

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

PEDRO PAULO GOMES DO NASCIMENTO

**IDENTIFICANDO DEPRESSÃO MAIOR ENTRE
PESSOAS COM EPILEPSIA ATENDIDAS EM
SERVIÇOS TERCIÁRIOS**

Recife, 2016

PEDRO PAULO GOMES DO NASCIMENTO

**IDENTIFICANDO DEPRESSÃO MAIOR ENTRE PESSOAS
COM EPILEPSIA ATENDIDAS EM SERVIÇOS TERCIÁRIOS**

Dissertação apresentada ao
colegiado do Programa de Pós-
Graduação em Neuropsiquiatria e
Ciências do Comportamento, do
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de
Pernambuco como requisito parcial
para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana P. Andrade Valença

Recife, 2016

Catálogo na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

N244i Nascimento, Pedro Paulo Gomes do.
Identificando depressão maior entre pessoas com epilepsia atendidas em serviços terciários / Pedro Paulo Gomes do Nascimento. – Recife: o autor, 2016.
110 f.; il.; 30 cm.

Orientadora: Luciana Patrícia Alves de Andrade Valença.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Depressão. 2. Epilepsia. 3. Impacto. 4. Qualidade de vida. I. Valença, Luciana Patrícia Alves de Andrade (orientadora). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 097)

PEDRO PAULO GOMES DO NASCIMENTO

**IDENTIFICANDO DEPRESSÃO MAIOR ENTRE PESSOAS COM EPILEPSIA
ATENDIDAS EM SERVIÇOS TERCIÁRIOS**

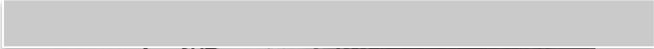
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neurologia.

Aprovado em: 23/08/2016.

BANCA EXAMINADORA


Prof^a Dr^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes
Universidade Federal de Pernambuco-CAV
Presidente da Banca


Prof^a. Dr^a. Clélia Maria Ribeiro Franco
Universidade Federal de Pernambuco


Prof^a Dra Tereza Maciel Uyrá
Ageu Magalhães-FioCruz

Agradecimentos

Aos pacientes que participaram deste trabalho, fonte de crescimento profissional e, especialmente, pessoal

À minha família, base de tudo que sou hoje e refúgio nas horas de desespero.

À minha orientadora Luciana Valença pela oportunidade e confiança em encarar novos desafios.

Aos meus amigos pelo apoio e estímulo para seguir adiante apesar dos percalços.

E, por fim, a Carlos Bezerra Júnior, pois sem seu desprendimento e paciência absolutamente nada disso poderia ter sido.

"Eu não sei dizer

Nada por dizer

Então eu escuto

Se você disser

Tudo o que quiser

Então eu escuto"

Fala, João Ricardo/Paulo Mendonça

"Tem que correr, correr

Tem que se adaptar

Tem tanta conta e não tem grana pra pagar

Tem tanta gente sem saber como é que vai

Priorizar

Se comportar

Ter que manter a vida mesmo sem ter um lugar

...

Vai ter que se virar para ficar bem mais normal

Vai ter que se virar para fazer o que já é

Bem melhor, menos mal, menos mal

Mais normal"

Dois cafés, Tulipa Ruiz e Gustavo Ruiz

RESUMO

A depressão frequentemente está associada à epilepsia, provavelmente compartilhando mecanismos fisiopatológicos e influenciada por fatores ambientais. Porém, o diagnóstico e tratamento costumam ser negligenciados por variados motivos desde uma apresentação atípica dos sintomas até mesmo pela falta de acesso a serviços especializados. Assim, faz-se necessário buscar um modelo que alie uma boa eficácia de rastreio com as peculiaridades socioculturais da população. O objetivo deste trabalho é mensurar a frequência de depressão entre pessoas com epilepsia - PCE, suas características clínicas e fatores associados a partir de um método misto. Trata-se de um estudo transversal misto de uma amostra consecutiva de pacientes atendidos em ambulatórios terciários de epilepsia. Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados, seguidos de uma entrevista semiestruturada e aplicação das versões validadas do Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31), Morisky Medication Adherence Scale (MMSA), Liverpool Adverse Events Profile (LAEP), Mini International Neuropsychiatric Inventory (MINI), o Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E) e a escala de depressão de Hamilton (HAM-D 17). Avaliaram-se 73 pacientes, idade média 36,92 anos (DP: 13,94) e 45 mulheres (61,64%). Destes, 33 foram diagnosticados com depressão pelo MINI (45,2%). Sexo feminino ($p < 0,02$), politerapia ($p < 0,021$), maiores escores no LAEP ($p < 0,001$) correlacionaram-se com depressão. Controle de crises foi um fator de proteção ($p < 0,009$). Piores escores de qualidade de vida pelo QOLIE-31 ($p < 0,0001$) foram observados entre os deprimidos. O IDTN-E e o HAM-D tiveram áreas sob a curva de 0,849 e 0,889 respectivamente. Observou-se o padrão clínico clássico, porém com atenuação dos sintomas somáticos e predomínio de ansiedade, retardo psicomotor e humor deprimido. Qualitativamente, as PCE relatam impacto do estigma em suas atividades, porém os depressivos tenderam a ter uma autopercepção distorcida, maior dependência interpessoal e serem negligentes com cuidados corporais. A depressão é prevalente entre PCE, sendo provavelmente relacionada à confluência de fatores clínicos, cognitivos-comportamentais e ambientais, resultando em prejuízo da qualidade de vida. O IDTN-E e a HAM-D são bons instrumentos de rastreio, devendo ser empregados em ambulatórios de epilepsia para possibilitar abordagem precoce da depressão.

Palavras-chave: Depression, Epilepsy, Impacto qualidade de vida

ABSTRACT

Depression is frequently associated with epilepsy, probably sharing pathophysiological mechanisms and influenced by environmental factors. However, the diagnosis and treatment are often neglected for various reasons as an atypical presentation of symptoms and lack of access to specialized services. Thus, it is necessary to find a model that combines a good effectiveness of screening with the socio-cultural peculiarities of the population. This work intend measure frequency of depression among people with epilepsy - PWE, clinical characteristics and associated factors employng a mixed method. A mixed cross-sectional study of a consecutive sample of patients attend at tertiary outpatient epilepsy. Sociodemographic and clinical data were collected, followed by a semi-structured interview and application of Portuguese validated versions of the Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31), Morisky Medication Adherence Scale (MMSA), Liverpool Adverse Events Profile (LAEP), Mini International Neuropsychiatric Inventory (MINI), Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E) and the Hamilton depression scale (HAM-D 17). 73 patients was evaluated with mean age 36.92 years (SD: 13.94) and 45 women (61.64%). Of these, 33 were diagnosed with depression by the MINI (45.2%). Female ($p < 0.02$), polytherapy ($p < 0.021$), higher scores in LAEP ($p < 0.001$) correlated with depression. Seizure control was a protective factor ($p < 0.009$). Worst scores of quality of life by QOLIE-31 ($p < 0.0001$) were observed among depressed PWE. The NDDI and HAM-D had AUC of 0.849 and 0.889 respectively. PWE with depression had a classic clinical pattern, but with mitigation of somatic symptoms and prevalence of anxiety, psychomotor retardation and depressed mood. Qualitatively, PWE report stigma impact on their activities, but the depression tended to have a distorted self-perception, higher interpersonal dependency and being lax with body care. Depression is prevalent among PWE, probably related to clinical, cognitive-behavioral and environmental factors, resulting in worse quality of life. The NDDI-E and the HAM-D are good screening tools and should be used in epilepsy clinics to enable early treatment of depression.

Keywords: Depression, Epilepsy, Impact quality of life

Lista de abreviações

CID -10 - Classificação Internacional de Doenças

DM – Depressão Maior

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

EEG - Eletroencefalograma

EPI – Evento Precipitante Inicial

FAE – Fármaco Antiepiléptico

HAM-D 17 - Escala de Depressão de Hamilton versão de 17 questões

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

ILAE – International League Against Epilepsy

LAEP – Liverpool Adverse Events Profile

MINI - Mini International Neuropsychiatric Inventory

MMSA - Morisky Medication Adherence Scale

PCE – Pessoas Com Epilepsia

QOLIE-31 - Quality of Life in Epilepsy

TMG – Teste de Morisky Green

Lista de figuras

FIGURA 1 Comparação entre escores médios do QOLIE-31 entre PCE com e sem depressão maior diagnosticadas pelo MINI	38
FIGURA 2 – Comparação entre escores médios do LAEP entre PCE com e sem depressão maior diagnosticadas pelo MINI	39
FIGURA 3 - Relação escores de percepção de efeitos adversos, qualidade de vida e gravidade da depressão maior de acordo com a escala de Hamilton.....	39
FIGURA 4 - Curva ROC do IDTN-E vs HAM-D17.	42

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Critérios para diagnóstico de episódio de depressão maior de acordo com o DSM V.	18
Tabela 2 - Caracterização da população em estudo.	35
Tabela 3 - Associação de depressão maior e as características sociodemográficas, biológicas e relacionadas à epilepsia.	36
Tabela 4 - Correlação de Spearman entre os sintomas do LAEP e a ocorrência de depressão maior pelo MINI.	40
Tabela 5 - Área sob a curva (AUC) dos sintomas específicos do HAM-D 17 na discriminação de depressão entre PCE.	41
Tabela 6 - Cálculo do ponto de corte com melhor sensibilidade e especificidade para o IDTN-E e HAM-D 17	43
Tabela 7 - Tendências de respostas do questionário semiestruturado.	45

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO	14
3. HIPÓTESE	24
4. OJETIVO GERAL	24
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
6. MÉTODO	25
6.1 DESENHO DO ESTUDO	25
6.2 AMOSTRA E LOCAL DE ESTUDO	26
6.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	27
6.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	32
6.5 ASPECTOS ÉTICOS	34
7. RESULTADOS	35
7.1 RESULTADOS QUALITATIVOS	44
8. DISCUSSÃO	49
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	64
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	66
APÊNDICE C – Artigo Original : QUAL A MELHOR MANEIRA DE IDENTIFICAR DEPRESSÃO EM PESSOAS COM EPILEPSIA EM UM AMBIENTE DE BAIXOS RECURSOS? IMPRESSÕES DE UMA ABORDAGEM DE PESQUISA MISTA	68
ANEXO A - MINI DEPRESSÃO	92
ANEXO B – IDTN-E	93
ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON	94
ANEXO D – QOLIE-31	98
ANEXO E - LAEP	107
ANEXO F – TESTE DE MORISKY-GREEN	108
ANEXO G – MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO	109

1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação faz parte da linha de pesquisa em transtornos psiquiátricos em pessoas com epilepsia pertencente ao Grupo de Estudos em Epilepsia do programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

Os estudos deste grupo tem por objetivo delinear e estabelecer estratégias para o diagnóstico e tratamento das comorbidades psiquiátricas em pessoas com epilepsia - PCE, sendo esta dissertação proposta para avaliar métodos de rastreio e diagnóstico de depressão maior e buscar uma melhor compreensão quanto aos fatores associados e características clínicas desta patologia neste grupo específico.

Os dados obtidos neste estudo resultaram nas seguintes publicações científicas: cinco pôsteres apresentados no 36º Congresso da Liga Brasileira de Epilepsia realizado na cidade de Recife-PE no ano de 2016 e um artigo intitulado em sua versão “QUAL A MELHOR MANEIRA DE IDENTIFICAR DEPRESSÃO EM PESSOAS COM EPILEPSIA EM UM AMBIENTE DE BAIXOS RECURSOS? IMPRESSÕES DE UMA ABORDAGEM DE PESQUISA MISTA“ que será submetido à publicação na revista *Epilepsy & Behavior*.

2. INTRODUÇÃO

Atualmente estima-se que mais de 60 milhões de pessoas tenham epilepsia no mundo, com expressiva parcela destas vivendo em países subdesenvolvidos (BELL, GAIL S.; NELIGAN; SANDER, 2014; NGUGI *et al.*, 2010).

Destaca-se a ocorrência de casos em todos os países, etnias, gêneros, classes sociais e idades, sendo principalmente prevalente nas primeiras duas décadas de vida e após os 60 anos (DE BOER; MULA; SANDER, 2008). Sua prevalência mundial é estimada em 3 a 16 por 1000 habitantes, maior em países em desenvolvimento (BEGLEY *et al.*, 2007). No Brasil, a prevalência varia de 8,2 a 16,5 por 1000 habitantes em diferentes estudos (BORGES *et al.*, 2004; BRAGATTI *et al.*, 2010; NORONHA *et al.*, 2007).

O impacto da desta doença se traduz em ocorrência de comorbidades, diminuição da expectativa de vida, aumento da incidência de transtornos psiquiátricos (TP) e cognitivos, bem como na estigmatização dessa parcela da população em questões que envolvem vários aspectos sociais como emprego e situação marital (DE BOER; MULA; SANDER, 2008; TAYLOR *et al.*, 2011).

Segundo a ILAE, 1989, as síndromes epiléticas são classificadas em quatro grandes grupos: (1) epilepsias e síndromes relacionadas à localização,

parciais ou focais; (2) epilepsias e síndromes generalizadas; (3) epilepsias e síndromes indeterminadas se focais ou generalizadas e (4) síndromes especiais (COMISSION, 1989).

A epilepsia inicialmente foi tratada como um transtorno mental. Desde a antiguidade e perpassando a idade média, teorias foram formuladas traçando a relação entre distúrbios psiquiátricos e a epilepsia. No início do século XX, Kraepelin descreve a classificação de três tipos de psicose: a *dementia praecox* (esquizofrenia atualmente), a doença maníaco-depressiva e a psicose associada à epilepsia. Com o advento do eletroencefalograma (EEG) em 1930, houve a descoberta da íntima relação entre as descargas elétricas e as crises epiléticas. O desenvolvimento da psicanálise concomitantemente culminou com a proeminência desta última sobre o estudo da fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos (TP). Assim, houve o deslocamento do tratamento dos pacientes com epilepsia do campo de ação da Psiquiatria para a Neurologia, acabando por conferir a avaliação e tratamento dos aspectos dos TP na epilepsia um papel secundário à busca do controle das crises (BLUMER; MONTOURIS; DAVIES, 2004; COTTERMAN-HART, 2010).

Porém, há esforços para reverter esta cisão. Estudos vem mostrando uma maior prevalência de TP entre pessoas com epilepsia (PCE) do que na população geral, destacando-se os transtornos do humor, psicoses e ansiedade (GAIATZIS *et al.*, 2004; TELLEZ-ZENTENO *et al.*, 2007). Sugere-se ainda que o tipo de epilepsia influencie o tipo de TP preponderante. Entre aqueles com epilepsia focal, especificamente temporal

com esclerose mesial temporal, há uma maior incidência de distúrbios do humor seguidos por transtornos psicóticos ou de ansiedade. Já entre o grupo de pacientes com epilepsia generalizada, cujo exemplo foi a epilepsia mioclônica juvenil, há uma maior frequência de distúrbios de ansiedade e de humor (FILHO, GERARDO MARIA DE ARAÚJO *et al.*, 2008).

Para melhorar a abordagem dessa questão, a *International League Against Epilepsy* (ILAE) propôs uma classificação para melhor organização dos TP que ocorrem em comorbidade com a epilepsia daqueles que são relacionados com a atividade epileptiforme ou mesmo são mais específicos das síndromes epiléticas (KRISHNAMOORTHY; TRIMBLE; BLUMER, 2007). Sucintamente, há quatro grupos de distúrbios: (a) comorbidades associadas, onde é possível classificar o quadro psiquiátrico de acordo com os critérios convencionais já existentes como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 - DSM-V* e da classificação internacional de doenças CID-10; (b) sintomas psiquiátricos ictais/periictais que seriam as manifestações próprias da epilepsia passíveis de melhora com o tratamento e controle das crises tais como o *status* parcial simples, o *status* parcial complexo, o *status* de ausência e as psicoses ictais; (c) os transtornos interictais, composto por quadros de psicose, os quais são frequentes em pacientes com epilepsia refratária, epilepsia do lobo temporal e lateralidade à esquerda, e transtornos afetivo-somatiformes intimamente relacionadas com eventos epiléticos; (d) transtornos de personalidade específicos da epilepsia, que seriam alterações possivelmente decorrentes da evolução da

doença e subdivididas no grupo hiper-ético, o viscoso e o lábil (FILHO, ARAÚJO *et al.*, 2008; KRISHNAMOORTHY; TRIMBLE; BLUMER, 2007).

Dentre as diversas patologias psiquiátricas, a depressão é uma das mais frequentes entre PCE (FILHO, GERARDO MARIA DE ARAÚJO *et al.*, 2008; KANNER, ANDRES M.; SCHACHTER; *et al.*, 2012; KRISHNAMOORTHY; TRIMBLE; BLUMER, 2007). Observa-se um espectro de apresentações de episódios depressivos desde casos que atendem aos critérios diagnósticos convencionais a quadros pleomórficos (COTTERMAN-HART, 2010; MULA, M., 2008). Dentre os pleomórficos, as apresentações clínicas são subdivididas em interictais quando não relacionados à ocorrência de crises e, quando há a presença dessa relação, em periictais, que por sua vez seriam classificados em perictais, ictais ou pós-ictais (KANNER, A. M., 2009). Essa complexidade associada à situação de subdiagnóstico e, por conseguinte, ao inadequado tratamento causa um prejuízo considerável na qualidade de vida destes, tendo maior impacto inclusive quando comparado a frequência de crises entre PCE com quadros refratários (BOYLAN *et al.*, 2004).

Para entender essa intrínseca relação entre a depressão e a epilepsia, faz-se necessário resgatar as características da depressão maior como uma entidade nosológica. Pode-se dizer que o cerne da apresentação clínica de um episódio depressivo baseia-se na presença de pelo menos um de seus dois sintomas centrais: o *humor deprimido* cuja definição seria uma sensação

de tristeza, autodesvalorização associada ou não a um sentimento de culpa e a *anedonia* que seria a perda de interesse e/ou prazer na realização de suas atividades (KENNEDY, 2008). Como sintomas associados, há a ocorrência de sintomas psicológicos ou somáticos cuja presença de pelo menos 4 destes serve como base para o diagnóstico da doença de acordo com o DSM-V (vide tabela 1).

Tabela 2 Critérios para diagnóstico de episódio de depressão maior de acordo com o DSM V

A. Cinco ou mais dos sintomas seguintes presentes por pelo menos duas semanas e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo; *pelo menos um dos sintomas é: 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer* (Nota: não incluir sintoma nitidamente devido a outra condição clínica):

1. Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias (p. ex.: sente-se triste, vazio ou sem esperança) por observação subjetiva ou realizada por terceiros (Nota: em crianças e adolescentes pode ser humor irritável);
2. Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros);
3. Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (p.ex. alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou aumento ou diminuição de apetite quase todos os dias (Nota: em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado);
4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias;
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
6. Fadiga e perda de energia quase todos os dias;
7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorreprovação ou culpa por estar doente);
8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);
9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio;

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex.: droga) ou outra condição médica.

Notas 1 Os critérios de A-C representam um episódio depressivo maior; 2. Respostas a uma perda significativa (luto, perda financeira, perda por um desastre natural, uma grave doença médica ou invalidez) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, reflexão excessiva sobre a perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observado no critério A, que pode assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora estes sintomas possam ser compreensíveis ou considerados apropriados para a perda, a presença de um episódio depressivo maior em adição a uma resposta normal a uma perda significativa, deve também ser considerado cuidadosamente. Esta decisão, inevitavelmente, requer o exercício de julgamento clínico baseado na história do indivíduo e as normas culturais para a expressão de angústia no contexto de perda);

D. A ocorrência de episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro transtorno especificado ou não do espectro esquizofrênico e outro transtornos psicóticos;

E. Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior (Nota: esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco ou hipomaniaco forem induzidos por substância ou atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica).

Entre os sintomas psicológicos, tem-se a agitação ou o retardo psicomotor, sentimentos de culpa, de inutilidade, apatia, sentimentos ansiosos e a ideação suicida. Estudos sugerem que a alteração psicomotora,

falta de reatividade à mudanças ambientais, perda de interesse em atividades prazerosas, alucinações depressivas, auto reprovação e o humor gravemente deprimido estariam ligados a casos genuinamente depressivos (NELSON; CHARNEY, 1981). Já os sintomas somáticos de uma apresentação dita “típica” de depressão primária são os distúrbios sono com despertar precoce, perda de apetite levando a perda de peso e, por fim, perda da libido. Como atípicos, considera-se a hipersonia e o aumento de apetite (CASPER, R. C. *et al.*, 1985).

Quando busca-se compreender a etiologia envolvida na gênese de um episódio depressivo, o modelo diátese-estresse advoga que a doença seria decorrente da interação entre um evento estressor significativo com uma predisposição (diátese) do indivíduo. No caso específico de PCE, esse evento estressor pode ser o sentimento de desamparo diante da imprevisibilidade das crises, o impacto da própria epilepsia quanto às mudanças de estilo de vida, o impacto da normalidade entre PCE que tem suas crises controladas pós cirurgia e uma baixa capacidade de resiliência, ou seja, a capacidade de manter-se com uma boa qualidade de vida apesar das condições adversas (HOPPE; ELGER, 2011). Porém, esta teoria é criticada pois casos de depressão em epilepsia podem ser oriundos de uma causa puramente associada às crises, hipersincronia de descargas neuronais, efeitos de algumas FAEs e sem fatores estressores desencadeantes identificados (HOPPE; ELGER, 2011; KANNER, A., 2011).

A relação entre a fisiopatologia da depressão e da epilepsia provavelmente tem um caráter bidirecional, ou seja, casos de depressão podem anteceder crises epiléticas e vice-versa ((KANNER, ANDRES M, 2012). Dentre mecanismos compartilhados, podemos destacar os seguintes:

- (1) Atividade anormal de diversos neurotransmissores:
 - a. Serotonina - que tem ação anticonvulsivante, estaria depletada das fendas sinápticas devido às descargas e resultaria no prejuízo cognitivo, alterações de humor e até a ocorrência de SUDEP por possível acometimento dos núcleos da rafe;
 - b. GABA – encontra-se diminuído entre os deprimidos e com prejuízo dos mecanismos inibitórios corticais envolvidos nas crises;
 - c. Glutamato – excitatório, encontra-se aumentado no meio extracelular em pessoas com depressão devido à disfunção de seu metabolismo através do sistema de receptores NMDA e, por conseguinte, tem um efeito neurotóxico sobre o tecido neuronal epileptogênico;
- (2) Anormalidades estruturais em estruturas frontais, temporais, amígdala, hipocampo e córtex entorrinal cuja disfunção tem relação direta tanto com a depressão como a epilepsia;
- (3) Anormalidades funcionais em lobo frontal e temporal, consistindo no decréscimo de serotonina encontrada em estruturas da região mesial, núcleos da rafe e giro cingulado;

- (4) Hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que causaria um aumento do cortisol circulante que por sua vez causam uma menor afinidade serotoninérgica no hipocampo causando os sintomas depressivos e tem efeito neurotóxico sobre o tecido com potencial efeito epileptogênico - *kindled status*, ou seja, retroalimentariam o processo de progressão das anormalidades estruturais;
- (5) Efeito dos FAE sobre o humor pode ser divididos entre aquelas drogas com efeito estabilizador como a carbamazepina e o valproato de sódio, daquelas com efeitos negativos como os relacionados ao mecanismo de ação sobre complexo do receptor GABA-benzodiazepínico com relato de piora dos sintomas depressivos e melhora da ansiedade (KANNER, ANDRES M, 2012; KANNER, ANDRES M.; SCHACHTER; *et al.*, 2012; MULA, MARCO; SCHMITZ, 2009).

Ciente da complexidade da correlação entre depressão e epilepsia, faz-se necessário buscar estratégias que possibilitem uma reversão do quadro de negligenciamento deste diagnóstico. Entre os principais entraves identificados, o que ganha grande importância é a crença que medicações antidepressivas possam diminuir o limiar epileptogênico ou que não sejam adequadas no tratamento (COTTERMAN-HART, 2010). Porém, este grupo de fármacos se mostrou efetivo e seguros na redução dos sintomas depressivos em pacientes acometidos, destacando-se como exceções a

bupropiona, amoxapina, miaserina e clomipramina (KANNER, ANDRES M., 2005b). Não há indícios que esse grupo de medicações cause uma diminuição do limiar epiléptico, à exceção das drogas destacadas ou de toxicidade por altos níveis séricos em pacientes que possuam predisposição genética para metabolismo o hepático mais lento (KANNER, ANDRES M., 2013; MEHNDIRATTA; SAJATOVIC, 2013).

Sugere-se também que o engajamento de médicos neurologistas seja uma estratégia para enfrentamento desta situação (ALSAADI *et al.*, 2013; BULLOCH *et al.*, 2015; KANNER, ANDRES M., 2005b). Para isso, variados instrumentos estão sendo avaliados como instrumentos de rastreio e diagnóstico de depressão entre PCE para que sejam utilizados em ambulatórios de epilepsia. Entre eles, destacam-se desde escalas já consagradas como a escala de depressão de Beck (BDI) e a de Hamilton (HAM-D).

A escala de depressão de Hamilton foi desenvolvida em 1960 para avaliação da gravidade dos sintomas depressivos com um maior peso para os sintomas somáticos, sendo composta por versões que variam de 17 a 21 questões que deverão ser respondidas pelo avaliador (HAMILTON, 1960). Já a escala de Beck, tem como base a auto-avaliação do entrevistado e também mensura a gravidade dos sintomas a partir das respostas aos 21 itens que a compõe, abrangendo sintomas emocionais, comportamentais e somáticos (BECK, 1961).

Um estudo brasileiro demonstrou que a BDI e HAM-D de 21 questões tem sensibilidade semelhantes acima de 90%, especificidade de 90,6% e 75,5%, respectivamente para o diagnóstico com *cut-off* >16. Ambos apresentaram valor preditivo negativo elevado (superior à 95%) (OLIVEIRA, GUILHERME NOGUEIRA M. DE *et al.*, 2011a). Outro estudo avaliou o desempenho entre HAM-D de 17 questões nesta população específica, encontrando uma sensibilidade de 94%, especificidade de 80%, valor preditivo positivo de 46% e valor preditivo negativo de 99% (MULA, M. *et al.*, 2014).

Recentemente, há a tentativa de elaboração de instrumentos de rápida aplicação para identificação de depressão entre pacientes com epilepsia. Destaca-se o *Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E)*, composto por 6 questões onde uma pontuação maior que 15 apresenta uma especificidade de 90%, sensibilidade de 81% para o diagnóstico de depressão, sem influência dos efeitos adversos das medicações antiepilépticas cuja intensidade pode ser um elemento de confusão do diagnóstico (GILLIAM *et al.*, 2006). A versão brasileira possui valores semelhantes com correlação positiva entre o NDDI-E e o HAM-D (DE OLIVEIRA, G. N., 2010).

Diante do exposto, este trabalho justifica-se na medida que procura levar em consideração a complexidade da associação da depressão com a

epilepsia na busca de um modelo de enfrentamento dessa situação que seja compatível com a realidade local da assistência às PCE na dinâmica do Sistema Único de Saúde. Desta forma nos propomos a avaliar diferentes instrumentos diagnóstico de depressão em PCE no intuito de elaborar estratégias de abordagem mais adequadas para ambulatórios de neurologia, bem como identificar fatores associados e características biopsicossociais desta comorbidade.

3. HIPÓTESE

A Depressão Maior é prevalente entre pacientes com epilepsia, sendo possivelmente influenciada por fatores biopsicossociais, e se relaciona positivamente com menor controle de crises epiléticas, pior qualidade de vida, maior percepção de efeitos adversos à FAEs e menor aderência ao uso destas.

4. OBJETIVO GERAL

- Mensurar a frequência de depressão entre pacientes com epilepsia, caracterizando seus aspectos clínicos e o impacto na qualidade de vida.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar a frequência de depressão por diferentes instrumentos diagnósticos através do emprego da Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), Escala de depressão de Hamilton e o Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia, bem como o grau de concordância entre esses métodos;
- Avaliar as características clínicas e fatores associados à ocorrência de depressão entre PCE;
- Estudar a relação entre depressão e qualidade de vida, adesão medicamentosa e percepção de efeito adversos em PCE.

6. MÉTODOS

6.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e observacional, com análise quantitativa e qualitativa, sendo realizado durante o período de fevereiro a agosto de 2015.

6.2. AMOSTRA E LOCAL DE ESTUDO

Pacientes consecutivos com diagnóstico de epilepsia acompanhados no Hospital Universitário Osvaldo Cruz, da Universidade de Pernambuco; e Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Pernambuco. Ambos centros de referência para diagnóstico e tratamento de epilepsia.

Os critérios de inclusão utilizados foram:

- Diagnóstico de epilepsia de acordo com os critérios da ILAE de 1989, ou seja, uma condição caracterizada por crises epiléticas recorrentes (duas ou mais), não provocadas por qualquer causa imediata.
- Idade maior que 18 anos.
- Pacientes devidamente matriculados e que possuam regularidade na frequência das consultas de acompanhamento. A condição de paciente foi comprovada pela apresentação de um documento de identificação que contenha a foto do indivíduo, bem como a apresentação do cartão de usuário do serviço.

Critérios de exclusão:

- Presença de fatores que impossibilitem a compreensão dos questionários tais como déficit cognitivo global ou baixo grau de instrução;

- Presença de comorbidades psiquiátricas já diagnosticadas.

6.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

As variáveis utilizadas foram as seguintes:

A) As variáveis independentes foram idade, gênero, grau de escolaridade, tipo de epilepsia (focal, generalizada, indeterminada), idade de início das crises epiléticas, tempo de doença, presença e idade do evento precipitante inicial da epilepsia, refratariedade ao tratamento medicamentoso com FAEs, qualidade de vida; perfil de efeitos colaterais às FAE e adesão medicamentosa.

B) Já as variáveis dependentes foram: presença de depressão maior e intensidade dos seus sintomas (através dos questionários M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Inventory*) versão 5.0.0, escala de Hamilton de depressão e IDTN-E.

O diagnóstico da síndrome epilética foi estabelecido segundo as características clínicas e eletrográficas descritas na Classificação de Epilepsias e Síndromes Epiléticas da *ILAE* (COMMISSION, 1981, 1989). A partir das informações presentes nos prontuário, foi preenchido um

questionário padronizado para coleta dos dados clínicos (apêndice 2), incluindo idade, sexo, ocorrência de evento precipitante inicial (EPI), ocorrência de crise febril, idade de ocorrência de EPI, idade de início das crises, semiologia clínica das crises, duração da epilepsia, frequência mensal de crises e tempo de seguimento.

EPI foi definido como evento neurológico significativo, como crise febril ou afebril, TCE com perda de consciência ou infecção do sistema nervoso central.

Refratariedade ao tratamento clínico foi definida quando o paciente continuar tendo crises a despeito do tratamento adequado com pelo menos duas FAEs de primeira linha para tratamento de seu tipo de síndrome epiléptica, em monoterapia ou em associação com outras FAEs, em níveis comprovadamente subtóxicos das mesmas.

Como padrão ouro para o diagnóstico de depressão maior entre as PCE, foi utilizado Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI para depressão maior (anexo A), baseado em entrevistas diagnósticas curtas cujas perguntas são baseadas nos critérios diagnósticos do DSM IV e CID-10. É de fácil aplicação, sendo largamente utilizada para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos em estudos multicêntricos ou estudos epidemiológicos (AMORIM, 2000; SHEEHAN *et al.*, 1998).

A partir daí, foram aplicados o Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E) e a Escala de depressão de Hamilton para o diagnóstico e quantificar a gravidade dos sintomas (anexos B e C, respectivamente). O IDTN-E é um instrumento curto formado por 6 itens e de rápida aplicação, tendo como objetivo o diagnóstico de episódios depressivos em PCE com a preocupação minimizar a influência de efeitos adversos dos FAE's. Um escore maior ou igual a 15 tem uma boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de depressão. A versão em português do IDTN-E foi recentemente validada e demonstrou consistência interna de 8,85 e confiabilidade teste-reteste de 0,78 (DE OLIVEIRA, G. N., 2010; GILLIAM *et al.*, 2006; OLIVEIRA, GUILHERME NOGUEIRA M. DE *et al.*, 2011a). A escala de Hamilton é largamente utilizada e, para uma melhor compreensão e caracterização da ocorrência de sintomas entre PCE com depressão, os escores resultantes da aplicação da HAM-17 foram subclassificados de acordo com a publicação original de 1960: entre 0 e 7 pontos, normal; 8 a 13 pontos, depressão leve; 14 a 18 pontos, depressão moderada; 19 a 22 pontos, depressão grave e >23 pontos, muito grave (HAMILTON, 1960).

A aplicação dos dois testes se justifica na medida que o primeiro seria um teste de rastreio e o segundo seria aplicado para avaliação da gravidade dos sintomas depressivos e também como um outro teste diagnóstico. Os dados mostram que ambos os testes são os mais sensíveis para aplicação entre pacientes com epilepsia, especialmente na população brasileira.

Para avaliar a qualidade de vida das PCE, optou-se pelo *Quality of Life in Epilepsy* de 31 questões - QOLIE-31 (anexo D), uma versão derivada QOLIE-89 e largamente utilizada por ser breve e de fácil interpretação. Para estimar o impacto da epilepsia no modo de vida dos PCE, este instrumento avalia os seguintes domínios: preocupação com as crises epiléticas, aspectos emocionais, vitalidade, sociabilidade, efeitos adversos as FAEs, aspectos cognitivos e qualidade de vida global a partir do preenchimento de escalas numéricas que medem a intensidade de cada subitem de acordo com a percepção do paciente. Cada subdomínio gera um valor que somados geram o escore de qualidade de vida que pode variar de 0 a 100. A versão utilizada neste trabalho foi a traduzida e validada para português (CRAMER *et al.*, 1998; DA SILVA *et al.*, 2007).

Para mensurar a percepção de efeitos adversos, o instrumento utilizado foi o Liverpool Adverse Events Profile - LAEP. Neste questionário, 19 sintomas são dispostos como itens, sendo possibilitam ao entrevistado pontuar a intensidade dos sintomas de 1 a 4. Não há menção que os sintomas são relacionados com o uso de FAE (BAKER *et al.*, 1998; PANELLI *et al.*, 2007). A pontuação mínima e máxima variam de 19 a 76, sendo o ponto de corte de toxicidade estabelecido em 45 tanto no original como em sua versão traduzida para o português, disposta no anexo E (MARTINS *et al.*, 2011).

A adesão medicamentosa foi mesurada a partir do uso do *Morisky Medication Adherence Scale* – MMSA (anexo F), constituído por quatro perguntas que buscam caracterizar a interrupção do tratamento motivadas por esquecimento, falta de cuidado, ou motivado pela sensação de sentir-se melhor ou pior. São perguntas dicotômicas, onde pelo menos uma resposta SIM é necessária para caracterizar uma má adesão medicamentosa. Apesar de ter sido desenhado para a avaliação de pacientes hipertensos, o MMSA é largamente utilizado em epilepsia (DE OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2014; MORISKY *et al.*, 2008).

Os pacientes participantes do braço do estudo realizado no Hospital das Clínicas da UFPE foram submetidos a uma fase complementar de coletas de dados qualitativos a partir da aplicação de uma entrevista semiestruturada. Utilizou-se como base uma versão utilizada na avaliação de depressão entre pacientes acometidos por acidente vascular cerebral disposta como anexo G neste material (WILLIAMS *et al.*, 2005). As entrevistas foram gravadas, transcritas e revalidadas. Cada entrevista originou um arquivo de texto tipo .docx que serviu de base para confecção de um banco de dados qualitativo. O uso de dados qualitativos associado aos quantitativos permite uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado e é uma boa alternativa na busca de compreensão de questões multifacetadas como o caso do presente estudo (CURRY; NEMBHARD; BRADLEY, 2009).

6.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Utilizaremos o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar se a distribuição das amostras de dados contínuos segue um padrão de normalidade.

Médias e desvios-padrões foram calculados para dados que sigam a normalidade, enquanto a mediana ou frequência, para dados não-paramétricos.

Diferenças entre médias de dados contínuos foram testadas utilizando-se os testes t de Student (t) (paramétrico) ou seu correspondente não-paramétrico, o teste de Mann-Whitney (U), quando a distribuição fugir da normalidade.

Para a comparação de dados categóricos foram utilizado o teste qui-quadrado (X^2 , sem a correção de Yates) obedecendo-se as restrições de Cochran. Quando as amostras forem constituídas por menos de 5 elementos será utilizado o teste de Fisher.

Para a avaliação do desempenho dos instrumentos de rastreio IDTN-E e HAM-D 17 quando comparados ao padrão-ouro escolhido na figura do MINI, foram construídas *Receiver Operator Characteristic Curve* - curvas

ROC para determinação das áreas sob a curva ou *Area Under the Curve* – AUC, onde foi considerado um valor de área minimamente maior que 0,7 para classificação do poder discriminador do instrumento avaliado como aceitável. Para determinar qual o ponto de corte adequado para a população, foi calculado o Index de Youden ($J = \text{Sensibilidade} + \text{Especificidade} - 1$) para determinar o ponto máximo da curva ROC e, por conseguinte, os valores adequados para a determinação de um caso como depressivo. Foram calculadas AUC de maneira isolada de cada sintoma avaliado pelo HAM-D 17 a fim de caracterização dos padrões de sintomas entre PCE diagnosticados com depressão.

A probabilidade (p) menor que 0,05 foi considerada para indicar significância estatística.. Noventa e cinco por cento de intervalo de confiança (IC) foi calculado em relação às diferenças entre médias e OR. Toda a análise foi calculada segundo o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) 11.5.1 para MAC.

A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir do programa MAXQDA versão 12. O material foi submetido a uma leitura crítica, onde unitermos foram criados para facilitar melhor compreensão dos dados obtidos ao se agrupar as respostas a partir dos termos utilizados. Os mesmos foram tabulados de acordo com a frequência simples de ocorrência entre os entrevistados, divididos em deprimidos ou não deprimidos de acordo com o MINI. Trechos considerados relevantes foram transcritos *ipsis litteris* neste trabalho, buscando meios de proteção da identidade do entrevistado ao

representa-los apenas pelo número de cadastro do questionário no banco de dados, se deprimido ou não, gênero e idade.

6.5. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi elaborado e desenvolvido respeitando as diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e conduzidos respeitando a Declaração de Helsinki de 1964.

Antes de iniciar a análise dos dados, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, CAAE nº: 34655514.7.0000.5208.

7. RESULTADOS

A caracterização clínica da amostra de 73 pacientes estudada encontra-se resumida na tabela 1. Evidencia-se um predomínio de mulheres (60,3%), uma média de idade de 36,92 anos e com tempo de doença de 19,54 anos. Quanto ao tipo de crise, 2/3 do grupo são acometidos por crises focais e têm um elevado número de casos com etiologia indeterminada. Deste Grupo, 33 pacientes (45,2%) foram identificados como acometidos por depressão maior pelo MINI. Sob critérios clássicos da escala de Hamilton, 27 (37%) pacientes foram diagnosticados com depressão maior. Destes, 14/27(19,2%) dos casos foram classificados como leves; 8/27(10,9%), moderados e 5/27 (6,9%), graves.

Tabela 2 . Caracterização da população em estudo.

Características	Estatísticas
Idade (em anos) ^a	36,92 ± 13,4
Sexo	
Feminino	44(60,3%)
Masculino	29 (39,7%)
Tempo de epilepsia (em anos) ^a	19,54 ± 13,66
Idade do início das crises (em anos) ^a	17,66 ± 17,03
Tipo de crise	
Focal	52 (73,2%)
Generalizada primária	6 (8,5%)
Generalizada secundária	8 (11,3%)
Indeterminada	5 (7,0%)
Etiologia	
Idiopática/genética	7 (9,9%)
Sintomática	23 (32,4%)
Indeterminada	41 (57,7%)
Livre de crise no último ano	
Não	32 (44,4%)
Sim	40 (66,6%)
Frequência de crises mensal ^b	1(0;8)

^a Média ± desvio padrão

^b Mediana (P₂₅; P₇₅)

Ao buscar-se relacionar fatores associados com a ocorrência de depressão maior entre a amostra estudada, identificaram-se como fatores estatisticamente

significantes os seguintes: sexo feminino, crise persistente no último ano, maior percepção de efeitos adversos e piores escores de qualidade de vida. Nenhum fator sociodemográfico demonstrou ter relevância estatística, tampouco achados clínicos como tipo de crise, etiologia ou frequência mensal de eventos epiléticos (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação de depressão maior e as características sociodemográficas, biológicas e relacionadas à epilepsia.

variáveis	Sem depressão	Com depressão	p-valor
	(n = 40)	(n=33)	
	n(%) ou média ±DP	n(%) ou média ±DP	
Sexo			0,014^{#,*}
Masculino	21 (52,5%)	8 (24,25%)	
Feminino	19 (47,5%)	25 (75,75%)	
Média de Idade	37,88 ±15,509	35,72 ±11,827	0,786 ^c
Grupo étnico			0,534 [□]
Branco	5 (12,8%)	8 (24,2%)	
Negro	8 (12,8%)	4 (24,2%)	
Pardo	25 (64,1%)	21 (63,7%)	
Outros	1 (2,6%)	0	
Estado Civil			0,425 [□]
Solteiro	21 (52,5%)	16 (50,0%)	
Casado	11 (27,5%)	9 (28,1%)	
Divorciado	3 (7,5%)	6 (18,8%)	
Viúvo	3 (7,5%)	0	
Outros	2 (5,0%)	1 (3,1%)	
Escolaridade			0,133 [□]
< 1 ANO	0	0	
1-3 ANOS	3 (7,5%)	1 (3,25%)	
4-7 ANOS	6 (15%)	11 (35,55%)	
>8 ANOS	40 (77,5%)	19 (61,3%)	
Renda			0,286 [□]
≤1 SALÁRIO	10 (25,6%)	10 (40,0%)	
1 A 2 SALÁRIOS	16 (41,0%)	8 (32,0%)	
2 A 3 SALÁRIOS	10 (25,6%)	4 (16,0%)	
3 A 5 SALÁRIOS	1 (2,6%)	3 (12,0%)	

5 A 10 SALÁRIOS	2 (5,1%)	0	
10 A 20 SALÁRIOS	0	0	
>20 SALÁRIOS	0	0	
Status Empregatício			0,309[#]
Empregado/aposentado	27 (69,25%)	16 (57,1%)	
Desempregado	12 (30,8%)	12(42,9%)	
Tipo de Crise			0,502[□]
Parcial	28 (71,8%)	24 (75,0%)	
Generalizada Primária	4 (10,3%)	2(6,3%)	
Generalizada secundária	3 (3,7%)	5 (15,6%)	
Indeterminada	4 (10,3%)	1 (3,1%)	
Etiologia			0,6[□]
Idiopática/genética	5 (12,85)	2 (6,3%)	
Sintomática/estrutural	13 (33,3%)	10 (31,3%)	
Indeterminada	21 (53,8%)	20 (62,5%)	
Livre de crises há um ano	26(65%)	14(42%)	0,022^{#,*}
Média de crises/mês	3,14 ± 5,6	5,28 ± 6,153	0,18 [‡]
Regime de FAE`s			0,021^{#,*}
Monoterapia	30 (66,7%)	15 (33,3%)	
Politerapia	10 (38,5%)	16 (61,5%)	
FAE`s em uso			
Fenobarbital	7 (17,5%)	3 (9,1%)	0,496 [□]
Carbamazepina	17 (42,5%)	20 (60,6%)	0,96 [#]
Oxcarbazepina	1 (2,5%)	4 (12,1%)	0,169 [□]
Fenitoína	2 (5,0%)	2 (6,1)	1 [□]
Valproato	8 (20%)	3 (10,3%)	0,336 [□]
Topiramato	6 (15%)	3 (3%)	0,499 [□]
Lamotrigina	4 (10%)	5 (15,2%)	0,723 [□]
Clonazepam	4 (10%)	4 (12,1%)	1 [□]
Clobazam	3 (7,5%)	7 (21,2%)	0,169 [□]
MMAS			
Alta adesão	12 (31,6%)	6 (18,8%)	0,665 [□]
Média Adesão	22 (57,9%)	23 (71,9%)	
Baixa adesão	4 (10,3%)	3 (9,1%)	

#Qui-quadrado; † teste exato de Fisher ‡ Teste U de Mann-Whitney *p <0,05 ** p<0,001 MMAS - Morisky Medication Adherence Scale

Escores de qualidade de vida e de percepção de efeitos adversos com uso de FAE's associaram-se com depressão de maneira estatisticamente significativa, com um $p < 0,001$ (gráficos 1 e 2). Esta relação se mantém quando avaliamos os escores médios relacionados com a gravidade do quadro de acordo com a escala de depressão de Hamilton-17, mantendo ainda significância estatística importante com $p < 0,001$ (figura 3).

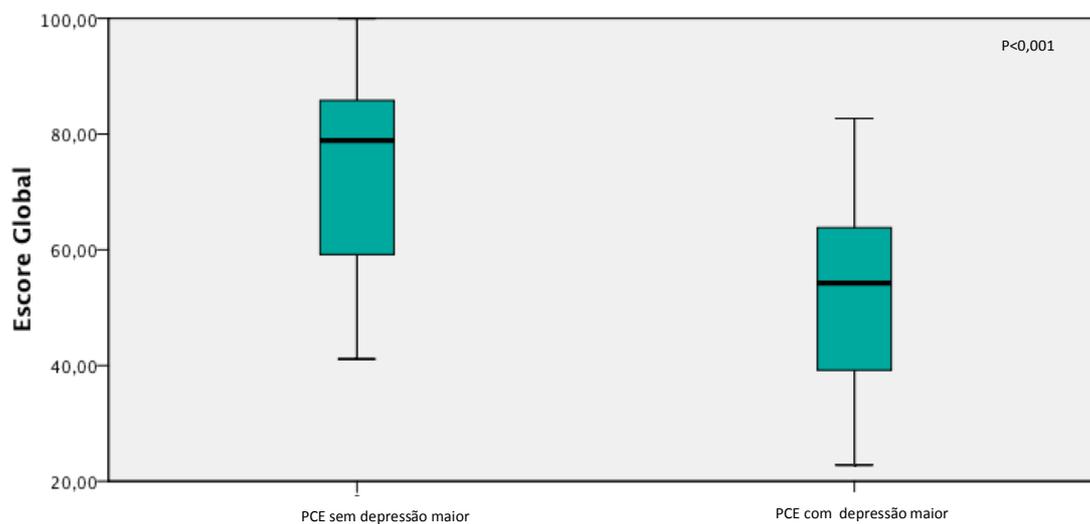


Figura 1 - Comparação entre escores médios do QOLIE-31 entre PCE com e sem depressão maior diagnosticadas pelo MINI

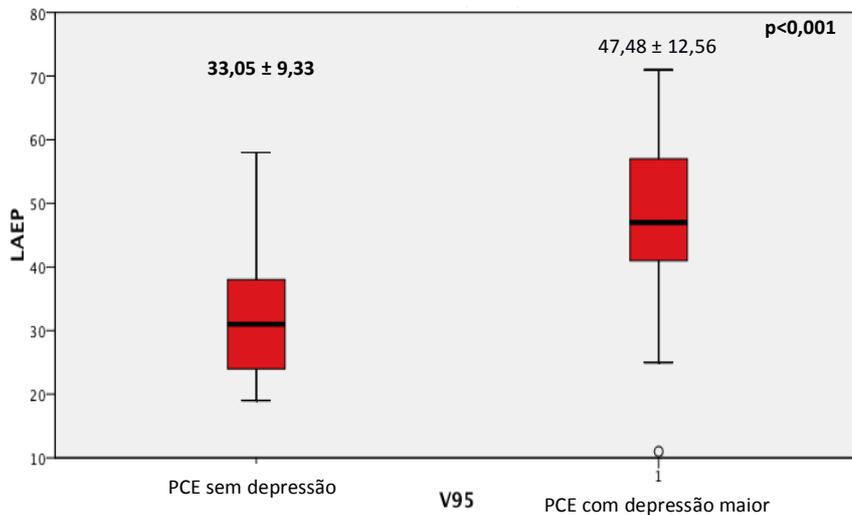


Figura 2– Comparação entre escores médios do LAEP entre PCE com e sem depressão maior diagnosticadas pelo MINI

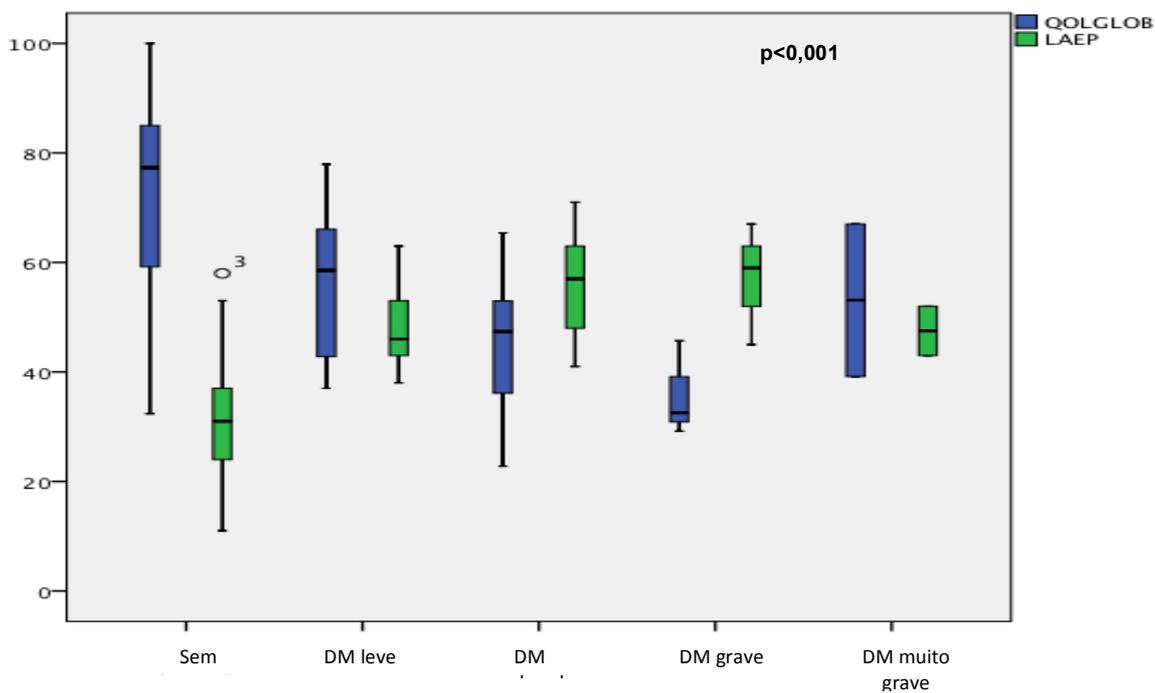


Figura 3 - Relação dos escores de percepção de efeitos adversos, qualidade de vida e gravidade da depressão maior (DM) de acordo com a escala de Hamilton

Nenhum condicionante sociodemográfico ou característica clínica da epilepsia correlacionou-se com qualidade de vida. Controle de crises associou-se positivamente com maiores escores do QOLIE-31 (coeficiente de Spearman - r de 0,48 e $p < 0,0001$). Houve correlação negativa do QOLIE-31 com os seguintes fatores: Má adesão medicamentosa (r -0,48 e $p < 0,05$), piores escores no LAEP (coeficiente de Pearson – r^2 de -0,59 e $p < 0,0001$), Ansiedade (r -0,48 e $p < 0,0001$) e gravidade da depressão (r^2 -0,58 e $p < 0,0001$).

Ao avaliar-se cada sintoma específico do LAEP em relação à depressão (tabela 4), observa-se que depressão, tremor nas mãos, dor de cabeça e queda de cabelo tiveram uma significância estatística $p < 0,0001$. Porém, apenas os dois últimos tiveram um coeficiente de Spearman moderadamente forte (maior que 0,5).

Tabela 4 - Correlação de Spearman entre os sintomas do LAEP e a ocorrência de depressão maior pelo MINI

	r de Spearman	p	
Dificuldade de manter o equilíbrio do corpo	0,3447	0,0028	**
Cansaço	0,1926	0,1026	ns
Agitação	0,2013	0,0876	s
Nervosismo e/ou agressividade	0,4184	0,0002	***
Vontade de agredir	0,2548	0,0296	*
Dor de cabeça	0,5535	< 0,0001	****
Queda de cabelo	0,5161	< 0,0001	****
Problemas na pele como espinhas e alergia	0,1049	0,3771	ns
Visão dupla ou borrada	0,3639	0,0016	**
Irritação no estômago	0,3836	0,0008	***
Dificuldade de concentração	0,3922	0,0006	***
Problemas na boca ou na Gengiva	0,154	0,1932	ns
Tremor nas mãos	0,4831	< 0,0001	****
Ganho de peso	0,222	0,0591	ns
Tontura	0,3305	0,0043	**
Sonolência	0,2085	0,0767	ns
Depressão	0,4809	< 0,0001	****
Problemas de memória	0,3733	0,0011	**
Sono perturbado/interrompido	0,1804	0,1266	ns

Ao se avaliar cada sintoma de maneira individual da HAM-D 17 sob a forma de curva ROC em relação ao MINI, observa-se humor deprimido, retardo, sintomas somáticos gerais, ansiedade psíquica e somática tiveram uma área sob a curva maior que $>0,7$, critério utilizado para definir o sintoma como satisfatório na discriminação de casos de depressão maior entre PCE (Tabela 5).

Tabela 5 - área sob a curva (AUC) dos sintomas específicos do HAM-D 17 na discriminação de depressão entre PCE.

Variável	AUC		p	CI 95%	
<i>Humor deprimido</i>	0,858	0,047	<0,0001	0,766	0,95
Sentimento de Culpa	0,616	0,067	0,089	0,485	0,748
<i>Ideação Suicida</i>	0,697	0,064	0,004	0,571	0,823
Insônia Inicial	0,56	0,068	0,378	0,426	0,694
Insônia Intermediária	0,552	0,068	0,448	0,418	0,686
Insônia Tardia	0,609	0,068	0,11	0,477	0,742
Trabalho e Atividades	0,638	0,067	0,044	0,507	0,768
Retardo	0,704	0,063	0,003	0,579	0,828
Agitação	0,615	0,067	0,093	0,483	0,747
Ansiedade Psíquica	0,702	0,063	0,003	0,58	0,825
Ansiedade Somática	0,787	0,056	<0,0001	0,678	0,897
Sintomas Somáticos Gastrointestinais	0,62	0,067	0,079	0,488	0,752
Sintomas Somáticos Gerais	0,72	0,062	0,001	0,598	0,842
Sintomas Somáticos Genitais	0,628	0,067	0,061	0,496	0,76
Hipocondria	0,622	0,067	0,073	0,491	0,754
Perda de Peso	0,519	0,069	0,786	0,384	0,653
Consciência de Doença	0,606	0,068	0,121	0,473	0,739

Quando comparamos o desempenho do HAM-D 17 e o IDTN-E em relação ao MINI, observamos uma curva ROC com uma AUC de 0,889 para o HAM-D 17 e de 0,849 para o IDTN-E (figura 4). Os pontos de corte mais adequados para a nossa população foi de 6 para o HAM-D17 (sensibilidade 75,8% e especificidade de 87,5%) e de 10 para o IDTN-E (sensibilidade 84,8% e especificidade de 77,5%).

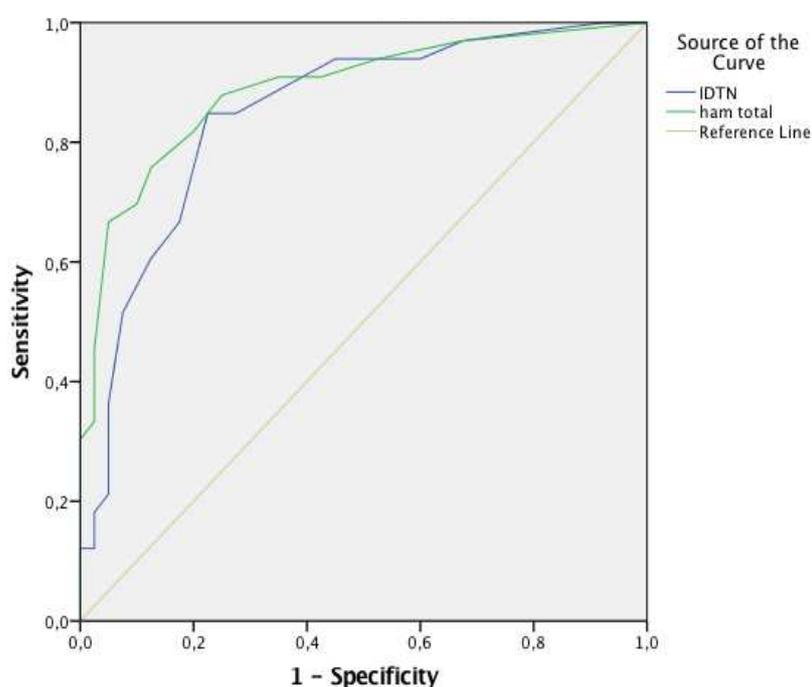


Figura 4 – Curva ROC do IDTN-E vs HAM-D17.

Tabela 6 - Cálculo do ponto de corte com melhor sensibilidade e especificidade para o IDTN-E e HAM-D 17.

TESTE	Escore	Sensibilidade	Especificidade	Índice de Youden
HAM-D 17	-1	1	0	0
	0,5	0,97	0,325	0,295
	1,5	0,939	0,475	0,414
	2,5	0,909	0,575	0,484
	3,5	0,909	0,65	0,559
	4,5	0,879	0,75	0,629
	5,5	0,818	0,8	0,618
	6,5	0,758	0,875	0,633
	7,5	0,697	0,9	0,597
	8,5	0,667	0,95	0,617
	10	0,455	0,975	0,43
	12,5	0,364	0,975	0,339
	14,5	0,333	0,975	0,308
	15,5	0,303	1	0,303
	17	0,242	1	0,242
	19	0,152	1	0,152
	20,5	0,121	1	0,121
	21,5	0,091	1	0,091
	22,5	0,061	1	0,061
	IDTN	24	0	1
4		1	0	0
5,5		1	0,075	0,075
6,5		0,97	0,325	0,295
7,5		0,939	0,4	0,339
8,5		0,939	0,55	0,489
9,5		0,848	0,725	0,573
10,5		0,848	0,775	0,623
11,5		0,667	0,825	0,492
12,5		0,606	0,875	0,481
13,5		0,515	0,925	0,44
14,5		0,364	0,95	0,314
15,5		0,273	0,95	0,223
16,5		0,212	0,95	0,162
17,5		0,182	0,975	0,157
18,5		0,121	0,975	0,096
19,5		0,121	1	0,121
20,5	0,091	1	0,091	
22	0	1	0	

7.1. RESULTADOS QUALITATIVOS

Um total de 36 pacientes (20 mulheres) com idade média de 36,9 anos (DP=13.2) constituíram o grupo que foi submetido à avaliação qualitativa por meio da entrevista semiestruturada. Foram identificados 13 (36,1%) casos de depressão maior a partir do MINI.

As falas foram estratificadas em unícodes cujas frequências estão dispostas na tabela 6. Trechos mais relevantes da entrevistas foram transcritos neste texto e identificados com o número do questionário no banco de dados geral, se com depressão (D) ou sem depressão (ND) e sexo.

Tabela 7 - Tendências de respostas do questionário semiestruturado.

TÓPICOS DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	COM DEPRESSÃO		SEM DEPRESSÃO	
	n	%	n	%
ROTINA				
OCUPAÇÃO	3	23,08	6	26,09
ESTUDOS	2	15,38	4	17,39
TRABALHOS DOMÉSTICOS	8	61,54	14	60,87
NÃO RESPONDEU/NÃO SABE	2	15,38	1	4,35
INFLUÊNCIA FAMILIAR NO MODO LIDAR COM A EPILEPSIA				
SIM	7	53,85	12	52,17
NÃO	4	30,77	4	17,39
ÀS VEZES	1	7,69	0	0,00
INDIFERENTE	0	0,00	3	13,04
NÃO/SABE NÃO REPONDEU	1	7,69	4	17,39
IMPACTO EPILEPSIA NO MODO DE VIDA				
NÃO	1	7,69	5	21,74
SIM	9	69,23	13	56,52
PERDA LIBERDADE	8	61,54	5	21,74
PRECONCEITO	1	7,69	1	4,35
ADAPTAÇÃO À DOENÇA	0	0,00	4	17,39
NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	3	23,08	5	21,74
CONSELHOS				
AGIR COM NATURALIDADE	4	30,77	7	30,43
TOMAR MEDICAÇÕES	3	23,08	4	17,39
ACOMPANHAMENTO MÉDICO	1	7,69	10	43,48
ACREDITAR EM DEUS	5	38,46	2	8,70

NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	3	23,08	3	13,04
PERCEÇÃO DAS PESSOAS				
SIM	7	53,85	9	39,13
NÃO	5	38,46	7	30,43
NÃO, MAS EVITA FALAR SOBRE A DOENÇA	1	7,69	1	4,35
NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	1	7,69	6	26,09
AUTOPERCEÇÃO				
SIM	4	30,77	5	21,74
NÃO	5	38,46	14	60,87
NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	4	30,77	4	17,39
SEGURANÇA EM SAIR DE CASA				
SIM	5	38,46	17	73,91
ACOMPANHADO	4	30,77	1	4,35
NÃO	6	46,15	4	17,39
NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	2	15,38	1	4,35
CUIDADOS COM O CORPO				
SIM	5	38,46	17	73,91
NÃO	1	7,69	5	21,74
INDEPENDENTE	2	15,38	0	0,00
NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	5	38,46	1	4,35
TIPOS DE CUIDADOS				
CUIDAR DA SAÚDE				
TOMAR AS MEDICAÇÕES	3	23,08	2	8,70
CUIDADO COM O PESO	9	69,23	14	60,87
SONO	1	7,69	1	4,35
EXERCÍCIO	1	7,69	10	43,48
RELIGIOSIDADE				
NÃO	5	38,46	6	26,09
SIM	7	53,85	11	47,83
IGREJA AJUDA	1	7,69	2	8,70
NÃO RESPONDEU	1		6	26,09
FÉ PROFESSADA				
CATÓLICO	1		2	8,70
EVANGÉLICO	3		6	26,09
ESPÍRITA	0		1	4,35
CRISTÃO SEM RELIGIÃO	1		2	8,70
NÃO EXPRESSOU	8		12	52,17
FUTURO				
Normal	2	15,38	0	0,00
Não pensa	1	7,69	1	4,35
Indiferente	1	7,69	0	0,00
Estudo/trabalho	1	7,69	2	8,70
Pertence à Deus	2	15,38	3	13,04
Constituir/cuidar da família	4	30,77	5	21,74
Sem planos	0	0,00	2	8,70
Não respondeu	1	7,69	5	21,74
Melhorar controle da doença	0	0,00	4	17,39
APROVEITAR A VIDA	0	0,00	1	4,35

Observa-se em todos os entrevistados uma maior tendência a desenvolver atividades predominantemente domésticas (60% dos entrevistados). Frequentemente afirmam que tiveram um impacto negativo da doença no modo de vida (60%) e metade deles valoriza o apoio familiar na adaptação. Acreditam ainda que agir com naturalidade (30%) e fazer uso correto das medicações (20%) sejam boas estratégias para conviver com a doença.

Já dei muito conselho. Porque essa pessoa que trabalha comigo, ela esconde. Ela já disse “não, não quero que ninguém saiba”. Disse “por que?”. “Porque eu não quero. Num gosto”. Aí eu disse: olha, eu tenho. Você sabe, porém eu vou a qualquer lugar, chegando lá, aí eu conto “olhe eu tenho isso, isso e isso.” Porque? Porque se eu acontecer alguma coisa comigo todo o pessoal sabe e vão me socorrer... eu já estou em boas mãos. Agora se você não falar nada, ninguém vai lhe socorrer e pode acontecer pior...”

24ND, sexo masculino

Os deprimidos apresentaram uma tendência maior em afirmar que se sentem diferentes (45%; não deprimidos 26%). Essa proporção se mantém quando foram perguntados se os mesmos acham que outras pessoas os encaram como diferentes (deprimidos, 54%; não deprimidos, 39%). Merece ainda destaque a fala de dois dos entrevistados (um deles deprimido) afirmando que não se sentem diferentes, mas ainda sim evitam falar sobre a doença com outras pessoas. Os dados não permitem maiores inferências, mas pode-se relacionar esta percepção com o estigma persistente da doença.(12)

"Se eu me vejo diferente? Me fazem ser diferente, né? ... Eles se preocupam demais. Eu não posso abaixar a cabeça, eu não posso me esforçar pra varrer a igreja, eu não posso... sempre eles: "não pode!" ou então "deixa aí que a gente faz." e ninguém me dá emprego... De jeito nenhum!

53D, sexo feminino

"Sou uma mulher que mora sozinha, luto pra trabalhar, luto pra ter meu pão de cada dia, me preocupo, eu... Em questão assim...as pessoas, e... Existe esse preconceito ainda e mais a previdência não dá nenhum, nenhum direito aos epiléticos, mas se algum epilético for pro mercado de trabalho ele não consegue... Pois é, se ele disser.... Botar na carteirinha dele... Porque a realidade é essa... Botar na carteirinha dele que, olhe... Você tem, nenhum desses trabalho que tenha... Você tem... Você é epilético, não?!"

51ND, sexo feminino

Entre os deprimidos, 46% (e 17% dos não deprimidos) afirmam se sentir inseguros para desempenhar suas atividades. Entre os que afirmam ter segurança e são deprimidos, três quartos deles afirmam depender de outras pessoas para desempenhar suas atividades

"Rapaz, um negócio que ninguém quer ter, né? Eu mesmo, eu sou muito chateado com isso. Eu sou demais. Porque eu não... mesmo hoje em dia, eu passando um bom tempo sem crise, eu não me sinto seguro nos

cantos. Assim, numa praia, eu não vou. Eu chego na beirinha e volto. Tenho medo.

54D, sexo masculino

Os deprimidos afirmaram menos que tomam cuidados com o corpo (30%; não deprimidos 70%). No entanto, ambos os grupos apresentaram padrão de respostas semelhantes quando citaram o controle do peso e o uso das medicações como principais cuidados com a saúde que tomam.

"Uma vez a gente teve com a nutricionista logo no início. Ela foi justamente na receita, né? Eu preferi seguir da forma que ela mandou fazer. Porque já o remédio ele não... o remédio não pode tirar, né? Então a gente tem que tirar justamente a alimentação, porque realmente estava prejudicando."

53D, sexo feminino

8. DISCUSSÃO

A depressão maior foi um diagnóstico frequente na amostra estudada, influenciada por fatores clínicos e socioculturais, resultando em impacto sobre a qualidade de vida de PCE. A prevalência de depressão encontrada foi de 45,2%, valor maior que o relatado em outras séries nacionais, cujos resultados variaram de 24,4 a 27%, (BRAGATTI *et al.*, 2010; DE ARAÚJO FILHO *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA, G. N., 2010; STEFANELLO *et al.*, 2010). Porém, há relatos de incidências maiores na literatura mundial com percentagens que chegam até 85,5% de diagnóstico de depressão em algumas séries estudadas (BOYLAN *et al.*, 2004; LEE; LEE; NO, 2010; MARGROVE *et al.*, 2011; ONWUEKWE *et al.*, 2012). Como justificativa para esse achado, pontuam-se como causas uma possível amostra selecionada entre pacientes com epilepsia refratária naturalmente atendidos em centros terciários e uma maior parcela de casos do tipo focal, subtipo muitas vezes relacionado com maiores incidências de depressão entre PCE especialmente na epilepsia do lobo temporal associada à esclerose mesial hipocampal (DE ARAUJO, 2008; FOLDVARY; BINGAMAN; WYLLIE, 2001; MULA, M. *et al.*, 2014).

Os indícios de uma maior relação de depressão com gênero feminino, presença de características clínicas tais como falta de controle de crises e politerapia em detrimento de variáveis demográficas estão consonantes com dados da literatura. (GAUS *et al.*, 2015; KIMISKIDIS *et al.*, 2007). Porém nossos dados não mostraram uma correlação entre o tipo, frequência ou etiologia crises

com depressão, apesar de relatos anteriores (KIMISKIDIS *et al.*, 2007; LAMBERT; ROBERTSON, 1999; REUBER *et al.*, 2004; THAPAR; KERR; HAROLD, 2009).

A questão da influência do sexo feminino sobre uma maior incidência de transtornos depressivos é tema de debate. Por um lado, advoga-se que faltam dados da literatura para corroborar influência do sexo sobre transtornos depressivos (BECK; BREDEMEIER, 2016). Por outro, estudos sugerem como justificativa deste achado desde razões psicossociais ao se observar que vivências socioculturais são marcadas pelas questões de gênero, até neurobiológicas quando se sugere que esta associação seria um resultado da uma interface entre um hipocampo disfuncional e a perda de efetividade da modulação hormonal protetora contra crises epilépticas e/ou depressão devido à ocorrência de níveis mais baixos de estrógenos e progestágenos em mulheres com epilepsia (CAVANNA *et al.*, 2009). Postula-se ainda que a ação de FAE como a fenitoína poderia causar níveis mais baixos dos hormônios sexuais (MORRELL *et al.*, 2005).

Quanto à sintomatologia, os casos de depressão apresentaram uma maior correlação com humor deprimido, ideação suicida, retardo psicomotor, ansiedade e sintomas somáticos gerais. Mais uma vez, a apresentação dos sintomas depressivos está de acordo com pesquisas previamente publicadas e pode ser justificada levando-se em considerações diversos fatores desde já citado efeito direto do uso de FAE's principalmente em politerapia inclusive ou até a própria predisposição à apresentação atenuada de sintomas depressivos em quadros de epilepsia devido aos mecanismos fisiopatológicos comuns a ambas as doenças (BELL, G. S.; SANDER, 2009; HECIMOVIC *et al.*, 2011; MENDEZ MF;

CUMMINGS JL; BENSON D, 1986; MITCHELL *et al.*, 2013; MULA, M. *et al.*, 2014; SHNEKER; CIOS; ELLIOTT, 2009; STANDAGE; FENTON, 1975; TRIANTAFYLLOU *et al.*, 2013).

Esse perfil de sintomas também relaciona-se com maneiras distintas de lidar com questões cotidianas. O relato espontâneo das PCE demonstrando uma rotina predominantemente doméstica, com a percepção de um impacto negativo da doença no modo de vida e uma valorização do apoio familiar na adaptação possivelmente está relacionado com a percepção de estigma, pois a fala destes mostra uma tensão quanto à maneira lidar com o julgamento das demais pessoas no caso de revelação de sua condição de acometido por epilepsia (FERNANDES; LI, 2006; GOFFMAN, 2009; SCAMBLER; HOPKINS, 1990).

Entretanto, os PCE com depressão aparentemente tem uma maneira distinta de lidar com o estigma, uma vez que há uma tendência de apresentar uma autopercepção distorcida e afirmar que se sentem inseguros para desempenhar suas atividades fora do ambiente doméstico. Também afirmam menos que tomam cuidados com o corpo, apesar de citar a preocupação com ganho de peso e tomar as medicações corretas como cuidados com a saúde. Sob a óptica das postulações de Beck, pode-se rotular as experiências estigmatizantes como um fator depressogênico que leva à crenças negativas sobre si mesmo, sobre o mundo que os cerca e até mesmo sobre o futuro (BECK, 1967). Esses estímulos levariam a ativação de modos depressogênicos, ou seja, pensamentos automáticos e o processamento falho das informações, uma vez que a própria epilepsia e a depressão compartilham alterações em áreas cerebrais/redes

neurais que por sua vez causam reações biológicas diversas (autonômicas, imunes e neuroquímicas) que justificariam a anergia, anedonia e pensamento lentificados presentes nos quadros de depressão, os quais já foram ressaltados como significantes entre os deprimidos com epilepsia na presente pesquisa (BECK; BREDEMEIER, 2016).

A preocupação com o ganho de peso no grupo como um todo encontra respaldo, uma vez que o ganho ponderal provavelmente correlacionado com uma menor tendência de prática de exercícios e provável efeito adverso decorrente das medicações utilizadas, tais como a carbamazepina e o ácido valpróico cujo o emprego no tratamento foi largamente utilizado no grupo deste estudo (BEN-MENACHEM, 2007; HINNELL *et al.*, 2010). Porém, postula-se que a ocorrência de depressão também contribua para hábitos poucos saudáveis e, por conseguinte, também influencie no ganho de peso (LINDE *et al.*, 2004).

Além do peso, a influência da politerapia sobre a ocorrência de depressão provavelmente também está relacionada ao prejuízo cognitivo e comportamental decorrentes da toxicidade aditiva ou supra-aditiva presentes na associação de FAE's (BRODIE *et al.*, [S.d.]; KWAN, PATRICK; BRODIE, 2001; PERUCCA, PIERO; GILLIAM; SCHMITZ, 2009). Indo além, chama atenção a correlação positiva entre os escores médios de percepção de efeitos adversos do LAEP com a presença de depressão maior e até mesmo com a gravidade da apresentação clínica de acordo com o HAM-D 17. Ao avaliar cada sintoma adverso em sua relação com depressão, apenas o relato de dor de cabeça e perda de cabelo apresentaram uma força de correlação de Spearman maior que 0,5,

permitindo que sejam considerados moderadamente relacionados com depressão. Tal achado já foi relatado anteriormente e contribui para ratificar a importância de valorização de altos escores no LAEP como indícios da presença de transtornos psiquiátricos como a depressão maior ou ansiedade (KANNER, ANDRES M.; BARRY; *et al.*, 2012; PANELLI *et al.*, 2007; PERUCCA, P. *et al.*, 2011).

Diante da complexidade observada na descrição da ocorrência de depressão entre PCE e fatores associados, torna-se imprescindível relativizar as características encontradas até aqui com o desempenho dos instrumentos escolhidos para o diagnóstico de depressão neste estudo. Observou-se se que o HAM-D 17 e o IDTN-E demonstraram resultados satisfatórios no rastreamento de casos de depressão entre os PCE. Porém, uma análise da curva ROC demonstrou que ponto de corte necessário para o melhor desempenho do IDTN-E seja maior que 10 ao invés de 15 como descrito tanto no artigo original de elaboração deste instrumento em sua validação para a língua portuguesa (DE OLIVEIRA, G. N., 2010; GILLIAM *et al.*, 2006). O mesmo não foi observado na HAM-D 17, cuja sugestão de ponto de corte maior que 6 para o diagnóstico de depressão (DE ARAUJO, 2008; MULA, M. *et al.*, 2014; OLIVEIRA, GUILHERME NOGUEIRA M. DE *et al.*, 2011b).

Apesar dos dados não permitirem maiores inferências para o pior desempenho do IDTN-E, este achado provavelmente está correlacionado com o fato deste instrumento ser autoaplicado e sua compreensão pode ter sido afetada por peculiaridades socioculturais da amostra estudada. Tal justificativa foi

elencada para explicar os diferentes pontos de corte para este instrumento observados no processo de validação de versões em diversas línguas tais como francês, italiano e alemão (MULA, MARCO *et al.*, 2016). Inclusive, esta diferença foi observada entre países falantes de variantes de um mesmo idioma, como no caso da validação deste instrumento entre países hispânicos (CAPUA *et al.*, 2012; THOMSON *et al.*, 2014). Por fim, o Brasil é um país extenso e já há relato de que as variações linguísticas e vivências socioeducacionais inter-regionais também exercem influencia no desempenho de instrumentos para avaliar diversas questões desde a cognição até aleitamento materno (BRITO-MARQUES; CABRAL-FILHO, 2004; ORIÁ *et al.*, 2009; ZUBARAN *et al.*, 2010). Tal fenômeno pode não ter sido observado na aplicação da escala HAM-D 17 uma vez que o instrumento leva em consideração impressões do indivíduo e também do profissional responsável pela aplicação do questionário.

Por fim, o impacto da associação da depressão e epilepsia na amostra estudada se traduziu na presença de piores escores de qualidade de vida, inclusive quando foi demonstrado que a frequência de crises não exerce influência sobre os escores do QOLIE-31 e provavelmente relacionado ao peso negativo dos fatores psicológicos e do humor sobre os escores totais do QOLIE-31, (BOYLAN *et al.*, 2004; CANUET, 2009; KWAN, P. *et al.*, 2009; TEDRUS *et al.*, 2012).

Deve-se ressaltar que o estudo teve diversas limitações. Entre elas, destacam-se o fato de ter sido conduzido com uma amostra pequena de PCE atendidos em serviços terciários e a necessidade de exclusão daqueles com déficit cognitivo ou dificuldades de leitura, o que pode prejudicar o poder de

representatividade da população geral de pessoas acometidas por epilepsia. Quando se leva em consideração a extensa literatura descrevendo a associação de depressão com epilepsia, o presente estudo compensa as limitações ao deter-se a compreender de maneira ampla a apresentação clínica de sintomas deprimidos a partir de uma análise qualitativa e quantitativa. Indo além, há uma preocupação latente em buscar por meio da comparação da performance de mais de um instrumento de rastreio e diagnóstico quais estratégias seriam mais adequadas para a população atendida por estes centros.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre depressão e epilepsia foi frequente na população estudada, com impacto considerável na qualidade de vida de PCE. As características clínicas e percepções individuais mostram que os profissionais envolvidos no atendimento de PCE devem ser treinados para a identificação e abordagem desses casos. Dentre as estratégias de enfrentamento dessa situação, o IDTN-E e o HAM-D17 mostraram ser instrumentos de fácil aplicação e eficazes para diagnóstico. Indo além, o emprego destes podem permitir que neurologistas assumir um papel mais atuante na abordagem desta questão. Porém, mais estudos são necessários para avaliar se as características regionais são fatores que devem ser levados em consideração quanto ao emprego de instrumentos autoaplicados.

REFERÊNCIAS

- ALSAADI, Taoufik *et al.* Depressive disorders in patients with epilepsy: Why should neurologists care? **Health** v. 05, n. 06, p. 14–20 , 2013.
- AMORIM, Patrícia. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. **Revista Brasileira de Psiquiatria** v. 22, n. 3, p. 106–115 , set. 2000.
- BAKER, G. A. *et al.* Commission on Outcome Measurement in Epilepsy, 1994–1997: Final Report. **Epilepsia** v. 39, n. 2, p. 213–231 , 1 fev. 1998.
- BECK, Aaron T. A systematic investigation of depression. **Comprehensive Psychiatry** v. 2, n. 3, p. 163–170 , jun. 1961.
- BECK, Aaron T. **Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects**. [S.l.]: University of Pennsylvania Press, 1967. 388 p. .978-0-8122-1032-3.
- BECK, Aaron T.; BREDEMEIER, Keith. A Unified Model of Depression Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. **Clinical Psychological Science** p. 2167702616628523 , 29 mar. 2016.
- BEGLEY, Charles E. *et al.* Cross-Country Measures for Monitoring Epilepsy Care. **Epilepsia** v. 48, n. 5, p. 990–1001 , maio 2007.
- BELL, G. S.; SANDER, J. W. Suicide and epilepsy. **Curr. Opin. Neurol.** v. 22, p. 174–178 , 2009.
- BELL, Gail S.; NELIGAN, Aidan; SANDER, Josemir W. An unknown quantity-The worldwide prevalence of epilepsy. **Epilepsia** v. 55, n. 7, p. 958–962 , jul. 2014.
- BEN-MENACHEM, Elinor. Weight issues for people with epilepsy—A review. **Epilepsia** v. 48, p. 42–45 , 1 dez. 2007.
- BLUMER, D.; MONTOURIS, G.; DAVIES, K. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. **Epilepsy Behav.** v. 5, p. 826–840 , 2004.
- BORGES, Moacir Alves *et al.* Urban prevalence of epilepsy: populational study in São José do Rio Preto, a medium-sized city in Brazil. **Arquivos de neuro-psiquiatria** v. 62, n. 2A, p. 199–204 , 2004.
- BOYLAN, L. S. *et al.* Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. **Neurology** v. 62, n. 2, p. 258–261 , 27 jan. 2004.
- BRAGATTI, José Augusto *et al.* Prevalence of psychiatric comorbidities in temporal lobe epilepsy: the value of structured psychiatric interviews. **Epileptic Disorders** v. 12, n. 4, p. 283–291 , 1 dez. 2010.
- BRITO-MARQUES, Paulo Roberto De; CABRAL-FILHO, José Eulálio. The role of education in mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** v. 62, n. 2A, p. 206–211 , jun. 2004.

BRODIE, M. J. *et al.* Psychomotor impairment and anticonvulsant therapy in adult epileptic patients. **European Journal of Clinical Pharmacology** v. 31, n. 6, p. 655–660 , [S.d.].

BULLOCH, Andrew G.M. *et al.* Depression — a common disorder across a broad spectrum of neurological conditions: a cross-sectional nationally representative survey. **General Hospital Psychiatry** , jun. 2015. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834315001449>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

CANUET, L. Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy. **Epilepsy Res.** v. 83, p. 58–65 , 2009.

CAPUA, Daniela Di *et al.* Validation of the Spanish version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E). **Epilepsy & Behavior** v. 24, n. 4, p. 493–496 , 1 ago. 2012.

CASPER, R. C. *et al.* Somatic symptoms in primary affective disorder: Presence and relationship to the classification of depression. **Archives of General Psychiatry** v. 42, n. 11, p. 1098–1104 , 1 nov. 1985.

CAVANNA, Andrea Eugenio *et al.* Depression in women with epilepsy: clinical and neurobiological aspects. **Functional Neurology** v. 24, n. 2, p. 83–87 , jun. 2009.

COMISSION (Org.). Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes. **Epilepsia** v. 30, n. 4, p. 389–399 , 1 ago. 1989.

COMISSION (Org.). Proposal for Revised Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizures. **Epilepsia** v. 22, n. 4, p. 489–501 , 1 ago. 1981.

COTTERMAN-HART, S. Depression in epilepsy: why aren't we treating? **Epilepsy Behav.** v. 19, p. 419 , 2010.

CRAMER, Joyce A. *et al.* Development and Cross-Cultural Translations of a 31-Item Quality of Life in Epilepsy Inventory. **Epilepsia** v. 39, n. 1, p. 81–88 , 1 jan. 1998.

CURRY, Leslie A.; NEMBHARD, Ingrid M.; BRADLEY, Elizabeth H. Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research. **Circulation** v. 119, n. 10, p. 1442–1452 , 17 mar. 2009.

DA SILVA, Tatiana Indelicato *et al.* Validity and reliability of the Portuguese version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31) for Brazil. **Epilepsy & Behavior** v. 10, n. 2, p. 234–241 , mar. 2007.

DE ARAÚJO FILHO, Gerardo Maria *et al.* Psychiatric comorbidity in patients with two prototypes of focal versus generalized epilepsy syndromes. **Seizure** v. 20, n. 5, p. 383–386 , jun. 2011.

DE ARAUJO, G. M. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. **Epilepsy Behav.** v. 13, p. 196–201 , 2008.

DE BOER, Hanneke M.; MULA, Marco; SANDER, Josemir W. The global burden and stigma of epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 12, n. 4, p. 540–546 , maio 2008.

DE OLIVEIRA, G. N. Brazilian version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E). **Epilepsy Behav.** v. 19, p. 328–331 , 2010.

DE OLIVEIRA-FILHO, Alfredo Dias *et al.* The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian–Portuguese version in hypertensive adults. **Research in Social and Administrative Pharmacy** v. 10, n. 3, p. 554–561 , maio 2014.

FERNANDES, Paula Teixeira; LI, Li Min. Perception epilepsy' stigma. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology** v. 12, n. 4, p. 207–218 , dez. 2006.

FILHO, Araújo *et al.* Psychiatric disorders in epilepsy: a proposal for classification by the ILAE commission on neuropsychiatry. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology** v. 14, n. 3, p. 119–123 , set. 2008.

FILHO, Gerardo Maria de Araújo *et al.* Psychiatric comorbidity in epilepsy: A study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 13, n. 1, p. 196–201 , jul. 2008.

FOLDVARY, N.; BINGAMAN, W. E.; WYLLIE, E. Surgical treatment of epilepsy. **Neurologic Clinics** v. 19, n. 2, p. 491–515 , maio 2001.

GAITATZIS, Athanasios *et al.* The Epidemiology of the Comorbidity of Epilepsy in the General Population. **Epilepsia** v. 45, n. 12, p. 1613–1622 , 1 dez. 2004.

GAUS, Verena *et al.* Gender differences in depression, but not in anxiety in people with epilepsy. **Seizure - European Journal of Epilepsy** v. 32, p. 37–42 , 1 nov. 2015.

GILLIAM, Frank G. *et al.* Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. **The Lancet Neurology** v. 5, n. 5, p. 399–405 , 2006.

GOFFMAN, Erving. **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. [S.l.]: Simon and Schuster, 2009. 164 p. From the author of *The Presentation of Self in Everyday Life*, Stigma analyzes a person's feelings about himself and his relationship to people whom society calls "normal." Stigma is an illuminating excursion into the situation of persons who are unable to conform to standards that society calls normal. Disqualified from full social acceptance, they are stigmatized individuals. Physically deformed people, ex-mental patients, drug addicts, prostitutes, or those ostracized for other reasons must constantly strive to adjust to their precarious social identities. Their image of themselves must daily confront and be affronted by the image which others reflect back to them. Drawing extensively on autobiographies and case studies, sociologist Erving Goffman analyzes the stigmatized person's feelings about himself and his relationship to "normals" He explores the variety of strategies stigmatized individuals employ to deal with the rejection of others, and the complex sorts of information about themselves they project. In Stigma the interplay of alternatives the stigmatized individual must face every day is brilliantly examined by one of America's leading social analysts. 978-1-4391-8833-0.

HAMILTON, Max. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry** v. 23, n. 1, p. 56–62 , fev. 1960.

HECIMOVIĆ, Hrvoje *et al.* Suicidality and epilepsy: A neuropsychobiological perspective. **Epilepsy & Behavior** v. 22, n. 1, p. 77–84 , 1 set. 2011.

HINNELL, Claire *et al.* Health status and health-related behaviors in epilepsy compared to other chronic conditions—A national population-based study. **Epilepsia** v. 51, n. 5, p. 853–861 , 1 maio 2010.

HOPPE, Christian; ELGER, Christian E. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. **Nature Reviews Neurology** v. 7, n. 8, p. 462–472 , 12 jul. 2011.

KANNER, A. Depression and epilepsy: A bidirectional relation? **Epilepsia** v. 52, n. Suppl. 1, p. 21–27 , 2011.

KANNER, A. M. Psychiatric issues in epilepsy: the complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. **Epilepsy Behav.** v. 15, p. 83–87 , 2009.

KANNER, Andres M. Can neurobiological pathogenic mechanisms of depression facilitate the development of seizure disorders? **The Lancet Neurology** v. 11, n. 12, p. 1093–1102 , dez. 2012.

KANNER, Andres M.; SCHACHTER, Steven C.; *et al.* Depression and epilepsy: Epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence. **Epilepsy & Behavior** v. 24, n. 2, p. 156–168 , jun. 2012.

KANNER, Andres M. Depression in Epilepsy: A Neurobiologic Perspective. **Epilepsy Currents** v. 5, n. 1, p. 21–27 , jan. 2005a.

KANNER, Andres M.; BARRY, John J.; *et al.* Depressive and anxiety disorders in epilepsy: Do they differ in their potential to worsen common antiepileptic drug–related adverse events? **Epilepsia** v. 53, n. 6, p. 1104–1108 , 1 jun. 2012.

KANNER, Andres M. Should neurologists be trained to recognize and treat comorbid depression of neurologic disorders? Yes. **Epilepsy & Behavior: E&B** v. 6, n. 3, p. 303–311 , maio 2005b.

KANNER, Andres M. The treatment of depressive disorders in epilepsy: What all neurologists should know. **Epilepsia** v. 54, p. 3–12 , 1 mar. 2013.

KENNEDY, Sidney H. Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment. **Dialogues in Clinical Neuroscience** v. 10, n. 3, p. 271–277 , 2008.

KIMISKIDIS, Vasilios K. *et al.* Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables. **Annals of General Psychiatry** v. 6, p. 28 , 2007.

KRISHNAMOORTHY, E.S.; TRIMBLE, M.R.; BLUMER, D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: A proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 10, n. 3, p. 349–353 , maio 2007.

KWAN, P. *et al.* Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of-life ratings in adults with epilepsy. **Epilepsia** v. 50, p. 1059–1066 , 2009.

KWAN, Patrick; BRODIE, Martin J. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. **The Lancet** v. 357, n. 9251, p. 216–222 , jan. 2001.

LAMBERT, Michelle V.; ROBERTSON, Mary M. Depression in Epilepsy: Etiology, Phenomenology, and Treatment. **Epilepsia** v. 40, p. s21–s47 , 1 out. 1999.

LEE, S. A.; LEE, S. M.; NO, Y. J. Factors contributing to depression in patients with epilepsy. **Epilepsia** v. 51, p. 1305–1308 , 2010.

LINDE, J. A. *et al.* Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. **International Journal of Obesity** v. 28, n. 3, p. 418–425 , 13 jan. 2004.

MARGROVE, Kerrie *et al.* Depression screening for patients with epilepsy in a primary care setting using the Patient Health Questionnaire-2 and the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 21, n. 4, p. 387–390 , ago. 2011.

MARTINS, H. H. *et al.* Are adverse effects of antiepileptic drugs different in symptomatic partial and idiopathic generalized epilepsies? The Portuguese–Brazilian validation of the Liverpool Adverse Events Profile. **Epilepsy & Behavior** v. 22, n. 3, p. 511–517 , nov. 2011.

MEHNDIRATTA, Prachi; SAJATOVIC, Martha. Treatments for patients with comorbid epilepsy and depression: A systematic literature review. **Epilepsy & Behavior** v. 28, n. 1, p. 36–40 , jul. 2013.

MENDEZ MF; CUMMINGS JL; BENSON D. Depression in epilepsy: Significance and phenomenology. **Archives of Neurology** v. 43, n. 8, p. 766–770 , 1 ago. 1986.

MITCHELL, Alex J. *et al.* Which symptoms are indicative of depression in epilepsy settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms. **Journal of Affective Disorders** v. 150, n. 3, p. 861–867 , 25 set. 2013.

MORISKY, Donald E. *et al.* Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **The Journal of Clinical Hypertension** v. 10, n. 5, p. 348–354 , 1 maio 2008.

MORRELL, Martha J. *et al.* Sexual dysfunction, sex steroid hormone abnormalities, and depression in women with epilepsy treated with antiepileptic drugs. **Epilepsy & Behavior** v. 6, n. 3, p. 360–365 , maio 2005.

MULA, M. Clinical and psychopathological definition of the interictal dysphoric disorder of epilepsy. **Epilepsia** v. 49, p. 650–656 , 2008.

MULA, M. *et al.* Validation of the Hamilton Rating Scale for Depression in adults with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 41, p. 122–125 , dez. 2014.

MULA, Marco *et al.* Validation of rapid suicidality screening in epilepsy using the NDDIE. **Epilepsia** v. 57, n. 6, p. 949–955 , 1 jun. 2016.

MULA, Marco; SCHMITZ, Bettina. Depression in Epilepsy: Mechanisms and Therapeutic Approach. **Therapeutic Advances in Neurological Disorders** v. 2, n. 5, p. 337–344 , set. 2009.

NELSON, J. C.; CHARNEY, D. S. The symptoms of major depressive illness. **The American Journal of Psychiatry** v. 138, n. 1, p. 1–13 , jan. 1981.

NGUGI, Anthony K. *et al.* Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: A meta-analytic approach: Estimation of the Burden of Epilepsy. **Epilepsia** v. 51, n. 5, p. 883–890 , maio 2010.

NORONHA, Ana L. A. *et al.* Prevalence and Pattern of Epilepsy Treatment in Different Socioeconomic Classes in Brazil. **Epilepsia** v. 48, n. 5, p. 880–885 , maio 2007.

OLIVEIRA, Guilherme Nogueira M. De *et al.* Beck Depression Inventory (BDI) and Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) in patients with epilepsy. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v. 60, n. 2, p. 131–134 , 2011a.

OLIVEIRA, Guilherme Nogueira M. De *et al.* Beck Depression Inventory (BDI) and Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) in patients with epilepsy. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v. 60, n. 2, p. 131–134 , 2011b.

ONWUEKWE, Io *et al.* Depression in patients with epilepsy: A study from Enugu, South East Nigeria. **Annals of Medical and Health Sciences Research** v. 2, n. 1, p. 10 , 2012.

ORIÁ, Mônica O. B. *et al.* Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nursing** v. 26, n. 6, p. 574–583 , 1 nov. 2009.

PANELLI, Rosemary June *et al.* The Liverpool Adverse Events Profile: Relation to AED Use and Mood. **Epilepsia** v. 48, n. 3, p. 456–463 , mar. 2007.

PERUCCA, P. *et al.* Adverse antiepileptic drug effects in new-onset seizures: a case-control study. **Neurology** v. 76, n. 3, p. 273–279 , 18 jan. 2011.

PERUCCA, Piero; GILLIAM, Frank G.; SCHMITZ, Bettina. Epilepsy treatment as a predeterminant of psychosocial ill health. **Epilepsy & Behavior** v. 15, n. 2, p. S46–S50 , jun. 2009.

REUBER, MARKUS *et al.* Depression and anxiety before and after temporal lobe epilepsy surgery. **Seizure** v. 13, n. 2, p. 129–135 , mar. 2004.

SCAMBLER, Graham; HOPKINS, Anthony. Special Issue Qualitative Research On Chronic IllnessGenerating a model of epileptic stigma: The role of qualitative analysis. **Social Science & Medicine** v. 30, n. 11, p. 1187–1194 , 1 jan. 1990.

SHEEHAN, D. V. *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **The Journal of Clinical Psychiatry** v. 59 Suppl 20, p. 22- 33;quiz 34-57 , 1998.

SHNEKER, B. F.; CIOS, J. S.; ELLIOTT, J. O. Suicidality, depression screening, and antiepileptic drugs: reaction to the FDA alert. **Neurology** v. 72, p. 987–991 , 2009.

STANDAGE, K. F.; FENTON, G. W. Psychiatric symptom profiles of patients with epilepsy: a controlled investigation. **Psychological Medicine** v. 5, n. 02, p. 152–160 , maio 1975.

STEFANELLO, S. *et al.* Psychiatric comorbidity and suicidal behavior in epilepsy: a community-based case-control study. **Epilepsia** v. 51, p. 1120–1125 , 2010.

TAYLOR, Rod S. *et al.* Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. **Epilepsia** v. 52, n. 12, p. 2168–2180 , dez. 2011.

TEDRUS, Gloria Maria de Almeida Souza *et al.* Epilepsia e depressão: aspectos sociodemográficos e clínicos associados. **Revista de Ciências Médicas** v. 18, n. 5/6 , 2012. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/623>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

TELLEZ-ZENTENO, Jose F. *et al.* Psychiatric Comorbidity in Epilepsy: A Population-Based Analysis. **Epilepsia** v. 0, n. 0, p. 070728063136006-??? , 28 jul. 2007.

THAPAR, A.; KERR, M.; HAROLD, G. Stress, anxiety, depression, and epilepsy: investigating the relationship between psychological factors and seizures. **Epilepsy Behav.** v. 14, p. 134–140 , 2009.

THOMSON, Alfredo E. *et al.* Screening of major depression in epilepsy: The Neurologic Depression Disorders Inventory in Epilepsy-Spanish version (Argentina). **Epilepsia** v. 55, n. 2, p. 331–334 , 1 fev. 2014.

TRIANAFYLLOU, Nikolaos I. *et al.* Patterns of depressive symptoms in epilepsy. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** v. 71, n. 4, p. 213–215 , abr. 2013.

WILLIAMS, Christine L. *et al.* Qualitative and quantitative measurement of depression in veterans recovering from stroke. **Journal of Rehabilitation Research and Development** v. 42, n. 3, p. 277–290 , jun. 2005.

ZUBARAN, Carlos *et al.* The Portuguese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale—Short Form. **Journal of Human Lactation** v. 26, n. 3, p. 297–303 , 8 jan. 2010.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU
EMANCIPADOS -
Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Avaliação do tratamento com antidepressivos de transtornos ansiosos e depressivos em pacientes com epilepsia, que está sob a responsabilidade do pesquisador Ednaldo Marques Bezerra Filho, situado na Av. Prof Dr. Moraes Rego, SN, 9º andar; telefone (81) 99834387 ou email eednaldofilho@hotmail.com e está sob a orientação de: [e Luciana Andrade Valença, telefone \(81\) 99658331 ou e mail lupatrizia@yahoo.com.br](mailto:Luciana.Andrade.Valenca@ufpe.br). Também participam também desta pesquisa: Pedro Paulo Gomes do Nascimento, telefone (81) 82041031.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Ø Buscamos identificar pacientes com sintomas depressivos e tratá-los com as medicações disponíveis na farmácia básica do SUS. Você inicialmente será entrevistado e examinado para que possamos identificar se você tem ou não depressão e ansiedade. No caso positivo, você será distribuído em um dos grupos de tratamento (fluoxetina e amitriptilina). Durante um período de 06 meses você será acompanhado durante suas consultas no ambulatório de epilepsia e após o final desse períodos, será avaliada a necessidade de manutenção ou não do tratamento. Serão cerca de 3 visitas de acompanhamento que coincidirão com suas consultas no ambulatório. Lembre-se que não haverá mudanças no seu atendimento no ambulatório de Epilepsia do Hospital das Clínicas.

Ø **RISCOS diretos** efeitos gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, constipação; arritmias cardíacas; hipotensão postural; sonolência; insônia; virada rápida do humor de depressivo para eufórico; ocorrência de crises epiléticas Todos os procedimentos para minimizar efeitos serão tomados em suas consultas no ambulatório.

Ø **BENEFÍCIOS diretos e indiretos** Espera-se possível melhora de diversos aspectos de sua qualidade de vida como a diminuição da frequência de crises epiléticas, melhora da ansiedade e depressão; menor impacto de efeitos colaterais; aumento da adesão ao tratamento com drogas antiepiléticas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos,

comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife - PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____ (assinatura do pesquisador)

C O N S E N T I M E N T O D A P A R T I C I P A Ç Ã O D A
P E S S O A C O M O V O L U N T Á R I O (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Avaliação do tratamento com antidepressivos de transtornos ansiosos e depressivos em pacientes com epilepsia** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____ Assinatura do participante:

“Presenciamos a solicitação de consentimento e esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.”

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura : _____

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INICIAIS:

PRONTUÁRIO:

IDADE:

SEXO: M () F ()

PESO:

ETNIA: BRANCA () NEGRA () AMARELA () PARDA () MULATO ()

VÍNCULO EMPREGATÍCIO: _____

ESTADO CIVIL: () CASADO () VIÚVO () SOLTEIRO () SEPARADO () OUTRO

ESCOLARIDADE:

() < 1 ANO

() 1-3 ANOS

() 4-7 ANOS

() > = 8 ANOS

RENDA SALARIAL:

() ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO

() MAIS DE 1 A 2 SALÁRIOS MÍNIMOS

() MAIS DE 2 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS

() MAIS DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

() MAIS DE 5 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS

() MAIS DE 10 A 20 SALÁRIOS MÍNIMOS

() MAIS DE 20 SALÁRIOS MÍNIMOS

FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA:

() SIM () BEBE DURANTE O TRATAMENTO () NÃO

CONDUÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES.

() SIM () NÃO

TEMPO DE EPILEPSIA: _____ IDADE DE INÍCIO DA CRISE: _____

ANTECEDENTES DE TRAUMA POR CRISE: SIM () NÃO ()

ANTECEDENTE DE ESTADO DE MAL EPILÉPTICO: SIM () NÃO ()

TIPO DE CRISE: FOCAL () GENERALIZADA PRIMÁRIA ()

GENERALIZADA SECUNDÁRIA () INDETERMINADA ()

ETIOLOGIA DA CRISE: IDIOPÁTICA/GENÉTICA () SINTOMÁTICA ()

INDETERMINADA ()

FREQUENCIA DE CRISES: LIVRE DE CRISES SIM () NÃO ()

EM CASO DE SIM, QUANTO TEMPO ? _____

EM CASO DE NÃO, COM QUAL FREQUENCIA? _____

DROGAS EM USO:

OUTRAS DROGAS:

NÃO () SIM () QUAIS? _____

DROGAS ANTIEPILÉPTICAS: MONOTERAPIA () POLITERAPIA ()

CBZ () POSOLOGIA _____

OCBZ () POSOLOGIA _____

PB () POSOLOGIA _____

PHT () POSOLOGIA _____

LTG () POSOLOGIA _____

VPA () POSOLOGIA _____

TPM () POSOLOGIA _____

CLB () POSOLOGIA _____

CNZ () POSOLOGIA _____

FÁRMACORRESISTENCIA: NÃO () PB () PHT () CBZ () OCBZ ()

LTG () TPM () VPA () CLB () CNZ ()

FORNECEDOR DA MEDICAÇÃO:

PARTICULAR ()

REDE PUBLICA DE SAÚDE ()

APÊNDICE C

Artigo original

QUAL A MELHOR MANEIRA DE IDENTIFICAR DEPRESSÃO EM PESSOAS COM EPILEPSIA EM UM AMBIENTE DE BAIXOS RECURSOS? IMPRESSÕES DE UMA ABORDAGEM DE PESQUISA MISTA

Pedro Paulo Gomes do Nascimento¹

Luciana Patrizia Alves de Andrade Valença¹

¹ Department of Neurology and Neurosurgery, Federal University of Pernambuco

Pedro Paulo Gomes do Nascimento

Departamento de Neurologia – Hospital das Clínicas da UFPE

Avenida Professor Moraes Rego, 1235 –

Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901

ppnasc@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: A depressão é uma comorbidade frequente em pessoas com epilepsia, sendo frequentemente subdiagnosticada e subtratada. Faz-se necessário uma melhor compreensão da apresentação clínica dos episódios depressivos nessa e escolha do método adequado para o enfrentamento desta questão em ambientes de poucos recursos. **Métodos:** uma amostra consecutiva foi submetida à coleta de dados sociodemográficos e clínicos foram coletados,

seguidos de uma entrevista semiestruturada. Ainda foram aplicados Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31), Morisky Medication Adherence Scale (MMSA), Liverpool Adverse Events Profile (LAEP), Mini International Neuropsychiatric Inventory (MINI), o Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E) e a escala de depressão de Hamilton (HAM-D 17).

Resultados: Avaliou-se 73 pacientes, idade média 36,92 anos (DP: 13,94) e 45 mulheres (61,64%). Destes, 33 foram diagnosticados com depressão pelo MINI (45,2%). Sexo feminino ($p < 0,02$), politerapia ($p < 0,021$), maiores escores no LAEP ($p < 0,001$) correlacionaram-se com depressão. Controle de crises foi um fator de proteção ($p < 0,009$). Piores escores de qualidade de vida pelo QOLIE-31 ($p < 0,0001$) foram observados entre os deprimidos. O IDTN-E e o HAM-D tiveram áreas sob a curva de 0,849 e 0,889 respectivamente. Observou-se o padrão clínico clássico, porém com atenuação dos sintomas somáticos e predomínio de ansiedade, retardo psicomotor e humor deprimido. As PCE relatam impacto do estigma em suas atividades, porém os depressivos tenderam a ter uma autopercepção distorcida, maior dependência interpessoal e serem negligentes com cuidados corporais. **Conclusão:** A depressão é prevalente entre PCE. O IDTN-E e a HAM-D são bons instrumentos de rastreio, devendo ser empregados em ambulatórios de epilepsia para possibilitar abordagem precoce da depressão.

Palavras-chave: Qualitativo. Quantitativo. Teoria Cognitiva. MINI. Hamilton. IDTN-E

Introdução

A depressão é uma das comorbidades psiquiátricas mais prevalentes entre pessoas com epilepsia - PCE (FILHO, GERARDO MARIA DE ARAÚJO *et al.*, 2008; KANNER, ANDRES M.; SCHACHTER; *et al.*, 2012; KRISHNAMOORTHY; TRIMBLE; BLUMER, 2007). Essas duas doenças compartilham mecanismos fisiopatológicos e sofrem influência de fatores ambientais (KANNER, ANDRES M., 2005a). Porém, seu diagnóstico e tratamento são comumente negligenciados por diversos fatores tais como a dificuldade de acesso a uma avaliação psiquiátrica até uma falsa crença que antidepressivos poderiam aumentar a frequência de crises (COTTERMAN-HART, 2010). Vários estudos vem sugerindo que neurologistas deveriam ser encorajados a fazer o diagnóstico e tratamento de casos de depressão em PCE a fim de reverter esta situação (ALSAADI *et al.*, 2013; COTTERMAN-HART, 2010; KANNER, ANDRES M., 2005b). Assim, instrumentos clássicos como o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Depressão de Hamilton são considerados boas ferramentas a serem aplicadas neste contexto (MULA, M. *et al.*, 2014; OLIVEIRA, GUILHERME NOGUEIRA M. DE *et al.*, 2011a). Outros instrumentos como Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E) foram especialmente construídos para aplicação de maneira rápida e amenizando o possível fator de confusão que efeitos adversos induzidos pelo uso de fármacos antiepilépticos – FAEs possam acarretar (GILLIAM *et al.*, 2006). Sendo assim, faz-se necessário avaliar estratégias de enfrentamento baseados numa melhor compreensão da apresentação clínica dos episódios depressivos e qual melhor abordagem para a questão por médicos neurologistas seria melhor aplicada num ambiente de baixos recursos.

Métodos

Ciente das peculiaridades socioculturais da nossa população, o uso de uma análise mista permitiu que se fizessem inferências sobre possíveis causas para o desempenho dos métodos de rastreio e diagnóstico de depressão entre PCE a nível local.

A amostra foi construída de maneira consecutiva por pacientes com epilepsia atendidos em dois centros terciários na cidade de Recife em Pernambuco. O diagnóstico de epilepsia e sua classificação como síndrome epiléptica foram estabelecido segundo as Classificação de Epilepsias e Síndromes Epilépticas da *International League against Epilepsy - ILAE* (COMISSION, 1981, 1989). A partir da análise de prontuários foi preenchido um questionário padronizado com o objetivo de caracterizar dos dados clínicos, incluindo idade, sexo, ocorrência de evento precipitante inicial (EPI), ocorrência de crise febril, idade de ocorrência de EPI, idade de início das crises, semiologia clínica das crises, duração da epilepsia, frequência mensal de crises e tempo de seguimento.

O padrão ouro para o diagnóstico de depressão na amostra utilizada foi a versão em português do Mini International Neuropsychiatric Inventory – MINI (AMORIM, 2000). A seguir foram aplicados o a versão em português do NDDI-E, cujo nome em português Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E) e a Escala de depressão de Hamilton para quantificar a gravidade dos sintomas (DE OLIVEIRA, G. N., 2010). A aplicação dos dois testes

se justifica na medida que o primeiro seria um teste de rastreio autoaplicado. Já o segundo seria baseado em impressões do entrevistador, sendo adequado para avaliação da gravidade dos sintomas depressivos. Os dados mostram que ambos os testes são os mais sensíveis para aplicação entre pacientes com epilepsia, especialmente na população brasileira (DE OLIVEIRA, G. N., 2010; OLIVEIRA, GUILHERME NOGUEIRA M. DE *et al.*, 2011a). Foram ainda aplicadas a escala de Liverpool Adverse Events Profile (LAEP), para avaliar a ocorrência de efeitos adversos com uso de drogas antiepilépticas e o Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE – 31) para avaliar qualidade de vida em suas versões validadas para português (DA SILVA *et al.*, 2007; MARTINS *et al.*, 2011)

Os pacientes entrevistados em um dos centros de atendimento foram submetidos a uma fase complementar de coleta qualitativa. Estes dados foram colhidos a partir da aplicação de entrevistas semiestruturadas anterior à fase de aplicação dos questionários diagnósticos de epilepsia. Utilizou-se como base uma versão utilizada na avaliação de depressão entre pacientes acometidos por acidente vascular cerebral (WILLIAMS *et al.*, 2005).

As frequências das variáveis categóricas demográficas e clínicas foram analisadas a partir do emprego dos testes de Chi-quadrado e Teste exato de Fisher. As variáveis contínuas foram comparadas a partir do uso do teste de Mann-Whitney. As análises foram realizadas com o uso do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) 23 para MAC. Já a análise dos dados qualitativos foi realizada a partir do programa MAXQDA versão 12. O material foi submetido a uma leitura crítica, onde unitermos foram criados para facilitar melhor

compreensão dos dados obtidos ao se agrupar as respostas a partir dos termos utilizados. Os mesmos foram tabulados de acordo com a frequência simples de ocorrência entre os entrevistados, divididos em deprimidos ou não deprimidos de acordo com o MINI. Trechos considerados relevantes foram transcritos *ipsis litteris* neste trabalho, buscando meios de proteção da identidade do entrevistado ao representa-los apenas pelo número de cadastro do questionário no banco de dados, se deprimido ou não, gênero e idade

Resultados

Um total de 73 pacientes foram avaliados. Houve predomínio de mulheres (60,3%), uma média de idade de 36,92 anos e com tempo de doença de 19,54 anos. Quanto ao tipo de crise, 2/3 do grupo são acometidos por crises focais e têm um elevado número de casos com etiologia indeterminada (57,7%). Deste Grupo, 33 pacientes (45,2%) foram identificados como acometidos por depressão maior pelo MINI. Sob critérios clássicos da escala de Hamilton, 27 (37%) pacientes foram diagnosticados com depressão maior. Destes, 14/27(19,2%) dos casos foram classificados como leves; 8/27(10,9%), moderados e 5/27 (6,9%), graves. A análise de correlação de fatores sociodemográficos e clínicos com a depressão foram resumidos na tabela 1.

Tabela 1 - Associação de depressão maior e as características sociodemográficas, biológicas e relacionadas à epilepsia.

variáveis	Sem depressão	Com depressão	p-valor
	(n = 40)	(n=33)	
	n(%) ou média ±DP	n(%) ou média ±DP	
Sexo			0,014^{#,*}
Masculino	21 (52,5%)	8 (24,25%)	
Feminino	19 (47,5%)	25 (75,75%)	
Média de Idade	37,88 ±15,509	35,72 ±11,827	0,786 ^c
Grupo étnico			0,534 [□]
Branco	5 (12,8%)	8 (24,2%)	
Negros	8 (12,8%)	4 (24,2%)	
Pardos	25 (64,1%)	21 (63,7%)	
Outros	1 (2,6%)	0	
Estado Civil			0,425 [□]
Solteiro	21 (52,5%)	16 (50,0%)	
Casado	11 (27,5%)	9 (28,1%)	
Divorciado	3 (7,5%)	6 (18,8%)	
Viúvo	3 (7,5%)	0	
Outros	2 (5,0%)	1 (3,1%)	
Escolaridade			
< 1 ANO	0	0	0,133 [□]
1-3 ANOS	3 (7,5%)	1 (3,25%)	
4-7 ANOS	6 (15%)	11 (35,55%)	
>8 ANOS	40 (77,5%)	19 (61,3%)	
Renda			0,286 [□]
<1 SALÁRIO	10 (25,6%)	10 (40,0%)	
1 A 2 SALÁRIOS	16 (41,0%)	8 (32,0%)	
2 A 3 SALÁRIOS	10 (25,6%)	4 (16,0%)	
3 A 5 SALÁRIOS	1 (2,6%)	3 (12,0%)	
5 A 10 SALÁRIOS	2 (5,1%)	0	
10 A 20 SALÁRIOS	0	0	
>20 SALÁRIOS	0	0	
Status Empregatício			0,309 [#]
Empregado/aposentado	27 (69,25%)	16 (57,1%)	

Desempregado	12 (30,8%)	12(42,9%)	
Tipo de Crise			0,502 [□]
Parcial	28 (71,8%)	24 (75,0%)	
Generalizada Primária	4 (10,3%)	2(6,3%)	
Generalizada secundária	3 (3,7%)	5 (15,6%)	
Indeterminada	4 (10,3%)	1 (3,1%)	
Etiologia			0,6 [□]
Idiopática/genética	5 (12,85)	2 (6,3%)	
Sintomática/estrutural	13 (33,3%)	10 (31,3%)	
Indeterminada	21 (53,8%)	20 (62,5%)	
Livre de crises há um ano	26(65%)	14(42%)	0,022^{#,*}
Média de crises/mês	3,14 ± 5,6	5,28 ± 6,153	0,18 [‡]
Regime de FAE`s			0,021^{#,*}
Monoterapia	30 (66,7%)	15 (33,3%)	
Politerapia	10 (38,5%)	16 (61,5%)	
FAE`s em uso			
Fenobarbital	7 (17,5%)	3 (9,1%)	0,496 [□]
Carbamazepina	17 (42,5%)	20 (60,6%)	0,96 [#]
Oxcarbazepina	1 (2,5%)	4 (12,1%)	0,169 [□]
Fenitoína	2 (5,0%)	2 (6,1)	1 [□]
Valproato	8 (20%)	3 (10,3%)	0,336 [□]
Topiramato	6 (15%)	3 (3%)	0,499 [□]
Lamotrigina	4 (10%)	5 (15,2%)	0,723 [□]
Clonazepam	4 (10%)	4 (12,1%)	1 [□]
Clobazam	3 (7,5%)	7 (21,2%)	0,169 [□]
MMAS			
Alta adesão	12 (31,6%)	6 (18,8%)	0,665 [□]
Média Adesão	22 (57,9%)	23 (71,9%)	
Baixa adesão	4 (10,3%)	3 (9,1%)	

#Qui-quadrado; †teste exato de Fisher ‡ Teste U de Mann-Whitney *p <0,05 ** p<0,001 MMAS - Morisky Medication Adherence Scale

Escores de qualidade de vida e de percepção de efeitos adversos com uso de FAE`s associaram-se com depressão de maneira estatisticamente significativa, com um p<0,001. Esta relação se mantém quando avaliamos os escores médios relacionados com a gravidade do quadro de acordo com a escala

de depressão de Hamilton-17, mantendo ainda significância estatística importante com $p < 0,001$.

Nenhum condicionante sócio-demográfico ou característica clínica da epilepsia correlacionou-se com qualidade de vida. Controle de crises associou-se positivamente com maiores escores do QOLIE-31 (coeficiente de Spearman - r de 0,48 e $p < 0,0001$). Houve correlação negativa do QOLIE-31 com os seguintes fatores: Má adesão medicamentosa (r -0,48 e $p < 0,05$), piores escores no LAEP (coeficiente de Pearson - r^2 de -0,59 e $p < 0,0001$), Ansiedade (r -0,48 e $p < 0,0001$) e gravidade da depressão (r^2 -0,58 e $p < 0,0001$).

Ao avaliar-se cada sintoma específico do LAEP em relação à depressão (tabela 4), observa-se que depressão, tremor nas mãos, dor de cabeça e queda de cabelo tiveram uma significância estatística $p < 0,0001$. Porém, apenas os dois últimos tiveram um coeficiente de Spearman moderadamente forte (maior que 0,5).

Ao se avaliar cada sintoma de maneira individual da HAM-D 17 sob a forma de curva ROC em relação ao MINI, observa-se humor deprimido, retardo, sintomas somáticos gerais, ansiedade psíquica e somática tiveram uma área sob a curva maior que $> 0,7$, critério utilizado para definir o sintoma como satisfatório na discriminação de casos de depressão maior entre PCE.

Quando comparamos o desempenho do HAM-D 17 e o INDTN-E em relação ao MINI, observamos uma curva ROC com uma AUC de 0,889 para o

HAM-D 17 e de 0,849 para o IDTN-E . Os pontos de corte mais adequados para a nossa população foi de 6 para o HAM-D17 (sensibilidade 75,8% e especificidade de 87,5%) e de 10 para o IDTN-E (sensibilidade 84,8% e especificidade de 77,5%).

RESULTADOS QUALITATIVOS

Um total de 36 pacientes (20 mulheres) com idade média de 36,9 anos (DP=13.2) constituíram o grupo que foi submetido à avaliação qualitativa por meio da entrevista semiestruturada. Foram identificados 13 (36,1%) casos de depressão maior a partir do MINI.

As falas foram estratificadas em unicodes cujas frequências estão dispostas na tabela 6. Trechos mais relevantes da entrevistas foram transcritos neste texto e identificados com o número do questionário no banco de dados geral, se com depressão (D) ou sem depressão (ND) e sexo.

Observou-se em todos os entrevistados uma maior tendência a desenvolver atividades predominantemente domésticas (60% dos entrevistados). Frequentemente afirmam que tiveram um impacto negativo da doença no modo de vida (60%) e metade deles valoriza o apoio familiar na adaptação. Acreditam ainda que agir com naturalidade (30%) e fazer uso correto das medicações (20%) sejam boas estratégias para conviver com a doença.

Os deprimidos apresentaram uma tendência maior em afirmar que se sentem diferentes (45%; não deprimidos 26%). Essa proporção se mantém quando foram perguntados se os mesmos acham que outras pessoas os encaram como diferentes (deprimidos, 54%; não deprimidos, 39%). Merece ainda destaque a fala de dois dos entrevistados (um deles deprimido) afirmando que não se sentem diferentes, mas ainda sim evitam falar sobre a doença com outras pessoas.

Entre os deprimidos, 46% (e 17% dos não deprimidos) afirmam se sentir inseguros para desempenhar suas atividades. Entre os que afirmam ter segurança e são deprimidos, três quartos deles afirmam depender de outras pessoas para desempenhar suas atividades

Os deprimidos afirmaram menos que tomam cuidados com o corpo (30%; não deprimidos 70%). No entanto, ambos os grupos apresentaram padrão de respostas semelhantes quando citaram o controle do peso e o uso das medicações como principais cuidados com a saúde que tomam.

Discussão

A depressão maior foi um diagnóstico frequente na amostra estudada, influenciada por fatores clínicos e socioculturais, resultando em impacto sobre a qualidade de vida de PCE. A prevalência de depressão encontrada foi de 45,2%, valor maior que o relatado em outras séries nacionais, cujos resultados variaram

de 24,4 a 27%, (BRAGATTI *et al.*, 2010; DE ARAÚJO FILHO *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA, G. N., 2010; STEFANELLO *et al.*, 2010). Porém, há relatos de incidências maiores na literatura mundial com percentagens que chegam até 85,5% de diagnóstico de depressão em algumas séries estudadas (BOYLAN *et al.*, 2004; LEE; LEE; NO, 2010; MARGROVE *et al.*, 2011; ONWUEKWE *et al.*, 2012). Como justificativa para esse achado, pontuam-se como causas uma possível amostra selecionada entre pacientes com epilepsia refratária naturalmente atendidos em centros terciários e uma maior parcela de casos do tipo focal, subtipo muitas vezes relacionado com maiores incidências de depressão entre PCE especialmente na epilepsia do lobo temporal associada à esclerose mesial hipocampal (DE ARAUJO, 2008; FOLDVARY; BINGAMAN; WYLLIE, 2001; MULA, M. *et al.*, 2014).

Os indícios de uma maior relação de depressão com gênero feminino, presença de características clínicas tais como falta de controle de crises e politerapia em detrimento de variáveis demográficas estão consonantes com dados da literatura. (GAUS *et al.*, 2015; KIMISKIDIS *et al.*, 2007). Porém nossos dados não mostraram uma correlação entre o tipo, frequência ou etiologia crises com depressão, apesar de relatos anteriores (KIMISKIDIS *et al.*, 2007; LAMBERT; ROBERTSON, 1999; REUBER *et al.*, 2004; THAPAR; KERR; HAROLD, 2009).

Quanto à sintomatologia, os casos de depressão apresentaram uma maior correlação com humor deprimido, ideação suicida, retardo psicomotor, ansiedade e sintomas somáticos gerais. Mais uma vez, a apresentação dos

sintomas depressivos está de acordo com pesquisas previamente publicadas e pode ser justificada levando-se em considerações diversos fatores desde já citado efeito direto do uso de FAE's principalmente em politerapia inclusive ou até a própria predisposição à apresentação atenuada de sintomas depressivos em quadros de epilepsia devido aos mecanismos fisiopatológicos comuns a ambas as doenças (BELL, G. S.; SANDER, 2009; HECIMOVIC *et al.*, 2011; MENDEZ MF; CUMMINGS JL; BENSON D, 1986; MITCHELL *et al.*, 2013; MULA, M. *et al.*, 2014; SHNEKER; CIOS; ELLIOTT, 2009; STANDAGE; FENTON, 1975; TRIANTAFYLLOU *et al.*, 2013).

Esse perfil de sintomas também relaciona-se com maneiras distintas de lidar com questões cotidianas. O relato espontâneo das PCE demonstrando uma rotina predominantemente doméstica, com a percepção de um impacto negativo da doença no modo de vida e uma valorização do apoio familiar na adaptação possivelmente está relacionado com a percepção de estigma, pois a fala destes mostra uma tensão quanto à maneira lidar com o julgamento das demais pessoas no caso de revelação de sua condição de acometido por epilepsia (FERNANDES; LI, 2006; GOFFMAN, 2009; SCAMBLER; HOPKINS, 1990).

Entretanto, os PCE com depressão aparentemente tem uma maneira distinta de lidar com o estigma, uma vez que há uma tendência de apresentar uma autopercepção distorcida e afirmar que se sentem inseguros para desempenhar suas atividades fora do ambiente doméstico. Também afirmam menos que tomam cuidados com o corpo, apesar de citar a preocupação com ganho de peso e tomar as medicações corretas como cuidados com a saúde. Sob a óptica das

postulações de Beck, pode-se rotular as experiências estigmatizantes como um fator depressogênico que leva à crenças negativas sobre si mesmo, sobre o mundo que os cerca e até mesmo sobre o futuro (BECK, 1967).

A preocupação com o ganho de peso no grupo como um todo encontra respaldo, uma vez que o ganho ponderal provavelmente correlacionado com uma menor tendência de prática de exercícios e provável efeito adverso decorrente das medicações utilizadas, tais como a carbamazepina e o ácido valpróico cujo o emprego no tratamento foi largamente utilizado no grupo deste estudo (BEN-MENACHEM, 2007; HINNELL *et al.*, 2010). Porém, postula-se que a ocorrência de depressão também contribua para hábitos poucos saudáveis e, por conseguinte, também influencie no ganho de peso (LINDE *et al.*, 2004).

Além do peso, a influência da politerapia sobre a ocorrência de depressão provavelmente também está relacionada ao prejuízo cognitivo e comportamental decorrentes da toxicidade aditiva ou supra-aditiva presentes na associação de FAE's (BRODIE *et al.*, [S.d.]; KWAN, PATRICK; BRODIE, 2001; PERUCCA, PIERO; GILLIAM; SCHMITZ, 2009). Indo além, chama atenção a correlação positiva entre os escores médios de percepção de efeitos adversos do LAEP com a presença de depressão maior e até mesmo com a gravidade da apresentação clínica de acordo com o HAM-D 17. Ao avaliar cada sintoma adverso em sua relação com depressão, apenas o relato de dor de cabeça e perda de cabelo apresentaram uma força de correlação de Spearman maior que 0,5, permitindo que sejam considerados moderadamente relacionados com depressão. Tal achado já foi relatado anteriormente e contribui para ratificar a

importância de valorização de altos escores no LAEP como indícios da presença de transtornos psiquiátricos como a depressão maior ou ansiedade (KANNER, ANDRES M.; BARRY; *et al.*, 2012; PANELLI *et al.*, 2007; PERUCCA, P. *et al.*, 2011).

Diante da complexidade observada na descrição da ocorrência de depressão entre PCE e fatores associados, torna-se imprescindível relativizar as características encontradas até aqui com o desempenho dos instrumentos escolhidos para o diagnóstico de depressão neste estudo. Observou-se se que o HAM-D 17 e o IDTN-E demonstraram resultados satisfatórios no rastreamento de casos de depressão entre os PCE. Porém, uma análise da curva ROC demonstrou que ponto de corte necessário para o melhor desempenho do IDTN-E seja maior que 10 ao invés de 15 como descrito tanto no artigo original de elaboração deste instrumento em sua validação para a língua portuguesa (DE OLIVEIRA, G. N., 2010; GILLIAM *et al.*, 2006). O mesmo não foi observado na HAM-D 17, cuja sugestão de ponto de corte maior que 6 para o diagnóstico de depressão (DE ARAUJO, 2008; MULA, M. *et al.*, 2014; OLIVEIRA, GUILHERME NOGUEIRA M. DE *et al.*, 2011b).

Apesar dos dados não permitirem maiores inferências para o pior desempenho do IDTN-E, este achado provavelmente está correlacionado com o fato deste instrumento ser autoaplicado e sua compreensão pode ter sido afetada por peculiaridades socioculturais da amostra estudada. Tal justificativa foi elencada para explicar os diferentes pontos de corte para este instrumento observados no processo de validação de versões em diversas línguas tais como

francês, italiano e alemão (MULA, MARCO *et al.*, 2016). Inclusive, esta diferença foi observada entre países falantes de variantes de um mesmo idioma, como no caso da validação deste instrumento entre países hispânicos (CAPUA *et al.*, 2012; THOMSON *et al.*, 2014). Por fim, o Brasil é um país extenso e já há relato de que as variações linguísticas e vivências socioeducacionais inter-regionais também exercem influencia no desempenho de instrumentos para avaliar diversas questões desde a cognição até aleitamento materno (BRITO-MARQUES; CABRAL-FILHO, 2004; ORIÁ *et al.*, 2009; ZUBARAN *et al.*, 2010). Tal fenômeno pode não ter sido observado na aplicação da escala HAM-D 17 uma vez que o instrumento leva em consideração impressões do indivíduo e também do profissional responsável pela aplicação do questionário.

Por fim, o impacto da associação da depressão e epilepsia na amostra estudada se traduziu na presença de piores escores de qualidade de vida, inclusive quando foi demonstrado que a frequência de crises não exerce influência sobre os escores do QOLIE-31 e provavelmente relacionado ao peso negativo dos fatores psicológicos e do humor sobre os escores totais do QOLIE-31, (BOYLAN *et al.*, 2004; CANUET, 2009; KWAN, P. *et al.*, 2009; TEDRUS *et al.*, 2012).

Deve-se ressaltar que o estudo teve diversas limitações. Entre elas, destacam-se o fato de ter sido conduzido com uma amostra pequena de PCE atendidos em serviços terciários e a necessidade de exclusão daqueles com déficit cognitivo ou dificuldades de leitura, o que pode prejudicar o poder de representatividade da população geral de pessoas acometidas por epilepsia. Quando se leva em consideração a extensa literatura descrevendo a associação

de depressão com epilepsia, o presente estudo compensa as limitações ao deter-se a compreender de maneira ampla a apresentação clínica de sintomas deprimidos a partir de uma análise qualitativa e quantitativa. Indo além, há uma preocupação latente em buscar por meio da comparação da performance de mais de um instrumento de rastreio e diagnóstico quais estratégias seriam mais adequadas para a população atendida por estes centros.

Conclusões

O diagnóstico de Depressão foi frequente na amostra estudada. Apresentam uma clínica onde predominam sintomas depressivos, ansiosos e somáticos gerais com uma percepção distorcida de si mesmo e do que os rodeiam. O impacto da doença pode ser mensurado a partir dos piores índices de qualidade de vida. Diante da magnitude do problema, o NDDI-E e o HAM-D 17 se mostraram eficazes apesar do primeiro apresentar um ponto de corte diferente ao originalmente proposto. Espera-se que este estudo sirva de estímulo à implementação de protocolos de enfrentamento do subdiagnóstico e tratamento da depressão em PCE>

Referências

ALSAADI, Taoufik *et al.* Depressive disorders in patients with epilepsy: Why should neurologists care? **Health** v. 05, n. 06, p. 14–20 , 2013.

AMORIM, Patrícia. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. **Revista Brasileira de Psiquiatria** v. 22, n. 3, p. 106–115 , set. 2000.

BAKER, G. A. *et al.* Commission on Outcome Measurement in Epilepsy, 1994–1997: Final Report. **Epilepsia** v. 39, n. 2, p. 213–231 , 1 fev. 1998.

BECK, Aaron T. A systematic investigation of depression. **Comprehensive Psychiatry** v. 2, n. 3, p. 163–170 , jun. 1961.

BECK, Aaron T. **Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects**. [S.l.]: University of Pennsylvania Press, 1967. 388 p. .978-0-8122-1032-3.

BECK, Aaron T.; BREDEMEIER, Keith. A Unified Model of Depression Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. **Clinical Psychological Science** p. 2167702616628523 , 29 mar. 2016.

BEGLEY, Charles E. *et al.* Cross-Country Measures for Monitoring Epilepsy Care. **Epilepsia** v. 48, n. 5, p. 990–1001 , maio 2007.

BELL, G. S.; SANDER, J. W. Suicide and epilepsy. **Curr. Opin. Neurol.** v. 22, p. 174–178 , 2009.

BELL, Gail S.; NELIGAN, Aidan; SANDER, Josemir W. An unknown quantity-The worldwide prevalence of epilepsy. **Epilepsia** v. 55, n. 7, p. 958–962 , jul. 2014.

BEN-MENACHEM, Elinor. Weight issues for people with epilepsy—A review. **Epilepsia** v. 48, p. 42–45 , 1 dez. 2007.

BLUMER, D.; MONTOURIS, G.; DAVIES, K. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. **Epilepsy Behav.** v. 5, p. 826–840 , 2004.

BORGES, Moacir Alves *et al.* Urban prevalence of epilepsy: populational study in São José do Rio Preto, a medium-sized city in Brazil. **Arquivos de neuro-psiquiatria** v. 62, n. 2A, p. 199–204 , 2004.

BOYLAN, L. S. *et al.* Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. **Neurology** v. 62, n. 2, p. 258–261 , 27 jan. 2004.

BRAGATTI, José Augusto *et al.* Prevalence of psychiatric comorbidities in temporal lobe epilepsy: the value of structured psychiatric interviews. **Epileptic Disorders** v. 12, n. 4, p. 283–291 , 1 dez. 2010.

BRITO-MARQUES, Paulo Roberto De; CABRAL-FILHO, José Eulálio. The role of education in mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** v. 62, n. 2A, p. 206–211 , jun. 2004.

BRODIE, M. J. *et al.* Psychomotor impairment and anticonvulsant therapy in adult epileptic patients. **European Journal of Clinical Pharmacology** v. 31, n. 6, p. 655–660 , [S.d.].

BULLOCH, Andrew G.M. *et al.* Depression — a common disorder across a broad spectrum of neurological conditions: a cross-sectional nationally representative survey. **General Hospital Psychiatry** , jun. 2015. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834315001449>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

CANUET, L. Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy. **Epilepsy Res.** v. 83, p. 58–65 , 2009.

CAPUA, Daniela Di *et al.* Validation of the Spanish version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E). **Epilepsy & Behavior** v. 24, n. 4, p. 493–496 , 1 ago. 2012.

CASPER, R. C. *et al.* Somatic symptoms in primary affective disorder: Presence and relationship to the classification of depression. **Archives of General Psychiatry** v. 42, n. 11, p. 1098–1104 , 1 nov. 1985.

CAVANNA, Andrea Eugenio *et al.* Depression in women with epilepsy: clinical and neurobiological aspects. **Functional Neurology** v. 24, n. 2, p. 83–87 , jun. 2009.

COMISSION (Org.). Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes. **Epilepsia** v. 30, n. 4, p. 389–399 , 1 ago. 1989.

COMISSION (Org.). Proposal for Revised Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizures. **Epilepsia** v. 22, n. 4, p. 489–501 , 1 ago. 1981.

COTTERMAN-HART, S. Depression in epilepsy: why aren't we treating? **Epilepsy Behav.** v. 19, p. 419 , 2010.

CRAMER, Joyce A. *et al.* Development and Cross-Cultural Translations of a 31-Item Quality of Life in Epilepsy Inventory. **Epilepsia** v. 39, n. 1, p. 81–88 , 1 jan. 1998.

CURRY, Leslie A.; NEMBHARD, Ingrid M.; BRADLEY, Elizabeth H. Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research. **Circulation** v. 119, n. 10, p. 1442–1452 , 17 mar. 2009.

DA SILVA, Tatiana Indelicato *et al.* Validity and reliability of the Portuguese version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31) for Brazil. **Epilepsy & Behavior** v. 10, n. 2, p. 234–241 , mar. 2007.

DE ARAÚJO FILHO, Gerardo Maria *et al.* Psychiatric comorbidity in patients with two prototypes of focal versus generalized epilepsy syndromes. **Seizure** v. 20, n. 5, p. 383–386 , jun. 2011.

DE ARAUJO, G. M. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. **Epilepsy Behav.** v. 13, p. 196–201 , 2008.

DE BOER, Hanneke M.; MULA, Marco; SANDER, Josemir W. The global burden and stigma of epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 12, n. 4, p. 540–546 , maio 2008.

DE OLIVEIRA, G. N. Brazilian version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E). **Epilepsy Behav.** v. 19, p. 328–331 , 2010.

DE OLIVEIRA-FILHO, Alfredo Dias *et al.* The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian–Portuguese version in hypertensive adults. **Research in Social and Administrative Pharmacy** v. 10, n. 3, p. 554–561 , maio 2014.

FERNANDES, Paula Teixeira; LI, Li Min. Perception epilepsy' stigma. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology** v. 12, n. 4, p. 207–218 , dez. 2006.

FILHO, Araújo *et al.* Psychiatric disorders in epilepsy: a proposal for classification by the ILAE commission on neuropsychiatry. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology** v. 14, n. 3, p. 119–123 , set. 2008.

FILHO, Gerardo Maria de Araújo *et al.* Psychiatric comorbidity in epilepsy: A study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 13, n. 1, p. 196–201 , jul. 2008.

FOLDVARY, N.; BINGAMAN, W. E.; WYLLIE, E. Surgical treatment of epilepsy. **Neurologic Clinics** v. 19, n. 2, p. 491–515 , maio 2001.

GAITATZIS, Athanasios *et al.* The Epidemiology of the Comorbidity of Epilepsy in the General Population. **Epilepsia** v. 45, n. 12, p. 1613–1622 , 1 dez. 2004.

GAUS, Verena *et al.* Gender differences in depression, but not in anxiety in people with epilepsy. **Seizure - European Journal of Epilepsy** v. 32, p. 37–42 , 1 nov. 2015.

GILLIAM, Frank G. *et al.* Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. **The Lancet Neurology** v. 5, n. 5, p. 399–405 , 2006.

GOFFMAN, Erving. **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. [S.l.]: Simon and Schuster, 2009. 164 p. From the author of *The Presentation of Self in Everyday Life*, Stigma analyzes a person's feelings about himself and his relationship to people whom society calls "normal." Stigma is an illuminating excursion into the situation of persons who are unable to conform to standards that society calls normal. Disqualified from full social acceptance, they are stigmatized individuals. Physically deformed people, ex-mental patients, drug addicts, prostitutes, or those ostracized for other reasons must constantly strive to adjust to their precarious social identities. Their image of themselves must daily confront and be affronted by the image which others reflect back to them. Drawing extensively on autobiographies and case studies, sociologist Erving Goffman analyzes the stigmatized person's feelings about himself and his relationship to "normals" He explores the variety of strategies stigmatized individuals employ to deal with the rejection of others, and the complex sorts of information about themselves they project. In Stigma the interplay of alternatives the stigmatized individual must face every day is brilliantly examined by one of America's leading social analysts. 978-1-4391-8833-0.

HAMILTON, Max. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry** v. 23, n. 1, p. 56–62 , fev. 1960.

HECIMOVIĆ, Hrvoje *et al.* Suicidality and epilepsy: A neuropsychobiological perspective. **Epilepsy & Behavior** v. 22, n. 1, p. 77–84 , 1 set. 2011.

HINNELL, Claire *et al.* Health status and health-related behaviors in epilepsy compared to other chronic conditions—A national population-based study. **Epilepsia** v. 51, n. 5, p. 853–861 , 1 maio 2010.

HOPPE, Christian; ELGER, Christian E. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. **Nature Reviews Neurology** v. 7, n. 8, p. 462–472 , 12 jul. 2011.

KANNER, A. Depression and epilepsy: A bidirectional relation? **Epilepsia** v. 52, n. Suppl. 1, p. 21–27 , 2011.

KANNER, A. M. Psychiatric issues in epilepsy: the complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. **Epilepsy Behav.** v. 15, p. 83–87 , 2009.

KANNER, Andres M. Can neurobiological pathogenic mechanisms of depression facilitate the development of seizure disorders? **The Lancet Neurology** v. 11, n. 12, p. 1093–1102 , dez. 2012.

KANNER, Andres M.; SCHACHTER, Steven C.; *et al.* Depression and epilepsy: Epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence. **Epilepsy & Behavior** v. 24, n. 2, p. 156–168 , jun. 2012.

KANNER, Andres M. Depression in Epilepsy: A Neurobiologic Perspective. **Epilepsy Currents** v. 5, n. 1, p. 21–27 , jan. 2005a.

KANNER, Andres M.; BARRY, John J.; *et al.* Depressive and anxiety disorders in epilepsy: Do they differ in their potential to worsen common antiepileptic drug–related adverse events? **Epilepsia** v. 53, n. 6, p. 1104–1108 , 1 jun. 2012.

KANNER, Andres M. Should neurologists be trained to recognize and treat comorbid depression of neurologic disorders? Yes. **Epilepsy & Behavior: E&B** v. 6, n. 3, p. 303–311 , maio 2005b.

KANNER, Andres M. The treatment of depressive disorders in epilepsy: What all neurologists should know. **Epilepsia** v. 54, p. 3–12 , 1 mar. 2013.

KENNEDY, Sidney H. Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment. **Dialogues in Clinical Neuroscience** v. 10, n. 3, p. 271–277 , 2008.

KIMISKIDIS, Vasilios K. *et al.* Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables. **Annals of General Psychiatry** v. 6, p. 28 , 2007.

KRISHNAMOORTHY, E.S.; TRIMBLE, M.R.; BLUMER, D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: A proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 10, n. 3, p. 349–353 , maio 2007.

KWAN, P. *et al.* Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of-life ratings in adults with epilepsy. **Epilepsia** v. 50, p. 1059–1066 , 2009.

KWAN, Patrick; BRODIE, Martin J. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. **The Lancet** v. 357, n. 9251, p. 216–222 , jan. 2001.

LAMBERT, Michelle V.; ROBERTSON, Mary M. Depression in Epilepsy: Etiology, Phenomenology, and Treatment. **Epilepsia** v. 40, p. s21–s47 , 1 out. 1999.

LEE, S. A.; LEE, S. M.; NO, Y. J. Factors contributing to depression in patients with epilepsy. **Epilepsia** v. 51, p. 1305–1308 , 2010.

LINDE, J. A. *et al.* Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. **International Journal of Obesity** v. 28, n. 3, p. 418–425 , 13 jan. 2004.

MARGROVE, Kerrie *et al.* Depression screening for patients with epilepsy in a primary care setting using the Patient Health Questionnaire-2 and the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 21, n. 4, p. 387–390 , ago. 2011.

MARTINS, H. H. *et al.* Are adverse effects of antiepileptic drugs different in symptomatic partial and idiopathic generalized epilepsies? The Portuguese–Brazilian validation of the Liverpool Adverse Events Profile. **Epilepsy & Behavior** v. 22, n. 3, p. 511–517 , nov. 2011.

MEHNDIRATTA, Prachi; SAJATOVIC, Martha. Treatments for patients with comorbid epilepsy and depression: A systematic literature review. **Epilepsy & Behavior** v. 28, n. 1, p. 36–40 , jul. 2013.

MENDEZ MF; CUMMINGS JL; BENSON D. Depression in epilepsy: Significance and phenomenology. **Archives of Neurology** v. 43, n. 8, p. 766–770 , 1 ago. 1986.

MITCHELL, Alex J. *et al.* Which symptoms are indicative of depression in epilepsy settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms. **Journal of Affective Disorders** v. 150, n. 3, p. 861–867 , 25 set. 2013.

MORISKY, Donald E. *et al.* Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **The Journal of Clinical Hypertension** v. 10, n. 5, p. 348–354 , 1 maio 2008.

MORRELL, Martha J. *et al.* Sexual dysfunction, sex steroid hormone abnormalities, and depression in women with epilepsy treated with antiepileptic drugs. **Epilepsy & Behavior** v. 6, n. 3, p. 360–365 , maio 2005.

MULA, M. Clinical and psychopathological definition of the interictal dysphoric disorder of epilepsy. **Epilepsia** v. 49, p. 650–656 , 2008.

MULA, M. *et al.* Validation of the Hamilton Rating Scale for Depression in adults with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** v. 41, p. 122–125 , dez. 2014.

MULA, Marco *et al.* Validation of rapid suicidality screening in epilepsy using the NDDIE. **Epilepsia** v. 57, n. 6, p. 949–955 , 1 jun. 2016.

MULA, Marco; SCHMITZ, Bettina. Depression in Epilepsy: Mechanisms and Therapeutic Approach. **Therapeutic Advances in Neurological Disorders** v. 2, n. 5, p. 337–344 , set. 2009.

NELSON, J. C.; CHARNEY, D. S. The symptoms of major depressive illness. **The American Journal of Psychiatry** v. 138, n. 1, p. 1–13 , jan. 1981.

NGUGI, Anthony K. *et al.* Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: A meta-analytic approach: Estimation of the Burden of Epilepsy. **Epilepsia** v. 51, n. 5, p. 883–890 , maio 2010.

NORONHA, Ana L. A. *et al.* Prevalence and Pattern of Epilepsy Treatment in Different Socioeconomic Classes in Brazil. **Epilepsia** v. 48, n. 5, p. 880–885 , maio 2007.

OLIVEIRA, Guilherme Nogueira M. De *et al.* Beck Depression Inventory (BDI) and Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) in patients with epilepsy. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v. 60, n. 2, p. 131–134 , 2011a.

OLIVEIRA, Guilherme Nogueira M. De *et al.* Beck Depression Inventory (BDI) and Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) in patients with epilepsy. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v. 60, n. 2, p. 131–134 , 2011b.

ONWUEKWE, Io *et al.* Depression in patients with epilepsy: A study from Enugu, South East Nigeria. **Annals of Medical and Health Sciences Research** v. 2, n. 1, p. 10 , 2012.

ORIÁ, Mônica O. B. *et al.* Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nursing** v. 26, n. 6, p. 574–583 , 1 nov. 2009.

PANELLI, Rosemary June *et al.* The Liverpool Adverse Events Profile: Relation to AED Use and Mood. **Epilepsia** v. 48, n. 3, p. 456–463 , mar. 2007.

PERUCCA, P. *et al.* Adverse antiepileptic drug effects in new-onset seizures: a case-control study. **Neurology** v. 76, n. 3, p. 273–279 , 18 jan. 2011.

PERUCCA, Piero; GILLIAM, Frank G.; SCHMITZ, Bettina. Epilepsy treatment as a predeterminant of psychosocial ill health. **Epilepsy & Behavior** v. 15, n. 2, p. S46–S50 , jun. 2009.

REUBER, MARKUS *et al.* Depression and anxiety before and after temporal lobe epilepsy surgery. **Seizure** v. 13, n. 2, p. 129–135 , mar. 2004.

SCAMBLER, Graham; HOPKINS, Anthony. Special Issue Qualitative Research On Chronic IllnessGenerating a model of epileptic stigma: The role of qualitative analysis. **Social Science & Medicine** v. 30, n. 11, p. 1187–1194 , 1 jan. 1990.

SHEEHAN, D. V. *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **The Journal of Clinical Psychiatry** v. 59 Suppl 20, p. 22- 33;quiz 34-57 , 1998.

SHNEKER, B. F.; CIOS, J. S.; ELLIOTT, J. O. Suicidality, depression screening, and antiepileptic drugs: reaction to the FDA alert. **Neurology** v. 72, p. 987–991 , 2009.

STANDAGE, K. F.; FENTON, G. W. Psychiatric symptom profiles of patients with epilepsy: a controlled investigation. **Psychological Medicine** v. 5, n. 02, p. 152–160 , maio 1975.

STEFANELLO, S. *et al.* Psychiatric comorbidity and suicidal behavior in epilepsy: a community-based case-control study. **Epilepsia** v. 51, p. 1120–1125 , 2010.

TAYLOR, Rod S. *et al.* Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. **Epilepsia** v. 52, n. 12, p. 2168–2180 , dez. 2011.

TEDRUS, Gloria Maria de Almeida Souza *et al.* Epilepsia e depressão: aspectos sociodemográficos e clínicos associados. **Revista de Ciências Médicas** v. 18, n. 5/6 , 2012. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/623>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

TELLEZ-ZENTENO, Jose F. *et al.* Psychiatric Comorbidity in Epilepsy: A Population-Based Analysis. **Epilepsia** v. 0, n. 0, p. 070728063136006-??? , 28 jul. 2007.

THAPAR, A.; KERR, M.; HAROLD, G. Stress, anxiety, depression, and epilepsy: investigating the relationship between psychological factors and seizures. **Epilepsy Behav.** v. 14, p. 134–140 , 2009.

THOMSON, Alfredo E. *et al.* Screening of major depression in epilepsy: The Neurologic Depression Disorders Inventory in Epilepsy-Spanish version (Argentina). **Epilepsia** v. 55, n. 2, p. 331–334 , 1 fev. 2014.

TRIANTAFYLLOU, Nikolaos I. *et al.* Patterns of depressive symptoms in epilepsy. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** v. 71, n. 4, p. 213–215 , abr. 2013.

WILLIAMS, Christine L. *et al.* Qualitative and quantitative measurement of depression in veterans recovering from stroke. **Journal of Rehabilitation Research and Development** v. 42, n. 3, p. 277–290 , jun. 2005.

ZUBARAN, Carlos *et al.* The Portuguese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale—Short Form. **Journal of Human Lactation** v. 26, n. 3, p. 297–303 , 8 jan. 2010.

ANEXO A

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – Depressão Maior

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	
A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:				
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO")	NÃO SIM * EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL		
SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:				
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11
A5b É COTADA SIM ?		NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE		

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

ANEXO B

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO EM TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS PARA A EPILEPSIA (IDTN-E)

O questionário abaixo foi elaborado para auxiliar no rastreamento de depressão em pessoas com epilepsia. Para cada um dos enunciados da tabela, por favor, circule o número que melhor descreve a maneira como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.

	Sempre ou Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
TUDO É UM GRANDE ESFORÇO PARA MIM.	4	3	2	1
NADA DO QUE EU FAÇO É CERTO.	4	3	2	1
EU ME SINTO CULPADO (A).	4	3	2	1
EU PREFERIRIA ESTAR MORTO (A).	4	3	2	1
EU ME SINTO FRUSTRADO (A).	4	3	2	1
EU TENHO DIFICULDADES EM ENCONTRAR PRAZER.	4	3	2	1

ANEXO C

ESCALA DE HAMILTON PARA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO (HAM-D 21 itens)

1 HUMOR DEPRIMIDO

0. Ausente

1. Sentimentos relatados apenas ao ser perguntado
2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras
3. Comunica os sentimentos com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro
4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente

ESCORE

2 SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausentes

1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros
2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más Acções
3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa
4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3 SUICÍDIO

0. Ausente

1. Sente que a vida não vale a pena
2. Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte
3. Idéias ou gestos suicidas
4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria)

4 INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldade

1. Tem alguma dificuldade ocasional, isto é, mais de meia hora
2. Queixa de dificuldade para conciliar todas as noites

5 INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldade

1. Queixa-se de inquietude e perturbação durante a noite
2. Acorda à noite; qualquer saída da cama (exceto para urinar)

6 INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldade

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama

7 TRABALHOS E ATIVIDADES

0. Sem dificuldade

1. Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza

relacionada às atividades; trabalho ou passatempos

2. Perda de interesse por atividades (passatempos, trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades).

3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade.

No hospital, marcar 3 se o paciente passa menos de 3h em atividades externas (passatempos ou trabalho hospitalar)

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio

8 RETARDO

0. Pensamento e fala normais

1. Leve retardo durante a entrevista

2. Retardo óbvio à entrevista

3. Estupor completo

9 AGITAÇÃO

0. Nenhuma

1. Brinca com as mãos ou com os cabelos, etc

2. Troce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10 ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem ansiedade

1. Tensão e irritabilidade subjetivas

2. Preocupação com trivialidades

3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala

4. Medos expressos sem serem inquiridos

11 ANSIEDADE SOMÁTICA (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaléia, hiperventilação, suspiros, sudorese, frequência urinária)

0. Ausente

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12 SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

0. Nenhum

1. Perda do apetite, mas alimenta-se voluntariamente; sensações de peso no abdome
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

13 SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum

1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgia. Perda de energia e cansaço
2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2

14 SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, sintomas menstruais)

0. Ausentes

1. Leves distúrbios menstruais
2. Intensos

15 HIPOCONDRIA

0. Ausente

1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
4. Ideias delirantes hipocondríacas

16 PERDA DE PESO (Marcar A ou B; A – pela história; B – pela avaliação

semanal do psiquiatra responsável)

A.

0. Sem perda de peso

1. Provável perda de peso da doença atual
2. Perda de peso definida

B.

0. Menos de 0,5kg de perda por semana

1. Mais de 0,5kg de perda por semana
2. Mais de 1kg de perda por semana

17 CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

0. Reconhece que está deprimido e doente

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, necessidade de repouso
2. Nega estar doente

18 VARIAÇÃO DIURNA (se há variação dos sintomas pela manhã ou à noite; caso não haja variação, marcar 0)

0. Ausentes

1. Leve

2. Grave

19 DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO (Ideias niilistas, sensações de irrealidade)

- 0. Ausentes
- 1. Leves
- 2. Moderadas
- 3. Graves
- 4. Incapacitantes

20 SINTOMAS PARANOIDES

- 0. Nenhum
- 1. Desconfiança
- 2. Ideias de referência
- 3. Delírio de referência e perseguição

21 SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- 0. Nenhum
- 1. Leves
- 2. Graves

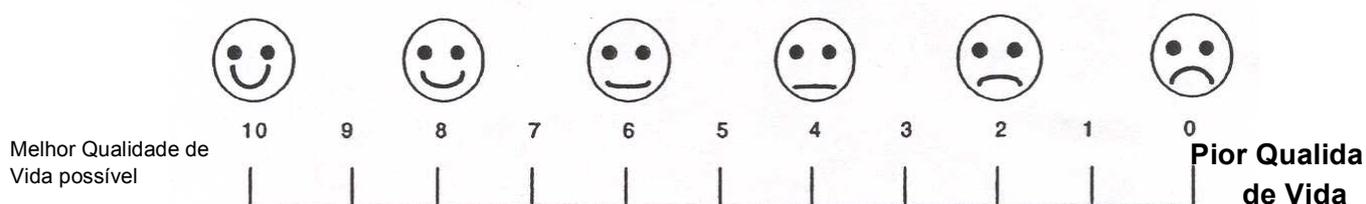
ESCORE TOTAL = _____ PONTOS

ANEXO D

QOLIE – 31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory)

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

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



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

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
2. Sentiu-se cheio de disposição, de ânimo?	1	2	3	4	5	6
3. Sentiu-se muito nervoso?	1	2	3	4	5	6
4. Sentiu-se tão triste que nada o animava?	1	2	3	4	5	6
5. Sentiu-se calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
6. Sentiu-se cheio de energia?	1	2	3	4	5	6
7. Sentiu-se desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6

8. Sentiu-se esgotado?	1	2	3	4	5	6
9. Sentiu-se feliz?	1	2	3	4	5	6
10. Sentiu-se cansado?	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-se em ter outra crise?	1	2	3	4	5	6
12. Teve dificuldade de raciocinar e resolver problemas (como fazer planos, tomar decisões, aprender coisas novas)?	1	2	3	4	5	6
13. Você diminuiu suas atividades sociais, como visitar amigos ou parentes próximos por problemas com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

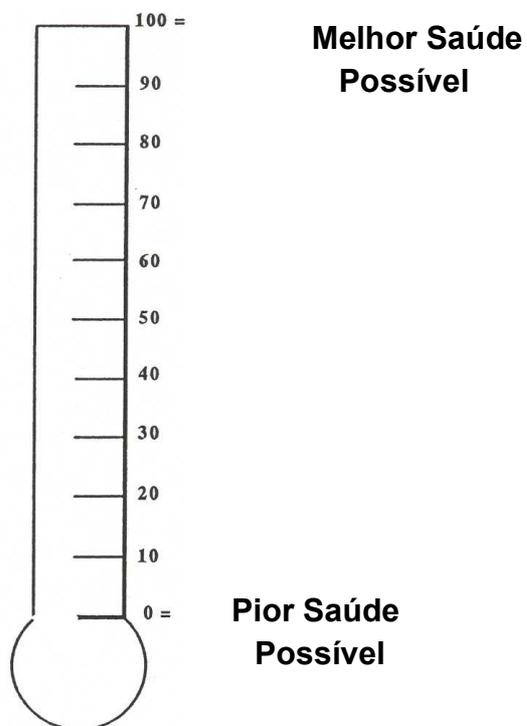
	Sim, bastante	Sim, moderadamente	Sim, só um pouco	Sim, Às vezes	Não, nenhum
21. Você tem medo de ter outra crise nas próximas 4 semanas?	1	2	3	4	5
22. Você se preocupa em machucar-se durante uma crise?	1	2	3	4	5
23. Preocupa-se em se envergonhar ou ter problemas sociais devido a crise?	1	2	3	4	5
24.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

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

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

31. Quanto você acha que sua saúde está boa ou ruim? No termômetro abaixo a **melhor saúde possível** corresponde a **100** e a **pior saúde possível** corresponde

a **0**. Circule um número na escala que melhor indica **como você se sente em relação a sua saúde**. Ao responder, **considere a epilepsia** como sendo parte da sua saúde.



QOLIE-31 Formulário de pontuação
(Escores para correção do QOLIE-31)

Escala/Item Números	RESPONSE						Escala Item Subtotal	Pontuação final
	1	2	3	4	5	6		Escala de 0-100
A. Preocupação com as crises								
11	0	20	40	60	80	100		
21	0	25	50	75	100	-		
22	0	25	50	75	100	-		
23	0	25	50	75	100	-		
25	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL A		÷ 5 =
B. Qualidade de vida global								
1	Multiplique a resposta por 10					-		
14	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL B		÷ 2 =
C. Bem estar emocional								
3	0	20	40	60	80	100		
4	0	20	40	60	80	100		
5	100	80	60	40	20	0		
7	0	20	40	60	80	100		
9	100	80	60	40	20	0		
						TOTAL C		÷ 5 =
D. Vitalidade								
2	100	80	60	40	20	0		
6	100	80	60	40	20	0		
8	0	20	40	60	80	100		
10	0	20	40	60	80	100		
						TOTAL D		÷ 4 =

E. Funcionamento Cognitivo								
12	0	20	40	60	80	100		
15	0	33.3	66.7	100	-	-		
16	0	20	40	60	80	100		
17	0	20	40	60	80	100		
18	0	20	40	60	80	100		
26	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL E		÷ 6 =
F. Efeitos adversos das drogas antiepilépticas								
24	0	25	50	75	100	-		
29	100	75	50	25	0	-		
30	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL F		÷ 3 =
G. Funcionamento Social								
13	0	20	40	60	80	100		
19	0	25	50	75	100	-		
20	0	25	50	75	100	-		
27	100	75	50	25	0	-		
28	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL G		÷ 5 =

FORMULA PARA CÁLCULO DA PONTUAÇÃO FINAL DA ESCALA QOLIE-31

QOLIE-31	Escore final da escala	Peso	Subtotal	
Preocupação com as crises		X 0.08 =		A
Qualidade de vida global		X 0.14 =		B
Bem estar emocional		X 0.15 =		C
Vitalidade		X 0.12 =		D
Funcionamento Cognitivo		X 0.27 =		E
Efeitos adversos das drogas antiepilépticas		X 0.03 =		F
Funcionamento Social		X0.21 =		G
Escore global = Soma dos subtotais A-G		TOTAL =		

T-escores são transformações lineares dos escores que produzem uma média de 50 e um desvio padrão de 10 para uma coorte. T-escores podem ser computados usando a seguinte fórmula:

T-escore = $50 + [10 (\text{escore final observado da escala menos a média da escala})]$

[(Desvio padrão da escala)]

ANEXO E

Portuguese–Brazilian Version of Liverpool Adverse Events Profile (LAEP)

Durante as quatro últimas semanas, você teve algum destes problemas ou efeitos adversos da medicação listados abaixo? Para cada item, se teve algum problema sempre ou freqüentemente, circule 4; se o problema apareceu de vez em quando circule 3; e assim sucessivamente. Favor se certificar de ter respondido a todos os itens.

	Sempre ou Freqüentemente	De vez em quando	Raramente	Nunca
Dificuldade de manter o equilíbrio do corpo	4	3	2	1
Cansaço	4	3	2	1
Agitação	4	3	2	1
Nervosismo e/ou agressividade	4	3	2	1
Vontade de agredir	4	3	2	1
Dor de cabeça	4	3	2	1
Queda de cabelo	4	3	2	1
Problemas na pele como espinhas e alergia	4	3	2	1
Visão dupla ou borrada	4	3	2	1
Irritação no estômago	4	3	2	1
Dificuldade de concentração	4	3	2	1
Problemas na boca ou na gengiva	4	3	2	1
Tremor nas mãos	4	3	2	1
Ganho de peso	4	3	2	1
Tontura	4	3	2	1
Sonolência	4	3	2	1
Depressão	4	3	2	1
Problemas de memória	4	3	2	1
Sono perturbado/interrompido	4	3	2	1

ANEXO F

TESTE DE MORISKY E GREEN

A) VOCÊ, ALGUMA VEZ, SE ESQUECE DE TOMAR O(S) SEU(S) RMÉDIO(S)?

SIM () NÃO ()

B) VOCÊ, ÀS VEZES É DESCUIDADO QUANTO AO HORÁRIO DE TOMAR SEU(S) REMÉDIO(S)?

SIM () NÃO ()

C) QUANDO VOCÊ SE SENTE BEM, ALGUMA VEZ VOCÊ DEIXA DE TOMAR O(S) SEU(S) REMÉDIO(S)?

SIM () NÃO ()

D) QUANDO VOCÊ SE SENTE MAL, ALGUMA VEZ VOCÊ DEIXA DE TOMAR O(S) SEU(S) REMÉDIO(S)?

SIM () NÃO ()

ANEXO G

Modelo de entrevista semiestruturada

1. Dia típico

O que geralmente acontece num dia comum?

Qual é a melhor parte do dia para você?

Qual é a pior parte do dia para você?

Será que ter alguém próximo faz diferença para um dia ser melhor ou pior?

2. Viver com epilepsia

Como era sua vida antes do início da epilepsia? De que forma ter epilepsia mudou a sua vida?

Como a sua idade se relaciona com os problemas que você teve desde o início da epilepsia?

Se você estivesse falando com uma outra pessoa que se descobriu com epilepsia, que conselho você daria para ela?

Existem coisas que você diria para essa pessoa, desde que fosse útil para você?

3. Autoconstrução

Você se vê como uma pessoa diferente agora que você tem epilepsia?

Você acha que os outros veem você como uma pessoa diferente, agora que você tem epilepsia?

Você está frustrado com as coisas agora que não estava no passado?

Diga-me um pouco sobre como sua família está reagindo com você depois da epilepsia

4. Lidando com atividades sociais

Como você se sente sai para fazer compras ou para fazer outras coisas em público?

Você evita sair de casa por causa de como você acha que os outros vão ver você?

Agora que você já trata a sua epilepsia, você se sente seguro para sair em público?

5. Construção da imagem corpo/epilepsia

Quais são as suas maiores preocupações sobre o seu corpo agora?

Você acha que você se concentra em seu corpo mais agora do que antes da epilepsia?

O que você faz para se manter saudável?

6. O sentido da vida

Como a sua filosofia sobre a vida pode ajuda-lo com sua vida agora com a epilepsia?
Quais as crenças ajudam a gerenciar desde que você tem epilepsia?

7. O futuro e o passado

Agora que você tem Epilepsia, o que o futuro parece para você?
Como será a vida para você daqui a um ano?
Você tem planos para o futuro?

Baseado em WILLIAMS, Christine L. et al. Qualitative and quantitative measurement of depression in veterans recovering from stroke. Journal of rehabilitation research and development, v. 42, n. 3, p. 277, 2005.