Saúde em Geral é de 13,75 (desvio padrão de 13,76). Relativamente à média na Vitalidade é de 25 (desvio padrão de 20,81) e a média é de 31,25 (desvio padrão de 12,50) na Função Social. Por sua vez, a média é de 33,33 (desvio padrão de 11,78) no Desempenho Emocional e a média é de 27 (desvio padrão de 13,21) na Saúde Mental. Estes dados podem ser observados na figura seguinte.

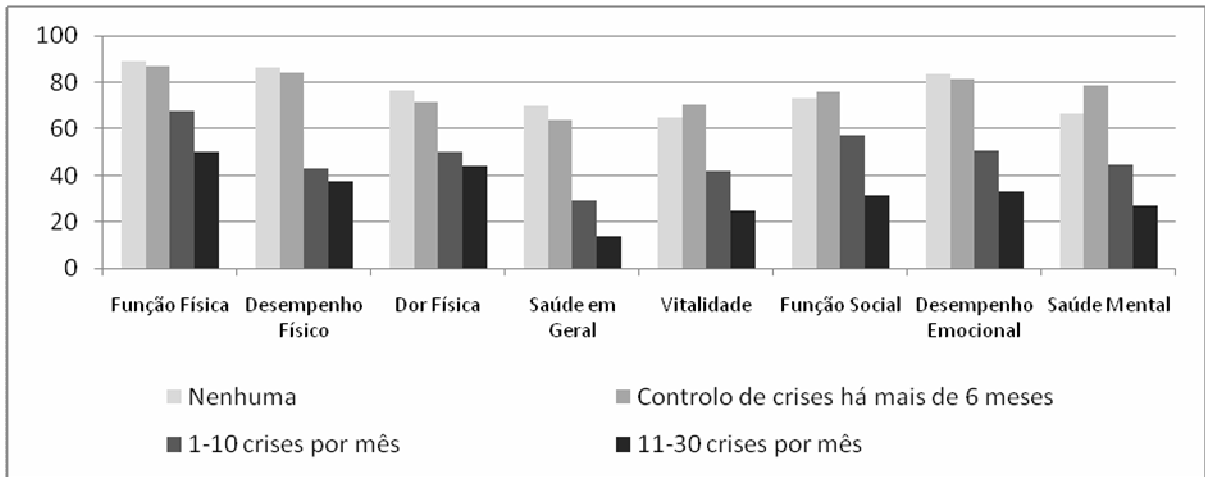


Figura 22 – Distribuição por médias dos participantes nas dimensões do SF-36 por frequências de crises (n=40).

Relativamente à relação entre a sintomatologia depressiva e duração da doença, não encontramos resultados estatisticamente significativos ($r(40)=0,121;p=0,456$) (cf. Figura 23).

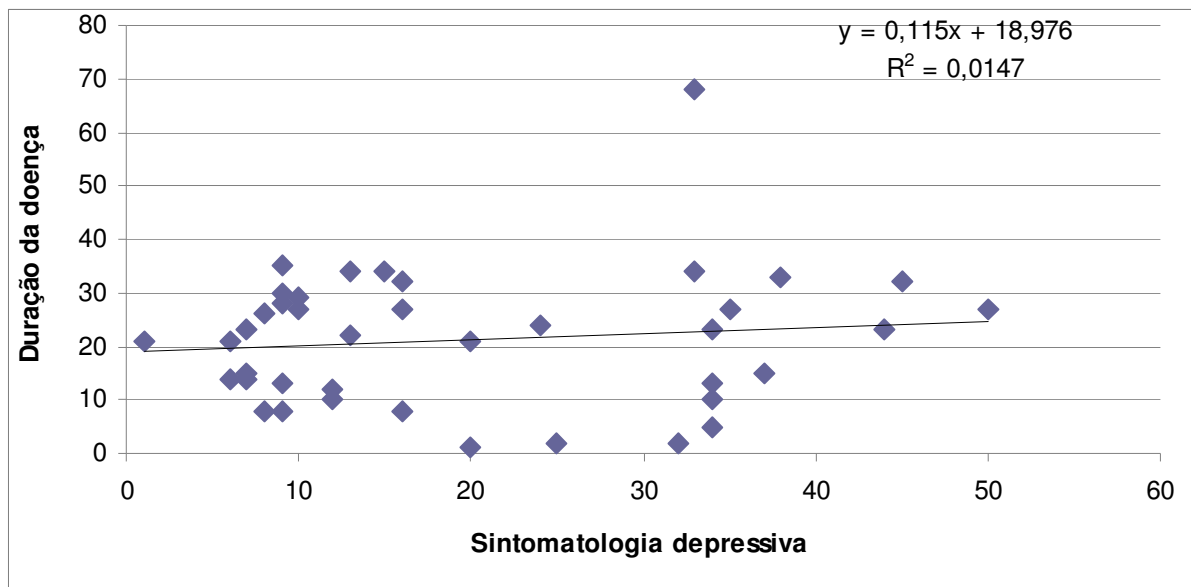


Figura 23 – Correlação entre sintomatologia depressiva e duração da doença (n=40).

Quanto à relação entre as dimensões do SF-36 e a duração da doença, não encontramos resultados estatisticamente significativos, como se pode observar no quadro 28.

Quadro 28 – Correlação entre Duração da doença e dimensões do SF-36.

Duração da doença e dimensões do SF-36	
	Resultado de $r(p)$
Função Física	-0,089(0,586)
Desempenho Físico	-0,110(0,498)
Dor Física	-0,079(0,627)
Saúde em Geral	0,092(0,571)
Vitalidade	-0,131(0,420)
Função Social	-0,092(0,570)
Desempenho Emocional	-0,057(0,724)
Saúde Mental	-0,053(0,745)

Com valor de Pearson de -0,089 e nível estatístico de significância de 0,586 para a dimensão Função Física e duração da doença (cf. Figura 24).

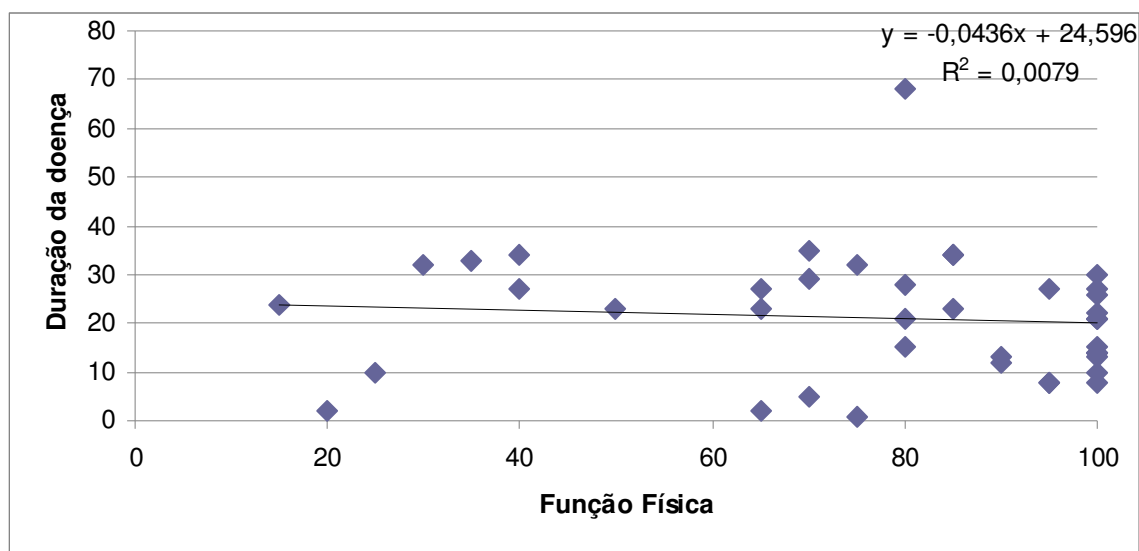


Figura 24 – Correlação entre Duração da doença e Função Física (n=40).

Para a dimensão Desempenho Físico e duração da doença, o valor de Pearson é de -0,110 e o nível estatístico de significância de 0,498 (cf. Figura 25).

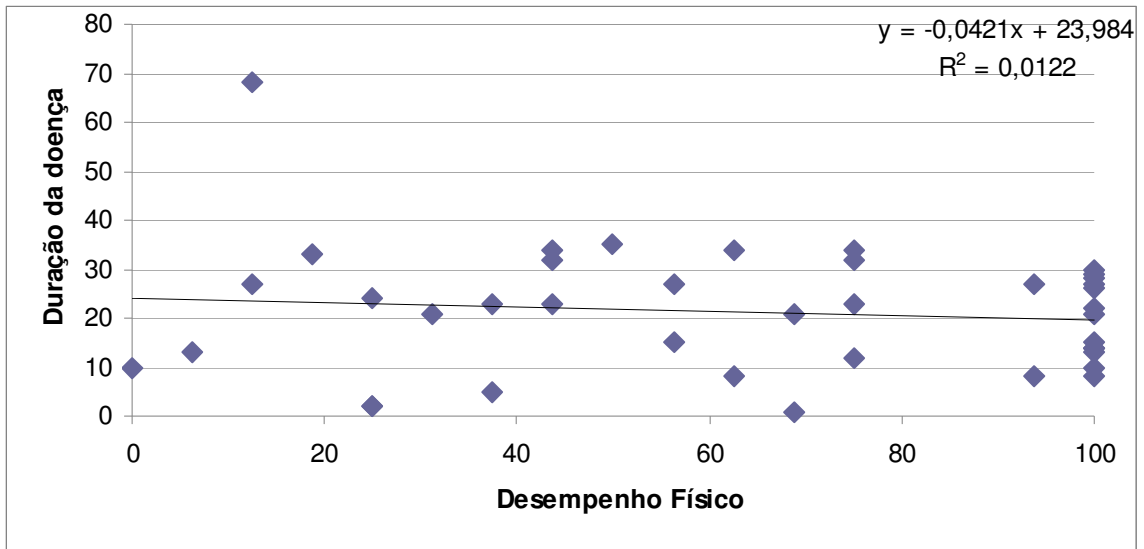


Figura 25 – Correlação entre Duração da doença e Desempenho Físico (n=40).

Com valor de Pearson de -0,079 e nível estatístico de significância de 0,627 para a dimensão Dor Física e duração da doença (cf. Figura 26).

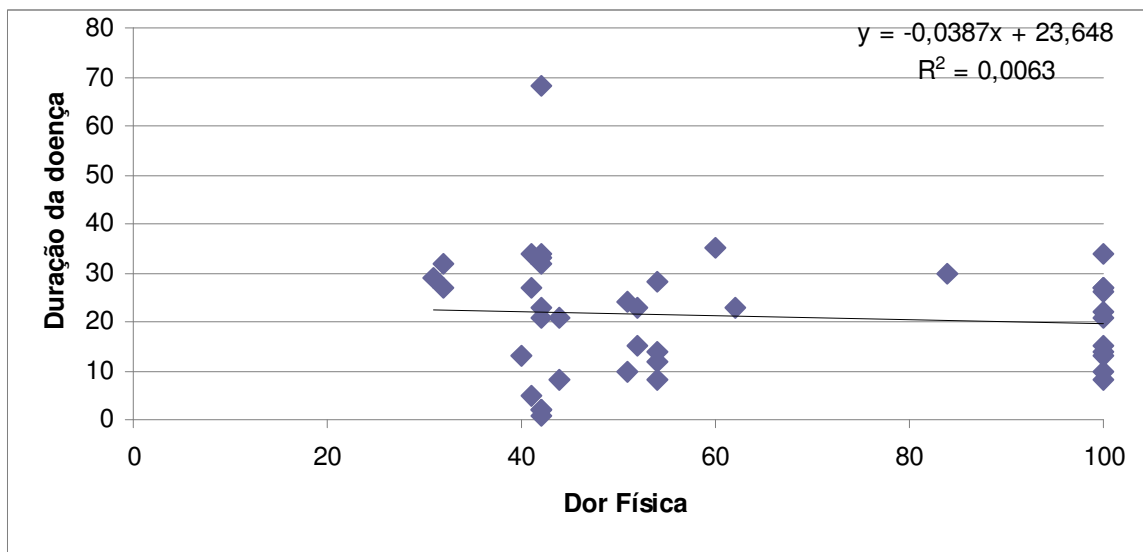


Figura 26 – Correlação entre Duração da doença e Dor Física (n=40).

Com valor de Pearson de 0,092 e nível estatístico de significância de 0,571 para a dimensão Saúde em Geral e duração da doença (cf. Figura 27).

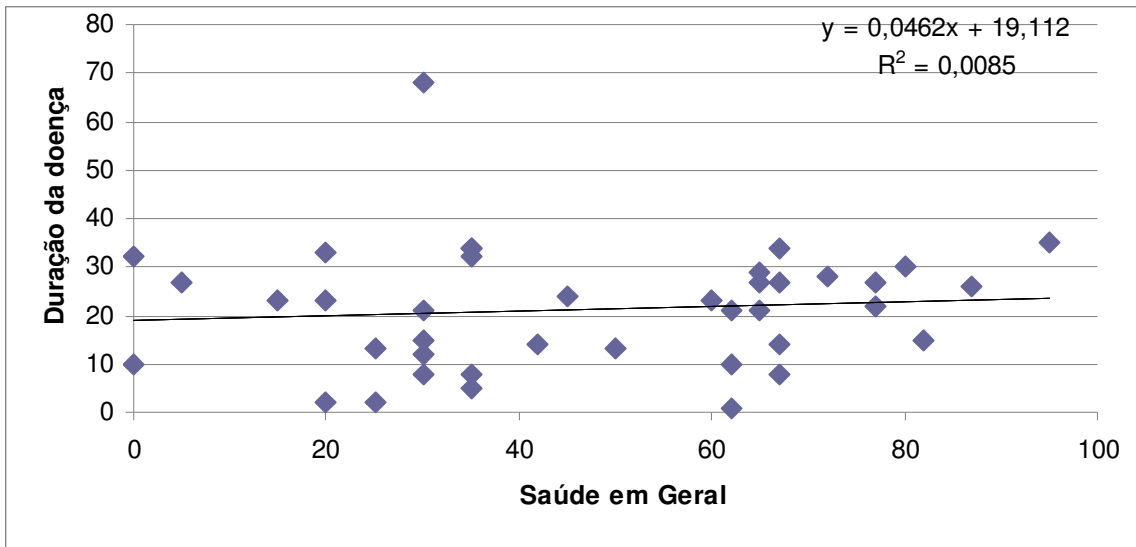


Figura 27 – Correlação entre Duração da doença e Saúde em Geral (n=40).

Com valor de Pearson de -0,131 e nível estatístico de significância de 0,420 para a dimensão de Vitalidade e duração da doença (cf. Figura 28).

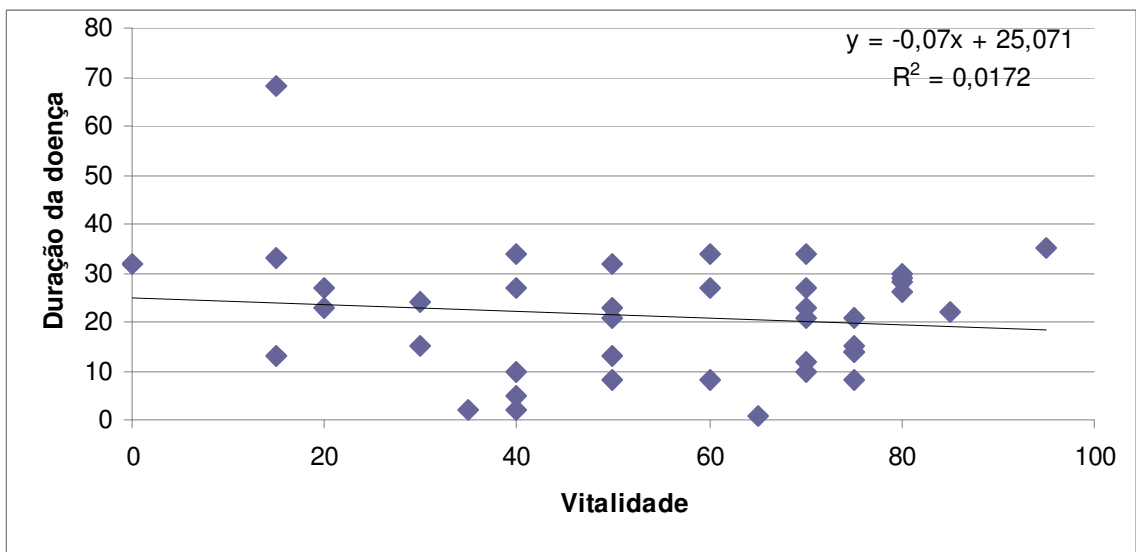


Figura 28 – Correlação entre Duração da doença e Vitalidade (n=40).

Com valor de Pearson de -0,092 e nível estatístico de significância de 0,570 para a dimensão Função Social e duração da doença (cf. Figura 29).

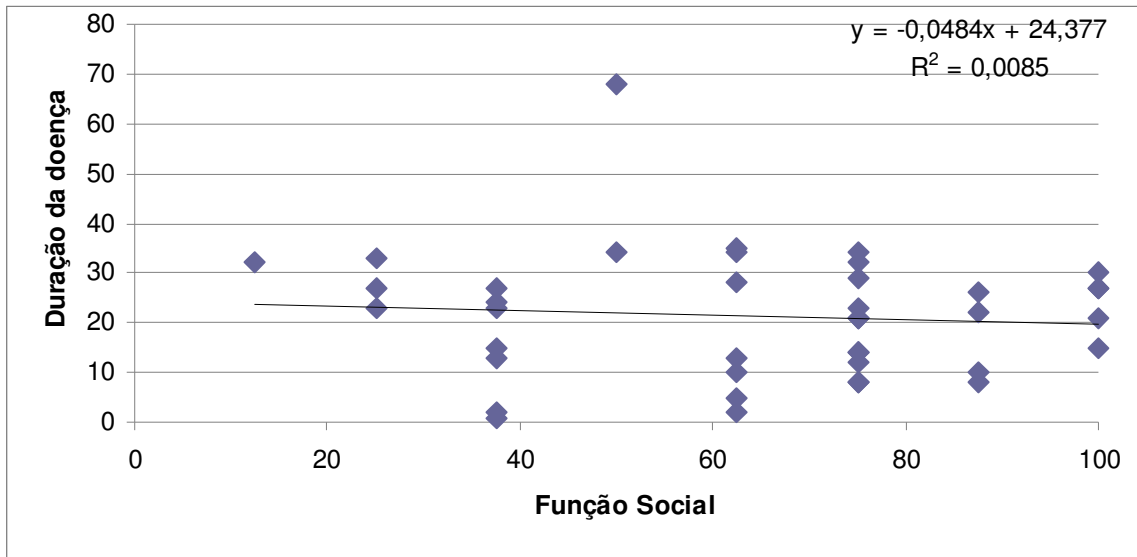


Figura 29 – Correlação entre Duração da doença e Função Social (n=40).

Com valor de Pearson de -0,057 e nível estatístico de significância de 0,724. Para a dimensão Desempenho Emocional e duração da doença (cf. Figura 30).

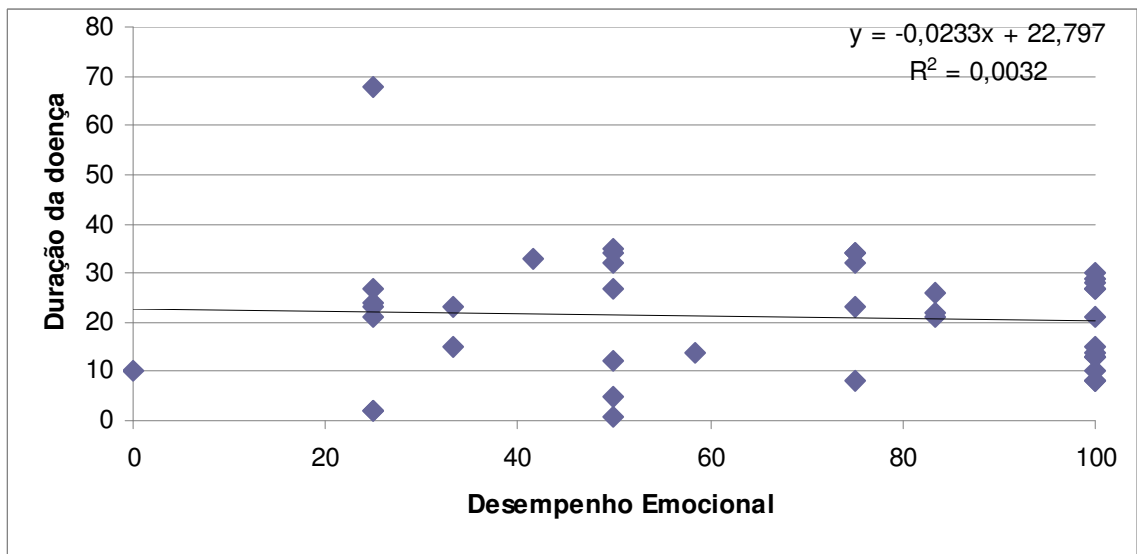


Figura 30 – Correlação entre Duração da doença e Desempenho Emocional (n=40).

Para a dimensão Saúde mental e duração da doença, o valor de Pearson é de -0,053 e o nível estatístico de significância é de 0,745 (cf. Figura 31).

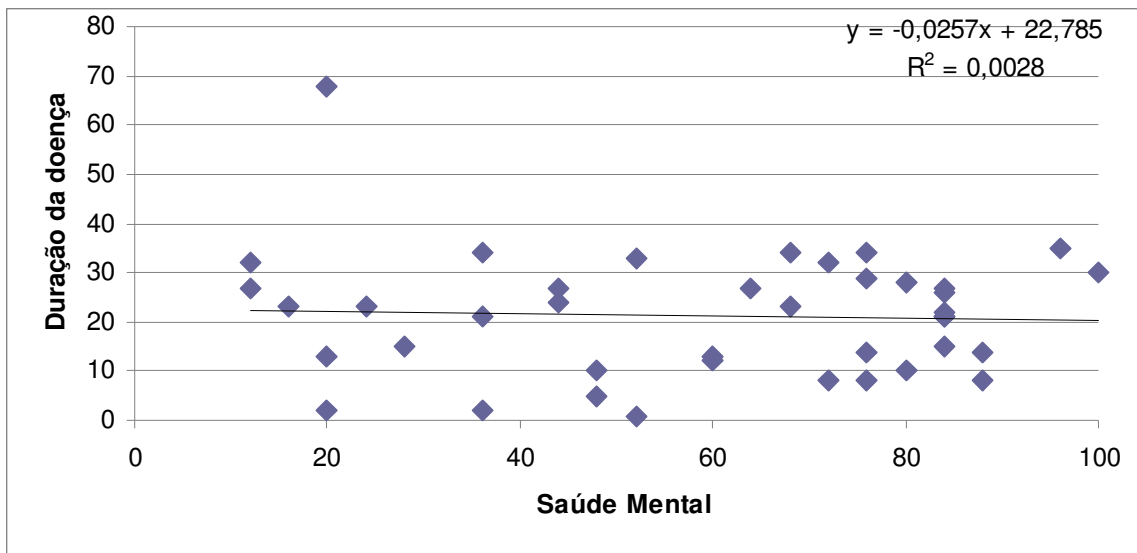


Figura 31 – Correlação entre Duração da doença e Saúde Mental (n=40).

3.6. Discussão dos Resultados

A perturbação mental mais frequente junto dos indivíduos com epilepsia é a depressão (Frayman et al., 1999; E. Guerrero & Guerrero, 2006; Kanner, 2006; Mendez et al., 1986; Neto & Marchetti, 2005; Schindwein-Zanini et al., 2007). Alguns estudos referem que cerca de 15 a 60% destes indivíduos apresentam comorbidade com sintomatologia depressiva (E. Guerrero & Guerrero, 2006; Kairalla et al., 2004; Kanner, 2006; Narváez et al., 2007; B. Oliveira et al., 2007; G. Oliveira et al., 2009). No entanto, no presente estudo, não se verificaram níveis elevados de sintomatologia depressiva, todavia ela existe em 42,50% dos participantes que constituem a amostra em estudo.

Alguns autores apontam como factores de risco do quadro depressivo, indicadores como: a baixa auto-estima, a discriminação, o isolamento social, o sentimento de desesperança, a preocupação, o carácter imprevisível e incontrolável das crises epilépticas, o desemprego (N. Alonso et al., 2005; Artigas, 1999a; DeFelipe-Oroquieta, 2002; Júnior & Carvalho, 2002; Kairalla et al., 2004; Mayor et al., 2006; Mendez et al., 1986; R. F. Meneses et al., 2008; G. Oliveira et al., 2009; Swinkels et al., 2005). Neste estudo em específico, os participantes apresentam dificuldades em realizar algumas das actividades do quotidiano, dificuldades nas actividades sociais e nas relações interpessoais, problemas emocionais que interferem no seu desempenho produtivo, tanto nas actividades como no trabalho. A existência destes factores pode ter contribuído para a presença destes níveis de sintomatologia depressiva, o que vai de encontro aos estudos anteriormente mencionados.

De acordo com a literatura, a depressão surge cerca de duas vezes mais prevalente no género feminino do que no género masculino (Grevet et al., 2005; Justo & Calil, 2004; J. M. L. Lima, 2005; R. Lima & Migott, 2003; Zavaschi et al., 2002). Esta prevalência pode dever-se a um conjunto de factores, como o stress, a responsabilidade no trabalho e em casa (Canale & Furlan, 2006; Fabela, 2002). Neste estudo em específico isto pode estar a ocorrer, uma vez que quando comparado com o género masculino, o género feminino apresenta mais dificuldades físicas, mais sinais de fadiga e problemas emocionais que podem ter contribuído para a presença de uma maior evidência de sintomatologia depressiva nas mulheres do presente estudo.

Há um conjunto de estudos que referem que os indivíduos com epilepsia apresentam comprometimento na QDV (N. Alonso et al., 2005; N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Artigas, 1999a; Cid et al., 2006; P. T. Fernandes, 2005; Fernández, 1999; H. Filho & Gomes, 2004; Guimarães et al., 2003; Marroni, 2006; P. Salgado & Souza, 2003; Senol et al., 2006;

Westphal et al., 2005). Neste estudo isto também parece estar a ocorrer, pois ao compararmos os dados do presente estudo com os dados normativos para a população portuguesa, estes são inferiores. Talvez por estes indivíduos percepcionarem a sua saúde como negativa e que, provavelmente, poderá piorar, sendo este aspecto observado na dimensão “Saúde em Geral” do SF-36. Por outro lado, os dados indicam que estes participantes possam estar perante alguns sinais de fadiga, avaliados pela dimensão “Vitalidade”, alguns problemas emocionais, avaliados pela Dimensão “Desempenho Emocional” e “Saúde Mental”.

Uma outra alteração que se verifica na análise dos dados, faz referência às dificuldades sentidas na interacção com os outros, bem como na dificuldade de realizar determinadas actividades, sendo que o impacto destes factores parecem contribuir para o prejuízo da QDV destes indivíduos, como indicado em estudos já referidos. Para Salgado e Souza (2001, 2003), Fernández (1999) e Fernandes (2004) a epilepsia tem mais impacto na saúde mental e social do que na saúde física, interferindo negativamente na QDV do individuo com epilepsia. Neste estudo, isto também se verifica, uma vez que as dimensões que remetem para a componente mental e social aparecem mais comprometidas do que propriamente as dimensões relacionadas com a componente física. Este facto também é verificado, quando comparamos os dados obtidos com os dados normativos para a população portuguesa, dado que todas as dimensões encontram-se abaixo da média, à excepção da dimensão Função Física.

Outros autores referem que o facto de a epilepsia ser uma doença crónica prejudica significativamente a vida do indivíduo (Artigas, 1999a; Cid et al., 2006; Frayman et al., 1999; Guimarães et al., 2003; B. Oliveira et al., 2007; Senol et al., 2006). Só este facto parece já contribuir para o surgimento de sintomatologia depressiva e para o comprometimento da QDV, algo que também é de ressaltar neste estudo, visto estarmos perante uma amostra com características de doença crónica.

No presente estudo parece existir uma correlação negativa entre a depressão e a QDV. Estes dados corroboram os resultados obtidos em alguns estudos que postulam que as consequências que advêm das crises epilépticas, a presença de limitações e restrições quotidianas e ainda a presença de sintomatologia depressiva têm impacto negativo e directo na QDV (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Artigas, 1999b; Cid et al., 2006; Guimarães et al., 2003; P. Salgado & Souza, 2001; Senol et al., 2006).

Outros autores referem que a existência de sintomatologia depressiva nesta doença é um factor importante no modo como o indivíduo percepciona a sua QDV relacionada à saúde, bem como, um factor preditivo mais importante para cada uma das dimensões da QDV na epilepsia (N. Alonso et al., 2005; G. Oliveira et al., 2009). De acordo com os dados recolhidos, parece que a percepção que os participantes têm da sua doença é má e que a

sua condição de saúde geral se poderá agravar. Estes factores associados à presença de sintomatologia depressiva e às dificuldades e limitações que estes participantes apresentam, parecem contribuir para o deterioro da QDV, tal como indicam os estudos já mencionados.

Relativamente à relação entre a frequência de crises e a depressão foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. No presente estudo verificou-se que os participantes que não apresentam crises ou apresentam controlo há mais de 6 meses não apresentam evidência de sintomatologia depressiva. Estes resultados corroboram os dados referidos pela literatura (N. Alonso et al., 2005; Artigas, 1999b; Barbosa, 2003; Borges et al., 2000; Djibuti & Shakarishvili, 2003; E. Guerrero & Guerrero, 2006; Júnior & Carvalho, 2002; Kairalla et al., 2004; Mayor et al., 2006; R. F. Meneses et al., 2008; Narváez et al., 2007; G. Oliveira et al., 2009; P. Salgado & Souza, 2001, 2003; Senol et al., 2006; Swinkels et al., 2005). Estes autores referem que a frequência de crises associados ao carácter imprevisível e incontrolável das mesmas, a presença de preocupação em ter crises e as consequências que surgem da doença, têm impacto no desempenho e nas relações afectivas destes indivíduos e, conseqüentemente, à presença de sintomatologia depressiva. Nesta amostra em específico, uma parte dos participantes com crises não controladas apresentam níveis elevados de sintomatologia depressiva. Isto pode-se dever ao facto destes participantes apresentarem dificuldades em realizar determinadas actividades, défices nas relações interpessoais, apresentar sinais de fadiga e problemas emocionais, tal como referem os vários autores.

No que diz respeito à relação entre a frequência de crises e a QDV também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. No presente estudo os participantes que não apresentam crises ou apresentam controlo há mais de 6 meses apresentam médias superiores em todas as dimensões do SF-36 quando comparados com os participantes que apresentam crises. Estes resultados vão de encontro aos dados referidos por diversos autores (N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Barbosa, 2003; Marroni, 2006; R. F. Meneses et al., 2008; P. Salgado & Souza, 2001). O carácter imprevisível e súbito das crises e a preocupação que os indivíduos com epilepsia demonstram em tê-las, associadas às consequências e limitações que resultam das crises, contribuem para o aumento de frequência de crises ou à falta de controlo das mesmas, influenciando negativamente a QDV destes indivíduos. Tal como nos estudos referidos, também neste estudo nos parece que a relação entre o aumento da frequência de crises e o não controlo das mesmas, juntamente com as suas consequências podem estar a influenciar negativamente a QDV dos participantes do presente estudo.

Relativamente à relação entre a duração da doença, com a sintomatologia depressiva e com a QDV, não se verificaram resultados estatisticamente significativos neste

estudo. Neste sentido, também a literatura apresenta resultados controversos. Alguns autores referem que tanto a frequência de crises como a duração da doença parecem contribuir para o desenvolvimento de um quadro depressivo nos indivíduos com epilepsia e, concomitantemente, para um prejuízo na sua QDV (N. Alonso et al., 2005; N. B. Alonso & Albuquerque, 2002; Borges et al., 2000; F. Cabral et al., 2004; DeFelipe-Oroquieta, 2002; Djibuti & Shakarishvili, 2003; Fernández, 1999; H. Filho & Gomes, 2004; González, 2003; Guimarães et al., 2003; R. Meneses et al., 2002b; Narváez et al., 2007; Senol et al., 2006). No entanto, nos resultados de um estudo de Indaco (1992) citado em Kairalla e colaboradores (2004) não se verificou correlação entre a duração da doença e a sintomatologia depressiva. O presente estudo parece corroborar os resultados do estudo de Indaco. Estes resultados também podem dever-se ao facto de alguns estudos mencionarem que com o decorrer do tempo, o indivíduo com epilepsia, poderá ser capaz de arranjar estratégias para se adaptar à sua condição e interpretar de um modo diferente a sua situação, as restrições do quotidiano e as suas expectativas face à doença (P. Salgado & Souza, 2003). Para estes autores, estes processos de avaliação e estratégias de adaptação psicológica são importantes para a manutenção de nível aceitáveis de bem-estar face a uma doença crónica.

3.7. Conclusões

Após a análise cuidada dos resultados do presente estudo, resta-nos efectuar uma síntese das principais conclusões. Assim, concluímos que a presença de sintomatologia depressiva é um forte indicador da QDV dos indivíduos com epilepsia.

Constatámos também que, apesar de os indivíduos apresentarem a doença há mais ou menos tempo, esta variável não teve influência na evidência de sintomatologia depressiva nem nos resultados obtidos nas dimensões do SF-36.

No entanto, os indivíduos que apresentam maior número de crises demonstraram maior evidência de sintomatologia depressiva, bem como um maior comprometimento da QDV, comparativamente, aos indivíduos que não apresentam crises ou apresentam controlo há mais de 6 meses. Contudo, era esperado que, em média, os níveis de sintomatologia depressiva fossem mais elevados, apesar de haver já indícios da presença da mesma. No sentido de melhor percebermos as relações entre as variáveis estudadas seria importante alargar o número de participantes. Temos consciência que o tamanho reduzido da nossa amostra condiciona os resultados obtidos, constituindo assim uma limitação para esta investigação.

Uma outra limitação está relacionada com o facto de não se terem avaliado algumas variáveis referidas na literatura, como o tipo de crises, o estigma, a percepção do controlo de crises, os efeitos secundários dos fármacos, entre outros. É de salientar também que o facto de a recolha de dados não ter sido efectuada em contexto clínico não possibilitou a avaliação e o controlo de determinadas variáveis, como o tratamento anterior e actual, o tipo de crises.

Um outro aspecto que deve ser levado em consideração diz respeito ao facto de a recolha de dados ter ocorrido em dois locais distintos e diferentes no que concerne à sua caracterização e localização geográfica, o que também não possibilitou a comparação de grupos pois o número de participantes de cada um dos locais era discrepante. No entanto, é de salientar que os instrumentos utilizados apresentaram pontos em comum que, por vezes, se completavam, facilitando a análise de determinados aspectos envolvidos no presente estudo.

Neste sentido, em estudos futuros, deve dar-se importância a um conjunto de variáveis e factores que aparecem referenciados na literatura como tendo impacto na QDV e no despoletar de sintomatologia depressiva nos indivíduos com epilepsia, como por exemplo, o tipo de crises, a duração das crises, a percepção de controlo das crises e ainda

o estigma associado. Parece também relevante continuar com estudos nesta área, na medida em que são poucos os estudos encontrados em Portugal no âmbito da epilepsia, sendo uma patologia crónica com uma prevalência elevada.

IV. Bibliografia

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª ed.). Braga: Psiquibrios Edições.
- Alonso, N., Silva, T., Westphal, A., Azevedo, A., Caboclo, L., Ciconelli, R., et al. (2005). Sintomas Depressivos e Qualidade de Vida em Indivíduos com Epilepsia por Esclerose Mesial Temporal *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11(3), 117-122.
- Alonso, N. B., & Albuquerque, M. d. (2002). Qualidade de Vida nas Epilepsias Refratárias. *Revista de Neurociências*, 10(2), 105-119.
- Amaral, G., Jardim, P., Brasil, M., Souza, A., Freitas, H., Taniguchi, L., et al. (2007). Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 161-168.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Artigas, J. (1999a). Implicaciones psicológicas y sociales de las epilepsias del adolescente. *Revista de Neurología*, 28(161), 43-49.
- Artigas, J. (1999b). Manifestaciones psicológicas de la epilepsia en la infância. *Revista de Neurología*, 28(2), 135-141.
- Barbosa, F. (2003). *Avaliando a qualidade de vida do adolescente com epilepsia*. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Betting, L. E., Kobayashi, E., Montenegro, M. A., Min, L. L., Cendes, F., Guerreiro, M. M., et al. (2003). Tratamento de epilepsia *Arquivo Neuropsiquiatria*, 61(4), 1045-1070.
- Bishop, M., Berven, N. L., Hermann, B. P., & Chan, F. (2002). Quality of Life Among Adults with Epilepsy: An Exploratory Model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(2), 87-95.
- Borges, M., Cordeiro, J., & Delgado, A. (2000). Duração e faixa etária da epilepsia e suas correlações com trabalho - Estudo prospectivo ambulatorial em 379 epiléticos. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 8(2-A), 288-291.
- Brito, D., Araújo, T., Galvão, M., Moreira, T., & Lopes, M. (2008). Qualidade de Vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Caderno de Saúde Pública*, 24(4), 933-940.
- Cabral, F., Coelho, C., & Sanvito, W. (2004). O Impacto dos Aspectos Sociais e Sua Influência no Tratamento das Epilepsias: Revisão e Propostas. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2(4), 331-334.
- Cabral, F., Coelho, C., & Sanvito, W. (2005). O impacto dos aspectos sociais e sua influência no tratamento das epilepsias: revisão e propostas. *Diagnóstico e Tratamento*, 10(2), 76-80.
- Calil, H., & Guerra, A. (2004). Depressão - uma doença mental? *Ciência Hoje*, 34(201), 28-33.
- Campolina, A. G., & Ciconelli, R. M. (2008). O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação de Qualidade de Vida. *Acta Reumatologia Portuguesa*, 33, 127-133.
- Campos-Castelló, J. (2006). Neuropsicología de la epilepsia: qué factores están implicados? *Revista de Neurología*, 43 (1), 59-70.
- Campos-Castelló, J., & Campos-Soler, S. (2004). Neuropsicologia y epilepsia. *Revista de Neurología*, 39(2)(166-177).
- Campos, M. R., & Muñoz, M. R. (2007). Epilepsia en Atención Primaria. *Pediatría Integral* 11(9), 771-780.
- Canale, A., & Furlan, M. (2006). Depressão. *Arquivo Mudi*, 10(2), 23-31.

- Castro, E., Ferreira, R., & Goulart, E. (2008). A epilepsia e os transtornos mentais: a interface neuropsiquiátrica. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 18(4 Supl 1), 98-106.
- Cavalcanti, C., Silva, S., & Bastos, O. (2009). Manifestações Psiquiátricas da Epilepsia. *Neurobiologia*, 72(1), 131-144.
- Chellapp, S., & Araújo, J. (2007). O Sono e os transtornos do sono na depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(6), 285-289.
- Cid, A., Juste, A., & López. (2006). Calidad de vida y discapacidad del anciano epiléptico [Electronic Version]. *Revista de Neurologia* 169-196.
- Costa, J. C. d., & Portela, E. J. (2006). Tratamento Cirúrgico das Epilepsias na Criança. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12(1 suppl. 1), 32-43.
- Costa, R., Soares, H., & Teixeira, J. (2007). Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 19(1), 269-276.
- DeFelipe-Oroquieta, J. (2002). Aspectos psicológicos en la epilepsia. *Revista de Neurologia*, 34(9), 856-860.
- Del Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Djibuti, M., & Shakarishvili, R. (2003). Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 74, 570-573.
- Espie, C., Watkins, J., Duncan, R., Sterrick, M., Mcdonach, E., Espie, A., et al. (2003). Perspectives on epilepsy in people with intellectual disabilities: comparison of family career, staff career and clinician score profiles on the Glasgow Epilepsy Outcome Scale (GEOS). *Seizure*, 12, 195-202.
- Fabela, S. (2002). Contributos neuropsicológicos para a intervenção psicológica nas perturbações de humor [Electronic Version].
- Fernandes, P., Salgado, P., Noronha, A., Mory, S., & Li, L. (2004). Formação de Grupos como Suporte Psicológico e Social na Epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10(3), 171-174.
- Fernandes, P. T. (2005). *Estigma na Epilepsia*. Universidade Estadual de Campinas Campinas.
- Fernandes, R., & Rozenhal, M. (2008). Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Revista de Psiquiatria* 30(3), 192-200.
- Fernández, J. (1999). Problemática social y calidad de vida del niño epiléptico. Procedimientos para objetivarlas y para mejorarlas. *Boletim Pediatria*, 39, 28-33.
- Ferreira, B. (2005). Depressão “unipolar” de início precoce. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca* - 64-71.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36 - Parte I Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36 - Parte II Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia, princípios, diagnóstico e tratamento* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Filho, G., Rosa, V., & Yacubian, E. (2008). Transtornos Psiquiátricos na Epilepsia: Uma Proposta de Classificação Elaborada pela Comissão de Neuropsiquiatria da ILAE. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 14(3), 119-123.
- Filho, H., & Gomes, M. (2004). Análise Crítica dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Epilepsia Infantil. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10(3), 147-153.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.

- Fleck, M., Laler, B., Sougey, E., Del Porto, J., Brasil, M., & Juruena, M. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114-122.
- Fleck, M., Lima, A., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V., et al. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431-438.
- Fonseca, A., & Tedrus, G. (2008). *Adultos com epilepsia: depressão - IC PUC-Campinas*. Paper presented at the Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas.
- Frayman, L., Cukiert, A., Forster, C., Ferreira, V., & Buratini, J. (1999). Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia de epilepsia. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 57(1), 30-33.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia científica. Fundamentos, métodos e técnicas* (1ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Fuentes, D., Brakha, T., Góis, J., & Rzezak, P. (2008). Avaliação neuropsicológica aplica às epilepsias. In D. Fuentes, L. Malloy-Diniz, C. Camargo & R. Conesza (Eds.), *Neuropsicologia - teoria e prática*. São Paulo: Artmed.
- Garzon, E. (2002). Epilepsia Refractária: Conceito e Contribuição das novas drogas antiepilépticas e de outras modalidades terapêuticas. *Revista Neurociências*, 10 (2), 66-82.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S. - D.). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesas* (Vol. 1). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M., & Almeida, R. (1996). Tratamento cirúrgico da epilepsia. *Medicina Interna*, 3(1), 43-48.
- González, S. (2003). Calidad de vida en la epilepsia. *Psiquiatria.com*, 7(2).
- Grevet, E., Cordioli, A., & Fleck, M. (2005). Depressão maior e distímia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico. In *Psicofármacos*. Porto Alegre: Artmed.
- Guerrero, D., Infante, Y., & Palacios-Espinosa, X. (2008). Epilepsia: personalidad, depresión, atención y memoria. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 17(3), 156-167.
- Guerrero, E., & Guerrero, S. (2006). Epilepsia y Depresión. Un enfoque desde la Atención Primaria. *Revista Chilena de Epilepsia*, 7(1), 8-12.
- Guimarães, C., Souza, E., Montenegro, M., Cendes, F., & Guerreiro, M. (2003). Cirurgia para epilepsia na infância - Avaliação neuropsicológica e de qualidade de vida. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 61 (3), 786-792.
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A., & De Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
- Herranz, J. (2002). Factores clínicos, farmacológicos y sociales que modulan el tratamiento de los niños con epilepsia. *Boletim Pediatria*, 42, 230-240.
- Júnior, R., & Carvalho, S. (2002). Depressões em Doenças Neurológicas. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação* 5-22.
- Justo, L., & Calil, H. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 91-99.
- Kairalla, I., Bressan, R., & Mari, J. (2004). Epilepsia, Depressão e Transtornos do Humor. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10(4 suppl 2), 59-63.
- Kanner, A. (2006). Depresión y epilepsia: una nueva perspectiva sobre dos trastornos relacionados. *Epilepsy Currente*, 6(5), 141-146.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2003). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Brasil.: Artmed.
- Karzmark, P., Zeifert, P., & Barry, J. (2001). Measurement of Depression in Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2, 124-128.
- King, A., Nardi, A., & Cruz, M. (2006). Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 55(1), 70-73.

- Lafer, B., & Filho, H. (1999). Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21.
- Lima, J. M. L. (2005). Epilepsia – a abordagem clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 291-298.
- Lima, M., Tassi, J., Novo, I., & Mari, J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 15-20.
- Lima, R., & Migott, A. (2003). Dinâmica familiar e depressão. *Boletim da Saúde*, 17(2), 61-66.
- Madariaga, I., & Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada com salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*, 167, 147-192.
- Madureira, C. (2006). A depressão na consulta clínica - identificação e orientação terapêutica. *Einstein*, 4(3), 254-256.
- Maia, A. (1999). Terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Psiquiatria e Praxis Psiquiátrica*, 2(6), 19-28.
- Marchetti, R., Castro, A., Kurcgant, D., Cremonese, E., & Neto, J. (2005). Transtornos mentais associados à epilepsia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 170-182.
- Marchetti, R., & Kurcgant, D. (2001). Diagnóstico e Tratamento de Epilepsia e Crises Pseudoepilépticas psicogénicas associadas. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 59 (2), 461-465.
- Marroni, S. (2006). *Qualidade de vida em pacientes com epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso: perspectiva imediata e remota do procedimento cirúrgico*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Martín, J., & Rosa, C. (2006). *Atualizações em psiquiatria para médicos de família - abordagem a doença depressiva em cuidados primários*. Miraflores: Edições Médicas.
- Mauri-Llerda, J., Pascual-Millán, L., Tejero-Juste, C., Íñiguez, C., Escalza-Cortina, I., & Morales-Asín, F. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en epilepsia. *Revista de Neurología*, 32 (1), 77-82.
- Mayor, L., Dávila, J., & Quijano, C. (2006). Depresión y epilepsia. *Acta Neurológica Colombiana*, 22, 278-282.
- Mendes, N. (2002). *Atividade física e epilepsia: um estudo em crianças e adolescentes epiléticos*. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Mendez, M., Cummings, J., & Benson, F. (1986). Depression in Epilepsy. *Archives of Neurology*, 43(8), 766-770.
- Meneses, R., Pais-Ribeiro, J., & Martins da Silva, A. (2002a). Revisão da literatura sobre avaliação da Qualidade de Vida (QDV) de adultos com Epilepsia. I: Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 61-88.
- Meneses, R., Pais-Ribeiro, J., & Martins da Silva, A. (2002b). Revisão da literatura sobre avaliação da Qualidade de Vida (QDV) de adultos com Epilepsia. II - Facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 119-139.
- Meneses, R. F., Pais-Ribeiro, J., & Silva, A. M. d. (2008). Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão: um exemplo de indicadres e relações na Epilepsia. *Temas em Psicologia*, 16(1), 133-144.
- Moreno, A., Faerstein, E., Werneck, G., Lopes, C., & Chor, D. (2006). Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2585-2597.
- Moreno, R., Moreno, D., & Soares, M. (1999). Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 40.
- Narváez, V. C., Anduquia, C. X. M., Nieto, J. C. R., & Bastidas, C. A. M. (2007). Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 32(1), 31-40.

- Neto, J. N., & Marchetti, R. L. (2005). Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 323-328.
- Nigri, P., Orlando, F., Gava, A., Peccin, M., & Cohen, M. (2004). Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos a reconstrução do ligamento cruzado anterior e a um programa de reabilitação. *Einstein*, 2(4), 303-307.
- Oliveira, B., Parreiras, M., & Doretto, M. (2007). Epilepsia e Depressão: Falta diálogo entre a Neurologia e a Psiquiatria? *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 3(3), 109-113.
- Oliveira, G., Kummer, A., Salgado, J., Marchetti, R., & Teixeira, A. (2009). Transtornos Neuropsiquiátricos da Epilepsia do Lobo Temporal. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45(1), 15-23.
- Pais-Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde* (1ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. (2002). Qualidade de Vida e doença oncológica. In M. d. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Território da Psicologia Oncológica* Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a Saúde - Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36*. Lisboa: Fundação Merck.
- Palencia, R. (2000). Neuropediatria - Actitud diagnóstica y terapéutica ante la epilepsia en la infancia. *Boletim Pediatria*, 40, 79-87.
- Peron, A., Neves, G., Brandão, M., & Vicentini, V. (2004). Aspectos biológicos e sociais da depressão. *Arquivo Ciência Saúde Unipar*, 8(1), 45-48.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementariedade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, J. (2006). Epilepsia. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia, princípios, diagnóstico e tratamento* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Pinto, A. d. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Pires, C. (2004). A depressão e o seu tratamento psicológico. *Clínica Psicológica*.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología* (1ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Rajmil, L., Herdman, M., Serra-Sutton, V., & Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34-43.
- Ribeiro, J., Meneses, R., & Meneses, I. (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 1 (XVI), 91-100.
- Rodriguez, T., & Sacristán, R. (2002). Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 26(1), 1-8.
- Salgado, P., & Souza, E. (2001). Qualidade de vida em epilepsia e percepção de controle de crises. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 59(3-A), 537-540.
- Salgado, P., & Souza, E. (2002). Impacto da epilepsia no trabalho. *Arquivo Neuropsiquiátrico*, 60(2-B), 442-445.
- Salgado, P., & Souza, E. (2003). Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 165-168.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2003). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Santo, J., Maineri, N., & Portuguez, M. (2004). Epilepsia e Crises Não-Epilépticas. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 10 (4), 29-33.
- Scalco, M. (2002). Tratamento de idosos com depressão, utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 55-63.
- Schestatsky, S., & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21.
- Schindwein-Zanini, R., Portuguez, M., Costa, D., Marroni, S., & Costa da Costa, J. (2007). Epilepsia Refratária: Repercussões na Qualidade de Vida da Criança e de seu Cuidador. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 13(4), 159-162.

- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Senol, V., Soyuer, F., Arman, F., & Ozturk, A. (2006). Influence of fatigue, depression, and demographic, socioeconomic, and clinical variables on quality of life of patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5, 1-9.
- Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288.
- Shansis, F., & Cordioli, A. (2005). *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, A., & Cabral, F. R. (2008). Ictogênese, Epileptogênese e Mecanismo de Ação das Drogas na Profilaxia e Tratamento da Epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 14(Suppl 2), 39-45.
- Silva, A., & Cavalheiro, E. (2004). Epilepsia: uma janela para o cérebro. *MultiCiência*, 3, 1-11.
- Souza, E. (2001). Questionário de Qualidade de Vida na Epilepsia - Resultados Preliminares. *Arquivo Neuropsiquiátrico*, 59(3-A), 541-544.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Swinkels, W., Kuyk, J., Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2005). Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7, 37-50.
- Teixeira, A. C. P., Fonseca, A. R. d., & Maximo, I. M. N. d. S. (2002). Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do Curso de Psicologia do Centro UNISAL – U.E. de Lorena (SP). *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 3(1), 16-27.
- Teng, C., Humes, E., & Demétrio, F. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Ure, J. A. (2004). Deterioro cognitivo em pacientes epiléticos. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 2, 1-14.
- Velarde-Jurado, E., & Ávila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica de Mexico*, 44(5), 448-463.
- Vidal, P. M. (2005). *Estatística prática para as ciências da saúde*. Lisboa: Lidel.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. (2005). Aspectos psicossociales asociados com la calidad de vida de personas com enfermedades crônicas. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.
- Wannamacher, L. (2004). Depressão maior: da descoberta à solução? *Brasília*, 1(5), 1-3.
- Westphal, A., Alonso, N., Silva, T., Azevedo, A., Caboclo, L., Garzon, E., et al. (2005). Comparação da Qualidade de Vida e Sobrecarga dos Cuidadores de Pacientes com Epilepsia por Esclerose Mesial Temporal e Epilepsia Mioclônica Juvenil. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11(2), 71-76.
- Winckler, M., Riesgo, R., Ohlweiler, L., Ranzan, J., & Rotta, N. (2007). Indicaciones quirúrgicas de la epilepsia en la niñez. *Medicina* 67(1), 614-622.
- Yacubian, E. M. (2002). Proposta de classificação das crises e síndromes epiléticas. Correlação Videoelectroencefalográfica. *Revista de Neurociências*, 10 (2), 49-65.
- Yacubian, E. M. T. (2002). Tratamento da epilepsia na infância. *Jornal de Pediatria*, 78(Supl.1), 19-27.
- Zavaschi, M., Satler, F., Poester, D., Vargas, C., Piazenski, R., Rohde, L., et al. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário sóciodemográfico

Universidade da Beira Interior

Departamento de Psicologia e Educação

Este questionário faz parte de uma investigação, no âmbito da licenciatura em Psicologia, cujo tema é “Qualidade de Vida e Sintomatologia Depressiva na Epilepsia”. Pedimos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Não há respostas correctas ou erradas, o que nos interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial, destinando-se apenas à investigação científica.

Idade: _____

Género: Masculino

Feminino

Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)/Regime de Coabitação
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

Escolaridade:

- Não saber ler nem escrever
- Sabe ler e/ou escrever
- 1º Ciclo (1º-4º anos)
- 2º Ciclo (5º-6º anos)
- 3º Ciclo (7º-9º anos)
- Ensino Secundário (10º-12º anos)
- Estudos Universitários

Situação Profissional:

- Empregado(a)
- Desempregado(a)
- Reformado(a)

Frequência de crises:

- Controlo de crises há mais de 6 meses
- 1 a 10 crises por mês
- 11 a 30 por mês
- Nenhuma

Que idade tinha quando lhe diagnosticaram Epilepsia: _____

Anexo 2: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

CES-D

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977)
Adaptada para a População Portuguesa por Gonçalves y Faguiha (2000-2001)

Nome:..... Data de Aplicação: _/_/___

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira durante a semana passada fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Utilize a seguinte chave:

Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)

Ocasionalmente (1 ou 2 dias)

Com alguma frequência (3 ou 4 dias)

Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem.				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite.				
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos.				
4. Senti que valia tanto como os outros.				
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer.				

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
6. Senti-me deprimido.				
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço.				
8. Senti-me confiante no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso.				
10. Senti-me com medo.				
11. Dormi mal.				
12. Senti-me feliz.				
13. Falei menos do que o costume.				
14. Senti-me sozinho.				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo.				
16. Senti prazer ou gosto na vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Senti falta de energia.				

Utilize a seguinte chave:

Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)

Ocasionalmente (1 ou 2 dias)

Com alguma frequência (3 ou 4 dias)

Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

Anexo 3: Questionário de Estado de Saúde MOS SF-36 (v.2)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo 4: Autorização do Questionário do Estado de Saúde SF-36 (v.2)



Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado

Email: pedrolf@fe.uc.pt
celsuc@fe.uc.pt

Coimbra, 11 de Fevereiro de 2009

Ex.ma Senhora Professora Rosa Marina Afonso (Universidade da Beira Interior):

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/fax 239 790 507

Anexo 5: Consentimento informado

Consentimento Livre e Informado

Ângela Filipa Neves de Almeida, estudante de Psicologia da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de Investigação no âmbito da disciplina de Seminário de Investigação, subordinado ao tema “Qualidade de Vida e Sintomatologia Depressiva na Epilepsia”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento destes questionários. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendi todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo

Nome do Doente (opcional)

(Assinatura do Doente)

Data: _____

