



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

---

Karina Kelly Borges

Qualidade de Vida em Pacientes com Epilepsia

São José do Rio Preto  
2007

Karina Kelly Borges

## Qualidade de Vida de Pacientes com Epilepsia

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Moacir Alves Borges

Co-Orientadora: Profa. Dra. Elizabete A.P. de Souza

São José do Rio Preto  
2007

Borges, Karina Kelly

Qualidade de vida em pacientes com epilepsia / Karina Kelly Borges

São José do Rio Preto, 2007

93 p.;

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Moacir Alves Borges

Co-Orientadora: Elizabete Abib Pedroso de Souza

1. Qualidade de vida; 2. Epilepsia; 3. Adultos; 4. Estudo populacional.

Karina Kelly Borges

Qualidade de Vida de Pacientes com Epilepsia

Banca Examinadora

Tese para Obtenção do Grau de Mestre

Presidente e Orientador: **Moacir Alves Borges**

2º Examinador: **Nely Silvia Aragão de Marchi**

3º Examinador: **Catarina Abraão Guimarães**

Suplente: **Neide Aparecida Micelli Domingos**

Suplente: **Li Li Min**

São José do Rio Preto, 19/07/2007

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos .....	ii
Lista de Figuras.....	iv
Lista de Tabelas e Quadro .....	v
Resumo.....	vi
Abstract.....	viii
<b>1. Introdução .....</b>	<b>01</b>
1.1. Saúde e Qualidade de Vida .....	05
1.2. Qualidade de Vida.....	06
1.3. Qualidade de Vida e Epilepsia .....	09
1.4. Variáveis que Controlam a Qualidade de Vida.....	11
1.5. Problemas de Estigma .....	13
1.6. Impacto no Trabalho .....	14
1.7. Problemas ao Dirigir.....	15
1.8. Prejuízo Cognitivo .....	16
1.9. Aspectos Psicossociais.....	17
1.10. Relacionamento Familiar .....	18
1.11. Estado Afetivo .....	19
1.12. Objetivo .....	21
1.12.1. Objetivo Geral.....	21
1.12.2. Objetivos Específicos .....	21
<b>2. Casuística e Método .....</b>	<b>22</b>

2.1. Seleção da Amostra .....	23
2.2. Ambiente .....	24
2.3. Instrumento .....	24
2.4. Descrição do QQV-65 .....	25
2.5. Definição Operacional da Percepção de Controle de Crises .....	27
2.6. Procedimento .....	27
2.7. Análise Estatística .....	28
<b>3. Resultado .....</b>	<b>29</b>
3.1. Caracterização da Amostra .....	30
3.1.1. Caracterização Demográfica .....	30
3.1.2. Caracterização Clínico-Eletroencefalográfica da Epilepsia... 31	
3.2. Resultados Obtidos da Avaliação do QQV-65 .....	32
3.3. Resultados Obtidos Através das Relações Estatísticas Estabelecidas na Pesquisa .....	36
<b>4. Discussão.....</b>	<b>38</b>
4.1. Variáveis envolvidas na QV .....	44
<b>5. Conclusões .....</b>	<b>47</b>
<b>6. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>49</b>
<b>7. Anexos.....</b>	<b>59</b>
<b>8. Apêndice .....</b>	<b>75</b>

*Aos meus amores, **Italo e Sergio***

“Ainda que eu tivesse o dom da profecia e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência...mas não tivesse amor, eu nada seria”.

**1 Corintios: 13,2**

*Aos meus queridos pais, **Ivone e Luis***

“Se um dia já um homem feito e realizado, sentires que a terra cede a teus pés, que tuas obras desmoronam, que não há ninguém a tua volta para te estender a mão, esquece a tua maturidade, passa pela tua mocidade, volta à tua infância e balbucia, entre lágrimas e esperanças, as últimas palavras que sempre te restarão: *Minha mãe, Meu pai.*”

**Rui Barbosa**

## **Agradecimentos**

---

- ✓ A Deus, por me dar a vida e iluminar meus passos.
  
- ✓ Ao Prof. Dr. Moacir Alves Borges, por ter sido muito mais que um orientador, ter sido o grande mestre que olhou com cuidado e atenção pela minha pesquisa e minha formação profissional.
  
- ✓ À minha co-orientadora Prof. Dra. Elizabete Abib Pedroso de Souza, pelas inestimáveis contribuições dadas a esta pesquisa, participando, supervisionando e orientando a elaboração de cada uma de suas etapas e sua eterna amizade.
  
- ✓ Ao Serviço de Psicologia do Hospital de Base em especial as Professoras Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, Neide Aparecida Micelli Domingos e Leda Maria Branco Ravagnani pelo carinho e incentivo ao longo da minha trajetória e por mostrar a beleza e o fascínio da pesquisa na trajetória de um profissional.
  
- ✓ A toda a minha família, em especial aos meus irmãos Cinthia e Rogério pelo apoio e disponibilidade sempre que precisei.
  
- ✓ Aos pacientes e familiares que participaram desta pesquisa, por terem dado vida ao meu projeto, tirando-o do papel.



- ✓ Agradeço aos Docentes do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia e ao Centro de Cirurgia de Epilepsia do Hospital de Base pela atenção e carinho.
  
- ✓ A minha aprimoranda Kátia Carrasco pela colaboração e disponibilidade.
  
- ✓ Ao estatístico Prof. Dr. José Antonio Cordeiro pela análise estatística dos dados da pesquisa.
  
- ✓ As amigas Luciana, Rosana, Márcia por terem dividido comigo todas as angústias e alegrias deste trabalho.
  
- ✓ A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

**Lista de Figuras**

---

Figura 1.	Distribuição dos tipos de crises, controle e frequência.....	32
Figura 2.	Participantes com percepção de crises controladas ou não controladas.....	36
Figura 3.	Número de pacientes Ambulatoriais e Populacionais.....	37

**Lista de Tabelas e Quadro**

---

Tabela 1.	Caracterização da amostra de participantes ambulatoriais e populacionais.....	30
Tabela 2.	Caracterização da doença nos pacientes ambulatoriais e populacionais.....	31
Tabela 3.	Os escores totais de qualidade de vida e os aspectos individuais dos pacientes ambulatoriais.....	33
Tabela 4.	Os escores totais de qualidade de vida e os aspectos individuais dos participantes populacionais.....	34
Tabela 5.	Estatísticas descritivas dos escores de QV total e por aspecto...	34
Quadro 1.	Fórmula para cálculo de pontuação de QV por aspecto e no total.....	26

**Introdução:** A epilepsia é uma desordem crônica que prejudica a qualidade de vida, especialmente nos períodos críticos, influenciando os aspectos pessoais, relacionamento familiar, sociais e culturais. **Objetivo:** Este estudo analisou a qualidade de vida (QV) dos pacientes com epilepsia relacionando-a a diferentes fatores: social, físico e emocional as variáveis da doença e à variável do sujeito: percepção de controle de crises, comparando pacientes do ambulatório do Hospital de Base e pacientes da população da cidade de São Jose do Rio Preto. **Casuística e Método:** Foram avaliados 165 sujeitos com diagnóstico de epilepsia, por meio do Questionário de Qualidade de Vida 65 (QQV-65). **Resultados:** A amostra constou de 87 do sexo feminino e 78 do sexo masculino, pertencentes ao ambulatório do Hospital de Base (N=105) e pacientes populacionais (N=60) da cidade de São Jose do Rio Preto. A idade geral dos sujeitos variou entre 18 e 75 anos (M=41,28; DP= 13,26). O estudo mostrou associação significativa entre idade e QV final (valor -  $p=0,003$ ) e escolaridade e QV final (valor -  $p=0,001$ ). Houve relação significativa entre a percepção de controle de crises e todos os aspectos de QV: pontuação total de QV (valor  $p - p=0,000$ ), saúde (valor -  $p=0,000$ ), aspectos físicos (valor -  $p=0,000$ ), aspectos sociais (valor -  $p=0,003$ ), locus de controle (valor -  $p=0,000$ ), auto-conceito (valor -  $p=0,025$ ), aspectos emocionais (valor -  $p=0,000$ ) e aspectos cognitivos (valor -  $p=0,009$ ). **Conclusão:** Não houve correlação entre a origem dos pacientes do ambulatório ou de postos de

saúde) e a QV final e seus aspectos (saúde, físico, cognitivo, emocional, auto-controle e locus de controle).

**Palavras-Chave:** 1. Qualidade de vida; 2. Epilepsia; 3. Adultos; 4. Estudo populacional.

Epilepsy is a chronic disorder that affects the quality of life, especially in its critical periods, when the disease disadvantages life's cultural, personal and social aspects as well as family relationships. This study analyzed the quality of life in epileptic patients (QV) related to different issues: social, physical and emotional, all of them correlated to the disease and individual variables: the perception of seizure control. Patients from the outpatient's clinic of Hospital de Base and those identified in the community of São José do Rio Preto were compared. 165 patients diagnosed with epilepsy were evaluated by Quality of Life 65 Questionnaire (QQV-65). 87 female and 78 male, from the ambulatory service of Hospital de Base (N=105) and patients from the community (N=60) of São José do Rio Preto city. Their ages ranged between 18 and 75 years old (mean = 41.28; standard deviation = 13.26). The study showed significant associations between age and final quality of life (p-value = 0.003) as well as education and final quality of life (p-value = 0.001). There was significant relation between perception and seizure control and all the aspects of QV: total range of QV (value p - p=0.000), health (value - p=0.000), physical aspects (value - p=0.000), social aspects (value - p=0.003), locus of control (value - p=0.000), self-concept (valor - p=0.025), emotional aspects (valor - p=0.000) and cognitive aspects (value - p=0.009). There was no correlation between patients' origin (ambulatory or outpatients' clinic) and the final quality of life and

its aspects (health, physical, cognitive, emotional, self-concept and locus of control).

**Key-Words:** 1. Quality of Life; 2. Epilepsy; 3. Adults; 4. Population Study.

## 1. INTRODUÇÃO

---



## 1. INTRODUÇÃO

O termo epilepsia é derivado do grego, significando “possuir”, apossar-se”, atacar”. É utilizado em medicina no sentido de “ser pego de surpresa” ou “ser atacado”, explicando o uso do termo “ataque epiléptico”. Desde a antiguidade tem sido considerada como uma doença vinculada aos fenômenos sobrenaturais, sendo considerada um castigo ou opressão de espíritos, trazendo a conotação de uma doença demoníaca, que atingia tanto os sentidos quanto a mente.<sup>(1)</sup> Por volta de 400 a.C., Hipócrates afirmou que a epilepsia não estava ligada ao caráter divino e sim ao cérebro. Nesta época iniciaram-se registros que atribuíam às doenças neurológicas causas físicas, identificando o cérebro como local para o entendimento do comportamento humano.<sup>(2)</sup>

A descoberta do eletrencefalograma (EEG), em 1929, trouxe subsídios para uma melhor compreensão científica da epilepsia. Atualmente, epilepsia é uma doença crônica, caracterizada por um distúrbio no cérebro que se expressa por crises repetidas. É o resultado de uma descarga súbita e excessiva dos neurônios, que, por alguns segundos ou minutos, afeta uma parte do cérebro (crise focal) ou o cérebro como um todo (crise generalizada). Trata-se de uma alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro.<sup>(3)</sup>

Em 1989, as síndromes epiléticas e as epilepsias foram classificadas pela Comissão de Terminologia da “International League Against Epilepsy” (ILAE) em focais,<sup>(4)</sup> generalizadas e crises focais com generalização

secundária.<sup>(5)</sup> Os dois primeiros tipos são os mais freqüentemente encontrados.<sup>(5)</sup>

Os sintomas das crises focais apontam para uma área localizada em um dos hemisférios cerebrais como o local da disfunção. Crises focais podem ser simples, quando o paciente não apresenta qualquer comprometimento da consciência no período crítico, com manifestações motoras, sensitivas, autonômicas ou psíquicas. Nas crises parciais complexas, o paciente apresenta incapacidade de reagir a estímulos sob comando ou vontade própria no período crítico, ou seja, ocorrem alterações de consciência que podem vir precedidas das manifestações das crises focais simples.<sup>(4)</sup> Também as crises focais podem evoluir para crise secundariamente generalizada, isto é, quando após as crises focais surgem manifestações de crises generalizadas tônicas e/ou clônicas.<sup>(5)</sup>

A epilepsia é considerada uma doença episódica ou recorrente, portanto, o espectro característico dessa doença é a alternância de períodos estáveis de duração variada, caracterizada por ausência de sintomas e períodos de exacerbação. Pode ser causada por praticamente todas as doenças ou distúrbios graves que acomete o ser humano como: anomalias congênitas de doenças infecciosas, distúrbios vasculares, metabólicos e nutricionais, doenças degenerativas e traumas.

O diagnóstico das epilepsias é fundamentalmente clínico, isto é, baseado nas informações fornecidas pelo paciente ou acompanhante. Obviamente, os exames clínico-neurológicos, a avaliação neuropsicológica e exames

complementares devem proporcionar subsídios valiosos ao diagnóstico completo e seguro.

Existe uma diferenciação entre crises e epilepsia. A crise tem um limite de duração, enquanto que a epilepsia, para muitas pessoas, é uma condição crônica, que limita os pacientes em suas atividades diárias.<sup>(6)</sup>

A incidência da epilepsia nos países desenvolvidos é estimada em 1%, aumentando para 2% nos países em desenvolvimento. É considerado como a segunda maior causa de incapacidade do funcionamento cerebral,<sup>(7)</sup> tendo repercussões sobre a saúde, em termos mundiais, semelhantes ao câncer de mama nas mulheres e ao câncer de pulmão nos homens.<sup>(8)</sup>

A incidência desse distúrbio em determinada população varia de acordo com idade, sexo, raça, tipo de síndrome epiléptica<sup>(6)</sup> e condição sócio-econômica. Há poucos estudos epidemiológicos no Brasil. Borges *et al.*<sup>(9)</sup> realizaram um estudo sobre prevalência em São José do Rio Preto, estado de São Paulo e encontraram 18,6 por 1000 habitantes sendo 8,2 para epilepsia ativa, definida como a ocorrência de pelo menos uma crise no período dos últimos dois anos. A prevalência na faixa etária de 0 a 4 anos foi 4,9 de 5 a 14 anos 11,7 de 15 a 64 anos, 20,3 e acima dos 65 anos foi de 32,8.

O diagnóstico de epilepsia acarreta muito frequentemente mudanças significativas na vida diária do indivíduo. A instituição de um tratamento com drogas antiepilépticas (DAE) impõe horários regulares para a tomada das mesmas e a presença de eventos adversos como sonolência, tontura, distúrbios gastrintestinais, alterações cognitivas, dentre outros, que passam a fazer parte da realidade cotidiana dos pacientes.

O tratamento, principalmente para os pacientes que tem crises infreqüentes, pode consistir apenas em evitar fatores desencadeantes, embora a maioria dos mesmos necessite tratamento com drogas antiepilépticas. De forma geral, 80% dos pacientes respondem bem ao tratamento e evoluem com controle das crises.<sup>(10,11)</sup>

Normalmente, o objetivo de tais tratamentos é a diminuição ou a eliminação das crises. Porém, os problemas decorrentes do dano neurológico coexistente e das dificuldades psicossociais dificilmente serão abolidos apenas com o tratamento medicamentoso ou cirúrgico. Estudos têm apontado que as conseqüências psicossociais da epilepsia são mais desvantajosas para as pessoas do que a freqüência das crises.<sup>(12)</sup>

O tratamento voltado só para os sintomas ignora os efeitos importantes do estigma, desemprego, problemas no casamento, família, dificuldades para dirigir além dos efeitos comportamentais e cognitivos das drogas que afetam a vida das pessoas com epilepsia.

Entender o que acontece a partir do início dessa condição permite estabelecer objetivos educacionais que possibilitem a prevenção primária e intervenção terapêutica mais abrangente e adequada daquele que como qualquer pessoa tem expectativas e objetivos de vida.

### **1.1. Saúde e Qualidade de Vida**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social. A classificação da OMS de

comprometimento, déficit e prejuízo, também esclarece questões de Qualidade de Vida (QV), quando associa comprometimento a um parecer clínico enquanto o paciente focaliza mais em seus prejuízos.<sup>(13)</sup>

Preocupada com essas dimensões física, mental e social e suas relações com as doenças, a OMS propôs quatro modelos teóricos. Entre eles o modelo de QV, a partir da mudança de um conceito que prevaleceu durante 30 anos, que considerava a saúde apenas como um aspecto de sobrevivência. Depois, saúde passou a ser “estar livre de doenças”, ampliando para “habilidade individual de uma pessoa para desempenhar suas atividades diárias” e por fim transformar-se em uma “sensação de bem-estar e avaliação positiva da QV”.

Em seguida a OMS antecipou uma definição para QV vinculada à saúde: “a percepção dos indivíduos de sua posição na vida, no contexto cultural e de sistemas de valores, no qual eles vivem e em relação à suas metas, expectativas, valores e preocupações”.<sup>(14)</sup>

## **1.2. Qualidade de Vida**

A origem do conceito QV remonta ao pós-guerra, quando a prosperidade econômica despertou uma preocupação maior com o bem-estar, a satisfação e a realização pessoal.

A obtenção de informações sobre o funcionamento e bem-estar dos pacientes é essencial para avaliação dos benefícios das intervenções terapêuticas, porque fornece evidências sobre o impacto da doença e do

tratamento em termos de condição de saúde e Qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS).<sup>(15)</sup>

Essa última possibilita avaliar o impacto de uma doença crônica sobre a vida geral do paciente e tem se mostrado importante não somente como um resultado do tratamento médico, mas como um preditor da sobrevivência e hospitalização dos pacientes.<sup>(16)</sup> A mensuração de QVRS é um fenômeno emergente na literatura médica, com uma história que não ultrapassa três décadas.<sup>(17)</sup> O interesse em mensurar QV em epilepsia tem aumentado nos últimos anos.

No contexto das epilepsias podemos caracterizar três momentos ou fases distintas de evolução do que é compreendido por QVRS.<sup>(18)</sup>

No primeiro momento, por volta dos anos 50 e 60 não havia medida alguma de avaliação de QV. As medidas utilizadas<sup>(19)</sup> restringiram-se a avaliação cognitiva, que era realizada com o objetivo de verificar o impacto das crises epiléticas sobre o desempenho cognitivo, com função diagnóstica para cirurgia, ajustamento vocacional, problemas escolares e efeitos adversos das DAE.

A partir da década de 80 começaram a ser desenvolvidos instrumentos específicos para medir o impacto psicossocial das epilepsias: medo das crises, percepção do estigma, repercussões físicas, emocionais e sociais.

A terceira fase tem início na década de 90 com um evento em Portugal da Liga Internacional Contra a Epilepsia que uniu esforços na tentativa de criar instrumentos específicos para avaliação da QV de pessoas com epilepsia.<sup>(17)</sup>

Atualmente o tema QV tem estado em destaque. Este tem um conceito amplo, multidimensional.<sup>(20)</sup>

Assim, a expressão Qualidade de vida ligada a saúde (QVLS) nos reporta a um ponto de vista individual, ou seja, o indivíduo portador de alguma doença, expressa de diferentes formas a maneira de ver o mundo, seus objetivos pessoais e o efeito da sua doença sobre a sua vida.<sup>(21)</sup>

Apesar de não existir um consenso sobre a definição de QV, por se tratar de conceitos relativos à percepção subjetiva e individual, é possível mensurá-la por meio de instrumentos padronizados e validados para determinada população. Esse paradigma se perpetua pelas propriedades da QV sendo multifatorial isto é, uma medida de percepção pessoal, que varia com o tempo e é subjetiva.<sup>(22)</sup>

Tratando-se de doenças crônicas, cada indivíduo vai perceber, aceitar, enfrentar e trabalhar de forma particular com as limitações e restrições que fazem parte de sua vida diária. A epilepsia, em função das crises e de sua cronicidade, altera a vida do indivíduo e da sua família, tanto no aspecto físico quanto psicossocial.<sup>(6)</sup>

O conceito de QV tem como característica medir a percepção pessoal, engloba em seu conceito a subjetividade que no campo saúde/doença é mais complexo, pois o impacto da doença depende de vários fatores nem sempre controláveis por se tratar de variáveis intrapsíquicas individuais.<sup>(20)</sup>

Pode variar com o tempo e é reconhecida como um conceito multidimensional, assim, fala de problemas da vivência da condição da doença que vão além dos sintomas e fazem parte da experiência do sujeito.<sup>(23)</sup>

O processo de avaliação subjetiva, ou seja, o modo como o indivíduo percebe e representa cognitivamente os eventos, desempenha um papel muito importante na adaptação psicossocial de doenças crônicas.

A inclusão de medidas de QV reconhece que ao lado da tradicional avaliação de crises tem-se que considerar todo o impacto da epilepsia e tratamento.

Os problemas psicossociais e comportamentais na epilepsia são extensos e abrangentes e incluem atitudes dos pais, estigma, limitações na educação, liberdade para dirigir, emprego, funcionamento social, auto-estima e outros. A epilepsia pode ser então, estressante ou não, dependendo da interpretação individual.<sup>(24)</sup>

O impacto das alterações percebidas na QV é comumente influenciado não só pelo grau de déficit, mas também pela situação de vida das pessoas e as demandas que requerem suas habilidades adaptativas.<sup>(25)</sup> É focalizar nas dificuldades psicossociais, que são desencadeadas já no início da doença e que influenciam o ajustamento social e a QV do paciente e das pessoas envolvidas.<sup>(26)</sup>

### **1.3. Qualidade de Vida e Epilepsia**

No início da década de 80 surgem estudos quantitativos voltados para a avaliação da QV de pessoas com epilepsia. Em 1992, a ILAE promoveu um evento em Portugal, com a finalidade de discutir a questão da QV e criar instrumentos que permitissem sua mensuração. Esses inventários deveriam



ser padronizados e terem suas propriedades psicométricas, a confiabilidade e a validade, testadas.<sup>(27)</sup>

No Brasil, dispomos de uma escala validada para avaliar a QV de pacientes candidatos à cirurgia, o *Epilepsy Surgery Inventory* (ESI-55).<sup>(17)</sup> A validação de inventários já utilizados em outros países, como o *Quality of Life in Epilepsy Inventory* (QOLIE-89) e as formas reduzidas com 31 e 10 questões<sup>(28-30)</sup> dentre outros, permite maior compreensão a respeito do impacto das crises na vida cotidiana do indivíduo e o Questionário de Qualidade de Vida 65 (QQV-65),<sup>(23)</sup> visando a população de pacientes com epilepsia que freqüentam hospitais universitários.

A partir de uma minuciosa avaliação da QV, que permita quantificar por meio de escalas a percepção do paciente frente ao seu processo de enfermidade, torna-se possível ainda a implantação de programas de intervenção como grupos de apoio psicopedagógico, grupos de preparo para cirurgia e acompanhamento no período pós-cirúrgico, bem como promover modificações na conduta terapêutica.<sup>(31,32)</sup>

Atualmente, já se consideram outros aspectos que uma pessoa com epilepsia importantes no controle da doença, quer seja pela percepção do problema ou pelas manifestações clínicas. Há interesse em avaliar o grau de interferência da epilepsia no aspecto cognitivo, emocional, habilidade de trabalho, funcionamento social, auto estima e ajustamento aos sintomas e doenças.<sup>(33)</sup>

Assim, avaliar QV, além de ser uma medida objetiva do impacto da doença na vida do indivíduo, traz uma dimensão subjetiva ao tentar

compreender o impacto para além das descargas neuronais anormais que caracterizam as crises epiléticas. A atenção a essa subjetividade faz com que o compromisso daqueles que trabalham para melhorar a QV seja também auxiliar o indivíduo com epilepsia a encontrar uma posição digna na sociedade.<sup>(18)</sup>

#### **1.4. Variáveis que Controlam a Qualidade de Vida**

A QV está profundamente relacionada aos traços de personalidade do sujeito, sua história, expectativas em relação a vida, aprendizado social, seu auto-conceito e auto-eficiência, o suporte social que recebe das pessoas que lhe são significativas, seu *locus* de controle e a percepção de controle de crises.

De especial interesse psicológico é a incontrollabilidade dos eventos críticos, ou seja, a pessoa com epilepsia se encontra permanentemente sob o risco de exposição à crises, que são eventos adversos cuja ocorrência é essencialmente aleatória, fugindo ao controle do indivíduo.<sup>(34)</sup> A experiência de incontrollabilidade dos eventos pode fazer com que os indivíduos epiléticos percebam o mundo como não-contigente,<sup>(35)</sup> contribuindo para diminuir as suas percepções de controle, ou para desenvolver um *locus* de controle externo em oposição ao *locus* de controle interno.<sup>(36)</sup> O resultado final pode ser os sintomas depressivos, que equivalem a um estado de desamparo aprendido.<sup>(35)</sup> A diminuição das percepções de controle podem, portanto, diminuir a auto-estima e contribuir para o desenvolvimento de uma síndrome depressiva.

O indivíduo pode perceber a si mesmo como fonte de controle dos acontecimentos externos, como uma extensão do fato de atribuir a seu próprio comportamento o poder de agir sobre o meio (internalidade). Ao contrário, pode tentar atribuir o controle dos fatos dos quais participa a fatores externos, que podem ser entidades e pessoas ou acaso, destino (externalidade). Ambas as probabilidades se apresentam em variados graus ao longo de um contínuo, estando a internalidade máxima em um extremo e a máxima externalidade possível em outro.<sup>(28)</sup>

O *locus* de controle pode, então, ser definido como a discriminação do indivíduo diante do seu poder de controlar ou não os eventos segundo sua própria percepção. Também, está intimamente ligado às previsões que o indivíduo faz acerca do acesso a estímulos reforçadores e por isso fornece base para que se faça uma análise causal do sucesso e do fracasso. Estes dependem do quanto os sujeitos se consideram aptos a controlar os fatos.

Pela sua experiência de vida, pessoas com epilepsia acreditam que tem pouco controle de sua condição e de sua vida, utilizando assim *locus* de controle externo. A experiência de falta de controle e incerteza é central para estes pacientes. Isto se aplica às crises, falta de controle do próprio corpo, e dependência da medicação.

A maneira como o sujeito percebe as próprias crises é uma medida subjetiva relacionada com a percepção do sujeito com relação ao controle de crises. A percepção de ter as crises controladas ou não é altamente relacionada à QV do sujeito.<sup>(12)</sup> O paciente pode não ter mais crises, mas se ainda se preocupa em tê-las, sua QV é afetada da mesma forma. O que

importa é como o indivíduo se percebe, como avalia a influência da doença em sua vida. Neste sentido, a percepção de controle de crises parece ser mais importante do que as variáveis da doença (tipo de crise, frequência, início, duração) na avaliação da QV.

### **1.5. Problemas de Estigma**

O efeito de qualquer doença é identificado por vários fatores, incluindo os aspectos biológicos, intervenções médicas disponíveis e também pelas atitudes e reações da sociedade.

As crises envolvem mais do que o ajustamento às intermitentes perdas de consciência, tratamento em longo prazo e supervisão médica. Historicamente estigma e discriminação têm sido relacionados às epilepsias. Assim, a maior dificuldade é aprender a lidar com graus variados de antipatia pública à sua condição clínica.<sup>(37)</sup>

A epilepsia tem sido bem documentada e os pacientes relatam impacto significativo do seu diagnóstico e tratamento na dinâmica familiar, com baixa auto-estima e reduzidas oportunidades de emprego, com níveis altos de ansiedade e depressão que pioram com o aumento da frequência de crises.

Estudos recentes têm mostrado que as pessoas com epilepsia e crises bem controladas ou em remissão, são menos sujeitos aos sentimentos de estigma se estiverem livres de crises por pelo menos seis meses até dois anos. Entretanto, mesmo pacientes com crises raras podem apresentar altos níveis na escala de estigma quando comparados aos pacientes livres de crises.

Também existe uma relação significativa entre aderência à medicação e sentimentos de estigmatização, indicando a importância da avaliação do estigma também para o tratamento dos portadores de epilepsia.<sup>(38)</sup>

Ao epilético é imputada uma incapacidade e, deste modo, o estigma da epilepsia é uma questão cultural tecida por mitos e crenças, reduzindo as aspirações de vida, aumentando tanto suas auto-exigências quanto sua autodepreciação.

### **1.6. Impacto no Trabalho**

O desemprego e subemprego são muito mais freqüentes em pacientes epiléticos e a resistência do empregador parece ser o principal fator responsável. Embora seja descrito que mais de 80% dos pacientes epiléticos estão aptos para o trabalho e que os índices de acidente de trabalho, absenteísmo e produtividade não diferem da população geral, a dificuldade de encontrar e manter empregos tem sido relatada como a maior causa de desajustes para os portadores de crises epiléticas, inclusive para aqueles com crises controladas.<sup>(39,40)</sup>

A maior ocorrência da falta de emprego e a maior facilidade da obtenção de empregos não qualificados (atividades com baixa remuneração e sem a necessidade de formação universitária) estão relacionadas a fatores multifacetários, como a capacidade do próprio paciente em enfrentar a crise perante colegas de trabalho, clientes e pessoas da equipe com funções

hierarquicamente superiores e o risco de acidentes com lesões nas atividades.<sup>(41)</sup>

Além da frequência de crises, outros aspectos associados relativos ao ajustamento profissional devem ser avaliados, como distúrbios mentais e comportamentais, profissões de risco, ansiedade e preconceito dos pacientes, empregadores e colegas de trabalho.<sup>(42)</sup>

O controle das crises é um importante fator de empregabilidade. A mudança de profissão ou perda do emprego pode resultar em redução das finanças, o que por sua vez gera a necessidade de mudanças do estilo de vida.

Pacientes nos quais a epilepsia é satisfatoriamente controlada, conseguem viver com certa autonomia, exercendo algum tipo de atividade social e laborativa, apresentam qualidade de vida superior. Sugere assim, com muita propriedade que as atividades superprotetoras exercidas por familiares e professores podem, muitas vezes, embora involuntariamente, impedir a evolução e o amadurecimento de um indivíduo normal e favorecer a estigmatização e o comportamento de isolamento social.<sup>(43)</sup>

### **1.7. Problemas ao Dirigir**

A decisão sobre a possibilidade de dirigir e os possíveis riscos a terceiros dependerá do tipo de crise, do horário predominantemente de ocorrência, da frequência, de fatores desencadeantes, da adesão às orientações e ao uso das DAE. Há uma baixa prevalência de pacientes com epilepsia com carteira de

motorista, mas a proporção de pacientes que dirigem depende da legislação de cada país.<sup>(42)</sup>

Acidentes de trânsito causados por crise epiléptica são difíceis de terem comprovação e são considerados raros (0,01% a 0,02% de todos os acidentes).<sup>(44)</sup>

Acidentes de trânsito fatais atribuídos à epilepsia representam uma pequena percentagem se comparada aqueles atribuídas ao álcool. A morte súbita, presumivelmente de origem cardíaca, na direção de um veículo automotor também é mais prevalente que o acidente fatal por epilepsia. Para evitar a perda da permissão para dirigir, os portadores de epilepsia podem ocultar essa condição a seu médico ou ao Departamento de Trânsito. Há ainda aqueles que dirigem sem ter obtido a carteira nacional de habilitação.<sup>(45)</sup>

### **1.8. Prejuízo Cognitivo**

A associação entre déficit intelectual, problemas psiquiátricos e epilepsia têm causa multifatorial com diferentes graus de contribuição das variáveis envolvidas. O desenvolvimento cognitivo está mais associado a baixos índices de quocientes intelectuais com história de longa duração ou uma alta frequência de crises e estado de mal epiléptico.<sup>(46)</sup>

Com muita frequência as crianças não são encaminhadas à escola, ou são vítimas segregacionistas dos professores, que as mantêm separadas de determinadas atividades escolares.

A perda de anos escolares, separação dos colegas, parentes e vizinhos pode levar a criança ao isolamento social, criando então um sentimento de inferioridade, que geralmente leva ao fracasso na vida adulta.

### **1.9. Aspectos Psicossociais**

Na epilepsia, há uma longa história de mudanças de definições e significados que afetam como as pessoas vivenciam e percebem as reações dos outros.

A crise epiléptica torna o paciente dependente de terceiros, incapaz de gerenciar sua vida e, apesar de transitória, gera insegurança, facilitando a dominação, além de explicar o medo da morte. A imprevisibilidade das crises diminui a autoconfiança, a autonomia e a sensação de liberdade. Essas características alteram a individualidade do paciente com epilepsia, causando alterações psíquicas e dificultam o relacionamento consigo mesmo e com a sociedade.<sup>(47)</sup>

Os pacientes com epilepsia apresentam uma alta frequência de desajuste emocional, os quais nem sempre estão associados à gravidade de seu quadro clínico mas, freqüentemente, a dificuldade de aceitar o próprio diagnóstico e as limitações que as crises acarretam.<sup>(48)</sup>

O estresse de ser portador de uma doença crônica e o receio da crise epiléptica leva a pessoa com epilepsia a ficar com medo, levando ao isolamento social.



### **1.10. Relacionamento Familiar**

A tensão sobre o sistema familiar é causada tanto pela freqüência das transições entre a crise e períodos livres de crises, quanto pela contínua incerteza de quando ocorrerá a próxima crise. Igualmente, a grande discrepância psicológica entre os períodos de normalidade versus doença é um aspecto particularmente opressivo, característico das doenças crônicas recorrentes.<sup>(49)</sup> O caráter da doença cria a possibilidade de superproteção por parte dos familiares ocasionando ganhos secundários para o membro da família portador da doença. A complexidade e freqüência das crises exigem das famílias um cuidado maior e, sobre tudo a necessidade para adaptação do indivíduo e da família.<sup>(50)</sup>

Não há impedimento de constituir família e ter filhos para pacientes com epilepsia. O que se observa é um temor maior em relação aos riscos gestacionais, e do neonato, quanto a malformações e à amamentação. Gestantes com epilepsia têm a freqüência das crises inalteradas em metade dos casos, 25% pioram e 25% melhoram. A incidência de malformações na população em geral é da ordem de 2% e aumentada em até 20% de acordo com o número de DAE associadas.<sup>(51)</sup>

Indivíduos com epilepsia, menos comumente se casam, e quando se casam há um maior número de separações, pois aquele que tem epilepsia é superprotegido e dependente do parceiro. O casal se ausenta socialmente e assim começa o fim do relacionamento, porque o parceiro não vai percebendo

quanta raiva e ressentimento eles sentem por serem responsáveis pela pessoa com epilepsia.<sup>(52)</sup>

As relações familiares são fundamentais na vida do sujeito, principalmente na formação de sua estrutura de personalidade. Relações doentias levam à alterações no desenvolvimento social do paciente, limitando suas atividades sociais e de lazer.

### **1.11. Estado Afetivo**

Kanner<sup>(52)</sup> após estudar pacientes com epilepsia, encontrou muitos problemas psicoafetivos, estando entre eles: desordens do pensamento e depressão, distúrbios afetivos, aumento da religiosidade, disfunção cognitiva, hipossexualidade e exibicionismo.

Com relação ao comportamento sexual,<sup>(53)</sup> discutiram a influência das variáveis psicológicas com disfunção sexual. Fatores psicológicos como ansiedade e depressão, dependência e imaturidade, tiveram importante papel na alteração do comportamento sexual.

Fatores como a discriminação social e dificuldade de emprego contribuem para o isolamento do indivíduo, para o sentimento de rejeição e para a formação negativa de sua auto-imagem, influenciando seu comportamento sexual. A percepção subjetiva do indivíduo pode ser muito importante para o desenvolvimento de relacionamento com outras pessoas.<sup>(53)</sup>

Pessoas que têm que lidar com uma doença crônica estão mais vulneráveis a uma vida deficitária. Freqüentes mudanças e um futuro incerto e imprevisível são constantes obstáculos em suas vidas.

Problemas emocionais comuns enfrentados por essas pessoas incluem a convivência com crises repetidamente, associadas a embaraço e perda da dignidade pessoal, incerteza em saber quando e onde as crises irão acontecer e os efeitos desses fatores na auto-estima.<sup>(24)</sup>

Em geral, pacientes com epilepsia percebem pouco controle do seu corpo. Quando incapazes de controlar as crises, eles se sentem desamparados, isolados e sem suporte social.

## **1.12. Objetivo**

### **1.12.1. Objetivo Geral**

Verificar a QV em pacientes adultos com epilepsia.

### **1.12.2. Objetivos Específicos**

- ✓ descrever a QV dos pacientes quanto aos diferentes fatores: social, físico, auto-conceito, aspectos cognitivos, locus de controle e emocional.
- ✓ relacionar a QV às variáveis da doença: tipo e frequência de crises, idade de início e duração das crises, drogas anti-epilépticas; e à variável do sujeito: percepção de controle.
- ✓ comparar a QV de pacientes atendidos em ambulatório e pacientes populacionais.

## 2. CASUÍSTICA E MÉTODO

---

## **2. CASUÍSTICA E MÉTODO**

### **2.1. Seleção da Amostra**

Os participantes desta pesquisa foram pacientes que fazem acompanhamento no ambulatório de epilepsia do departamento de neurologia da FAMERP e pacientes populacionais com epilepsia selecionados aleatoriamente (Anexo A).<sup>(54)</sup>

Os participantes do ambulatório foram avaliados, por ordem de chegada, no período de Novembro de 2003 a Junho de 2005, conforme os seguintes critérios de inclusão.

- ✓ Ter idade entre 18 e 80 anos;
- ✓ Ter diagnóstico de epilepsia pelo menos há um ano.

Critérios de exclusão:

- ✓ Não ser portador de retardo mental ou doenças psiquiátricas evidentes;
- ✓ Não fazer uso de medicações que pudessem afetar o sistema nervoso central, exceto drogas antiepilépticas.

Os participantes ambulatoriais avaliados eram atendidos no ambulatório de epilepsia e os pacientes populacionais eram acompanhados pelo atendimento em postos de saúde da cidade de São Jose do Rio Preto. Todos assinaram um termo de consentimento em relação a sua participação na pesquisa (Apêndice).

As crises foram classificadas segundo a ILAE,<sup>(4,5)</sup> sendo que, para facilitar os cálculos estatísticos, adotou-se: o grupo das crises parciais (CP), o grupo das crises parciais complexas (CPC) que inclui as crises parciais complexas e crises parciais que evoluem para parcial complexa e o grupo das CTC que são as crises tônico-clônicas primariamente generalizadas e as parciais que evoluem CTCs.

## **2.2. Ambiente**

Os participantes com epilepsia do ambulatório do Hospital de Base foram atendidos individualmente pela psicóloga responsável por esta pesquisa na sala destinada ao setor de psicologia (pacientes ambulatoriais) e os participantes populacionais foram atendidos nas suas residências.

## **2.3. Instrumento**

Questionário de qualidade de vida 65/QQV-65<sup>(23)</sup> (Anexo C). Este questionário foi elaborado por Souza<sup>(23)</sup> a partir dos trabalhos de Vickrey *et al.*,<sup>(56)</sup> Devinskt *et al.*,<sup>(28)</sup> O'Donoghue *et al.*<sup>(57)</sup> e Djibuti and Shakarishvili.<sup>(55)</sup>

O QQV-65 consta de duas partes. A primeira compreende identificação pessoal referente aos dados demográficos (idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, emprego, religião), dados relativos à caracterização da doença (início, duração, tipo e frequência de crises), e dados relativos à percepção de controle das crises.

A segunda parte do QQV-65 refere-se ao instrumento propriamente dito, que investiga mediante 65 questões, a QV do paciente com epilepsia. Avalia percepção de saúde (11 itens), limitação física (6 itens), aspectos sociais (18 itens), *locus* de controle (6 itens), aspectos afetivo-emocionais (12 itens), auto-conceito (8 itens) e aspectos cognitivos (4 itens).

Optou-se pelo uso deste questionário considerando-se as limitações lingüísticas já identificadas em estudos desenvolvidos por Souza *et al*,<sup>(58)</sup> relativas às dificuldades de compreensão das questões relacionadas sensivelmente a baixa escolaridade e confusão na discriminação de diferentes intensidades de respostas. O QQV-65 procurou resolver estas dificuldades através de uma validação semântica, bem como igualar as intensidades de respostas.

O QQV-65 é um instrumento utilizado na rotina de atendimento a pacientes com epilepsia no setor de psicologia aplicada a neurologia da FAMERP com autorização da autora.

#### **2.4. Descrição do QQV-65**

No quadro 1 mostra como foram calculados os resultados do QQV-65, a partir dos escores por aspecto e total. Alguns itens \* tiveram seu valor invertido, por serem questões na negativa. O cálculo do item “saúde 4 e saúde 5” foi feito a partir da média de seus sub-itens. Se o participante não respondesse as questões 2,4.1, 4.5, 6, 8, 14, 20, 28, 29, 31, 61 e 65, era considerado



“ausência” e estes protocolos eram ignorados quando houvesse o cruzamento estatístico entre QV e outros aspectos estudados.

Quadro 1. Fórmula para cálculo de pontuação de QV por aspecto e no total.

<b>Aspecto</b>	<b>Cálculos de Pontuação</b>
Saúde	$\{[(3 \times \text{SAÚDE1}+1) / 4 + (3 \times \text{SAÚDE2} + 1) / 4 + (3 \times \text{SAÚDE3} + 10) / 10 + \text{SAÚDE4} + \text{SAÚDE5} + \text{SAÚDE6} + \text{SAÚDE7} + \text{SAÚDE8} + \text{SAÚDE9} + \text{SAÚDE10} + \text{SAÚDE11}] - 11\} \times 100 / 33$
Físico	$(\text{ASPFIS12}+\text{ASPFIS13}+\text{ASFIS14}+\text{ASPFIS15}+\text{ASPFIS16}+\text{ASPFIS17-6}) \times 100 / 18$
Social	$(\text{SOCIAL18} + \text{SOCIAL19} + \text{SOCIAL20} + \text{SOCIAL21} + \text{SOCIAL22} + \text{SOCIAL23} + \text{SOCIAL24} + \text{SOCIAL25} + \text{SOCIAL26} + \text{SOCIAL27} + \text{SOCIAL28} + \text{SOCIAL29} + \text{SOCIAL30} + \text{SOCIAL31} + \text{SOCIAL32}+ \text{SOCIAL33} + \text{SOCIAL34} + \text{SOCIAL35} - 18) \times 100 / 54$
Emocional	$(\text{AFETO36} + \text{AFETO37} + \text{AFETO38} + \text{AFETO39} + \text{AFETO40} + \text{AFETO41} + \text{AFETO42} + \text{AFETO43} + \text{AFETO44} + \text{AFETO45} + \text{AFETO46} + \text{AFETO47} - 12) \times 100 / 36$
Lócus de Controle	$(\text{CONTR48} + \text{CONTR49} + \text{CONTR50} + \text{CONTR51} + \text{CONTR52} + \text{CONTR53} - 6) \times 100 / 18$
Auto Conceito	$(\text{CONC54} + \text{CONC55} + \text{CONC56} + \text{CONC57} + \text{CONC58} + \text{CONC59} + \text{CONC60} + \text{CONC61} - 8) \times 100 / 24$
Cognitivo	$(\text{COGNIT62} + \text{COGNIT63} + \text{COGNIT64} + \text{COGNIT65} - 4) \times 100 / 12$
SCORE TOTAL	$(\text{Saúde} + \text{Físico} + \text{Social} + \text{Afeto} + \text{Lócus de Controle} + \text{Auto Conceito} + \text{Cognitivo}) \times 7$

\* Itens invertidos; Itens Saúde 4 e 5 ; Itens Aspectos Físicos 13 e 16; Itens Aspectos Sociais 21,25 a 30,33 e 35; Itens Emocional 37,40,42,43,45 e 46; Itens Percepção de Controle 48 a 52; Itens Auto Conceito 57 a 61; Itens Aspectos Cognitivos 62 a 65.

## **2.5. Definição Operacional da Percepção de Controle de Crises**

O dado relativo à percepção de controle de crises foi obtido pelo relato dos sujeitos que avaliaram se suas crises estavam ou não controladas. É um dado subjetivo, podendo referir-se à alterações na intensidade e/ou frequência de crises.

O item II da primeira parte do questionário foi a base de referência para a obtenção da percepção de controle de crises.

Já a frequência de crises é um dado real de presença de crises expresso em dias, meses ou anos. Esse dado foi obtido a partir dos prontuários dos pacientes.

## **2.6. Procedimento**

Após a avaliação médica neurológica, que constou de uma anamnese, exame físico geral e exame neurológico, o participante que preenchia os critérios de seleção para o estudo foram encaminhados ao setor de psicologia. Os participantes populacionais foram selecionados aleatoriamente<sup>(54)</sup> e visitados pela pesquisadora principalmente nos finais de semana para responder ao questionário.

A avaliação psicológica constou de entrevista não estruturada e aplicação do questionário de QV. Durante a aplicação do questionário os participantes foram encorajados a falar algo que julgassem importante.

As condições de avaliação e o instrumento foram iguais para todos os participantes, e os atendimentos tiveram uma duração média de 40 minutos.

## **2.7. Análise Estatística**

Para caracterizar a casuística foram utilizadas tabelas de frequência (frequência relativa e frequência absoluta) para descrever as variáveis categóricas (sexo, escolaridade, emprego, estado civil, religião, tipo de crise) e estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana e valores máximo e mínimo) para as variáveis contínuas (pontuação de QV, frequência de crises, idade, idade de início das crises, duração de crises, fator escola, fator trabalho, fator saúde física, fator relacionamento social, fator lazer, fator saúde emocional, percepção de controle e auto-conceito).

Cada uma das pontuações foi comparada com outras variáveis do questionário. Se a variável foi medida em escala contínua (valores numéricos), foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. Se a variável foi medida em escala categórica, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (quando comparando apenas duas categorias) ou o teste de Kruskal-Wallis (para três ou mais categorias).

Para comparação entre duas variáveis categóricas, foi utilizado o teste de associação  $\chi^2$  ou quando necessário, o teste exato de Fisher.

Todas as escalas foram transformadas linearmente em escalas 0-100 pontos, com altos valores representando um funcionamento melhor de bem estar.

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, Valor -  $p < 0,05$ .

### 3. RESULTADOS

---

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Caracterização da Amostra

##### 3.1.1. Caracterização Demográfica

A amostra foi formada por 165 participantes adultos, sendo 87 do sexo feminino e 78 do sexo masculino, pertencentes ao ambulatório do Hospital de Base (N=105) e pacientes populacionais (N=60) da cidade de São Jose do Rio Preto. A idade geral dos participantes totais da amostra variou entre 18 e 75 anos (M=41,28; DP= 13,26).

A tabela a seguir demonstra a caracterização das variáveis dos participantes segundo divisões em ambulatoriais e populacionais:

*Tabela 1. Caracterização da amostra de participantes ambulatoriais e populacionais.*

<b>Descrição</b>	<b>Pacientes Ambulatoriais (N=105)</b>	<b>Pacientes Populacionais (N=60)</b>	<b>Total de pacientes (N=165)</b>
Feminino	54%	57,89%	53
Masculino	54%	42,10%	47
Filhos	58,33%	52,63%	93
Trabalham	38,88%	43,85%	67
Não Trabalham	61,11%	56,14%	98
Fundamental Incompleto	52,7%	66,66%	96
Analfabetos	8,33%	5,26%	12
Casados	34,25%	36,84%	58
Solteiros	37,03%	31,57%	58
Católicos	63,88%	73,68%	111
Evangélicos	26,85%	19,29%	40

### 3.1.2. Caracterização Clínico-Eletrencefalográfica da Epilepsia

O dado relativo ao tipo de crise foi obtido no prontuário dos pacientes, a partir do estudo dos dados clínicos das crises.

A distribuição segundo participantes populacionais e ambulatoriais em relação aos dados clínicos é demonstrada na Tabela 2.

*Tabela 2. Caracterização da doença nos participantes ambulatoriais e populacionais.*

Categorias		Pacientes Ambulatoriais N=105	Pacientes Populacionais N=60
Tipo de Crise	CP	23,14%	17,54%
	CPC	31,48%	33,33%
	CTC	45,37%	49,12%
Frequência de Crises (Mês)	controle	12,03%	42,10%
	1-5	75%	40,35%
	+ de 5	12,96%	17,54%
Idade de Início	M	16,20	15,24
	DP	11,19	11,25
Duração (Anos)	M	20,25	22,57
	DP	14	16,63

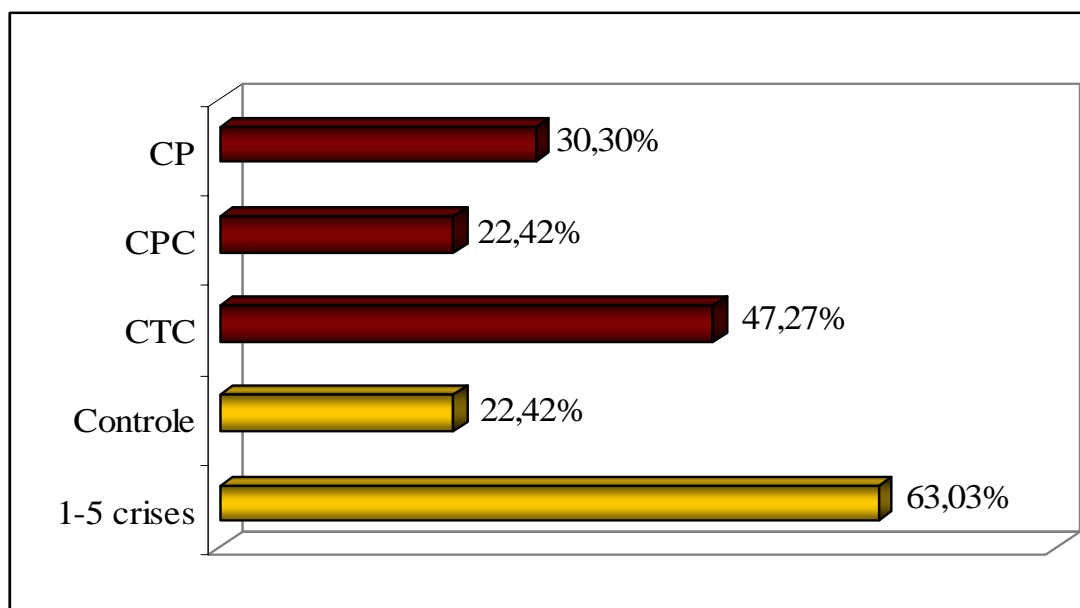
CP, crise parcial; CPC, crise parcial complexa mais crise parcial simples que evolui para CPC; CTC, crise tônico-clônica primária mais as crises parciais que evoluem para CTC.

Em relação a categorização dos participantes em geral (N=165), quanto ao tipo de crise, 47,27% dos sujeitos apresentavam crises focais secundariamente generalizadas (CTC), 22,42 % crises complexas (CPC) e 30,30 % crises parciais (CP).

A freqüência de crises foi calculada mensalmente. Quanto à freqüência, 22,42% apresentavam controle das crises há mais de seis meses, 63,03% apresentavam de 1 a 5 crises mensais e 14,54% mais de 5 crises.

A idade de inicio das crises epilépticas variou de 1 a 52 anos (M=15,90; DP=11,20) e a duração da doença variou de 1 a 59 anos (M=21,10; DP=14,80).

O tipo de crise, o controle e a freqüência são mostrados na Figura 1 (N=165).



CP, crise parcial; CPC, crise parcial complexa mais crise parcial simples que evolui para CPC; CTC, crise tônico-clônica primária mais as crises parciais que evoluem para CTC.

*Figura 1. Distribuição dos tipos de crises, controle e freqüência.*

### 3.2. Resultados Obtidos da Avaliação do QV-65

O escore total de QV variou de 42,36 a 94,05 (M=66,81; DP=12,65).

O aspecto emocional foi considerado mais afetado (M=50,57), seguido de aspecto de auto-conceito (M=63,00), social (M=66,24), saúde (M=66,86), físico (M=70,30), cognitivo (M=70,61) e locus de controle (M=80,10) demonstrado na tabela 5.

*Tabela 3. Os escores totais de qualidade de vida e os aspectos individuais dos pacientes ambulatoriais.*

<b>Aspectos</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Med</b>	<b>Max</b>
Saúde	105	62.56	18.23	22.31	65.67	100.00
Físico	105	71.20	17.88	13.00	72.67	100.00
Social	105	67.65	15.64	38.00	67.54	98.76
Emocional	105	43.65	12.56	16.89	51.76	86.87
Locus de Controle	105	77.21	14.58	11.89	89.57	100.00
Auto-Conceito	105	61.74	15.89	14.83	63.62	96.59
Cognitivo	105	71.53	22.89	11.52	78.96	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>69.85</b>	<b>14.87</b>	<b>53.86</b>	<b>68.42</b>	<b>96.33</b>

Os dados sobre o resultado da qualidade de vida nos participantes populacionais é demonstrado na tabela a seguir.



*Tabela 4. Os escores totais de qualidade de vida e os aspectos individuais dos participantes populacionais.*

<b>Aspectos</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Med</b>	<b>Max</b>
Saúde	60	65.24	14.25	21.69	66.71	99.01
Físico	60	72.36	18.57	12.39	76.37	100.00
Social	60	63.85	12.69	31.87	61.87	99.54
Emocional	60	52.85	12.22	21.58	62.58	85.87
Locus de Controle	60	85.24	15.87	19.42	80.27	100.00
Auto-Conceito	60	58.35	14.69	16.97	65.87	96.38
Cognitivo	60	73.65	22.85	18.25	83.64	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>72.58</b>	<b>20.33</b>	<b>53.87</b>	<b>72.69</b>	<b>96.54</b>

*Tabela 5. Estatísticas descritivas dos escores de QV total e por aspecto.*

<b>Aspectos</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Med</b>	<b>Max</b>
Saúde	165	66,86	17,09	21,17	66,67	100,00
Físico	165	70,30	15,88	11,00	72,22	100,00
Social	165	66,24	14,84	33,00	64,81	96,30
Emocional	165	50,57	14,44	19,00	50,00	83,33
Locus de Controle	165	80,10	16,21	13,00	83,33	100,00
Auto-Conceito	165	63,00	16,97	13,00	62,50	95,83
Cognitivo	165	70,61	21,89	6,00	75,00	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>66,81</b>	<b>12,65</b>	<b>42,00</b>	<b>65,99</b>	<b>94,05</b>

No aspecto saúde, os itens mais prejudicados foram referentes ao relacionamento afetivo e familiar (questões 6 e 7) e aos itens relacionados ao prejuízo em escola, saúde física, saúde, emocional, social, trabalho e lazer (questões 4 e 5).

As respostas referentes à dor, dano, interferência no trabalho e nas atividades (questões 13,14,15) foram as principais queixas no aspecto físico.

A insatisfação pela falta de amigos, solidão, rejeição (questões 22,25 e 26) e impossibilidade para dirigir (questão 35) influenciaram a QV em relação ao aspecto social.

No aspecto emocional, os participantes relataram que a epilepsia afeta seus sentimentos causando tristeza e desânimo (questão 40), cansaço, (questão 42), solidão (questão 43), desencorajamento (questão 45) e dependência dos outros (questão 46).

Visando o *locus* de controle, ficou evidente que os participantes pensam que não podem fazer tudo o que querem (questão 53), possuem pouco controle da doença (questão 52) e falta de controle da sua própria vida (questão 50).

Em relação ao auto-conceito, os itens aparecem na seguinte ordem de relevância: preocupado em machucar (questão 58), ter crises em público (questão 59) e preocupação em tomar a medicação por muito tempo (questão 60).

Problemas de memória e concentração (questões 62 e 63) foram os itens mais apontados referentes ao aspecto cognitivo.

### 3.3. Resultados obtidos por meio das relações estatísticas estabelecidas na pesquisa

Foi avaliada a relação estatística entre o escore total de QV e os dados demográficos do paciente, assim como os dados clínicos da epilepsia.

Em relação aos dados demográficos, o estudo mostrou associação significativa entre idade e QV final (valor -  $p=0,003$ ) e escolaridade e QV final (valor -  $p=0,001$ ). O aspecto Físico e o aspecto de Auto-Controle foi significativamente associado com ao sexo, respectivamente (valor -  $p=0,008$ ;  $p=0,046$ ).

Comparando os dados clínicos da epilepsia com a QV final houve associação entre início das crises (valor -  $p=0,001$ ), percepção de controle (valor -  $p=0,000$ ) e se o paciente tinha crise ou não ( $0,010$ ).

O número de participantes com percepção de controle ou de não controle das crises é mostrado na Figura 2.

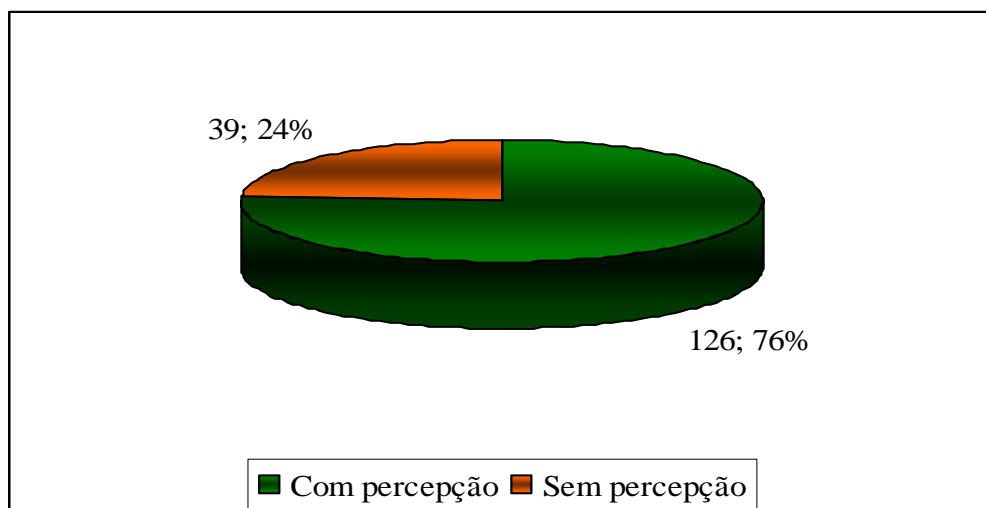
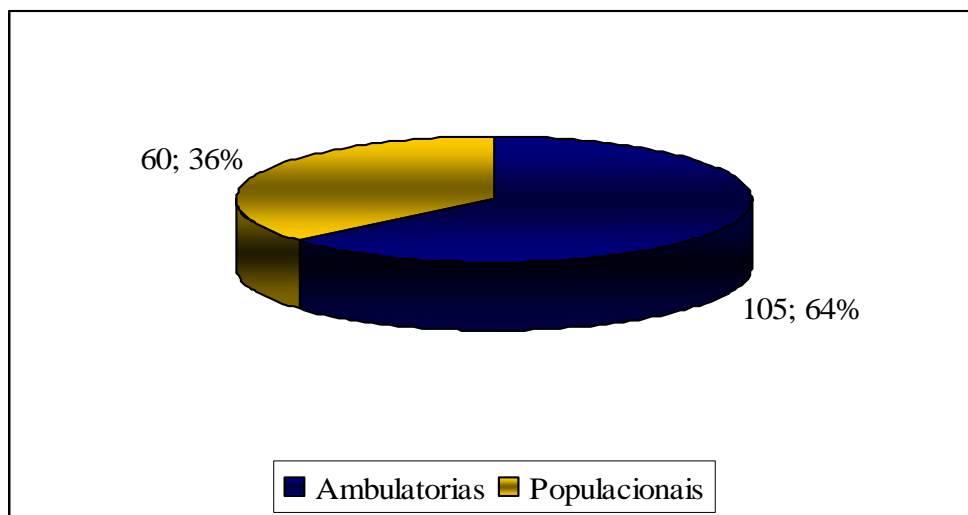


Figura 2. Participantes com percepção de crises controladas ou não controladas.

Houve relação significativa entre a percepção de controle de crises e todos os aspectos de QV: pontuação total de QV (valor  $p$  -  $p=0,000$ ), saúde (valor -  $p=0,000$ ), aspectos físicos (valor -  $p=0,000$ ), aspectos sociais (valor -  $p=0,003$ ), locus de controle (valor -  $p=0,000$ ), auto-conceito (valor -  $p=0,025$ ), aspectos emocionais (valor -  $p=0,000$ ) e aspectos cognitivos (valor -  $p=0,009$ ).

A distribuição dos participantes, segundo os locais estudados é mostrada na Figura 3.



*Figura 3. Número de participantes Ambulatoriais e Populacionais.*

Não houve correlação entre a origem dos participantes do ambulatório e dos postos de saúde e a QV final e seus aspectos (saúde, físico, cognitivo, emocional, auto-controle e locus de controle) (valor  $p=0,45$ ).

## 4. DISCUSSÃO

---

#### 4. DISCUSSÃO

A evidência de significância entre idade dos participantes e início das crises em suas vidas relata a problemática da história da doença e suas implicações com as atividades que desempenha.

Todas as crises têm um significado dependendo da história de vida de cada sujeito, determinando assim padrões de resposta em relação à doença. A epilepsia tem um impacto maior na saúde mental e social do que na saúde física, comparando-a com outras doenças crônicas.

Usado muitas vezes como indicador da QV dos indivíduos com epilepsia, o estado civil dos participantes no estudo, cuja maioria estava casada, sugere uma adaptação relativamente boa à doença por parte dos indivíduos e/ou da população em geral. <sup>(13)</sup>

O mesmo se pode dizer em relação ao status laboral, especialmente considerando a baixa escolaridade dos sujeitos e a taxa de desemprego nacional.

No estudo de Stavem *et al.*<sup>(59)</sup> uma amostra representativa de indivíduos com epilepsia apresentava diferença estatisticamente significativa quando comparada com uma população normal em relação ao nível da escolaridade, ao estado civil e ao status laboral.

No estudo de Buck *et al.*<sup>(60)</sup> com uma amostra proveniente de grupos de apoio ou consultas externas de Epilepsia de diversos países europeus, entre os 16 e os 90 anos, semelhante em termos clínicos à amostra em questão, 48% dos indivíduos eram casados, 45% eram solteiros, cinco por cento divorciados

ou separados e dois por cento viúvos, enquanto 49% tinham um emprego remunerado.

A avaliação de QV revela como pessoas com epilepsia percebem a si e aos outros ao seu redor em relação a sua condição. Essa percepção é extremamente importante porque é a partir dela que a pessoa vai lidar com os eventos cotidianos e com os limites impostos pela sociedade e pela epilepsia em si. A maneira como a pessoa percebe a influencia da epilepsia em sua vida é fundamental para sua avaliação de QV e seu contato com o mundo.

Neste estudo, o escore total de QV variou de 42,36 a 94,05. O emocional foi o aspecto de QV considerado mais afetado, seguido de aspecto de auto-conceito, social, saúde, físico, cognitivo e locus de controle.

Dentre todas as 65 questões avaliadas nos diferentes aspectos, o presente estudo se propõe a discutir as três questões que tiveram maior ênfase nas queixas da população estudada.

São eles:

- a) Impacto da epilepsia na auto-estima (questão 36 do aspecto emocional).
- b) Impacto da epilepsia no machucar (questão 58 do aspecto auto-conceito).
- c) Impacto da epilepsia em amigos e rejeição (questões 22,25 e 26 do aspecto social).

### **a) Impacto da epilepsia na auto-estima**

Estudos prévios com pessoas com epilepsia identificaram baixos níveis de auto-estima quando comparados com a população geral.<sup>(61)</sup>

O conceito de auto-estima diz respeito à crença do indivíduo em poder desenvolver atividades específicas em um contexto específico, em detrimento de sua condição de saúde.<sup>(62)</sup> A maneira como o indivíduo percebe sua doença é importante para sua auto-estima.<sup>(63)</sup> Se o indivíduo se percebe incapaz de lidar com determinadas situações, sua QV será rebaixada e isso irá repercutir nas suas respostas físicas e sociais ao meio.<sup>(64)</sup>

A ocorrência de crises certamente funciona como um fator desencadeante de baixa auto-estima, o que leva à percepção de inutilidade social, e faz com que pessoas com epilepsia procurem viver mais isoladamente.

Pessoas que tem doença crônica frequentemente vivenciam uma distorção no seu auto-conceito e identidade, e percebem-se estigmatizados mais frequentemente através da percepção de si do que por fatos objetivos de sua condição.

O indivíduo vê-se tolhido na sua liberdade e independência, visto que as crises podem ocorrer a qualquer instante. Sentimentos de insegurança, baixa auto-estima e uma distorção da própria auto-imagem contrapõem-se ao desejo de uma vida normal, expressa muitas vezes pelos pacientes no sonho de poder ir e vir sozinhos.



**b) Impacto da epilepsia e medo (questão 58 do aspecto auto-conceito)**

O aspecto transitório e imprevisível da doença expõe o indivíduo a situações de ansiedade e desmoralização, limitando seu conhecimento sobre o evento, já que ele permanece inconsciente durante a crise e assimila o que observa das reações assustadas de terceiros.<sup>(65)</sup>

Em relação a acidentabilidade no trabalho, um Workshop realizado no International Bureau for Epilepsy, em 1996, concluiu haver maior risco de acidentes no trabalho em pessoas epiléticas do que na população geral.

A ansiedade relacionada com a ocorrência de crises é uma preocupação freqüente, não apenas devido a precipitação dos acontecimentos, mas também devido a possibilidade de quedas.

**c) Impacto da epilepsia em amigos e rejeição (questões 22, 25 e 26 do aspecto social)**

*Gopinath et al.*<sup>(65)</sup> consideram que as desabilidades percebidas em sujeitos epiléticos podem ser provenientes das crises epiléticas e de seu tratamento, dos déficits físicos e neuropsiquiátricos decorrentes ou associados ao processo etiológico, e/ou dos déficits sociais conseqüentes da reação negativa da sociedade. Diante disso, estes autores discutiram questões quanto ao tratamento de deficiências neuropsiquiátricas e déficits sociais importantes que podem promover ou contribuir para aumentar a desabilidade. Contudo,

---

inicialmente deve-se atentar para a importância de um diagnóstico correto que orientará as ações para o manuseio da condição.

Devinsky e Penry<sup>(6)</sup> referem as seguintes áreas como as mais relevantes: auto-estima, dependência, condução, problemas cognitivos, problemas comportamentais, embaraço decorrente das crises, medo de ter crises, estigma e discriminação, idéias erradas sobre a epilepsia, dificuldade de aprendizagem, discriminação e condição de trabalho precário, dificuldade de relacionamentos e comportamento reprodutivo.

Analogamente, e de acordo com um estudo levado a cabo em Portugal,<sup>(17)</sup> as pessoas com epilepsia, essencialmente adultos e adolescentes, tem necessidade de apoio especializado para lidar com questões relacionadas com as seguintes áreas: problemas de família, preocupações emocionais específicas, questões relativas à aprendizagem, questões relativas ao emprego, relacionamento com o sexo oposto, interação com colegas e amigos, dificuldade em lidar com as crises e gestão e status financeiro.

Em termos mais amplos, a utilização sistemática de medidas de QV permitirá a comparação dos doentes com epilepsia e aqueles com outras perturbações neurológicas e doenças crônicas relacionadas com o Sistema Nervoso Central. Isto ajudará a identificar potencialidades e limitações que são únicas das Epilepsias, abordando programas de intervenção para as diferentes populações em questão.

#### 4.1. Variáveis envolvidas na QV

Neste estudo, variáveis como estado civil e religião, não foram relacionadas a uma melhor ou pior QV, semelhantes aos achados de Jacoby.<sup>(61)</sup>

Muitos autores têm encontrado resultados semelhantes ao desta pesquisa o que vem corroborar com a hipótese deste estudo, de que dados do sujeito, como a percepção de controle de crises, são mais significativos na maneira que o indivíduo vê a si e a sua doença.<sup>(12)</sup>

Este estudo salientou que pessoas com epilepsia sentem-se desanimadas e sem interesse em relação a vida, sentem-se socialmente restringidas por não poderem dirigir e terem dificuldade de conseguir e manter um emprego. Além disso, a sensação de ter pouco controle de suas vidas, de não poder fazer tudo o que querem e de não serem capazes de fazer as coisas tão bem quanto as outras pessoas, faz com que elas mesmas restrinjam suas atividades sociais, familiares e de lazer. Elas se preocupam em ter crise e não se machucar. Muitos nunca tiveram nenhum relacionamento sexual e outros estão insatisfeitos sexualmente.

Os valores obtidos no aspecto saúde indicam que o estado geral dos indivíduos avaliados não havia sofrido deterioração significativa no último ano. Pelo contrário, um número considerável de sujeitos relatou uma melhoria, mais ou menos acentuada, nesse período de tempo.

Contudo, a natureza e conseqüências da epilepsia sugerem que os indivíduos estudados em qualquer instituição médica, principalmente numa

consulta da especialidade num centro terciário, como é o caso, tendem a apresentar uma epilepsia mais grave do que aqueles que são seguidos no sistema de saúde primário.<sup>(66)</sup> Os dados apóiam, porém, a possibilidade destes sujeitos terem tido uma epilepsia cuja gravidade foi diminuindo, sendo controlada ao longo do tempo. É também possível que o estilo de vida dos indivíduos tenha sido ajustado à situação.

Este estudo apontou a importante relação entre percepção de controle de crises e QV, tanto na pontuação total do teste, quanto em cada aspecto em separado ( $p=0,0001$ ).

Uma condição crônica como a epilepsia pode ter conseqüências significantes na vida emocional, social e profissional. O cuidado que se deve ter com pessoas com epilepsia deve ser não apenas o controle de sintomas físicos, mas também a minimização dos efeitos psicossociais. A epilepsia é uma condição onde suas conseqüências psicossociais são mais devastadoras do que as crises em si.<sup>(69)</sup>

As avaliações afetivo-cognitivas do sujeito são importantes fatores que controlam a maneira como o indivíduo sente o impacto da doença no cotidiano de sua vida. Neste sentido, a percepção de controle das crises é mais importante na Avaliação de QV do que as variáveis que caracterizam a doença, como sua severidade, tipo, duração e freqüência de crises.<sup>(31)</sup>

Baker<sup>(68)</sup> realizaram uma série de estudos nos quais se demonstrou que o controle que o indivíduo exerce sobre o ambiente faz decrescer o efeito de condições estressantes da vida, resultando em mais saúde e número significativamente menor de doenças.

Neste sentido, a percepção de controle de crise parece ser um fator importante para amenizar o impacto das experiências potencialmente estressantes. No entanto, a incompatibilidade entre as pessoas e a situação, entre o fato daquela acreditar na possibilidade do exercício de controle e não poder exercê-lo devido a circunstâncias especiais, como é o caso de crises epiléticas, leva o sujeito a situações de estresse e ansiedade, e ao conseqüente piora da sua QV.

## 5. CONCLUSÕES

---

## 5. CONCLUSÕES

- A percepção de controle de crises mostrou-se altamente importante da determinação de melhores ou piores níveis de bem estar emocional, físico e social.
- O aspecto emocional foi o mais afetado pela epilepsia, seguido dos aspectos auto-conceito, social, saúde, físico, cognitivo e locus de controle.
- O tipo e a frequência das crises e duração da epilepsia nas estão relacionadas a QV em adultos com epilepsia.
- As variáveis como início das crises, percepção de controle e se o paciente tinha ou não crise associou-se com a QV.
- Não houve diferença entre a avaliação de QV e o tipo de atendimento oferecido (ambulatorial ou posto de saúde).
- A percepção de controle de crises correlacionou-se com a avaliação de QV em todos os aspectos, e que demonstra que sendo este um fator determinante na QV de pacientes com epilepsia.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Donohoe NV. Epilepsias na Infância. In: O'Donohoe NV, editor. Doenças do sistema nervoso. São Paulo: Roca 1982;65-71.
2. Sander JW, Hart YM. Epilepsia: Um guia prático. Merit Publishing Intern 1999;1:13-14.
3. Fisher RS, Boas WVE, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, *et al.* Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46:470-472.
4. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and eletrographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981;22:489-501.
5. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989;30:389-399.
6. Devinsky O, Penry JK. Quality of Life in Epilpesy: The Clinician's View. *Epilepsia* 1993;34(Suppl 4):S4-S7.
7. Murray CJ, Lopez AD, Jaminson DT. The global of diase in 1990: summary results sensitivity analysis and future directions. *Bull Word Health Organ* 1994;72:495-509.

8. Kale R. Bringing epilepsy out of the shadows. *BMJ* 1997;315:2-3.
9. Borges MA, Min LL, Guerreiro CAM, Yacubian EMT, Cordeiro JA, Tognola WA, *et al.* Urban prevalence of epilepsy: populational study in São José do Rio Preto, a medium-sized city in Brazil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2004;62:199-205.
10. Atakli D, Sözüer D, Atay T, Baybas S, Arpaci B. Misdiagnosis and treatment in juvenile myoclonic epilepsy. *Seizure* 1998;7:63-68.
11. Murthy JM, Rao CM, Meena AK. Clinical observation of juvenile myoclonic epilepsy in 131 patients: a study in South India. *Seizure* 1998;7:153-157.
12. Salgado PCB, Souza EAP. Qualidade de Vida em Epilepsia e Percepção de controle de crises. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59(3A):537-540.
13. Dodrill CB, Batzel LW, Queisser HR, Temkin NR. An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. *Epilepsia* 1980;21:123-135.
14. Perrine KR. A new quality-of life-inventory for epilepsy patients. Interim results. *Epilepsia* 1993;34(Suppl 4):S28-S33.
15. Muldoon MF. What are quality of life measurements measuring? *BMJ* 1998; 316:542-545.
16. Lehrner J, Kalchmayr R, Serles W, Olbrich A, Patariaia E, Aull S, *et al.* Health-related quality of life (HRQL), activity of daily (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure* 1999;8:88-92.

17. Alonso NB, Ciconelli RM, Silva TI, Westphal AC. The Portuguese version of the Epilepsy Surgery Inventory (ESI-55): cross-cultural adaptation and evaluation of psychometric properties. *Epilepsy Behav* 2006;9:126-132.
18. Szaflarski M, Meckler JM, Privitera MD, Szaflarski JP. Quality of life in medication-resistant epilepsy: the effects of patient's age, age at seizure onset, and disease duration. *Epilepsy Behav* 2006;8(3):547-51.
19. Wechsler D. Manual for Wechsler Memory Scale-revised. New York: The Psychological Corporation;1987.
20. Frayman L, Cukiert A, Forster C, Ferreira VB, Buratini JA. Qualidade de vida de Pacientes submetidos à cirurgia de epilepsia. *Arq Neuro Psiquiatr* 1999; 57(1):30-33.
21. Santilli N, Kessier LB, Schmidt WT. Quality of life in epilepsy: perspectives of patients. In: Trimble MR, Dodson WE, editors. *Epilepsy Quality Life*. New York: Raven Press;1994.1-17.
22. Duarte PS. Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos em programa dialítico – “Kidney disease and quality of life – short form (KDQOL – SF<sup>tm</sup> 1.3). [Tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo;2003.
23. Souza EAP. Questionário de Qualidade de vida na Epilepsia; resultados preliminares. *Arq Neuropsiq* 2001;59(3-A):537-540.
24. Smith ML. Psychosocial comorbidity in epilepsy. *Adv Neurol* 2006;97:333-7.

25. Souza EAP, Guerreiro MM. Qualidade de vida. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, editores. São Paulo: Epilepsia Lemos Editorial 1996;191-199.
26. Fernandes PT, Souza EAP. Identification of Family Variables in parent's groups of childrens with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59(4):854-858.
27. Devinsky O, Cramer JA. Introduction: Quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 1993;34(Suppl 4):S1-S3.
28. Devinsky O, Vickrey BG, Cramer JA, Perrine K, Hermann B, Meador K, *et al.* Development of quality of life in epilepsy (QOLIE) inventory. *Epilepsia* 1995;36:1089-1104.
29. Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, Bryant-Comstock L, Meador K, Hermann B. Development and cross-cultural translation of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia* 1998;39:81-88.
30. Bullinger M, Steinbüchel N. Quality of life: measurement of outcome. In: Pfäfflin M, Fraser RT, Thorbecke R, Specht V, Wolf P, editores. *Comprehensive care for people with epilepsy*. London: John Libbey; 2001. 23-32.
31. Schachter SC. Quality of life for patients with epilepsy is determined by more than seizure control: the role of psychosocial factors. *Expert Rev Neurother* 2006;6(1):111-8.

32. Testa SM, Schefft BK, Szaflarski JP, Yeh HS, Privitera MD. Mood, Personality, and health-related Quality of life in Epileptic and Psychogenic Seizure Disorders. *Epilepsia* 2007;236-242.
33. Leidy NK, Elixhauser A, Vickrey B, Means E, Willian MK. Seizure frequency and the health-related quality of life of adults with epilepsy. *Neurology* 1999; 53(1):162-6.
34. Zanetti ML, Mendes JA. The trend in the locus of control in diabetic patients. *Rev Esc Enferm USP* 1993;27:246-62.
35. Spector S, Cull C, Goldstein LH. High and low perceived self-control of epileptic seizure. *Epilepsia* 2001;42:556-64.
36. Gramstad A, Iversen E, Engelseu BA. The impacto affectivity dispositions self efficacy and locus of controlo n psychosocial adjustment in patients with epilepsy. *Epilepsy Res* 2001;46:53-61.
37. Lee AS, Yoo HJ, Lee BI. Korean Qol in Epilepsy Study Group. Factors contributing to the stigma of epilepsy. *Seizure* 2005;14(3):157-63.
38. Pugh MJ, Copeland LA, Zeber JE, Cramer JA, Amuan ME, Cavazos JE, *et al*. The impact of epilepsy on health status among younger and older adults. *Epilepsy* 2005;46(11):1820-7.
39. Borges MA, Marchi NSA, Sato AK, Aleixo FV, Cordeiro JA. As síndromes e crises epilépticas e suas relações com trabalho. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(3-A):691-697.

40. Elwes RD, Marshall J, Beattie A, Newmam PK. Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1991;54:200-203.
41. Svend L. Social aspects of epilepsy in the adult in seven European countries. *Epilepsia* 2000;41(8):998-1004.
42. Cabral FB, Coelho CMF, Sanvito WL. O impacto dos aspectos sociais e sua influencia no tratamento das epilepsias:revisão e propostas. *Rev Bras Med Trab Belo Horizonte* 2004;2(4):331-334.
43. Hughes JL, Devinsk O. Legal aspects of epilepsy. *Neurol Clin* 1994; 12(1):203-224.
44. Dings S. Increased driving accident frequency in Danish patients with epilepsy. *Neurology* 2001;57(3):435-9.
45. Andura FE. Diretriz Nacional para direção de veículos automotores por pessoas com epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2004;10(3):175-180.
46. Knut S, Björnaes H, Lossiun MI. Reliability and validity of a Norwegian version of Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-89). *Epilepsia* 2000;41:91-97.
47. Penry KJ, Devinsky A. Quality of life in epilepsy: The clinician's view. *Epilepsia* 1993;S(34)S4-S7.

48. Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning and quality of life in epilepsy. *Epilepsy Res* 2005;66(1-3):23-44.
49. Spina-França A. Análise de Livros. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* Vol6 no.2<sup>A</sup> São Paulo. Junho 2002.
50. Rolland JS. Doença crônica e o ciclo de vida familiar in *Mudanças no Ciclo de Vida Familiar. Uma estrutura para terapia familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas;1995.
51. Ferraz e Silva H. Epilepsia In: Zugaib M, Bittar RI, editores. *Protocolos assistenciais – clinica obstétrica da Faculdade de Medicina da USP.* 1ªed. São Paulo: Atheneu 1999;127-30.
52. Kanner AM. Depression and Epilepsy: New perspective on two closely related disorders. *Epilepsy Curr* 2006;6(5):141-146.
53. Souza EA, Keinalla DM, Silveira DC, Guerreiro CA. Sexual dysfunction in epilepsy identifying the psychological variables. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58:214-20.
54. Borges MA. Prevalência urbana da Epilepsia: estudo Populacional na cidade de São José do Rio Preto-Brasil. [Tese] São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2002.

55. Djibuti M, Shakarishvili R. Influence of clinical demographic and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:570-573.
56. Vickery BG, Hays RD, Graber J, Rausch R, Engel JJr, Brook RHA. A health related quality of life instrument for patients evaluated for epilepsy surgery. *Med Care* 1992;30:299-319.
57. O'Donoghue MF, Duncan JS, Sander JWAS. The subjective handicap of epilepsy. A new approach to measuring treatment outcome. *Brain* 1998; 121:317-343.
58. Souza EAP, Veiga BA, Guerreiro MM, Cendes F. Desenvolvimento de protocolo de Qualidade de Vida (QV) para pacientes epilépticos. *Brazilian J Epilepsy Clin Neurops* 1998;4(1):92.
59. Stavem K, Loge JH, Kaasa S. Health status of people with epilepsy compared with a general reference population. *Epilepsia* 2000;41(1):85-90.
60. Buck D, Jacoby A, Baker GA, Ley H, Steen N. Cross-cultural differences in health-related quality of life of people with epilepsy: Findings from a European study. *Quality Life Res* 1999;8:675-685.
61. Jacoby A. Epilepsy and the quality of everyday life. Findings from a study of people with well-controlled epilepsy. *Soc Sci Med* 1992;34(6):657-666.



62. Amir M, Roziner I, Knoll A, Neufeld My. Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia* 1999;40(2):216-224.
63. Baker Ga, Gagnon D, McNulty P. The relationship between seizure frequency, seizure type and QOL: Findings from three European Countries. *Epilepsy Res* 1998;30:231-240.
64. Gertrudis IJM, Kempen PRD, Ormel J, Brilman I, Relyveld J. Adaptive Responses among Dutch elderly: The impact of eight chronic medical conditions on HRQOL. *American J Public Health* 1997;87(1):1283-1289.
65. Gopinath B, Radhakrishnan K, Sarma PS, Jayachandran D, Alexander A. A questionnaire survey about doctor-patient communication, compliance and locus of control among South Indian people with epilepsy. *Epilepsy Res* 2000;39:73-82.
66. Cramer JA. A clinimetric approach to assessing quality of life in epilepsy. *Epilepsy* 1993;34 (Suppl 4):S8-S13.
67. Jacoby A, Baker G, Smith D, Dewey M, Chadwick D. Measuring the impact of epilepsy: the development of a novel scale. *Epilepsy Res* 1993;16:83-88.
68. Baker GA, Jacoby A, Chadwick DW. The associations of psychopathology in epilepsy: a community study. *Epilepsy Research* 1996;25:29-39.



**7. ANEXOS**

Anexo A. Lista de participantes populacionais que participaram do estudo.

**LISTA DE PARTICIPANTES POPULACIONAIS**

Nome	Bairro
MLS	Alto Rio Preto
JCL	José Menino
AV	Romano Calil
JEL	Eldorado
RS	Vila Toninho
ENS	Boa Vista
JHMA	V.Curti
FDS	Itapema
FMS	Boa Vista
ACV	Diniz
NFS	João Paulo
AAS	Jd. Nazaret
LS	Boa Vista
VV	Diniz
MJS	Sta. Catarina
CJCL	Curti
GMPP	Diniz
JT	Romano Calil
NAS	Itapema
RJB	Cidade Jardim
RP	Jd. Primavera
DGM	Alto Rio Preto
CS	Boa Vista
ACG	Boa Vista
FRBR	Santo Antônio
ASS	Jd. Seyon
MM	P Industrial
FJA	João Paulo
MRLS	Santo Antônio
CCP	N. Sra. Aparecida
PS	Boa Vista
SS	S.Francisco
JAS	Boa Vista
JCF	Diniz
RG	Boa Vista
WFS	Eldorado
JCF	Santo Antônio
RSG	Boa Vista
JS	S.Francisco
ABR	Santo Antônio
DSS	Planalto

---

Nome	Bairro
ALR	Solo Sagrado
JJS	Jaguaré
LSG	Eldorado
ESM	Eldorado
AAS	Jd. Nazaret
SJM	Anchieta
MCC	Rio Preto I
MAF	Eldorado
IPAS	Synibald
GA	Soraya
RMOL	Solo Sagrado
JCS	Res R Preto 1
RMAN	Jd. Primavera
JA	Boa Vista
JCPN	Eldorado
DMS	D Lafaete
LCL	Sta. Catarina
RS	Eldorado
JFC	Res R Preto 1
PCA	João Paulo
DC	Anchieta
PJT	João Paulo II
JML	Bosque Felici//
VS	Boa Vista
MHLA	Caic
PS	Ercília
MAB	Eldorado
TMS	Boa Esperança
ACA	Jd. Maracanã
JM	Eng Schimidt
MVM	Eldorado
CNV	Eldorado
VRB	Jd. Alto Alegre
SPA	S.Francisco
DS	Itapema
JRL	Bom Jesus
MAFS	D Lafaete
COT	Vila Toninho
OCF	Eldorado
VATB	João Paulo
CM	Jd. Caparroz
MJD	Jd. Maracanã
DF	Boa Vista
MLF	Jd. Caparroz
VOC	Curti
LPA	Cristo Rei
MED	Anchieta

---

---

Nome	Bairro
NSAL	Eldorado
VRS	Boa Esperança
IGO	Vila Toninho
MM	Anchieta
JAB	Synibald
JMAR	Itapema
ABC	Itapema
MS	Anchieta
JG	B. Jardim
CMM	Soraya
BBR	Anchieta
DS	Boa Esperança
EFS	Diniz
GFB	Jd. Primavera
ES	Eldorado
SCZ	Synibald
MT	Eng Schimidt
EMC	Eng Schimidt
AAD	Jd. Nazaret
EAM	Soraya
JEQ	V. Moreira
JRS	Boa Vista
AS	Eldorado
JRI	Eng Schimidt
MRZ	Jd. Estrela
JMS	Solo Sagrado
HMM	Ipiranga
JRL	Eldorado
MAB	P Industrial
OT	Sta. Cruz
NFX	M. Daud
ASC	Boa Vista
EMS	São Francisco
JGS	Eng Schimidt
IBC	Jd. Maracanã
EJB	Boa Vista
JBS	Boa Vista
NGS	Diniz
GPB	Vila Dória
SAM	Sta. Cruz
MD	P Industrial
DC	Anchieta
ABG	Diniz
ERM	P Industrial
NSM	Jd. Bosque I
OST	Jd. Nazaret
AAJ	Jd. Seyon

---

---

Nome	Bairro
MAM	Alto Rio Preto
DRS	Jd. Bosque I
JAS	Solo Sagrado
AR	Boa Vista
OAN	Itapema
OAB	Fernandes
APP	Boa Esperança
AC	Vivendas
AL	Jd. Nazaret
AAO	Maceno
AVG	São Francisco
PMA	Jd. Nazaret
OS	Eng Schimidt
MMVR	Solo Sagrado
CR	Diniz
AF	Res. Cambuí
JJ	Jd. Seyon
CB	Jd. Nazaret
JEF	Jd. Caparroz
VAS	Santo Antônio
WS	S. Francisco
LM	Boa Vista
JS	Res R Preto 1
EEL	Ercília
CRV	São Deocleciano
AF	Maceno
GAMC	Jaguaré
EPR	São Deocleciano
GVL	São Deocleciano
ESA	São Deocleciano
MHBC	São Deocleciano
JEB	Congonhas
AS	Mugnane
TJV	Soraya
RAS	P Industrial
MAS	Planalto
GAPG	Parque Industrial
AQ	Solo Sagrado
MLS	Eldorado
MF	Boa Vista
SM	Santo Antônio
AM	Synibald
MD	Ipiranga
DMC	Boa Vista
PA	José Menino

---

Anexo B. Termo de consentimento utilizado no estudo.

**FAMERP-FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
**AUTARQUIA ESTADUAL**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**  
(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução  
no196/96 – CNS)

Eu, \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_, declaro que aceito fazer parte do estudo intitulado de Qualidade de vida de pacientes portadores de epilepsia ambulatorial e populacional de São Jose do Rio Preto a ser realizado no Ambulatório de Epilepsia do Hospital de Base de São José do Rio Preto e na cidade de São Jose do Rio Preto. Informo que compreendi todas as informações que me foram dadas pela pesquisadora Karina Kelly Borges, de acordo com o texto que segue: "Este estudo tem a finalidade de avaliar a Qualidade de Vida em pacientes adultos e relacionar com variáveis da doença e do sujeito. Um estudo voltado para Qualidade de Vida em pacientes epiléticos é de extrema importância, devido ao impacto que esta condição provoca ao paciente. Sua identidade será preservada, apenas as respostas serão usadas como dados de pesquisa. Para nós, não há respostas certas ou erradas, apenas queremos saber como está a qualidade de vida de nossos pacientes e qual o impacto de cada fator na vida do paciente. Você tem o direito de parar a entrevista a qualquer momento ou não responder as perguntas que desejar ou o próprio questionário. Isto não afetará a qualidade do seu atendimento neste ambulatório. Terá que responder a uma Ficha de Identificação e a um questionário de Qualidade de Vida 65, composto de 65 itens que avaliam a percepção de saúde e Qualidade de Vida, limitação física, aspectos sociais, satisfação, percepção de controle, aspectos afetivo-emocionais, auto-conceito, aspectos cognitivos, trabalho, lazer e dirigir.

A avaliação será realizada no Ambulatório de Epilepsia, após a consulta médica, em ambiente confortável e sem prejuízos para mim ou no ambiente familiar do próprio paciente.

Entendi que poderei sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo no meu tratamento em qualquer época neste Hospital.

Os resultados deste trabalho poderão não me beneficiar diretamente, mas poderão beneficiar a outros pacientes no futuro.

Confirmando, que após entender todas estas informações sobre o estudo, aceito participar como voluntário, sem receber nenhuma forma de pagamento.

Sendo assim, autorizo a publicação dos resultados encontrados em revistas de psicologia, médicas, aulas e congressos, sem que meu nome venha a público.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

---

Assinatura do paciente ou responsável

---

Assinatura da Pesquisadora – Karina Kelly Borges  
Telefone para contato: (17) 3210 5000 – Ramal 1215



Anexo C. Ficha utilizada para coleta de dados.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

### I – DADOS DEMOGRÁFICOS

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

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Repetências: \_\_\_\_\_

Emprego: Sim \_\_\_ Não: \_\_\_ Tempo de emprego: \_\_\_\_\_

Tipo de emprego: \_\_\_\_\_

Atividade não remunerada: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

### II – DADOS DA DOENÇA

#### PERCEPÇÃO DE CONTROLE NOS ÚLTIMOS 6 MESES

Você considera que a epilepsia está controlada?	Sim ___ Não ___
Você ainda tem crises?	Sim ___ Não ___
Elas mudaram nos últimos 6 meses?	Sim ___ Não ___
A frequência aumentou?	Sim ___ Não ___
A frequência diminuiu?	Sim ___ Não ___
Elas estão mais fortes?	Sim ___ Não ___
Elas estão mais fracas?	Sim ___ Não ___

### III – DADOS MÉDICOS DA DOENÇA

Tipo de crise: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Freqüência de crises: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA 65 – SOUZA,1998

(QQV-65)

### PERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

1. Em geral, como você acha que sua saúde é?

1.1 Ruim

1.2 Regular

1.3 Boa

1.4 Muito Boa

Excelente

2. Comparando a um ano atrás, como você classificaria sua saúde hoje?

2.1 Muito pior

2.2 Um pouco pior

2.3 A mesma coisa

2.4 Um pouco melhor

2.5 Muito melhor

3. De um modo geral, como você avalia sua Qualidade de Vida?

0 ---- 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10

**Pior possível**

**Melhor possível**

4. O que você acha que está mais prejudicado atualmente?				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
4.1 Escola	1	2	3	4
4.2 Saúde Física	1	2	3	4
4.3 Saúde emocional	1	2	3	4
4.4 Relacionamento Social	1	2	3	4
4.5 Trabalho	1	2	3	4
4.6 Lazer	1	2	3	4

5. O que você acha que foi mais prejudicado pela epilepsia?				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
5.1 Escola	1	2	3	4
5.2 Saúde Física	1	2	3	4
5.3 Saúde emocional	1	2	3	4
5.4 Relacionamento Social	1	2	3	4
5.5 Trabalho	1	2	3	4
5.6 Lazer	1	2	3	4

	Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Como está seu relacionamento afetivo?	1	2	3	4
7. Como está sua vida familiar?	1	2	3	4
8. Como está seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4
9. Como está sua vida social?	1	2	3	4
10. Como está seu lazer?	1	2	3	4

11. Quanto você está satisfeito com a sua vida?

11.1 Não está satisfeito

11.2 Pouco satisfeito

11.3 Bastante satisfeito

11.4 Muitíssimo satisfeito

### ASPECTOS FÍSICOS

Pensando nas atividades que você faz diariamente, responda o que tem acontecido nos últimos 6 meses:				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
12. A epilepsia tem feito você se sentir bem fisicamente?	1	2	3	4
13. A epilepsia tem causado a você dano ou dor?	1	2	3	4
14. A dor interferiu no seu trabalho ou outras atividades?	1	2	3	4
15. A epilepsia impediu você de realizar as atividades do dia-a-dia? (andar, subir degraus, carregar peso)?	1	2	3	4
16. A epilepsia impediu você de realizar atividades de auto-cuidado (tomar banho, vestir-se)?	1	2	3	4
17. Você está satisfeito com sua saúde hoje?	1	2	3	4

**ASPECTOS SOCIAIS**

Pensando sobre sua vida familiar e relacionamentos, responda:				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
18. Você está satisfeito com sua vida familiar?	1	2	3	4
19. Você está satisfeito com sua vida fora da família?	1	2	3	4
20. Você está satisfeito com seu relacionamento afetivo sexual?	1	2	3	4
21. Você tem dificuldade de fazer novos amigos por causa da epilepsia?	1	2	3	4
22. Você acha que recebe apoio e suporte da família e amigos?	1	2	3	4
23. Você fala sobre você mesmo com sua família e amigos?	1	2	3	4
24. Alguém esteve disponível quando você precisou de ajuda?	1	2	3	4
25. Você tem se sentido só por causa da epilepsia?	1	2	3	4
26. Você se sente ou já se sentiu rejeitado por causa da epilepsia?	1	2	3	4

A epilepsia pode interferir nas suas atividades de trabalho ou estudo.				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
27. A epilepsia causou problemas para fazer seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4
28. Ficou afastado por causa da epilepsia?	1	2	3	4
29. Ficou preocupado com a possibilidade de perder seu trabalho ou estudo por causa da epilepsia?	1	2	3	4
30. A epilepsia impediu você de fazer o tipo de trabalho ou estudo que gostaria de fazer?	1	2	3	4
31. Quão feliz você está com seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4
32. Você está satisfeito com a maneira que ocupa seu dia?	1	2	3	4

A epilepsia muitas vezes pode afetar o que você faz de lazer e diversão. Durante os últimos seis meses ...				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
33. A epilepsia impediu você de fazer atividades de lazer?	1	2	3	4
34. Quão feliz você está com o tempo gasto com lazer?	1	2	3	4
A epilepsia pode impedir as pessoas de dirigir.				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
35. A epilepsia causa este problema para você?	1	2	3	4

**ASPECTOS EMOCIONAIS**

Durante as últimas quatro semanas você tem se sentido ...				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
36. Muito animado?	1	2	3	4
37. Chateado porque alguém te criticou?	1	2	3	4
38. Tem mostrado interesse em alguma coisa?	1	2	3	4
39. Satisfeito?	1	2	3	4
40. Desanimado e triste?	1	2	3	4
41. Feliz?	1	2	3	4
42. Cansado?	1	2	3	4
43. Muito sozinho ou isolado?	1	2	3	4
44. Orgulhoso porque foi elogiado?	1	2	3	4
45. Desencorajado pelos problemas de saúde?	1	2	3	4
46. Depende de outros?	1	2	3	4
47. Calmo e tranqüilo?	1	2	3	4

Pensando em sua própria vida, diga se você concorda ou não com estas afirmações.				
	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo muitíssimo
48. Realmente não existe maneira de resolver os problemas que tenho.	1	2	3	4
49. As vezes sinto que estou sendo empurrado pela vida.	1	2	3	4
50. A epilepsia me faz sentir que não consigo controlar minha vida.	1	2	3	4
51. A epilepsia me faz sentir que não consigo fazer as coisas tão bem quanto	1	2	3	4

outras pessoas.				
52. Tenho pouco controle sobre minha doença.	1	2	3	4
53. Posso fazer todas as coisas que quero fazer.	1	2	3	4

**AUTO-CONCEITO**

	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
54. Você se considera uma pessoa normal?	1	2	3	4
55. Você se considera uma pessoa capaz?	1	2	3	4
56. Você tem ambição como as outras pessoas?	1	2	3	4
57. Você fica preocupado em Ter uma crise no futuro?	1	2	3	4
58. Você fica preocupado em machucar-se durante as crises?	1	2	3	4
59. Você fica preocupado em estar em público por causa da epilepsia?	1	2	3	4
60. Você fica preocupado em Ter que tomar medicação por muito tempo?	1	2	3	4
61. Você acha que tem mais crises do que outras pessoas com epilepsia?	1	2	3	4

**ASPECTOS COGNITIVOS**

	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
62. Você teve problemas com sua memória? (lembrar nomes de pessoas, onde colocou as coisas)?	1	2	3	4
63. Você teve problemas com sua atenção (concentração na conversa, no trabalho, na leitura)?	1	2	3	4
64. Você teve problemas com sua fala ou linguagem?	1	2	3	4
65. Os problemas de memória, atenção ou fala interferiram no seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4



Anexo D. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94  
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)


Parecer n.º 062/2005

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O Protocolo n.º **2521/2005** sob a responsabilidade de Karina Kelly Borges, com o título "Qualidade de vida de pacientes portadores de epilepsia ambulatorial e populacional de São José do Rio Preto", está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 11 de abril de 2005.

  
Prof. Dr. José Paulo Cipullo  
Vice-Coordenador do CEP/FAMERP

## 8. APÊNDICES

---

## 8. APÊNDICES

Apêndice A. Descrição dos aspectos demográficos e clínicos dos participantes da pesquisa.

Quadro 1. Categorização descritiva dos dados demográficos da população.

PARTICIPANTES POPULACIONAIS (N=60)							
N	Sexo	Idade	Escolaridade	EstCivil	Emprego	Filhos	Religião
1	Masculino	32	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
2	Feminino	41	Analfabeto	separado	Não	Sim	católica
3	Masculino	40	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	católica
4	Masculino	60	Fundamental Compl.	divorciado	Sim	Sim	católica
5	Masculino	23	Analfabeto	divorciado	Não	Sim	espírita
6	Feminino	54	Fundamental Compl.	solteiro	Sim	Não	evangélica
7	Feminino	55	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
8	Feminino	42	Médio Incompleto	separado	Sim	Não	católica
9	Masculino	55	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
10	Feminino	47	Fundamental Compl.	casado	Não	Sim	católica
11	Feminino	52	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
12	Masculino	23	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	evangélica
13	Feminino	24	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	católica
14	Feminino	24	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
15	Feminino	25	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
16	Masculino	26	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Não	católica
17	Feminino	29	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	católica
18	Feminino	30	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
19	Masculino	31	analfabeto	separado	Sim	Não	ausente
20	Masculino	31	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	católica
21	Masculino	32	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	católica
22	Masculino	33	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	católica
23	Feminino	34	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
24	Feminino	34	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
25	Feminino	38	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
26	Feminino	40	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	católica
27	Feminino	40	Fundamental Compl.	casado	Sim	Sim	evangélica
28	Feminino	40	Fundamental Compl.	casado	Não	Não	católica
29	Feminino	41	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	espírita
30	Feminino	42	Fundamental Compl.	divorciado	Não	Sim	católica
31	Masculino	42	Fundamental Compl.	separado	Sim	Sim	evangélica
32	Feminino	44	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	católica
33	Masculino	45	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
34	Masculino	46	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	ausente
35	Masculino	47	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
36	Feminino	47	Fundamental Compl.	solteiro	Não	Não	católica
37	Feminino	48	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	católica
38	Feminino	50	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
39	Masculino	50	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
40	Masculino	50	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
41	Feminino	52	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	evangélica

42	Masculino	52	Fundamental Incompl.	viúvo	Sim	Sim	católica
43	Masculino	52	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
44	Feminino	53	Fundamental Compl.	casado	Sim	Não	católica
45	Feminino	54	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	evangélica
46	Masculino	55	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
47	Feminino	55	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	evangélica
48	Masculino	56	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
49	Masculino	56	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
50	Masculino	57	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
51	Masculino	60	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Sim	evangélica
52	Feminino	61	Fundamental Compl.	casado	Não	Não	católica
53	Feminino	62	Fundamental Compl.	casado	Sim	Sim	católica
54	Feminino	73	Fundamental Compl.	divorciado	Sim	Não	católica
55	Feminino	73	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
56	Feminino	75	Fundamental Compl.	solteiro	Não	Não	católica
57	Feminino	75	Fundamental Compl.	solteiro	Sim	Sim	católica
58	Masculino	23	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
59	Masculino	28	Analfabeto	casado	Não	Sim	católica
60	Masculino	21	Analfabeto	solteiro	Sim	Sim	evangélica

Legenda: Incompl. = Incompleto; Compl. = Completo; Est.Civil = Estado Civil

Quadro 2. Categorização descritiva dos dados demográficos da população PARTICIPANTES.

AMBULATORIAIS (N=105)							
N	Sexo	Idade	Escolaridade	EstCivil	Emprego	Filhos	Religião
1	Masculino	49	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	católica
2	Masculino	65	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	católica
3	Masculino	40	Analfabeto	separado	Não	Sim	católica
4	Masculino	56	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	católica
5	Masculino	18	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
6	Feminino	59	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
7	Feminino	55	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
8	Feminino	36	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	católica
9	Feminino	36	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	católica
10	Feminino	38	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Sim	católica
11	Feminino	21	Analfabeto	solteiro	Sim	Não	espírita
13	Masculino	21	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	espírita
13	Masculino	38	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	evangélica
14	Feminino	38	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	evangélica
15	Masculino	19	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Não	evangélica
16	Masculino	19	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	evangélica
17	Feminino	54	Médio Incompleto	casado	Não	Sim	evangélica
18	Masculino	55	Médio Incompleto	casado	Não	Sim	evangélica
19	Masculino	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	evangélica
20	Masculino	19	Médio Incompleto	solteiro	Não	Não	católica
21	Masculino	30	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
22	Masculino	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
23	Feminino	29	Fundamental Completo	separado	Sim	Não	católica
24	Masculino	24	Fundamental Completo	separado	Sim	Não	católica
25	Feminino	38	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
26	Masculino	67	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
27	Masculino	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica

28	Masculino	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
29	Masculino	24	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	católica
30	Masculino	48	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
31	Masculino	25	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	católica
32	Feminino	59	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	espírita
33	Feminino	38	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	evangélica
34	Feminino	24	analfabeto	solteiro	Sim	Sim	católica
35	Feminino	29	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
36	Masculino	21	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Sim	evangélica
37	Masculino	40	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Não	católica
38	Masculino	36	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	católica
39	Masculino	31	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
40	Feminino	44	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	católica
41	Masculino	38	Fundamental Incompl.	separado	Sim	Não	ausente
42	Masculino	58	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Não	católica
43	Feminino	18	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	espírita
44	Feminino	48	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	católica
45	Masculino	45	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
46	Feminino	62	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
47	Feminino	30	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
48	Masculino	29	Fundamental Completo	separado	Não	Sim	católica
49	Feminino	36	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	evangélica
50	Masculino	33	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
51	Masculino	40	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	espírita
52	Masculino	49	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	católica
53	Feminino	29	Fundamental Incompl.	separado	Sim	Sim	evangélica
54	Masculino	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
55	Masculino	36	Fundamental Completo	casado	Sim	Não	católica
56	Feminino	56	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Não	ausente
57	Feminino	38	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
58	Masculino	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
59	Feminino	26	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	católica
60	Masculino	53	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
61	Feminino	27	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
62	Feminino	51	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
63	Masculino	18	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	evangélica
64	Feminino	52	Fundamental Incompl.	viúvo	Sim	Sim	católica
65	Feminino	46	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
66	Feminino	39	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
67	Masculino	19	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Sim	evangélica
68	Masculino	54	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
69	Masculino	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
70	Feminino	54	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
71	Feminino	50	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
72	Feminino	27	Fundamental Completo	casado	Sim	Não	católica
73	Feminino	38	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Sim	evangélica
74	Masculino	52	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
75	Feminino	30	Fundamental Completo	casado	Sim	Sim	católica
76	Feminino	48	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	católica
77	Feminino	45	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
78	Masculino	62	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
79	Masculino	30	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica

80	Feminino	29	Analfabeto	separado	Não	Sim	católica
81	Feminino	36	Analfabeto	casado	Sim	Sim	evangélica
82	Feminino	33	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
83	Feminino	56	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	espírita
84	Feminino	65	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	espírita
85	Feminino	24	Médio Incompleto	separado	Sim	Sim	evangélica
86	Feminino	19	Médio Incompleto	solteiro	Não	Sim	evangélica
87	Feminino	36	Fundamental Completo	casado	Sim	Não	católica
88	Feminino	57	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Não	ausente
89	Feminino	67	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
90	Masculino	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
91	Feminino	23	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Não	católica
92	Feminino	54	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
93	Masculino	28	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
94	Feminino	51	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
95	Masculino	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
96	Masculino	51	Fundamental Completo	viúvo	Sim	Sim	católica
97	Feminino	46	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
98	Feminino	38	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
99	Masculino	19	Analfabeto	solteiro	Sim	Sim	evangélica
100	Masculino	55	Analfabeto	casado	Não	Sim	evangélica
101	Feminino	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
102	Feminino	48	Fundamental Completo	casado	Não	Não	católica
103	Masculino	25	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	católica
104	Masculino	55	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
105	Feminino	38	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	evangélica

Legenda: Incompl. = Incompleto; Compl. = Completo; Est.Civil = Estado Civil

Quadro 3. Categorização descritiva dos dados demográficos da população que percebia as crises como não controladas (N=39).

<b>N</b>	<b>Origem</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>EstCivil</b>	<b>Emprego</b>	<b>Filhos</b>	<b>Religião</b>
1	Populacional	32	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
2	Ambulatório	49	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	católica
3	Ambulatório	65	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	católica
4	Populacional	41	Analfabeto	separado	Não	Sim	católica
5	Ambulatório	40	Analfabeto	separado	Não	Sim	católica
6	Ambulatório	56	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	católica
7	Ambulatório	18	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
8	Ambulatório	59	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
9	Ambulatório	55	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
10	Populacional	40	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	católica
11	Ambulatório	36	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	católica
12	Ambulatório	36	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	católica
13	Populacional	60	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Sim	católica
14	Ambulatório	38	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Sim	católica
15	Populacional	23	Analfabeto	divorciado	Não	Sim	espírita
16	Ambulatório	21	Analfabeto	solteiro	Sim	Não	espírita
17	Ambulatório	21	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	espírita
18	Ambulatório	38	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	evangélica
19	Ambulatório	38	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	evangélica
20	Populacional	54	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Não	evangélica
21	Ambulatório	19	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Não	evangélica

22	Ambulatório	19	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	evangélica
23	Populacional	55	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
24	Ambulatório	54	Médio Incompleto	casado	Não	Sim	evangélica
25	Ambulatório	55	Médio Incompleto	casado	Não	Sim	evangélica
26	Ambulatório	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	evangélica
27	Ambulatório	19	Médio Incompleto	solteiro	Não	Não	católica
28	Populacional	42	Médio Incompleto	separado	Sim	Não	católica
29	Populacional	55	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
30	Ambulatório	30	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
31	Ambulatório	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
32	Ambulatório	29	Fundamental Completo	separado	Sim	Não	católica
33	Ambulatório	24	Fundamental Completo	separado	Sim	Não	católica
34	Populacional	47	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
35	Ambulatório	38	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
36	Ambulatório	67	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
37	Populacional	52	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
38	Ambulatório	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
39	Ambulatório	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica

Legenda: Incompl. = Incompleto; Compl. = Completo; Est.Civil = Estado Civil

Quadro 4. Categorização descritiva dos dados demográficos da população que percebia as crises como controladas (N=126).

<b>N</b>	<b>Origem</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolar.</b>	<b>EstCivil</b>	<b>Emprego</b>	<b>Filhos</b>	<b>Religião</b>
1	Ambulatório	44	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	católica
2	Populacional	23	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	evangélica
3	Populacional	24	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	católica
4	Ambulatório	24	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	católica
5	Populacional	24	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
6	Ambulatório	48	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
7	Populacional	25	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
8	Populacional	26	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Não	católica
9	Ambulatório	25	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	católica
10	Populacional	29	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	católica
11	Ambulatório	59	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	espírita
12	Populacional	30	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
13	Ambulatório	38	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	evangélica
14	Ambulatório	24	Analfabeto	solteiro	Sim	Sim	católica
15	Populacional	31	Analfabeto	separado	Sim	Não	ausente
16	Ambulatório	29	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
17	Populacional	31	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	católica
18	Ambulatório	21	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Sim	evangélica
19	Ambulatório	40	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Não	católica
20	Populacional	32	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	católica
21	Ambulatório	36	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	católica
22	Populacional	33	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	católica
23	Ambulatório	31	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
24	Populacional	34	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
25	Populacional	34	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
26	Ambulatório	38	Fundamental Incompl.	separado	Sim	Não	ausente
27	Populacional	38	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
28	Ambulatório	58	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Não	católica
29	Populacional	40	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	católica

30	Ambulatório	18	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	espírita
31	Populacional	40	Fundamental Completo	casado	Sim	Sim	evangélica
32	Populacional	40	Fundamental Completo	casado	Não	Não	católica
33	Ambulatório	48	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	católica
34	Ambulatório	45	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
35	Populacional	41	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	espírita
36	Ambulatório	62	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
37	Populacional	42	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	católica
38	Ambulatório	30	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
39	Populacional	42	Fundamental Completo	separado	Sim	Sim	evangélica
40	Ambulatório	29	Fundamental Completo	separado	Não	Sim	católica
41	Populacional	44	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	católica
42	Ambulatório	36	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Sim	evangélica
43	Populacional	45	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
44	Ambulatório	33	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
45	Populacional	46	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	ausente
46	Ambulatório	40	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	espírita
47	Ambulatório	49	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	católica
48	Ambulatório	29	Fundamental Incompl.	separado	Sim	Sim	evangélica
49	Populacional	47	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
50	Populacional	47	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
51	Ambulatório	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
52	Populacional	48	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	católica
53	Ambulatório	36	Fundamental Completo	casado	Sim	Não	católica
54	Ambulatório	56	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Não	ausente
55	Populacional	50	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
56	Populacional	50	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
57	Ambulatório	38	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
58	Ambulatório	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
59	Populacional	50	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
60	Populacional	52	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	evangélica
61	Ambulatório	26	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Não	católica
62	Populacional	52	Fundamental Incompl.	viúvo	Sim	Sim	católica
63	Populacional	52	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
64	Populacional	53	Fundamental Completo	casado	Sim	Não	católica
65	Ambulatório	53	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
66	Populacional	54	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	evangélica
67	Ambulatório	27	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
68	Populacional	55	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
69	Ambulatório	51	Fundamental Completo	casado	Não	Sim	católica
70	Populacional	55	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	evangélica
71	Ambulatório	18	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	evangélica
72	Populacional	56	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
73	Ambulatório	52	Fundamental Incompl.	viúvo	Sim	Sim	católica
74	Ambulatório	46	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
75	Populacional	56	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
76	Populacional	57	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
77	Ambulatório	39	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
78	Populacional	60	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Sim	evangélica
79	Ambulatório	19	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Sim	evangélica
80	Populacional	61	Fundamental Completo	casado	Não	Não	católica
81	Ambulatório	54	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica



82	Populacional	62	Fundamental Completo	casado	Sim	Sim	católica
83	Ambulatório	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
84	Ambulatório	54	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
85	Ambulatório	50	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
86	Populacional	73	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Não	católica
87	Ambulatório	27	Fundamental Completo	casado	Sim	Não	católica
88	Populacional	73	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
89	Populacional	75	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
90	Ambulatório	38	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Sim	evangélica
91	Ambulatório	52	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
92	Populacional	75	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Sim	católica
93	Ambulatório	30	Fundamental Completo	casado	Sim	Sim	católica
94	Ambulatório	48	Fundamental Incompl.	divorciado	Sim	Não	católica
95	Ambulatório	45	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
96	Ambulatório	62	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Não	católica
97	Ambulatório	30	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
98	Ambulatório	29	Analfabeto	separado	Não	Sim	católica
99	Ambulatório	36	Analfabeto	casado	Sim	Sim	evangélica
100	Ambulatório	33	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
101	Ambulatório	56	Fundamental Incompl.	separado	Não	Sim	espírita
102	Ambulatório	65	Fundamental Incompl.	divorciado	Não	Sim	espírita
103	Ambulatório	24	Médio Incompleto	separado	Sim	Sim	evangélica
104	Ambulatório	19	Médio Incompleto	solteiro	Não	Sim	evangélica
105	Ambulatório	36	Fundamental Completo	casado	Sim	Não	católica
106	Ambulatório	57	Fundamental Completo	divorciado	Sim	Não	ausente
107	Ambulatório	67	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	evangélica
108	Ambulatório	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Não	católica
109	Ambulatório	23	Fundamental Completo	solteiro	Sim	Não	católica
110	Ambulatório	54	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
111	Ambulatório	28	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
112	Ambulatório	51	Fundamental Incompl.	casado	Não	Sim	católica
113	Ambulatório	18	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
114	Ambulatório	51	Fundamental Completo	viúvo	Sim	Sim	católica
115	Ambulatório	46	Fundamental Incompl.	casado	Não	Não	católica
116	Ambulatório	38	Fundamental Incompl.	casado	Sim	Não	católica
117	Ambulatório	19	Analfabeto	solteiro	Sim	Sim	evangélica
118	Ambulatório	55	Analfabeto	casado	Não	Sim	evangélica
119	Ambulatório	30	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
120	Ambulatório	48	Fundamental Completo	casado	Não	Não	católica
121	Ambulatório	25	Fundamental Incompl.	solteiro	Não	Sim	católica
122	Ambulatório	55	Fundamental Completo	solteiro	Não	Sim	evangélica
123	Ambulatório	38	Fundamental Completo	divorciado	Não	Sim	evangélica
124	Ambulatório	23	Fundamental Incompl.	solteiro	Sim	Sim	católica
125	Ambulatório	28	Analfabeto	casado	Não	Sim	católica
126	Ambulatório	21	Analfabeto	solteiro	Sim	Sim	evangélica

Legenda: Incompl. = Incompleto; Compl. = Completo; Est.Civil = Estado Civil

Quadro 5. Categorização da população estudada a partir dos dados clínicos da epilepsia em participantes ambulatoriais (N=105).

N	Epi.Cont.	Idade	Tipo crise	Início (idade)	Duração (anos)	Freq.crisis (Mês)
1	Não	49	CP	29	20	2
2	Não	65	CTC	29	36	5
3	Não	40	CTC	13	27	10
4	Não	56	CTC	13	43	2
5	Não	18	CTC	2	16	3
6	Não	59	CP	17	42	6
7	Não	55	CTC	17	38	1
8	Não	36	CP	16	20	8
9	Não	36	CP	16	14	Controle
10	Não	38	CP	21	17	3
11	Não	21	CTC	17	4	3
12	Não	21	CTC	14	7	2
13	Não	38	CP	8	30	3
14	Não	38	CP	3	35	5
15	Não	19	CP	5	6	12
16	Não	19	CP	5	14	1
17	Não	54	CP	18	31	Controle
18	Não	55	CP	16	39	1
19	Não	18	CPC	16	2	3
20	Não	19	CPC	16	3	7
21	Não	30	CPC	4	26	6
22	Não	30	CPC	7	23	1
23	Não	29	CPC	12	7	Controle
24	Não	24	CPC	12	10	Controle
25	Não	38	CPC	12	26	4
26	Não	67	CPC	12	55	3
27	Não	18	CPC	6	6	Controle
28	Não	18	CPC	11	7	1
29	Sim	44	CTC	9	35	1
30	Sim	24	CTC	13	11	7
31	Sim	48	CTC	44	4	2
32	Sim	25	CTC	12	13	3
33	Sim	59	CTC	17	42	1
34	Sim	38	CP	8	30	3
35	Sim	24	CP	14	10	12
36	Sim	29	CP	23	6	11
37	Sim	21	CP	17	4	4
38	Sim	40	CPC	13	10	Controle
39	Sim	36	CPC	10	26	2
40	Não	31	CPC	27	4	3
41	Sim	38	CPC	26	12	2
42	Sim	58	CPC	7	51	4
43	Sim	18	CPC	2	16	3
44	Sim	48	CPC	17	31	9
45	Sim	45	CPC	37	8	3
46	Sim	62	CPC	52	10	2
47	Sim	30	CPC	22	8	3
48	Sim	29	CPC	15	14	3

---

49	Sim	36	CTC	16	20	4
50	Sim	33	CTC	16	17	2
51	Sim	40	CTC	13	27	2
52	Sim	49	CTC	19	30	3
53	Sim	29	CTC	12	17	4
54	Sim	18	CTC	16	2	3
55	Sim	36	CTC	35	1	2
56	Sim	56	CTC	12	44	4
57	Sim	38	CTC	12	26	3
58	Sim	30	CTC	1	29	1
59	Sim	26	CTC	8	18	2
60	Sim	53	CTC	7	46	1
61	Sim	27	CTC	22	5	8
62	Sim	51	CTC	45	6	3
63	Sim	18	CTC	6	12	1
64	Sim	52	CTC	9	43	1
65	Sim	46	CTC	24	22	3
66	Sim	39	CTC	17	22	2
67	Sim	19	CTC	5	6	Controle
68	Sim	54	CTC	18	36	1
69	Sim	30	CTC	4	12	Controle
70	Sim	54	CTC	8	46	3
71	Sim	50	CTC	44	6	2
72	Sim	27	CTC	2	25	2
73	Sim	38	CTC	21	17	3
74	Sim	52	CTC	2	34	Controle
75	Sim	30	CTC	3	27	1
76	Sim	48	CTC	17	31	5
77	Sim	45	CTC	37	8	3
78	Sim	62	CP	52	10	2
79	Sim	30	CP	22	8	3
80	Sim	29	CP	15	14	7
81	Sim	36	CP	16	20	4
82	Sim	33	CP	16	17	2
83	Sim	56	CP	13	27	Controle
84	Sim	65	CP	29	20	Controle
85	Sim	24	CPC	12	12	3
86	Sim	19	CPC	16	3	8
87	Sim	36	CPC	35	1	2
88	Sim	57	CPC	12	45	6
89	Sim	67	CPC	12	55	3
90	Sim	30	CPC	1	29	1
91	Sim	23	CPC	5	18	2
92	Sim	54	CPC	7	47	1
93	Sim	28	CTC	22	6	5
94	Sim	51	CTC	45	6	3
95	Sim	18	CPC	6	6	Controle
96	Sim	51	CPC	9	42	1
97	Sim	46	CPC	23	23	3
98	Sim	38	CPC	17	21	2
99	Sim	19	CTC	5	14	1
100	Sim	55	CTC	18	31	Controle

101	Sim	30	CTC	4	26	1
102	Sim	48	CTC	44	4	2
103	Sim	25	CTC	12	13	4
104	Sim	55	CTC	17	38	1
105	Sim	38	CP	8	30	3

Legenda: Epi.Cont. = Epilepsia Controlada; Freq. Crises = Frequência de Crises; CP = crises parciais; CPC = crises parciais complexa; CTC = crises tonico-clonico.

Quadro 6. Categorização da população estudada a partir dos dados clínicos da epilepsia em participantes populacionais (N=60).

N	Epi.Cont.	Idade	Tipo crise	Início (idade)	Duração (anos)	Freq.crises (Mês)
1	Não	32	CTC	2	16	Controle
2	Não	41	CTC	13	28	2
3	Não	40	CTC	16	24	4
4	Não	60	CP	7	53	3
5	Não	23	CTC	8	12	Controle
6	Não	54	CP	11	43	1
7	Não	55	CP	18	31	1
8	Não	42	CP	12	17	Controle
9	Não	55	CPC	2	53	1
10	Não	47	CPC	12	26	3
11	Não	52	CPC	6	46	9
12	Não	23	CPC	8	15	6
13	Não	24	CPC	14	10	3
14	Não	24	CPC	23	1	3
15	Não	25	CPC	17	4	Controle
16	Não	26	CTC	13	10	Controle
17	Não	29	CTC	10	16	Controle
18	Não	30	CTC	27	3	9
19	Não	31	CP	26	5	2
20	Não	31	CP	7	24	3
21	Não	32	CPC	2	16	Controle
22	Não	33	CPC	17	16	4
23	Não	34	CPC	27	7	5
24	Não	34	CPC	18	10	Controle
25	Não	38	CPC	22	8	Controle
26	Não	40	CTC	15	14	Controle
27	Não	40	CTC	16	24	4
28	Não	40	CTC	19	21	1
29	Sim	41	CTC	13	28	3
30	Sim	42	CTC	19	20	Controle
31	Sim	42	CTC	12	30	14
32	Sim	44	CTC	16	2	Controle
33	Sim	45	CTC	35	10	15
34	Sim	46	CTC	2	44	9
35	Sim	47	CTC	12	26	Controle
36	Sim	47	CTC	1	46	1
37	Sim	48	CTC	8	18	Controle
38	Sim	50	CTC	5	46	1
39	Sim	50	CTC	22	5	Controle
40	Não	50	CTC	45	5	5

41	Sim	52	CTC	6	6	Controle
42	Sim	52	CTC	9	9	Controle
43	Sim	52	CTC	24	22	Controle
44	Sim	53	CTC	17	36	2
45	Sim	54	CP	5	6	Controle
46	Sim	55	CP	18	37	1
47	Sim	55	CP	4	4	Controle
48	Sim	56	CP	8	48	11
49	Sim	56	CPC	44	6	Controle
50	Sim	57	CPC	2	25	Controle
51	Sim	60	CPC	21	39	7
52	Sim	61	CPC	2	2	Controle
53	Sim	62	CPC	3	59	5
54	Sim	73	CTC	17	56	13
55	Sim	73	CTC	37	36	14
56	Sim	75	CPC	52	10	Controle
57	Sim	75	CPC	22	53	3
58	Sim	23	CP	14	9	4
59	Sim	28	CPC	23	5	3
60	Sim	21	CP	17	4	5

Legenda: Epi.Cont. = Epilepsia Controlada; Freq. Crises = Frequência de Crises; CP = crises parciais; CPC = crises parciais complexa; CTC = crises tonico-clonico.

Quadro 7. Categorização da população estudada a partir dos dados clínicos da epilepsia em participantes que percebiam as crises como controladas (N=126).

N	Origem	Idade	Tipos crises	Início (idade)	Duração (anos)	Freq.crises (Mês)
1	Ambulatório	44	CP	9	35	1
2	Populacional	23	CTC	8	15	6
3	Populacional	24	CTC	14	10	3
4	Ambulatório	24	CTC	13	11	7
5	Populacional	24	CTC	23	1	3
6	Ambulatório	48	CTC	44	4	2
7	Populacional	25	CTC	17	4	Controle
8	Populacional	26	CP	13	10	Controle
9	Ambulatório	25	CTC	12	13	3
10	Populacional	29	CTC	10	16	Controle
11	Ambulatório	59	CP	17	42	1
12	Populacional	30	CP	27	3	9
13	Ambulatório	38	CP	8	30	3
14	Ambulatório	24	CP	14	10	12
15	Populacional	31	CTC	26	5	2
16	Ambulatório	29	CTC	23	6	11
17	Populacional	31	CTC	7	24	3
18	Ambulatório	21	CP	17	4	4
19	Ambulatório	40	CP	13	10	Controle
20	Populacional	32	CP	2	16	Controle
21	Ambulatório	36	CP	10	26	2
22	Populacional	33	CP	17	16	4
23	Ambulatório	31	CP	27	4	3
24	Populacional	34	CP	27	7	5

25	Populacional	34	CP	18	10	Controle
26	Ambulatório	38	CP	26	12	2
27	Populacional	38	CPC	22	8	Controle
28	Ambulatório	58	CPC	7	51	4
29	Populacional	40	CPC	15	14	Controle
30	Ambulatório	18	CPC	2	16	3
31	Populacional	40	CPC	16	24	4
32	Populacional	40	CPC	19	21	1
33	Ambulatório	48	CPC	17	31	9
34	Ambulatório	45	CPC	37	8	3
35	Populacional	41	CPC	13	28	3
36	Ambulatório	62	CPC	52	10	2
37	Populacional	42	CPC	19	20	Controle
38	Ambulatório	30	CPC	22	8	3
39	Populacional	42	CPC	12	30	14
40	Ambulatório	29	CPC	15	14	3
41	Populacional	44	CPC	16	2	Controle
42	Ambulatório	36	CPC	16	20	4
43	Populacional	45	CPC	35	10	15
44	Ambulatório	33	CTC	16	17	2
45	Populacional	46	CTC	2	44	9
46	Ambulatório	40	CTC	13	27	2
47	Ambulatório	49	CTC	19	30	3
48	Ambulatório	29	CTC	12	17	4
49	Populacional	47	CTC	12	26	Controle
50	Populacional	47	CTC	1	46	1
51	Ambulatório	18	CTC	16	2	3
52	Populacional	48	CP	8	18	Controle
53	Ambulatório	36	CP	35	1	2
54	Ambulatório	56	CP	12	44	4
55	Populacional	50	CP	5	46	1
56	Populacional	50	CP	22	5	Controle
57	Ambulatório	38	CP	12	26	3
58	Ambulatório	30	CPC	1	29	1
59	Populacional	50	CPC	45	5	5
60	Populacional	52	CPC	6	6	Controle
61	Ambulatório	26	CPC	8	18	2
62	Populacional	52	CPC	9	9	Controle
63	Populacional	52	CPC	24	22	Controle
64	Populacional	53	CPC	17	36	2
65	Ambulatório	53	CPC	7	46	1
66	Populacional	54	CPC	5	6	Controle
67	Ambulatório	27	CPC	22	5	8
68	Populacional	55	CPC	18	37	1
69	Ambulatório	51	CPC	45	6	3
70	Populacional	55	CPC	4	4	Controle
71	Ambulatório	18	CPC	6	12	1
72	Populacional	56	CPC	8	48	11
73	Ambulatório	52	CPC	9	43	1
74	Ambulatório	46	CTC	24	22	3
75	Populacional	56	CTC	44	6	Controle
76	Populacional	57	CTC	2	25	Controle

77	Ambulatório	39	CTC	17	22	2
78	Populacional	60	CTC	21	39	7
79	Ambulatório	19	CTC	5	6	Controle
80	Populacional	61	CTC	2	2	Controle
81	Ambulatório	54	CTC	18	36	1
82	Populacional	62	CTC	3	59	5
83	Ambulatório	30	CTC	4	12	Controle
84	Ambulatório	54	CTC	8	46	3
85	Ambulatório	50	CTC	44	6	2
86	Populacional	73	CTC	17	56	13
87	Ambulatório	27	CTC	2	25	2
88	Populacional	73	CTC	37	36	14
89	Populacional	75	CTC	52	10	Controle
90	Ambulatório	38	CTC	21	17	3
91	Ambulatório	52	CTC	2	34	Controle
92	Populacional	75	CTC	22	53	3
93	Ambulatório	30	CTC	3	27	1
94	Ambulatório	48	CTC	17	31	5
95	Ambulatório	45	CTC	37	8	3
96	Ambulatório	62	CTC	52	10	2
97	Ambulatório	30	CTC	22	8	3
98	Ambulatório	29	CTC	15	14	7
99	Ambulatório	36	CTC	16	20	4
100	Ambulatório	33	CTC	16	17	2
101	Ambulatório	56	CTC	13	27	Controle
102	Ambulatório	65	CTC	29	20	Controle
103	Ambulatório	24	CTC	12	12	3
104	Ambulatório	19	CTC	16	3	8
105	Ambulatório	36	CTC	35	1	2
106	Ambulatório	57	CTC	12	45	6
107	Ambulatório	67	CTC	12	55	3
108	Ambulatório	30	CTC	1	29	1
109	Ambulatório	23	CTC	5	18	2
110	Ambulatório	54	CTC	7	47	1
111	Ambulatório	28	CTC	22	6	5
112	Ambulatório	51	CTC	45	6	3
113	Ambulatório	18	CTC	6	6	Controle
114	Ambulatório	51	CTC	9	42	1
115	Ambulatório	46	CTC	23	23	3
116	Ambulatório	38	CTC	17	21	2
117	Ambulatório	19	CTC	5	14	1
118	Ambulatório	55	CTC	18	31	Controle
119	Ambulatório	30	CTC	4	26	1
120	Ambulatório	48	CTC	44	4	2
121	Ambulatório	25	CTC	12	13	4
122	Ambulatório	55	CP	17	38	1
123	Ambulatório	38	CP	8	30	3
124	Ambulatório	23	CP	14	9	4
125	Ambulatório	28	CP	23	5	3
126	Ambulatório	21	CP	17	4	5

Legenda: Freq. Crises = Frequência de Crises; CP = crises parciais; CPC = crises parciais complexa; CTC = crises tonico-clonico.

Quadro 8. Categorização da população estudada a partir dos dados clínicos da epilepsia em participantes que percebiam as crises como não controladas (N=39).

<b>N</b>	<b>Origem</b>	<b>Idade</b>	<b>Tipo crise</b>	<b>Início (idade)</b>	<b>Duração (anos)</b>	<b>Freq. crises (Mês)</b>
1	Populacional	32	CP	2	16	Controle
2	Ambulatório	49	CP	29	20	2
3	Ambulatório	65	CP	29	36	5
4	Populacional	41	CP	13	28	2
5	Ambulatório	40	CP	13	27	10
6	Ambulatório	56	CP	13	43	2
7	Ambulatório	18	CPC	2	16	3
8	Ambulatório	59	CPC	17	42	6
9	Ambulatório	55	CPC	17	38	1
10	Populacional	40	CPC	16	24	4
11	Ambulatório	36	CPC	16	20	8
12	Ambulatório	36	CPC	16	14	Controle
13	Populacional	60	CPC	7	53	3
14	Ambulatório	38	CPC	21	17	3
15	Populacional	23	CPC	8	12	Controle
16	Ambulatório	21	CPC	17	4	3
17	Ambulatório	21	CPC	14	7	2
18	Ambulatório	38	CPC	8	30	3
19	Ambulatório	38	CPC	3	35	5
20	Populacional	54	CTC	11	43	1
21	Ambulatório	19	CTC	5	6	12
22	Ambulatório	19	CTC	5	14	1
23	Populacional	55	CTC	18	31	1
24	Ambulatório	54	CPC	18	31	Controle
25	Ambulatório	55	CPC	16	39	1
26	Ambulatório	18	CPC	16	2	3
27	Ambulatório	19	CPC	16	3	7
28	Populacional	42	CPC	12	17	Controle
29	Populacional	55	CPC	2	53	1
30	Ambulatório	30	CTC	4	26	6
31	Ambulatório	30	CTC	7	23	1
32	Ambulatório	29	CTC	12	7	Controle
33	Ambulatório	24	CTC	12	10	Controle
34	Populacional	47	CTC	12	26	3
35	Ambulatório	38	CTC	12	26	4
36	Ambulatório	67	CTC	12	55	3
37	Populacional	52	CTC	6	46	9
38	Ambulatório	18	CP	6	6	Controle
39	Ambulatório	18	CP	11	7	1

Legenda: Freq. Crises = Frequência de Crises; CP = crises parciais; CPC = crises parciais complexa; CTC = crises tonico-clonico.



Quadro 9. Pontuação média de cada aspecto e do total de QV analisado em cada sujeito.

N	SAUDE	FISICO	SOCIAL	AFETO	L.CONTROLE	A. CONCEITO	COGNITIVO	TOTAL
1	41,92	55,56	51,85	19,44	71,45	61,16	41,67	42,36
2	46,46	44,44	38,89	36,11	57,58	38,74	50,00	44,02
3	46,21	59,52	57,41	58,58	76,77	27,27	66,67	44,02
4	47,47	27,78	40,74	69,70	77,12	36,96	66,98	47,40
5	51,01	49,25	41,67	60,30	77,27	48,38	100,00	47,40
6	42,42	66,67	51,85	33,12	60,10	41,82	75,00	47,40
7	43,01	71,25	65,36	24,63	66,16	46,36	66,67	62,76
8	47,98	33,33	40,74	44,24	60,61	56,52	50,00	62,76
9	48,12	38,52	46,21	58,89	63,52	44,44	50,00	62,76
10	43,58	51,54	47,47	68,47	66,67	49,34	59,33	44,62
11	33,33	50,00	51,01	66,67	67,68	82,83	61,67	44,76
12	65,23	51,74	42,42	77,78	86,32	39,65	50,00	44,76
13	38,98	50,00	43,01	64,24	44,44	57,88	58,33	47,16
14	80,81	79,57	67,98	76,26	38,89	49,29	33,33	47,16
15	56,06	46,35	48,12	61,12	61,11	61,77	86,56	42,75
16	51,28	78,54	43,58	69,70	62,84	52,78	86,11	42,75
17	81,31	40,10	73,33	87,24	44,44	77,78	91,57	57,58
18	92,65	61,97	65,23	69,70	49,87	32,07	58,33	57,58
19	81,31	70,96	98,98	80,30	54,47	68,13	38,39	60,80
20	66,87	64,65	60,81	83,12	77,78	65,15	77,78	60,80
21	95,26	73,33	76,06	84,63	79,47	23,28	44,44	60,88
22	41,41	38,89	51,28	58,58	50,00	60,86	61,11	44,78
23	56,45	57,22	61,31	69,70	69,22	18,14	16,67	44,78
24	59,60	66,67	46,21	80,30	72,33	48,23	61,11	44,78
25	53,03	44,44	46,30	73,12	61,11	54,65	58,33	52,83
26	89,12	77,22	96,30	84,63	56,11	77,47	54,14	53,08
27	53,54	56,87	76,30	74,24	82,55	64,60	45,83	53,15
28	75,23	88,89	96,30	69,57	61,11	68,64	54,17	53,15
29	62,63	66,67	62,96	61,89	61,26	42,83	62,50	53,15
30	54,44	38,89	72,59	66,67	57,12	66,67	66,67	53,26
31	75,25	77,54	86,59	77,78	82,93	100,00	41,67	61,80
32	64,85	72,22	85,25	74,24	50,15	83,33	87,50	61,96
33	76,58	78,52	83,70	76,26	25,76	33,33	72,22	61,96
34	75,85	74,52	73,70	71,12	37,12	88,89	42,59	62,03
35	52,53	55,56	48,15	69,70	51,13	61,11	69,39	62,16
36	76,87	51,25	68,15	67,24	52,22	27,78	54,34	62,23
37	65,89	61,21	48,15	69,70	48,69	72,22	70,96	62,23
38	59,09	55,56	66,67	78,89	34,60	66,67	64,65	64,04
39	52,02	66,67	61,11	67,47	46,21	83,33	64,14	64,04
40	53,03	65,54	68,11	71,23	46,77	61,11	38,89	46,93
41	48,98	50,00	59,26	64,87	66,67	64,44	59,24	51,95
42	59,09	64,44	58,26	63,89	66,67	44,44	36,36	51,95
43	65,15	55,56	66,67	38,89	66,67	72,22	31,06	55,85
44	43,43	38,89	57,41	33,33	77,78	100,00	76,28	55,85
45	43,94	61,13	57,41	58,14	32,32	77,78	72,27	55,85
46	72,63	88,89	77,41	71,98	48,99	83,33	25,00	59,62
47	44,44	29,58	57,41	61,41	25,86	44,44	58,33	59,69
48	69,19	72,22	75,93	76,28	22,22	66,67	36,11	72,44
49	69,70	76,48	75,93	71,25	51,52	94,44	58,58	72,73

---

50	68,41	61,11	55,56	48,52	60,10	77,78	69,70	72,73
51	68,69	36,84	49,25	44,44	55,40	46,30	60,30	74,72
52	69,19	42,36	55,56	61,13	33,59	61,11	33,12	82,44
53	73,74	66,67	59,26	41,67	71,97	72,22	24,63	82,44
54	71,45	67,32	69,58	49,25	41,92	68,52	44,24	83,41
55	57,58	77,78	61,11	66,67	45,40	61,11	58,89	83,70
56	76,77	72,22	75,56	71,25	36,36	24,07	68,47	83,70
57	77,12	52,36	66,67	33,33	42,02	64,81	66,67	42,76
58	77,27	72,22	65,54	38,52	18,18	75,93	77,78	43,27
59	60,10	77,78	90,00	51,54	43,18	53,70	64,24	47,73
60	66,16	61,11	64,44	50,00	46,97	40,74	76,26	47,73
61	60,61	77,78	77,56	51,74	24,34	38,89	61,12	55,71
62	63,52	24,74	38,89	50,00	57,83	77,78	69,70	55,71
63	66,67	61,11	61,13	79,57	50,61	68,52	87,24	55,71
64	67,68	19,87	48,89	46,35	85,35	64,81	74,04	63,21
65	86,32	71,11	75,56	78,54	67,93	75,93	70,37	63,21
66	71,72	77,78	63,70	40,10	38,23	53,70	66,81	63,21
67	89,36	41,65	53,11	61,97	72,22	40,47	74,01	65,99
68	72,32	77,78	69,25	70,96	33,33	38,89	55,56	66,20
69	76,26	45,58	59,26	64,65	88,89	77,78	83,33	66,20
70	81,25	72,22	69,70	73,33	94,44	51,85	91,67	69,04
71	76,26	39,57	68,41	52,78	24,78	61,11	57,33	70,52
72	62,63	77,78	68,69	44,44	11,11	53,70	75,00	70,59
73	49,25	74,58	69,19	48,47	83,33	31,48	50,00	71,20
74	54,55	17,54	53,74	52,78	50,00	62,96	41,67	71,20
75	53,68	72,22	71,45	59,47	88,89	92,59	41,67	57,05
76	57,27	11,52	57,58	74,47	55,56	59,26	25,00	57,92
77	58,08	72,22	76,77	89,45	88,89	81,48	58,33	58,45
78	49,78	58,54	77,12	90,58	64,81	46,30	33,33	58,53
79	83,52	67,78	77,27	47,22	51,85	57,41	66,67	58,60
80	53,54	83,33	69,70	41,67	42,59	53,70	100,00	58,60
81	56,57	61,11	68,41	49,78	31,48	68,52	50,00	61,46
82	57,58	55,56	68,33	41,00	83,33	44,44	58,33	61,46
83	76,26	88,89	69,19	44,22	53,70	62,98	41,67	64,14
84	59,54	66,67	73,74	76,26	29,63	61,11	100,00	64,14
85	77,78	88,89	71,45	81,25	50,00	35,19	50,00	64,14
86	61,62	72,22	53,70	76,26	83,33	50,00	83,33	64,98
87	48,99	55,56	61,48	77,78	66,67	24,07	33,33	64,98
88	79,29	77,78	87,41	58,33	57,41	48,15	50,00	64,98
89	79,80	72,17	77,41	69,19	40,74	57,41	64,81	66,47
90	68,18	72,22	64,81	53,74	37,04	77,78	83,33	71,18
91	59,58	81,11	82,36	71,45	27,78	62,96	41,67	71,96
92	79,36	74,87	64,81	38,89	66,67	61,11	83,33	72,39
93	51,52	59,13	74,07	52,78	45,59	77,78	50,00	72,39
94	57,07	77,78	75,93	47,22	37,04	94,44	41,67	72,39
95	64,14	55,56	81,48	77,78	53,70	83,33	61,11	72,55
96	65,18	41,58	58,24	54,55	22,22	72,22	68,11	72,86
97	77,78	72,22	75,93	53,68	11,12	88,89	59,26	74,52
98	80,81	86,11	91,22	57,27	36,11	61,11	58,26	76,04
99	87,54	72,22	7528	55,56	86,15	77,78	66,67	76,04
100	89,35	77,63	77,61	55,96	61,11	44,44	57,41	76,04
101	85,35	83,33	75,93	63,89	77,78	38,89	57,41	76,39

102	66,67	77,78	75,56	47,22	94,44	77,78	77,41	76,53
103	87,37	83,33	66,67	63,89	100,00	55,56	57,41	76,53
104	74,24	82,87	65,44	69,89	83,33	50,00	75,93	80,25
105	70,20	72,25	90,00	47,22	72,22	44,44	75,93	80,25
106	61,11	77,78	67,44	50,00	62,50	66,67	55,56	81,33
107	64,14	77,14	77,56	70,00	54,17	94,44	49,25	81,47
108	77,89	54,88	68,89	50,00	16,67	83,33	55,56	81,47
109	76,26	72,58	61,13	47,22	58,33	77,78	59,26	57,43
110	60,61	84,44	68,89	50,00	54,17	22,22	76,06	57,58
111	76,77	55,56	75,56	77,78	66,67	72,22	51,28	62,23
112	62,12	28,54	63,70	50,00	91,67	44,44	61,31	62,30
113	68,13	57,44	53,11	50,00	66,67	33,87	46,21	62,45
114	75,05	97,41	75,56	58,33	62,50	61,11	46,30	62,45
115	63,13	38,89	66,67	74,24	54,17	77,78	96,30	65,45
116	51,74	55,22	65,54	70,20	41,67	85,52	76,30	65,89
117	65,15	50,00	79,63	61,11	16,67	44,44	96,30	65,89
118	69,15	83,33	79,63	64,14	41,67	24,07	62,96	71,12
119	65,15	66,67	72,65	58,33	100,00	64,84	72,59	79,39
120	83,33	77,78	72,22	66,67	16,85	75,93	86,59	79,39
121	76,77	61,11	74,07	61,11	91,54	61,11	85,25	79,39
122	84,34	84,88	77,65	66,67	45,83	27,78	83,70	55,69
123	88,74	81,33	71,22	38,89	50,00	72,22	73,70	55,69
124	57,58	63,89	87,04	57,41	62,50	66,67	48,15	73,41
125	58,41	15,58	48,34	40,74	66,67	83,33	68,15	73,85
126	57,58	31,31	69,55	41,67	58,33	48,38	48,15	73,85
127	74,24	77,78	79,63	51,85	75,00	46,95	66,67	74,66
128	76,26	73,65	74,07	65,36	87,50	44,44	61,11	74,88
129	71,12	72,22	76,24	69,89	62,21	61,11	43,58	74,88
130	69,70	60,49	70,37	41,67	70,83	75,93	33,33	75,75
131	67,24	66,67	68,57	71,67	71,65	66,67	65,23	75,75
132	69,70	74,51	70,66	89,67	75,80	38,89	38,98	76,51
133	80,30	77,78	79,37	63,89	68,61	69,39	80,81	76,81
134	83,12	65,15	83,33	55,56	42,17	80,25	56,06	76,81
135	84,63	83,33	87,74	84,34	56,63	49,29	51,28	76,81
136	74,24	90,91	75,93	88,74	66,52	52,58	81,31	78,02
137	72,38	91,92	68,28	57,58	50,45	31,82	92,65	78,02
138	71,38	94,74	88,91	58,41	69,23	54,34	81,31	70,79
139	98,25	68,25	89,63	57,58	67,05	28,74	66,87	70,79
140	97,47	97,47	75,93	74,24	51,77	36,57	95,26	70,79
141	65,15	80,30	83,33	55,56	39,28	70,96	41,41	75,59
142	82,32	89,90	90,74	58,33	34,13	82,83	56,45	77,54
143	96,35	91,92	81,25	78,32	70,45	64,65	59,60	78,34
144	68,18	84,85	83,33	75,26	66,13	53,08	53,03	78,34
145	67,74	80,30	78,34	55,56	75,24	20,45	89,12	78,34
146	92,42	98,58	79,63	72,22	58,63	51,06	53,54	78,40
147	93,43	69,70	71,28	93,43	85,28	28,97	75,23	78,73
148	95,73	80,30	79,63	95,73	40,52	64,14	62,63	78,73
149	90,91	83,12	68,52	90,91	44,98	40,10	100,00	80,74
150	91,92	84,63	69,58	91,92	56,98	38,89	50,00	81,07
151	94,74	74,24	57,89	63,89	49,66	69,70	45,28	81,07
152	68,25	88,89	96,30	71,78	50,87	80,30	23,65	81,17
153	97,47	88,89	96,30	77,98	35,22	83,12	58,23	81,17

---

154	80,30	66,67	77,78	66,67	66,86	84,63	50,00	81,70
155	89,90	77,78	87,04	83,33	77,74	74,24	100,00	81,85
156	91,92	74,24	52,14	86,54	72,47	72,38	74,24	81,85
157	84,85	76,26	21,25	83,33	47,46	71,38	55,56	83,10
158	80,30	71,12	52,24	66,67	23,23	98,25	58,33	86,27
159	98,58	69,70	77,78	69,47	49,75	72,22	78,32	86,27
160	83,33	67,24	94,44	63,89	90,40	58,65	75,26	86,51
161	98,48	69,70	82,25	70,45	68,18	75,52	100,00	89,47
162	89,74	80,30	87,22	63,00	42,93	83,33	50,00	89,47
163	99,41	83,12	92,59	80,56	32,02	72,22	45,28	93,91
164	71,46	84,63	90,22	80,06	21,05	88,89	100,00	94,05
165	97,69	74,24	81,27	91,00	60,30	66,67	75,26	94,05

Legenda: N = Número; L.Controle = Locus de Controle; A. Conceito = Aspecto Auto-Conceito