

Luciane Lorencetti Lunardi

**STRESS E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES GRÁVIDAS COM
EPILEPSIA**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

2010

Luciane Lorencetti Lunardi

**STRESS E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES GRÁVIDAS COM
EPILEPSIA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de concentração Ciências Biomédicas.

Orientadora: Pro^a Dr^a Elisabete Abib Pedroso de Souza

Co-Orientador: Prof^o Dr^o Carlos Alberto Mantovanni Guerreiro

Apoio: **FAPESP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

L971s Lunardi, Luciane Lorencetti
 Stress e qualidade de vida de mulheres grávidas com epilepsia /
 Luciane Lorencetti Lunardi. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientadores: Elisabete Abib Pedroso de Souza, Carlos Alberto
Mantovanni Guerreiro
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Epilepsia. 2. Gravidez. 3. Qualidade de vida. I. Souza,
Elisabete Abib Pedroso de. II. Guerreiro, Carlos Alberto
Mantovanni. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em inglês : Stress and quality of life of pregnancy women with
epilepsy**

Keywords: • Epilepsy
 • Pregnancy
 • Quality of life

Titulação: Mestre em Ciências Médicas

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

Prof. Dr. Elisabete Abib Pedroso de Souza

Prof. Dr. Diana Tosello Laloní

Prof. Dr. Catarina Abraão Guimarães

Data da defesa: 26-07-2010

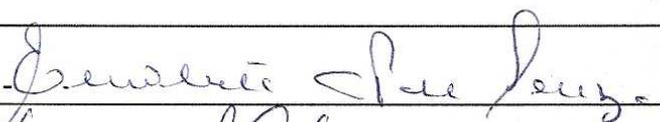
Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Luciane Lorencetti Lunardi

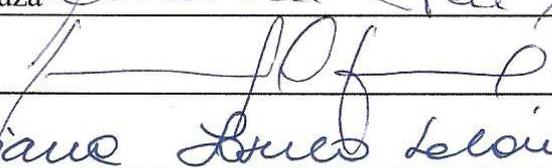
Orientador(a): Profa. Dra. Elisabete Abib Pedroso De Souza

Membros:

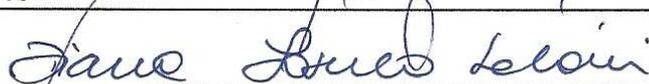
1. Profa. Dra. Elisabete Abib Pedroso De Souza -



2. Profa. Dra. Catarina Abraão Guimarães -



3. Profa. Dra. Diana Tosello Laloni -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/07/2010

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Hermínio e Sonia, por sempre me apoiarem e acreditarem nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Deus, por sempre me guiar e permitir construir meu caminho rodeada por grandes pessoas.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Elisabete Abib Pedroso de Souza, pela orientação, apoio, carinho e amizade.

Aos meus pais, Hermínio e Sonia, por toda a dedicação, amor, incentivo e por sempre valorizar a minha formação.

Ao meu irmão Adriano, que esteve presente em todos os momentos de minha vida, me protegendo sempre.

À minha prima Ana Carolina Marchiori, por compartilhar comigo tantas coisas.

As minhas amigas do mestrado, Helena Rezende, Marina Neri, Nathalia Siqueira, Paula Preto e Roberta Roiz, por dividirem comigo angustia, alegrias e desafios.

Às minhas amigas, em especial à Ana Paula Bertolo, Carina Pittoli, Daniela Jardim, Isabella Costallat e Marina Leonardo por acompanharem cada etapa deste trabalho, sempre com palavras de incentivo.

À todos os profissionais do Ambulatório e do Departamento de Neurologia, em especial à Cecília Godoy e Solange, pelo carinho e amizade.

À todos do Serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, por sempre compreenderem minha ausência, em especial à Cleide Duarte, Daniel Fontes e Luciana Monteiro.

À Cleide, da Comissão de Estatística da FCM-Unicamp, pela grande ajuda nas análises estatísticas.

À Marcinha, da Secretaria da Pós-Graduação da FCM-UNICAMP, por toda atenção e empenho em ajudar neste momento.

À Prof^a Dr^a Catarina Abraão, Prof^a Dr^a Diana T. Laloni e a Prof^a Dr^a Marilisa M. Guerreiro pelas contribuições na banca de qualificação.

À Prof^a Dr^a Josiane M. F. Tonelotto por iniciar minha formação na área da pesquisa sendo meu exemplo de profissionalismo, mãe e mulher.

À todas as participantes deste pesquisa, sem as quais seria impossível realizar este trabalho.

À FAPESP, pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

RESUMO	XVIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUÇÃO	1
1.1.Epilepsia	2
1.2.Stress	5
1.3.Qualidade de vida	9
1.4.Gravidez e epilepsia	12
2. OBJETIVOS	16
3. CASUISTICA	17
3.1.Seleção de pacientes com diagnóstico de epilepsia e gestante (Grupo Experimental)	17
3.2.Seleção de paciente com diagnóstico de epilepsia (Grupo controle)	18
4. MÉTODO	19
4.1.Ambiente	19
4.2.Instrumentos	19
4.3.Procedimentos	22
4.4.Análise Estatística	24
5. RESULTADOS	25
5.1.Caracterização da amostra	25
5.2.Apresentação dos resultados dos testes psicológicos	27
5.3.Resultados obtidos por meio das relações estatísticas estabelecidas no estudo	33
6. DISCUSSÃO	40

7. CONCLUSÃO	46
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
9. ANEXOS	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Fórmula para o cálculo da pontuação de QV por aspecto e no total	20
Tabela 02: Caracterização demográfica do GE e GC	25
Tabela 03: Caracterização clínica do GE e GC	26
Tabela 04: Análise descritiva e comparações da QV entre o GE e GC	27
Tabela 05: Análise descritiva do stress no GE e GC (presença)	29
Tabela 06: Análise descritiva do stress no GE e GC(fases do stress)	29
Tabela 07: Análise descritiva do protocolo de estratégias adaptativas na gravidez no GE	30
Tabela 08: Análise descritiva do protocolo de levantamento de fontes estressoras na gravidez no GE	30
Tabela 09: Análise descritiva do protocolo de estratégias adaptativas na gravidez e de levantamento de fontes estressoras na gravidez entre stress (presença) no GE	31
Tabela 09: Análise descritiva do protocolo de estratégias adaptativas na gravidez e de levantamento de fontes estressoras na gravidez entre stress (intensidade) no GE	31
Tabela 10: Análise descritiva da entrevista semi-estruturada realizada no GE	31
Tabela 11: Relação entre variáveis demográficas (idade, estado civil, profissão e escolaridade) e stress com QV.	33
Tabela 12: Correlações entre o protocolo de estratégias adaptativas e levantamento de fontes estressoras com o questionário de qualidade de vida no GE	34
Tabela 13: Análise descritiva e comparações da qv entre os momentos pré e pós-parto no GE	35

Tabela 14: Análise descritiva e comparações do stress entre os momentos de pré e pós-parto no GE (presença) 36

Tabela 15: Análise descritiva e comparações do stress entre os momentos de pré e pós-parto no GE (fases do stress) 36

Tabela 16: Análise descritiva e comparações da qv com o “filho desejado” no GE 37

Tabela 17: Análise descritiva e comparações do stress com a variável “filho desejado” e “primeira gestação” no GE 38

Tabela 18: Análise descritiva e comparações da qv com o “primeiro filho”, no GE 39

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Média obtida no QQV-65 no GE e no GC

27

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01: Termo de consentimento livre e esclarecido	54
Anexo 02: Ficha de identificação demográfica e pessoal	55
Anexo 03: Entrevista semi-estruturada	56
Anexo 04: Questionário de qualidade de vida 65 (QQV-65)	57
Anexo 05: Protocolo de levantamento das fontes estressoras	62
Anexo 06: Protocolo de estratégias adaptativas na gravidez	63
Anexo 07: Inventário de sintomas de stress (ISS)	64

RESUMO

A epilepsia é uma condição neurológica crônica que não possui uma definição totalmente satisfatória. Admite-se que 25% dos pacientes com epilepsia sejam mulheres em idade fértil e que 0.3 a 0.6% de todas as crianças nascidas sejam filhas de mães epiléticas. A gestação de mulheres com epilepsia envolve estressores que podem ser avaliados como sobrecarga aos mecanismos adaptativos pessoais. O objetivo principal do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida (QV) e os sinais significativos de stress de mulheres gestante com epilepsia durante a gestação e após três meses de puerpério e comparar com mulheres com epilepsia não grávidas. Foram avaliados dois grupos: grupo experimental (GE) formado por 29 mulheres gestantes com epilepsia e grupo controle (GC) formado por 30 mulheres com epilepsia, todas pacientes do Ambulatório de Psicologia Aplicada à Neurologia do HC/UNICAMP. O GE foi submetido a três encontros para a realização de anamnese; aplicação do Questionário de Qualidade de Vida – QQV-65 (Souza, 2001); Inventário de Sintomas de Stress (Lipp, 1994), Protocolo de Estressores na Gravidez e Protocolo de Estratégias Adaptativas na Gravidez (Torrezan, 1994). Não encontramos diferenças significativas na medida de QV e stress ao comparar ambos os grupos. No entanto, no GE, quando avaliados individualmente no período pré e pós parto observamos diferenças significativas nos aspectos da saúde ($p=0.0495$), físico (0.02868) e emocional ($p=0.0253$) no QQV-65 e na medida das fases do stress. Foi possível observar que a gravidez é um potente estressor que quando retirado mostra melhoras de QV e stress.

ABSTRACT

Epilepsy is a neurological disorder that lacks a fully satisfactory definition. It is assumed that 25% of patients with epilepsy are women of childbearing age and 0.3 to 0.6% of all children are born of mothers with epilepsy. The pregnant women with epilepsy involves stressors that may be assessed as personal burden to adaptive mechanisms. The main objective of this study was to evaluate the quality of life (QOL) and significant signs of stress in pregnant women with epilepsy during pregnancy and after three months postpartum and compared with nonpregnant women with epilepsy. We evaluated two groups: experimental group (EG) formed by 29 pregnant women with epilepsy and control group (CG) consisted of 30 women with epilepsy, all patients of the Neurology, Psychology Applied to HC / UNICAMP. The experimental group was subjected to three meetings to conduct anamnesis; implementation of Quality of Life Questionnaire - QQV-65 (Souza, 2001); Stress Symptoms Inventory (Lipp, 1994), Protocol and Protocol Stressful Pregnancy Strategy adaptive Pregnancy (Torrezan, 1994). No significant differences in the measurement of QOL and stress when comparing both groups. However, in GE, when evaluated individually in the pre and post partum significant differences in aspects of health ($p = 0.0495$), physical (0.02868) and emotional ($p = 0.0253$) in QQV-65 and the extent of the phases of stress . It was observed that pregnancy is a potent stressor that when removed shows improvements in QoL and stress.

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes portadores de epilepsia têm muitas vezes restrições em seu cotidiano e prejuízos em sua qualidade de vida (QV), o que acarreta mudanças tanto para o indivíduo quanto para sua família levando a alterações nos aspectos físicos e psicossociais. No caso das pacientes gestantes, estas alterações são ainda maiores, pois além de todas as preocupações vividas pelo paciente com epilepsia elas ainda se preocupam com gestação e com as interferências das drogas antiepiléticas (DAEs) sobre o conceito.

Há vários trabalhos que apontam para o alto nível de stress e baixa QV nessa população, mas até o momento não foi identificado na literatura nenhum trabalho que avalie objetivamente o stress e a QV, mostrando efetivamente como os aspectos subjetivos interferem com os aspectos da doença.

Muitos estudos mostram a interferência da epilepsia sobre a gestação e da gestação sobre a epilepsia realizando uma análise mais voltada para os aspectos médicos, entretanto, não há trabalhos que mostre como tais efeitos interferem no dia a dia das gestantes nem como se dá a avaliação do mesmo.

Assim, esperamos com este projeto auxiliar a todos os profissionais da área saúde e as próprias gestantes a esclarecerem suas dúvidas permitindo a melhoria da QV dessa população e também na qualidade do serviço prestado pela unidade de saúde.

1.1. EPILEPSIA

Segundo a Liga Internacional de Epilepsia (ILAE) apud Berg et al (2005), a epilepsia é um distúrbio cerebral causado por uma predisposição do cérebro a gerar crises epiléticas e pelas conseqüências neurobiológicas, cognitivas, psicossociais e sociais da condição, caracterizada pela ocorrência de pelo menos uma crise epilética.

A epilepsia não é uma doença individual, mas a expressão clínica de grande número de desordens cerebrais. É uma condição neurológica crônica, que apresenta manifestações etiológicas e clínicas variadas, compreendendo um grupo de doenças que têm em comum as crises epiléticas que recorrem na ausência de doença tóxico-metabólica ou febril (Cockerell & Shorvon, 1997; Guerreiro et al.,2000).

Crises epiléticas são manifestações clínicas resultadas de uma descarga neuronal excessiva, sincrônica e anormal no córtex cerebral, caracterizadas por sinais e sintomas que refletem uma disfunção temporária de um conjunto de neurônios de parte do encéfalo (crises focais) ou de uma área mais extensa envolvendo simultaneamente os dois hemisférios cerebrais (crises generalizadas) (Guerreiro et al.,2000 ; Mello, 2000; ILAE, 2005).

A epilepsia pode ser causada por praticamente todas as doenças ou distúrbios graves que podem acometer o ser humano, além da possibilidade de ser resultado de doenças sistêmicas, como febre, distúrbios metabólicos ou intoxicação exógena; associada a um distúrbio neurológico agudo, como infecção do sistema nervoso central, traumatismo cranioencefálico, anoxia ou acidentes

vasculares cerebrais; espontaneamente, podendo ser única, quando ocorre isolada; ou recorrente, epilepsia idiopática sintomática criptogênica (Porter, 1987; Gherpelli & Manreza, 1995). É importante observar, que a origem multifatorial das epilepsias implica na interação entre as lesões epileptogênicas e na predisposição individual, incluindo fatores genéticos, alterações de neurotransmissores, de receptores e de canais iônicos.

O diagnóstico das epilepsias é fundamentalmente clínico, isto é, baseado nas informações fornecidas pelo paciente ou acompanhante. Os exames clínico-neurológicos, a avaliação neuropsicológica e exames complementares devem proporcionar subsídios valiosos ao diagnóstico completo e seguro (Huck, 1984; Porter, 1987).

A classificação das epilepsias ou síndromes epilépticas, proposta pela ILAE Commission (ILAE, 2005), baseia-se nas semelhanças de tipo de crise, idade de início, sinais clínicos e neurológicos, história familiar, achados de exames complementares (EEG, exames de imagem) e prognóstico.

A maioria das síndromes epilépticas não tem uma causa comum, porém, para a classificação é importante o conhecimento de três tipos de causas das epilepsias: idiopática (epilepsias transmitidas geneticamente), sintomática (epilepsias cujas causas são identificáveis) e criptogênica (epilepsias de causa orgânica, sem etiologia definida).

De acordo com esta classificação, são considerados quatro grupos de epilepsias:

1. síndromes e epilepsias localizadas;
2. síndromes e epilepsias generalizadas;

3. síndromes e epilepsias indeterminadas se focais ou generalizadas e
4. síndromes especiais.

1.2. STRESS

É uma reação do organismo com componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais que ocorre quando surge a necessidade de uma adaptação a um evento ou a uma situação estressora de importância (Lipp, 2000).

O termo stress, foi utilizado em 1926, por Hans Selye para referir a sintomas em comuns de diferentes patologias, como falta de apetite, pressão alta, fadiga e insônia. Diante de inúmeras pesquisas, Selye concluiu que o corpo reagia da mesma maneira independente da origem do stress, reações da qual denominou de “Síndrome da Adaptação Geral” (SAG). Em 1974, Selye redefiniu o stress como “uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência, referindo-se a um conjunto de alterações não específicas em um organismo, desenvolvidas durante a exposição continua a um estressor.

Selye (1956), observou uma seqüência de eventos fisiológicos na manifestação de resposta de stress e dividiu esta seqüência em três fases: alerta, resistência e exaustão.

Fase de Alerta: fase inicial do stress, em que o organismo perde seu equilíbrio ao confrontar-se com um estressor e desencadeia um processo de “luta e fuga” para se adaptar a nova situação, quebrando assim a homeostase. Taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca, sensação de alerta e aumento de produtividade são alguns dos principais sinais desencadeados pelo stress no organismo. Nesta fase, o stress pode ser usado a favor do individuo e é considerado essencial à sobrevivência, no entanto quando o estressor não é eliminado do organismo, este passa para a segunda fase do stress.

Fase de Resistência: Nesta fase o organismo está mais desgastado e começa a se tornar suscetível a doenças. É caracterizada principalmente pelas alterações neuroendócrinas e muitos dos sintomas tendem a desaparecer. Há uma intensa manifestação dos sintomas psicossociais, tais como: ansiedade, medo, isolamento social e oscilação do apetite. Se o organismo não consegue restabelecer o equilíbrio e o estressor persiste, inicia-se a última fase.

Fase de Exaustão: Ocorre quando o organismo não consegue lidar suficientemente com o estressor, não havendo um equilíbrio interno do organismo. Os sintomas são mais intensos e muitas vezes são resultados de uma doença já instalada. As doenças variam de acordo com a predisposição do indivíduo.

Para Holmes & Rahe (1967), toda mudança significativa gera uma necessidade de adaptação por parte do organismo e pode exercer um papel fundamental no stress. Isto quer dizer que nem todos os sintomas do stress são decorrentes apenas de situações negativas ou ameaçadoras, mas também de momentos felizes e agradáveis.

De acordo com Rangé (1995), qualquer situação ou estímulo pode ser um estressor, dependendo da interpretação que a pessoa vai dar aquele evento ou aos recursos de enfrentamento que uma pessoa possui para lidar com tal situação. O que vai determinar como uma pessoa vai interpretar a situação são suas cognições (pensamentos, sentimentos, valores, crenças, atitudes) e seu ambiente. São estes fatores que vão influenciar a resposta comportamental do indivíduo neste processo.

De acordo com Sanzovo & Coelho (2007), entende-se que o processo de stress é desencadeado e desenvolvido de maneira diferente para cada indivíduo.

Isso quer dizer que o processo de stress está intimamente relacionado à história de vida pessoal, considerando que os pensamentos, sentimentos, regras e auto-regras são aprendidos no decorrer de sua vida.

As alterações ambientais aversivas perante as quais o indivíduo precisa apresentar respostas de adaptação, eventos que demandem algum tipo de adaptação por parte do indivíduo podem ser considerados estressores. A intensidade, a frequência e o tempo de duração dos estressores, são fatores importantes que determinam a maior probabilidade de se desenvolverem reações de stress (Zakir, 2001).

As fontes de stress podem ser classificadas em externas e internas. Fontes externas englobam eventos que não dependem diretamente do controle do indivíduo, isto é, mudanças inesperadas, problemas do cotidiano, acidentes ou doenças, por exemplo. Já as fontes internas estão diretamente relacionadas à pessoa e aos comportamentos privados, podendo constituir-se do padrão comportamental apresentado, nível de assertividade, vulnerabilidade, entre outros (Lipp, 1996; Lipp & Malagris, 1998).

Segundo o modelo psicológico de Lazarus & Folkman (1984), estratégia de enfrentamento, também conhecida como coping, pode ser definida como um conjunto de esforços tanto cognitivos quanto comportamentais que os indivíduos empregam para lidar com as exigências específicas provenientes de uma situação de stress, exigências essas consideradas como sobrecargas aos seus recursos pessoais. Esse processo pode ser entendido, então, como um conjunto de respostas comportamentais que o indivíduo, diante de uma situação de stress, emite para modificar o ambiente na tentativa de adaptar-se da melhor forma

possível ao evento estressor, reduzindo ou minimizando seu caráter aversivo. Tais estratégias são aprendidas e mantidas ou não no decorrer da vida de cada indivíduo, dependendo dos esquemas de reforçamento a que cada um foi submetido durante sua história.

O processo fisiológico do stress inicia-se no sistema límbico, com a ativação do hipotálamo, quando a pessoa é exposta a um estressor. O hipotálamo ativa as glândulas pituitárias e o sistema nervoso autônomo. Neste momento, os hormônios adrenocorticotróficos (ACTH) são lançados no sangue, estimulando a glândula supra-renal, que aciona a liberação de agentes bioquímicos responsáveis pela ativação geral do organismo, como os glicocorticóides e a adrenalina (Lipp, et al. 1991).

Pesquisas mostram que o stress influencia o bem-estar físico e emocional do indivíduo. Segundo Lipp et al., (1991), a reação hormonal desencadeia tanto modificações físicas (aparecimento de doenças) quanto reações emocionais (apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ira, irritabilidade e ansiedade) mostrando a interligação existente entre a parte física e emocional na reação do stress.

A QV e a forma de se comportar exercem influência negativa ou positiva no desenvolvimento do stress, estando presentes no desencadeamento de doenças físicas e psicológicas.

1.3. QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida (QV) foi definida pela Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1958). Segundo Souza (2001), este é um conceito que envolve e agrega a saúde física, aspectos psicológicos, nível de independência, sociabilidade e relações com o ambiente.

QV é um conceito subjetivo que pode ser definido por uma percepção pessoal de bem estar que resulta da satisfação ou não satisfação com áreas da vida, que são importantes para cada indivíduo (Ferrans & Powers, 1992; Bowling, 1997; Souza 2001).

Nas doenças crônicas como na epilepsia, a QV é reconhecida como um conceito multidimensional, pois fala de problemas da vivência da condição da doença, que vão além dos sintomas e fazem parte da experiência do sujeito (Souza, 2001).

Segundo Cramer (1993), muitos pacientes com epilepsia têm restrições na sua vida diária e prejuízos na QV, o que acarreta em alterações na vida do indivíduo e de sua família tanto no aspecto físico quanto no psicossocial (Devinsky, 1993).

QV pode ser definida em termos de grau de satisfação das necessidades física, psicológica, social, marital e estrutural (Horninquist, 1982).

A dimensão física esta relacionada ao estado de saúde geral, considerando a frequência e intensidade das crises, os efeitos colaterais dos

medicamentos e as tarefas de vida diária. A dimensão referente aos aspectos psicológicos é caracterizada pela percepção do estigma e preconceito, condição emocional, auto-estima, transtornos associados (ansiedade e depressão) e cognição. O que diz respeito aos aspectos sociais da QV estão as atividades sociais no âmbito da família, do trabalho e dos amigos (Guerreiro & Guerreiro, 1999).

Alguns fatores podem influenciar a QV na epilepsia tais como percepção do estigma e da discriminação, ajustamento à epilepsia, estado ocupacional, medo das crises, preocupação financeira, mudanças de vida, apoio social e locus de controle (Vickrey, 1993).

Cramer (1993) estabelece que o equilíbrio entre o status percebido e o desejado é a essência da equação de QV. Portanto, a epilepsia afeta cada pessoa diferentemente porque envolve crenças, expectativas e percepções que são categorias intra-psíquicas individuais relacionadas com a história de vida de cada um (Souza, 2001).

O impacto da QV pode ser caracterizado por repercussões sociais: círculo social restrito, isolamento e solidão, baixo nível de escolarização e profissionalização, desemprego e subemprego, dificuldades econômicas, perda da autonomia e dependência, além de repercussões emocionais como medo, ansiedade, raiva, tristeza, depressão, vergonha e culpa (Marchetti & Damasceno, 2000).

De acordo com Vickrey (1993), a epilepsia tem um impacto maior na saúde mental principalmente quando relacionamos com transtornos mentais, como na depressão e no social do que na saúde física, comparando-a com outras doenças

crônicas (Canuet et al., 2009). Nas mulheres grávidas com epilepsia este impacto pode ser observado pela baixa QV, pois além do impacto causado pela doença, elas ainda sofrem com os estressores relacionados a gestação (Symon, 2003; Kaneko, 1998)

1.4. GRAVIDEZ E EPILEPSIA

A gravidez é um período onde a mulher sofre uma variedade de mudanças sociais, psicológicas e somáticas. A maioria das mulheres grávidas apresentam sintomas físicos e psicológicos, alterações no trabalho e suas atividades, além de alterações na aparência do corpo, na afetividade, sexualidade e relacionamentos. (Souza, Costa & Guerreiro, 2007; Souza, Costa & Guerreiro, 2009).

Recentes melhorias no diagnóstico e tratamento da epilepsia têm permitido a muitas mulheres levarem uma vida normal com a possibilidade de casarem, terem filhos e trabalharem. No entanto, além de todas as preocupações vividas pela condição da doença, as mulheres com epilepsia têm outros medos relativos à possibilidade delas engravidarem e de como as mudanças da gestação alteraram suas vidas (Kaneko, 1998).

No Brasil, estima-se cerca de 157.070 novos casos de epilepsia ao ano (incidência de 100/1000.000 habitantes), sendo entre 1.570,701 e 2.356,052 casos com epilepsia ativa (prevalência de 1%-1,5%) (Gomes, 2000).

Estudo realizado nos EUA, mostrou que a taxa de gravidez é de 16,9-22,5 por 1000 em mulheres com epilepsia em comparação com 67,6 por mil em mulheres saudáveis. No entanto, estudos de base populacional na Islândia, sugerem não haver diferença significativa entre mulheres com epilepsia e a população em geral (Luef, 2009).

Considerando que a epilepsia é o distúrbio neurológico mais freqüente em obstetrícia, estima-se que aproximadamente 40% de 18 milhões, isto é 7.200 mil, mulheres com epilepsia estão em idade fértil. Estudos sugerem que cerca de 0.3 a

0.6% de todas as crianças nascidas sejam filhas de mães epiléticas (Levy & Yerby, 1985; Sharma, 1987; Tomson, 1997). Estas gestações são consideradas como de alto risco por serem acompanhadas de maiores complicações materno-fetais.

Fatores precipitantes como privação de sono, despertar abrupto, fadiga e exercício, ingestão de álcool, redução ou falta de medicação antiepilética ou presença de outras medicações que interferem com o limiar convulsivo, fatores metabólicos, hiperventilação, febre, estímulos visuais, auditivos, somatossensitivos, emocionais e fisiológico-hormonais (como flutuação catamenial e gestação), podem ser influenciada pela epilepsia (Loiseau, 1997).

Durante a gestação, algumas pacientes podem apresentar início de crises epiléticas, denominadas como epilepsia gestacional verdadeira (Knight & Rhind, 1975) ou mulheres epiléticas que se tornam grávidas podem apresentar modificação no padrão e frequência de crises.

De acordo com Bjerkdal & Bahna (1973), mulheres com epilepsia estão sujeitas a apresentarem maiores índices de complicações durante o parto e puerpério quando comparadas com a população geral.

Essas mulheres apresentam menores taxas de casamentos, fertilidade e aumento de disfunções sexuais quando comparadas com a população geral (Costa, 2002; Thomas et al, 2009). Estudos mostram que mulheres com epilepsia tendem a se casar mais tarde e ter menos filhos que mulheres saudáveis. Podem ter o aumento do risco de aborto espontâneo, hipertensão arterial, hemorragia anterior ao parto e toxemia. Em relação ao feto, pode-se observar um aumento da possibilidade de distúrbios fetais, parto prematuro, restrições no crescimento intra-

uterino, microcefalia e baixo escore no Apgar (Luef, 2009; Thomas et al, 2009; Meador et al, 2008).

A frequência de crises em gestantes tem sido estudada por vários pesquisadores utilizando diferentes metodologias, sendo estimado que em 4% a 75% das pacientes ocorre aumento de crises, diminuição em 3% a 82% e inalteradas em 4% a 96% (Schmidt, 1982). A ocorrência de crises durante a gestação é prejudicial tanto para mãe quanto para o feto.

Os motivos para a mudança do padrão de crises durante a gestação não são completamente conhecidos. A gravidez parece afetar a frequência das crises através de efeitos fisiológicos como hiperventilação, ganho de peso e mudanças hormonais, fatores psicológicos como o receio de malformações fetais, e de mudanças na farmacocinética, além do modo de utilização das drogas antiepilépticas (DAEs) (Schmidt, 1982; Philbert & Dam, 1982).

A utilização de DAEs de geração antiga, é conhecida por estar associada a um risco duas a três vezes maior de má formações congênita no feto e, possivelmente, outros efeitos adversos para o bebê. No entanto, pouco se sabe ainda sobre as novas gerações DAEs (Luef, 2009).

A relação entre a epilepsia e gravidez pode ser observada por meio dos efeitos da epilepsia sobre a gestação, da gestação sobre a epilepsia e da epilepsia sobre o concepto (Costa, 2002).

A maioria das mulheres com epilepsia se adaptam bem as mudanças relacionadas a gravidez, embora vários estudos tem mostrado que elas podem apresentar stress relacionado a experiência materna, devido muitas vezes aos

estressores relacionados a gestação e a condição da própria epilepsia (Souza, Costa & Guerreiro, 2009).

A experiência da gravidez é afetada pela variedade de papéis que a mulher desempenha em sua vida. As exigências dos papéis, assim como as preocupações sobre a gravidez, pode fazê-lo um evento estressante para algumas, pois além das tensões do dia-a-dia, pensamentos sobre os rumos da própria gravidez e do parto, as preocupações e expectativas sobre a saúde do bebê podem ser consideradas como fatores estressores. Estressores estes que alteram significativamente a QV da gestante e de seus familiares.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Avaliar na epilepsia a QV e stress das mulheres grávidas e comparar com grupo controle (mulheres não grávidas).

Objetivos Específicos:

Grupo Experimental (GE): gestantes com epilepsia

Grupo Controle (GC): mulheres com epilepsia não grávidas:

1. Avaliar a QV no GE e GC ;
2. Avaliar stress (presença e intensidade) no GE e GC;
3. Verificar a correlação entre a QV no GE e GC;
4. Verificar a relação entre QV e stress no GE;
5. Relacionar QV no pré e pós parto no GE.
6. Relacionar a QV com as variáveis demográficas e clínicas no GE;

3. CASUISTICA

3.1. Seleção de pacientes com diagnóstico de epilepsia e gestante (Grupo Experimental)

A amostra foi constituída por 29 pacientes, gestantes, portadoras de epilepsia, atendidas no Ambulatório de Epilepsia e Gestação do Hospital das Clínicas – UNICAMP.

As pacientes foram avaliadas conforme os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

1. Portadoras de epilepsia, diagnosticadas conforme os critérios da Liga Internacional de Epilepsia (Engel, 2001).
2. Tiveram o início da epilepsia anterior ao diagnóstico da gravidez.
3. Possuíam escolaridade mínima para compreensão dos testes
4. Estavam disponível para três sessões de Avaliação Psicológica, sendo duas no período gestacional e uma após três meses do puerpério.

Critérios de exclusão:

1. Pacientes com crise única.
2. Pacientes com crises que ocorreram exclusivamente no período gestacional.
3. Pacientes com distúrbio psiquiátrico evidente.

3.2. Seleção de paciente com diagnóstico de epilepsia (Grupo controle)

A amostra foi constituída por 30 pacientes, do sexo feminino, com diagnóstico de epilepsia, atendidas no Ambulatório de Epilepsia do Hospital das Clínicas – UNICAMP.

As pacientes foram avaliadas conforme os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

1. Portadoras de epilepsia, diagnosticadas conforme os critérios da Liga Internacional de Epilepsia (Engel, 2001).
2. Possuíam escolaridade mínima para compreensão dos testes
3. Estavam disponível para duas sessões de Avaliação Psicológica.

Critérios de exclusão:

1. Pacientes com crise única.
2. Pacientes com distúrbio psiquiátrico evidente.

Todos as participantes avaliadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em relação a sua participação na presente pesquisa (**Anexo 01**)

4. MÉTODO

4.1. AMBIENTE

As pacientes foram atendidas individualmente pela psicóloga responsável por esta pesquisa na sala destinada ao Ambulatório de Psicologia aplicada à Neurologia, no HC-UNICAMP.

4.2. INSTRUMENTOS

1- Ficha de identificação demográfica e pessoal, contendo dados pessoais das pacientes: nome, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e nível sócio-econômico; dados sobre a doença: tipo de síndrome, tipo de crise e medicamento. **(Anexo 2)**

2- Entrevista Semi-Estruturada: contendo informações a respeito da gestação. **(Anexo 03)**

3- Questionário de Qualidade de Vida 65/QQV-65 (Souza, 2001):

Este questionário foi elaborado por Souza (2001) a partir dos trabalhos de Vickrey et al. (1992), Devinsky et al. (1995) e O'Donoghue et al. (1998):

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

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

O QQV-65 é um instrumento utilizado na rotina de atendimento a pacientes com epilepsia no Ambulatório de Psicologia Aplicada à Neurologia do HC-UNICAMP (**Anexo 04**).

A tabela abaixo (**Tabela 1**) mostra como foram calculados os resultados do QQV-65, a partir dos escores por aspecto e total.

Tabela 01: Fórmula para o cálculo da pontuação de QV por aspecto e no total

Aspectos	Cálculos de Pontuação
Saúde	$\{[(3 \times \text{SAÚDE1} + 1) / 4 + (3 \times \text{SAÚDE2} + 1) / 4 + (3 \times \text{SAÚDE3} + 10) / 10 + \text{SAÚDE4} + \text{SAÚDE5} + \text{SAÚDE6} + \text{SAÚDE7} + \text{SAÚDE8} + \text{SAÚDE9} + \text{SAÚDE10} + \text{SAÚDE11}] - 11\} \times 100 / 33$
Físico	$(\text{ASPFIS12} + \text{ASPFIS13} + \text{ASPFIS14} + \text{ASPFIS15} + \text{ASPFIS16} + \text{ASPFIS17} - 6) \times 100 / 18$
Social	$(\text{SOCIAL18} + \text{SOCIAL19} + \text{SOCIAL20} + \text{SOCIAL21} + \text{SOCIAL22} + \text{SOCIAL23} + \text{SOCIAL24} + \text{SOCIAL25} + \text{SOCIAL26} + \text{SOCIAL27} + \text{SOCIAL28} + \text{SOCIAL29} + \text{SOCIAL30} + \text{SOCIAL31} + \text{SOCIAL32} + \text{SOCIAL33} + \text{SOCIAL34} + \text{SOCIAL35} - 18) \times 100 / 54$
Emocional	$(\text{AFETO36} + \text{AFETO37} + \text{AFETO38} + \text{AFETO39} + \text{AFETO40} + \text{AFETO41} + \text{AFETO42} + \text{AFETO43} + \text{AFETO44} + \text{AFETO45} + \text{AFETO46} + \text{AFETO47} - 12) \times 100 / 36$
Locus de Controle	$(\text{CONTR48} + \text{CONTR49} + \text{CONTR50} + \text{CONTR51} + \text{CONTR52} + \text{CONTR53} - 6) \times 100 / 18$
Auto Conceito	$(\text{CONC54} + \text{CONC55} + \text{CONC56} + \text{CONC57} + \text{CONC58} + \text{CONC59} + \text{CONC60} + \text{CONC61} - 8) \times 100 / 24$
Cognitivo	$(\text{COGNIT62} + \text{COGNIT63} + \text{COGNIT64} + \text{COGNIT65} - 4) \times 100 / 12$
SCORE TOTAL	$(\text{SAÚDE} + \text{FÍSICO} + \text{SOCIAL} + \text{AFETO} + \text{LÓCUS de CONTROLE} + \text{AUTO CONCEITO} + \text{COGNITIVO}) / 7$

- Itens invertidos : Itens Saúde: 4 e 5; Itens Aspectos Físicos: 13 a 16; Itens Aspectos Sociais: 21, 25 a 30, 33 e 35; Itens Emocional: 37, 40, 42, 43, 45 e 46;

Itens Percepção de controle:48 a 52; Itens Auto-conceito: 57 a 61; Itens Aspectos Cognitivos :62 a 65.

- Alguns itens tiveram seus valores invertidos por serem questões na negativa.
- Todas as escalas foram transformadas linearmente em escalas 0-100 pontos, com altos valores representando um funcionamento melhor de bem-estar.
- O cálculo do item “saúde 4 e saúde 5” deve ser feito a partir da média de seus sub-itens.
- Se o sujeito não responder as questões 2, 4.1, 4.5, 6, 8, 14, 20, 28, 29, 31, 61 e 65,por não se aplicar ou não souber o que responder será considerado “Ausência”. No caso de “Ausência” para efeito de estatística estes protocolos devem ser ignorados.

4- Protocolo de Levantamento das Fontes Estressoras na Gravidez

(Adaptado de Torrezan, 1994):

Instrumento composto por 25 itens referentes a eventos que ocorreram ou ocorrem na vida da paciente desde que a mesma soube estar grávida.Este instrumento avalia medo e preocupações relacionados à saúde do bebe ,suporte social, aderência ao tratamento obstétrico e neurológico, sexualidade, afetividade e outros (**Anexo 05**).

5- Protocolo de Estratégias Adaptativas na Gravidez (Adaptado de

Torrezan, 1994):

Instrumento composto por 15 itens referentes a estratégias adaptativas positivas para lidar com os estressores na gravidez, tais como relaxamento e reorganização positiva (**Anexo 06**).

6- Inventário de Sintomas de Stress - ISS (Lipp, 1994):

Instrumento de auto relato que avalia os sintomas e as fases do stress. O ISS consiste em três partes, sendo a primeira composta por doze itens de sintomas físicos e três itens psicológicos, referentes às últimas 24 horas, a segunda composta por dez itens de sintomas físicos e cinco itens de psicológicos, referentes a última semana e a terceira parte composta por doze itens de sintomas físicos e onze itens de sintomas psicológicos, referentes ao último mês (**Anexo 07**).

4.3. PROCEDIMENTOS

Os pacientes que atendiam os critérios de inclusão foram encaminhadas pelo médico neurologista ao Ambulatório de Psicologia Aplicada à Neurologia onde foram convidados a participar da presente pesquisa. Todas que tiveram disponibilidade e se comprometeram em participar do estudo foram encaminhadas para realização da avaliação e orientação psicológica.

Grupo Experimental

A avaliação foi composta por três encontros, sendo dois no período gestacional e um após três meses do puerpério. O 1^a encontro constou de uma entrevista semi-estruturada, onde foi preenchido uma ficha de identificação e levantado os dados da anamnese e respondido o Questionário de Qualidade de Vida – QQV-65 (Souza, 2001). No segundo encontro foi aplicado o Protocolo de

Fontes Estressoras na Gravidez (Torrezan, 1994), o Protocolo de Estratégias Adaptativas na Gravidez (Torrezan, 1994) e o Inventário de Sintomas de Stress (Lipp, 1994). O terceiro encontro que se deu após o parto, a participante respondeu novamente o Questionário de Qualidade de Vida – QQV 65 (Souza, 2001) e o Inventário de Sintomas de Stress (Lipp, 1994).

Ao término do estudo as pacientes receberam, quando necessário, suporte psicoterapêutico no Ambulatório de Psicologia Aplicada à Neurologia pela pesquisadora responsável.

Grupo Controle

A avaliação foi realizada em um encontro no qual a participante foi convidada a preencher uma ficha de identificação, responder ao Questionário de Qualidade de Vida – QQV-65 (Souza, 2001) e ao Inventário de Sintomas de Stress (Lipp, 1994).

4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada pela Comissão de Estatística da FCM-UNICAMP.

Análise descritiva com apresentação de medidas de posição e dispersão para variáveis numéricas e tabelas de frequência para variáveis categóricas. Para comparação de proporções foram utilizados o teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher e a análise de regressão logística múltipla, quando necessário ajuste para covariáveis. Para comparar a QV entre os momentos pré e pós-parto, foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras relacionadas. Para comparar presença e fase do Stress entre os momentos pré e pós-parto, foram utilizados respectivamente o teste de McNemar e o teste de Simetria. Para comparação de variáveis contínuas ou ordenáveis entre 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney e entre 3 ou mais grupos o teste de Kruskal-Wallis ou a ANOVA com transformação por postos seguida pelo teste de Tukey para localização das diferenças. Para identificar variáveis que influenciam a QV foi utilizada a ANOVA com transformação por postos. Para verificar a relação entre 2 variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação linear de Spearman. Este coeficiente varia de -1 a 1. Valores próximos dos extremos indicam correlação negativa ou positiva, respectivamente e valores próximos de 0 não indicam correlação.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi 5% (p-valor ≤ 0.05).

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tabela 02: Caracterização Demográfica do GE e GC

	GE	GC	p-valor
N	29	30	
Idade (Média ± DP)	26.4 ± 6.2	30.1 ± 7.4	0.0483*
Ocupação			
- Do lar	7 (11.86%)	13 (22.03%)	
- Empregada	9 (15.25%)	3 (5.08%)	0.0897**
- Desempregada	13 (22.03%)	14 (23.73%)	
Escolaridade			
- E.F. Incompleto	10 (16.95%)	11 (18.64%)	
- E.F. Completo	3 (5.08%)	2 (3.39%)	
- E.M. Incompleto	2 (3.39%)	4 (6.78%)	
- E.M. Completo	13 (22.03%)	10 (16.95%)	
- Sup. Incompleto	0	2 (3.39%)	
- Sup. Completo	1 (1.69%)	1 (1.69%)	
Estado Civil			
-Com parceiro	24 (40.68%)	13 (22.03%)	0.0017**
-Sem parceiro	5 (8.74%)	17 (28.81%)	

* Teste de Mann-Whitney, ** Teste de Qui-quadrado

A amostra foi formada por 59 pacientes, sendo 29 no GE, com idade mínima dezessete e a máxima 37 anos e 30 no GC, com idade mínima de dezoito anos e máxima de 43 anos. Os dois grupos apresentaram similaridades em vários aspectos apresentando diferença significativa em relação a idade ($p=0.0483$) e a estado civil ($p=0.0017$).

Tabela 03: Caracterização Clínica do GE e GC

	GE	GC	p-valor
Síndromes			
Epiléptica*	2 (3.39%)	2 (3.39%)	
- ELF	2 (3.39%)	0	
- ELP	22 (37.29%)	26 (44.07%)	
- ELT	3 (5.08%)	2 (3.39%)	
- EMJ			
Tipo de Crise			
- Focal	1 (1.68%)	2(3.39%)	
- Generalizada	13 (22.03%)	13 (22.03%)	
- Focal + Generalizada	15 (25.42%)	15 (25.42%)	
Frequência			
- Controlada	12 (41.37%)	18 (60%)	
- Não Controlada	17 (58.62%)	12 (40%)	
Idade de Início			
- 0 à 5 anos	7 (24.13%)	11 (36.66%)	
- 6 à 10 anos	9 (31.03%)	9 (30%)	
- 11 à 15 anos	5 (17.24%)	4 (13.33%)	
- Acima de 16 anos	8 (27.58%)	6 (20%)	
Duração			
- 0 à 5 anos	4 (13.79%)	1 (3.33%)	
- 6 à 10 anos	7 (24.13%)	6 (20%)	
- 11 à 15 anos	5 (17.24%)	8 (26.66%)	
- Acima de 16 anos	13 (44.82%)	15 (50%)	
Numero de Drogas			
- Uma	22 (37.29%)	23 (38.98%)	
- Duas	7 (11.86%)	6 (10.17%)	
- Três	0	1 (1.69%)	

* Síndromes Epiléptica: ELF: Epilepsia de lobo frontal; ELP: Epilepsia de lobo parietal; ELT: Epilepsia de lobo temporal; EMJ: Epilepsia Mioclonica Juvenil.

5.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS TESTES PSICOLÓGICOS

Tabela 04: Análise Descritiva e Comparações da QV entre o grupo experimental e o grupo controle

<i>Grupo</i>	<i>Aspectos</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>	<i>p-valor*</i>
GE	Saúde	29	60.5	16.0	29.8	63.8	93.1	0.3510
	Físico	29	64.2	22.7	11.1	66.7	94.4	0.5889
	Social	29	63.0	13.6	33.3	63.0	87.0	0.4942
	Emocional	29	56.2	16.2	27.8	52.8	91.7	0.9697
	Lócus de Controle	29	78.7	16.4	38.9	83.3	100.0	0.2491
	AC	29	62.2	18.6	37.5	58.3	100.0	0.3048
	Cognitivo	29	74.7	22.1	16.7	75.0	100.0	0.2776
	Total	29	65.6	12.8	35.2	64.3	91.2	0.8855
GC	Saúde	30	63.6	16.5	34.1	65.7	87.6	
	Físico	30	67.0	22.8	11.1	72.2	94.4	
	Social	30	60.5	14.0	31.5	58.3	83.3	
	Emocional	30	56.7	19.5	22.2	51.4	91.7	
	Lócus de Controle	30	72.6	20.6	16.7	72.2	100.0	
	AC	30	66.5	23.6	20.8	68.8	100.0	
	Cognitivo	30	66.1	27.9	0	70.8	100.0	
	Total	30	64.7	15.4	36.7	65.8	88.4	

*Teste de Mann-Whitney

Na tabela acima observa-se que ambos os grupos não mostraram diferenças significativas em relação ao QV-65.

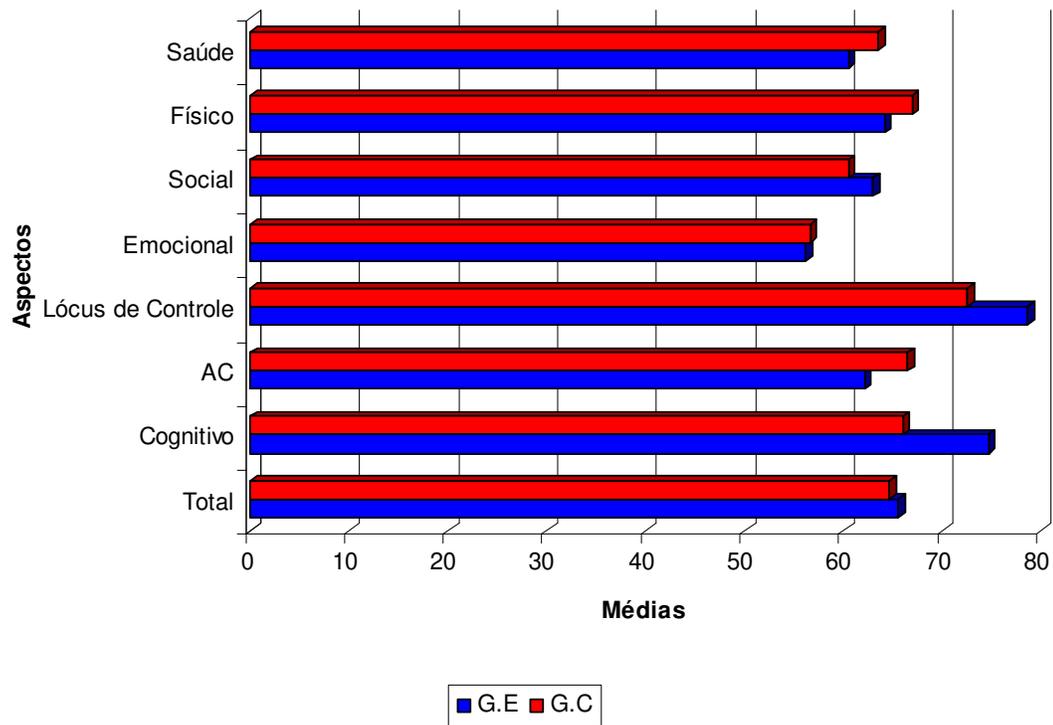


Figura 1: Média obtida no QV-65 no GE e GC

A figura acima, mostra que as médias obtidas do QV-65 são bastante semelhantes com relação a todos os aspectos avaliados, não havendo diferenças significativas entre os dois grupos avaliados.

Tabela 05: Análise descritiva do stress no grupo experimental e o grupo controle (presença)

Grupo <i>Frequência (%)</i>	Sim	Não
Experimental	26 (89.65%)	3 (10.34%)
Controle	22 (73.33%)	8 (26.67%)

Em ambos os grupos é possível observar que a maioria dos participantes apresentaram sinais significativos de stress. No entanto, não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0.0788$ – Teste Qui-quadrado; $p=0.2336$ – Regressão logística ajustada para idade e estado civil).

Tabela 06: Análise descritiva do stress no grupo experimental e o grupo controle (fases do stress)

Grupo	Sem Stress*	Resistência	Exaustão
Experimental	4 (13.79%)	10 (34.48%)	15 (51.72%)
Controle	12 (20.34%)	9 (15.25%)	9 (15.25%)

*Grupo formado por sujeitos que não obtiveram pontuação para stress e para os que estavam na fase de alerta

De acordo com a tabela acima, observa-se que a maior parte das participantes do grupo experimental estava na fase de exaustão caracterizada pelo grande número de sintomas físicos e psicológicos relacionados ao stress. Com relação ao grupo controle, a maioria não tinha sinais significativos de stress. Em ambos os grupos a análise estatística não evidenciou diferença entre as intensidades de

stress ($p=0.1532$ – Teste Exato de Fischer; $p=0.6942$ – Regressão logística ajustada para idade e estado civil).

Tabela 07: Análise descritiva do Protocolo de Estratégias Adaptativas na Gravidez no grupo experimental

<i>Grupo</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
Experimental	29	19.4	6.94	5	22	28

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram: a realização do pré natal e a consulta com o neurologista para tirar dúvidas ($n=28$), seguida pela busca por apoio da família e por momentos em que pudessem relaxar em casa ($n=24$). A estratégia menos utilizada foi relacionada aos exercícios preparatórios para o parto ($n=5$).

Tabela 08: Análise descritiva do Protocolo de Levantamento de Fontes Estressoras na Gravidez no grupo experimental

<i>Grupo</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
Experimental	29	12.2	4.25	4	12	21

As fontes estressoras mais encontradas foram relacionadas à preocupação com o nascimento de um bebê saudável ($n=21$), seguida pelo medo do filho nascer com epilepsia ($n=20$). A fonte menos utilizada foi relacionada à gravidez ter sido planejada ou não ($n=4$).

Tabela 09: Análise descritiva do Protocolo de Estratégias Adaptativas na Gravidez e de Levantamento de Fontes Estressoras na Gravidez entre stress (presença) no grupo experimental.

<i>Stress</i>		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
	Estratégias	26	9.9	2.2	5.0	10.0	13.0
Sim	Fontes	26	10.4	5.3	1.0	10.0	21.0
	Estratégias	3	10.3	1.5	9.0	10.0	12.0
Não	Fontes	3	6.7	3.5	3.0	7.0	10.0

Não houve assim diferença expressiva entre as participantes que tinha ou não stress com relação às estratégias adaptativas e ao levantamento de fontes estressoras.

Tabela 09: Análise descritiva do Protocolo de Estratégias Adaptativas na Gravidez e de Levantamento de Fontes Estressoras na Gravidez entre stress (intensidade) no grupo experimental.

<i>Stress</i>		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
	Estratégias	3	10.3	1.5	9.0	10.0	12.0
Não	Fontes	3	6.7	3.5	3.0	7.0	10.0
	Estratégias	1	13.0	.-	13.0	13.0	13.0
Alerta	Fontes	1	16.0	.	16.0	16.0	16.0
	Estratégias	10	10.7	1.8	8.0	10.5	13.0

Resistência	Fontes	10	7.0	4.0	1.0	7.0	13.0
	Estratégias	15	9.1	2.2	5.0	10.0	13.0
Exaustão	Fontes	15	12.3	5.1	4.0	13.0	21.0

De acordo com a tabela anterior é possível perceber que as fontes estressoras e as estratégias adaptativas utilizadas em diferentes do stress são similares.

Tabela 10: Análise descritiva da entrevista semi-estruturada no GE

Perguntas	SIM	NÃO	ÀS VEZES
Você acha a gravidez estressante?	12	16	1
É seu primeiro filho?	13	16	
A criança foi desejada?	13	16	
Realiza pré-natal?	27	2	
Você faz outro tipo de acompanhamento médico?	3	26	
Você se sente apoiada pelos médicos?	27	2	
Você tem dúvidas que não pergunta para seu médico?	5	22	2
Você tem dificuldade de entender o que seu médico diz?	3	8	18
Você sente que suas preocupações diminuem depois da consulta com o médico?	27	2	

Das mulheres avaliadas do GE, 89,65% acreditam que a gravidez seja estressante, este resultado indica que a percepção dessas mulheres esta condizente com os achados encontrados no ISS.

5.2.1. RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DAS RELAÇÕES ESTATÍSTICAS ESTABELECIDAS NO ESTUDO

Tabela 11: Relação entre variáveis demográficas (idade, estado civil, profissão e escolaridade) e stress com QV.

<i>Variáveis QV</i>	<i>Idade</i>	<i>Est. civil</i>	<i>Profissão</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Grupo</i>	<i>Stress</i>
Saúde	0.7168	0.0358	0.5069	0.0065	0.4746	0.0002
Aspectos						
Físicos	0.1111	0.4027	0.6978	0.1940	0.7672	0.0030
Aspectos						
Sociais	0.9143	0.5328	0.5491	0.2925	0.6732	0.1998
Aspectos						
Emocionais	0.4740	0.8136	0.3788	0.1121	0.4937	0.1298
Locus de						
Controle	0.5669	0.5098	0.6769	0.9931	0.2326	0.0058
Autoconceito	0.4075	0.2731	0.6398	0.9133	0.4275	0.0049
Aspectos						
Cognitivos	0.2784	0.6805	0.8068	0.4387	0.3415	0.0030
Score Total	0.5134	0.1802	0.9849	0.1231	0.6563	0.0003

*Resultados das ANOVAS com transformação por postos para estudo do efeito da idade, estado civil, profissão, escolaridade, grupo (controle e experimental) e stress na QV.

De acordo com a tabela acima, é possível observar correlações significativas do stress com os diferentes aspectos investigadas no QQV-65. Apresentaram diferenças os aspectos: saúde, físico, lócus de controle, autoconceito, cognitivo e o escore total. Com relação às variáveis demográficas, houve relação significativa entre o aspecto da saúde com o estado civil e a escolaridade.

Tabela 12: Correlações entre o Protocolo de Estratégias Adaptativas e Levantamento de Fontes Estressoras com o Questionário de Qualidade de Vida no grupo experimental

<i>Aspectos</i>	<i>Estratégias</i>	<i>Fontes</i>
Saúde	0.50693	-0.42389
Físicos	-0.00425	-0.40440
Sociais	0.02008	-0.41269
Emocionais	0.46057	-0.25198
Lócus de Controle	0.04891	-0.31144
Auto-conceito	0.19160	-0.36670
Cognitivos	0.05695	-0.03984
Escore Total	0.23934	-0.42884

*Teste de Coeficiente de Correlação de Sperman

As estratégias adaptativas foram diferentes significativamente com relação as variáveis avaliadas pelo QQV-65 nos aspectos da saúde ($p=0.50693$) e nos aspectos emocionais ($p=0.46057$). Com relação ao levantamento de fontes

estressoras foi possível observar diferença significativa negativa com relação aos aspectos da saúde, aspectos físicos, sociais e com o escore total.

Tabela 13: Análise descritiva e comparações da QV entre os momentos pré e pós-parto no grupo experimental

<i>Aspecto</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>	<i>p-valor**</i>
SAÚDE	29						
Pré		60.5	16.0	29.8	63.8	93.1	
Pós		64.8	14.3	16.7	66.9	85.9	
Diferença		4.3	11.2	-17.3	4.5	27.1	0.0495
FISICO	29						
Pré		64.2	22.7	11.1	66.7	94.4	
Pós		72.8	16.1	38.9	72.2	100.0	
Diferença		8.6	20.3	-33.3	5.6	44.4	0.02868
SOCIAL	29						
Pré		63.0	13.6	33.3	63.0	87.0	
Pós		66.2	12.4	37.0	64.8	87.0	
Diferença		3.3	9.0	-13.0	0.0	25.9	0.0880
EMOCIONAL	29						
Pré		56.2	16.2	27.8	52.8	91.7	
Pós		62.9	14.1	36.1	61.1	94.4	
Diferença		6.7	16.5	-27.8	8.3	36.1	0.0372
LÓCUS DE CONTROLE	29						
Pré		78.7	16.4	38.9	83.3	100.0	
Pós		78.4	22.6	16.7	83.3	100.0	
Diferença		-0.4	21.2	-83.3	0.0	33.3	0.6694
AUTO CONCEITO	29						
Pré		62.2	18.6	37.5	58.3	100.0	
Pós		62.4	19.2	16.7	66.7	91.7	
Diferença		0.1	18.5	-58.3	0.0	33.3	0.9345
COGNITIVO	29						
Pré		74.7	22.1	16.7	75.0	100.0	
Pós		69.8	31.5	0.0	75.0	100.0	
Diferença		-4.9	18.8	-58.3	0.0	25.0	0.2222
ESCORE TOTAL							
Total Pré		65.6	12.8	35.2	64.3	91.2	
Total Pós		68.2	13.2	33.5	72.1	87.6	
Diferença		2.5	9.2	-15.4	2.2	24.6	0.2196

*Variáveis que indicam diferença são referentes às diferenças, calculadas pelo valor do pós-parto subtraindo o pré-parto; ** Teste de Wilcoxon para amostras relacionadas

De acordo com a tabela anterior é possível observar diferença significativa entre o momento pré e pós parto nas variáveis relacionadas ao aspecto da saúde ($p=0.0495$), aspectos físicos ($p=0.02868$) e aspectos emocionais ($p=0.0372$).

Tabela 14: Análise descritiva e comparações do stress entre os momentos de pré e pós-parto no grupo experimental (presença)

Grupo <i>Frequência (%)</i>		Pós	
		Sim	Não
Pré	Sim	21 (72.41%)	5 (17.24%)
	Não	1 (3.45%)	2 (6.9%)

Não houve diferença significativa entre na presença do stress quando avaliados no período pré e pós parto ($p=0.1025$ – Teste de McNemar).

Tabela 15: Análise descritiva e comparações do stress entre os momentos de pré e pós-parto no grupo experimental (fases do stress)

Grupo	Sem Stress*	Resistência	Exaustão
Pré	4 (13.79%)	10 (34.48%)	15 (51.72%)
Pós	7 (24.13%)	17 (58.62%)	5 (17.24%)

* Agrupamento do grupo sem stress e fase de alerta.

É possível observar diferença significativa dos sinais de stress entre os momentos pré e pós parto, quando comparadas as fases do stress separadamente ($p=0.0482$ – Teste de Simetria).

Tabela 16: Análise descritiva e comparações da QV com o “filho desejado”, no grupo experimental.

<i>Grupo</i>	<i>Aspectos</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>	<i>p-valor</i>
NÃO	Saúde	16	54.2	15.6	29.8	56.5	75.9	0.0253
	Físico	16	63.5	23.4	11.1	69.4	94.4	0.8086
	Social	16	60.5	14.7	33.3	62.0	87.0	0.3793
	Emocional	16	50.	13.4	27.8	48.6	72.2	0.0408
	Lócus de Controle	16	73.6	16.3	38.9	75.0	94.4	0.0373
	AC	16	60.4	17.8	37.5	60.4	91.7	0.05971
	Cognitivo	16	71.9	19.7	33.3	70.8	100.0	0.3298
	Total	16	62.0	13.3	35.2	63.4	79.8	0.1883
SIM	Saúde	13	68.2	13.1	45.9	68.6	93.1	
	Físico	13	65.0	22.7	22.2	66.7	94.4	
	Social	13	66.0	12.0	48.1	63.0	87.0	
	Emocional	13	63.9	16.6	38.9	61.1	91.7	
	Lócus de Controle	13	85.0	14.8	61.1	94.4	100.0	
	AC	13	64.4	20.0	37.5	54.2	100.0	
	Cognitivo	13	78.2	25.1	16.7	91.7	100.0	
	Total	13	70.1	11.2	54.6	71.4	91.2	

A tabela acima mostra diferença significativa das variáveis do QV-65 (aspectos emocionais ($p=0.0408$) e lócus de controle ($p=0.0373$)) com a variável “filho desejado”.

Tabela 17: Análise descritiva e comparações do stress com a variável “filho desejado” e “primeira gestação”, no grupo experimental

Filho Desejado <i>Frequência (%)</i>	Stress		p-valor*
	Sim	Não	
Sim	10 (34.48%)	3 (10.34%)	0.0783
Não	16 (55.17%)	0 (0%)	
Primeira Gestação <i>Frequência (%)</i>			
Sim	13 (44.83%)	0 (0%)	0.2315
Não	13 (44.83%)	3 (10.34%)	

* Teste Exato de Fischer

De acordo com a tabela acima não é possível observar diferença significativa em nenhuma das duas perguntas realizadas com stress (“gravidez não desejada” (p=0.0783) e com relação a variável “primeira gestação” (p=0.2315)).

Tabela 18: Análise descritiva e comparações da QV com o “primeiro filho”, no grupo experimental.

<i>1º Filho</i>	<i>Aspecto</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>	<i>p-valor*</i>
Não	Saúde	16	59.3	17.8	32.6	54.7	93.1	0.8094
	Físico	16	63.9	25.2	22.2	63.9	94.4	0.9123
	Social	16	60.1	12.5	33.3	60.2	87.0	0.1662
	Emocional	16	59.0	18.2	27.8	59.7	91.7	0.4680
	Lócus de Controle	16	78.5	17.7	38.9	83.3	100.0	0.8593
	AC	16	66.4	17.6	41.7	60.4	100.0	0.1128
	Cognitivo	16	71.9	24.9	16.7	79.2	100.0	0.5207
	Total	16	65.6	13.4	35.2	63.8	91.2	1.0000
Sim	Saúde	13	62.	14.0	29.8	66.6	79.3	
	Físico	13	64.5	20.2	11.1	72.2	83.3	
	Social	13	66.5	14.5	40.7	70.4	87.0	
	Emocional	13	52.8	13.4	27.8	50.	75.0	
	Lócus de Controle	13	79.1	15.4	55.6	83.3	100.0	
	AC	13	57.1	19.2	37.5	540.0	91.7	
	Cognitivo	13	78.2	18.5	50.0	75.0	100.0	
	Total	13	65.7	12.7	44.1	71.2	80.3	

A tabela acima não mostra nenhuma diferença significativa entre as variáveis da QV com o fato de ser “primeiro filho”.

As demais perguntas realizadas na entrevista semi-estruturada não tiveram significância quando analisadas estatisticamente pelo teste de Qui-quadrado não obteve diferença.

6. DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a QV e o stress de gestantes com epilepsia e compará-los com mulheres com epilepsia não gestantes.

De acordo com Hoeston & Kassik-Miller (1998), a gravidez é um momento de intensas mudanças físicas e está associada a uma grande alteração emocional em muitas mulheres. Além de todas as mudanças físicas que acompanham a gravidez, um aumento significativo de problemas psicológicos, ocorrem durante este período ou no momento imediato ao pós-parto imediato, o que acarreta uma sobrecarga aos mecanismos adaptativos pessoais alterando significativamente a QV dessa população.

Nos últimos anos, têm havido um crescente interesse na forma como a epilepsia e seu tratamento afetam a QV de pacientes com epilepsia. (Loring, Meador & Lee, 2004). A avaliação da QV reflete as mudanças percebidas pelos pacientes em diferentes aspectos da vida, sobretudo, em se tratando de serem portadores de uma condição crônica como a epilepsia.

Qualidade de Vida em mulheres grávidas com epilepsia

Nosso trabalho mostrou que não houve diferença significativa em nenhum dos aspectos da QV estudados por meio do QV-65 (Souza, 2001) em ambos os

grupos avaliados. Não houve diferença significativa entre o grupos avaliados também quanto a presença de sintomas de stress quanto para a intensidade/fases.

Espera-se que a condição da doença crônica acrescente mais stress aos seus portadores. Neste caso, a variável epilepsia foi a variável controlada, e estimou-se que a gravidez fosse um estressor a mais que pudesse diferenciar os grupos, o que não aconteceu neste estudo.

Devido a escassez de trabalhos que objetivam os dados, tomamos como base outro estudo com doenças crônicas, como no caso do trabalho de Dow et al. (1994) que avaliaram a QV de três pacientes com câncer de mama tratados com cirurgia conservadora e radioterapia no EUA. Eles compararam os resultados obtidos por essas mulheres, que haviam engravidado, com 23 pacientes que não tinham engravidado e concluíram que as questões familiares tiveram maior impacto na QV, e que as mulheres que engravidaram após o tratamento do câncer de mama não estavam em maior risco de stress pré-natal quando comparadas com a população normal.

Relação entre QV e Stress

Observamos diferença significativa do stress com relação as variáveis avaliada pelo QV-65 no que diz respeito ao aspecto saúde ($p=0.0002$), ao aspecto

físico ($p=0.0030$), locus de controle ($p=0.0058$), auto-conceito ($p=0.0049$), cognitivo ($p=0.0030$) e escore total ($p=0.0003$).

Ferrans (1996) afirma que a "QV depende da experiência de vida única para cada pessoa. Os indivíduos são o único juiz de sua boa QV, porque as pessoas diferem no valor que elas empregam na sua vida.

Lidar com esta situação é um processo contínuo de avaliação dos sinais, com estruturas cognitivas para modificar ou reforçar a representação da doença como um fator sob controle ou não, e, conseqüentemente, de stress ou não. Essas interpretações são extremamente individualizadas. Crenças irracionais e sentimentos de insegurança e de anormalidade podem muitas vezes decorrem da interpretação de suas situações de vida tão estressante, devido à imprevisibilidade das crises, a falta de controle do próprio corpo, e as reações estigmatizantes que, conseqüentemente, causam desconforto emocional (Souza & Salgado,2006).

Souza & Salgado (2006), observaram que a epilepsia foi considerada estressante por 46,6% dos pacientes, com conseqüências para a qualidade de sua vida. A maioria dos pacientes não relataram outras situações de stress ou problemas que possam ter sido causadas por outros fatores além da doença. Isto parece indicar que o sentimento de falta de controle na epilepsia pode ser generalizados para outras situações na vida ou que à condição de estar doente poderá ser a maior fonte de stress. Em outro estudo, foi observado que pacientes

com epilepsia têm identificado os estressores comuns de medo, preocupação, frustração e raiva (Lathers & Scharaeder, 2006).

Gravidez um potente estressor

Considerando a gravidez uma sobrecarga aos mecanismos individuais, foi avaliada a QV (no grupo experimental) no terceiro trimestre da gestação e nos primeiros três meses após o parto e foi possível observar diferença significativa entre esses dois períodos sobretudo nos aspectos da saúde, físico e emocional. Este tempo foi estabelecido de acordo com os autores que sugerem que o efeito mais forte da ansiedade no pré-natal é no primeiro e último trimestre (O'Connor et al, 2002; Hedegaard et al, 1993 e Wadhwa et al, 1993).

Estratégias Adaptativas são um conjunto de ações intencionais, físicas ou mentais, iniciada em resposta a um estressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (Lazarus & Folkman, 1984). Sabendo que a resposta ao stress é qualquer resposta envolvendo uma reação emocional ou comportamental espontânea, o objetivo dessas estratégias constituem-se na redução do stress, o que pode acontecer se elas forem adequadas ou eficientes. Supondo que quanto mais estratégias adaptativas positivas forem utilizadas melhor a QV, avaliamos a relação entre a QV e as estratégias possivelmente utilizadas pelas gestantes e observamos uma diferença significativa com relação aos aspectos da saúde ($p=0.50693$) e ao aspecto emocional ($p=0.46057$), aspectos

estes que corroboram com as alterações de vida presenciadas neste momento, tanto relacionados à saúde física quanto emocional.

Verificou-se a relação entre as fontes estressores com a QV e verificamos uma diferença significativa negativa com relação aos aspectos da saúde ($p = -0.42389$), aspectos físicos ($p = -0.40440$), social ($p = -0.041269$) e com o escore geral ($p = -0.42884$), o que nos permite observar que as fontes estressoras foram desencadeadas principalmente por estes aspectos avaliados.

O desejo de ter filhos habita o ser humano desde muito cedo. Diversos autores afirmam que esse desejo é alimentado por muitos motivos e impulsos diferentes para cada um (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1997; Szejer & Stewart, 1997). No entanto, devido a todas as preocupações que acompanham as mulheres com epilepsia, em alguns casos o desejo de ter filhos muitas vezes é interrompido, podendo até não existir. Relacionamos o desejo pelo filho com as variáveis da QV e observamos uma diferença significativa com relação ao aspecto da saúde ($p = 0.0253$), o aspecto emocional ($p = 0.0408$) e ao locus de controle ($p = 0.0373$) quando respondido negativamente ao desejo de ter o filho. Com relação ao stress, não foi possível perceber nenhuma diferença significativa. Todas as preocupações das pacientes parecem estar concentradas na saúde, tanto físicas como emocional e sua percepção de controlabilidade.

Com relação ao período pré e pós parto, não foi possível observar nenhuma diferença significativa entre esses dois momentos quanto a presença de sintomas

de stress ($p=0.1025$). No entanto, quando comparados os dois momentos em relação as fases do stress percebemos uma diferença significativa positiva, o que evidencia as mudanças sensíveis na intensidade dos sintomas.

7. CONCLUSÃO

A gravidez é um evento muito marcante na vida das mulheres. As gestantes com epilepsia apresentam além dos estressores naturais deste período, os estressores que são acompanhados pela condição da doença, sendo estes considerados como uma grande sobrecarga aos mecanismos adaptativos pessoais.

Este trabalho visou avaliar a QV e o stress de gestantes com epilepsia no período pré e pós parto e também compará-los com um grupo controle formado por mulheres com epilepsia não grávidas.

Observamos diferenças significativas no aspecto da saúde, aspecto físico e emocional, variáveis do Questionário de Qualidade de Vida (QV-65), quando comparamos os período pré e pós parto.

Não observamos diferenças significativas nesses dois períodos quando avaliamos o stress, no entanto, quando separamos por fases conseguimos observar uma diferença significativa positiva.

Quando comparada as variáveis de QV e stress no grupo experimental e no grupo controle não encontramos nenhuma diferença significativa.

Foram encontradas diferenças significativas entre o aspecto da saúde, do questionário de QV e as variáveis demográficas como estado civil e escolaridade.

O stress teve relação significativa com as variáveis da QV nos aspectos da saúde, aspecto físico, locus de controle, auto-conceito, aspectos cognitivos e na medida geral de QV.

As estratégias adaptativas tiveram relação com os aspectos da saúde e emocionais do QV-65 e as fontes estressoras tiveram relação negativa com os aspectos da saúde, físico, social e total da medida de QV.

O fato do filho não ter sido planejado esteve relacionado com a baixa QV com relação aos aspectos da saúde, emocionais e locus de controle.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berg, AT; Berkovic, SF; Brodie, MJ et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. **Epilepsia**. 2010. 51 (4): 676-685.

Bjerkedal, T; Bahna, SL. The course and outcome of pregnancy in women with epilepsy. **Acta Obstet Gynecol Scand** 1973; 52:245-248.

Bowling, A. Measuring social networks and social support. In: **Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales** (A. Bowling, ed.), 2nd Ed., Buckingham: Open University Press. 1997 pp. 91-109.

Brazelton, TB & Cramer, BG. **As primeiras relações**. 1992 São Paulo: Martins Fontes.

Canuet, L; Ishii, R; Iwase, M et al. Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy. **Epilepsy Research**. 2009; 83, 58-65.

Cockerell, OC; Shorvon, SD. **Epilepsia - Conceitos Atuais**. Current Medical Literature, 1997.

Costa, ALC. **Epilepsia e gravidez: freqüência de crises epilépticas na gestação e puerpério**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina – Departamento de Neurologia – UNICAMP – Campinas, 2002.

Cramer, JA. A clinimetric approach to assessing quality of life in epilepsy. **Epilepsia**, 34(Suppl. 4):S8-S13, 1993.

Devinsky, O. Clinical uses of de Quality-of-life in Epilepsy Inventory. **Epilepsia**, 34(suppl.4), S38-S44, 1993;

Devinsky O, Vickrey BG, Cramer J et al. Development of the quality of life in epilepsy inventory. **Epilepsia** 1995;36:1080-1104.

Dow KH, Harris JR, Roy C. Pregnancy after breast-conserving surgery and radiation therapy for breast cancer [abstract]. **Journal of the National Cancer Institute**. 1994, 16:131.

Engel, J Jr. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE task force on classification and terminology. **Epilepsia**, 42(6):1-8, 2001.

Epilepsia. 3º Ed. Editora Lemos, São Paulo, 2000. p.231-42.

Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. **Scholarly inquiry for nursing practice**. 1996, 10(3):293-304.

Ferrans, CE & Powers, MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. **Res Nurs Health**, 15:29-38, 1992.

Gherpelli, JLD; Manreza, MLG. **Tratamento da epilepsia**. 1995; *Pediatrics Moderna*, 31 (5,).

Gomes, MM. Epidemiologia: distribuição, fatores de risco e considerações prognósticas. In, *In: Guerreiro, C.A.M.; Guerreiro, M.M.; Cendes, F. (eds.) Epilepsia*.3º Ed. Editora Lemos, São Paulo, 2000. p-11-21.

Guerreiro CAM.; Guerreiro, MM (Eds). **Epilepsia: o paciente otimamente controlado**. 1999. São Paulo: Lemos Editorial.

Guerreiro, CAM.; Guerreiro, MM; Cendes, F; Lopes-Cendes, I. Considerações gerais. In: Guerreiro, CAM.; Guerreiro, MM; Cendes, F; Lopes-Cendes, I. (eds): **Epilepsia**. 3^a ed. Lemos editorial, 2000. p. 1-10.

Hedegaard, M et al. Psychological distress in pregnancy and preterm delivered. **Br Med J**, 1993; 307:234-239.

Homes, TH; Rahe, RK. The Social Readjustment Rating scale. **Journal of Psychosomatic Research**.1967; 11:213-218.

Hornquist, JO. The concept of quality of life. **Scand J Soc Med**. 1982;10:57-61.

Huck, FR. Diagnóstico diferencial das epilepsias. In: MARNIO, Jr, R. (ed): **Epilepsia**. Ed Sarvier, 1984. p.23-29.

Hoeston, W, & Kasik-Miller, S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. **J Fam Pract**, 47 (3), 209-212.

Kaneko, S. Pregnancy and quality of life in women with epilepsy. **Clinical Therapeutics**, 1998;20(A):A30-A47,

Knight, AH; Rhind, EG. Epilepsy and pregnancy: a study of 153 pregnancies in 59 patients. **Epilepsia**, 1975; 16:99-110,

Lathers, CM; Scharaeder, PL. Stress and Sudden death. **Epilepsy & Behavior**. 2006; 9 (2); 236-242.

Lazarus, RS; Folkman, S. **Stress, appraisal and coping**. 1984; Nova York: Springer Publisher Co.

Levy, RH; Yerby, MS. Effects of pregnancy on antiepileptic drug utilization. **Epilepsia**, 1985; 26(suppl.1):S52-S57,

Lipp, MEN, & Malagris, LN. Manejo do stress. In B.Rangé (Ed.), **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. 1998. Campinas: Editorial Psy. pp.279-291.

Lipp, MEN et al. **Como enfrentar o stress**. 1991 ; São Paulo : Ícone.

Lipp, MEN. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adulto de Lipp (ISSL)**, 2000, Casa do Psicólogo, São Paulo.

Lipp, MEN. **Pesquisas sobre Stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. 1996, Papyrus, Campinas.

Lipp, MEN, Guevara AJ. Validação do inventário de sintomas de stress. **Estudos de Psicologia**. 1994; 11(13):42-49

Loiseau, P. Seizure precipitants. In: Engel, J.; Pedley, T.A. (eds). **Epilepsy: A comprehensive textbook**. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997p.93-97,

Loring, DW, Meador, KJ; Lee, GP. Determinants of quality of life. **Epilepsy & Behavior**. 2004; 5 (5); 976-980.

Luef, G. Female issues in epilepsy: a critical review. **Epilepsy & Behavior**. 2009; 15(1): 78-82.

Maldonado, MT. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 1997. São Paulo: Saraiva.

Marchetti, RL.; Damasceno, BP. - Epilepsia: Psicopatologia e comportamento. *In: Guerreiro, CAM.; Guerreiro, MM.; Cendes, F. (eds.) **Epilepsia**, 3ª. Edição, São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos Ltda., 2000.*

Meador, K.J.; Pennell, P.B. & Harden, C.L. et al., For the HOPE Work Group. Pregnancy registries in epilepsy. A consensus statement on health outcomes, **Neurology**. 71 (2008), pp. 1109–1117.

Mello, L.E.A. Mecanismos básicos. In: Guerreiro, C.A.M.; Guerreiro, M.M.; Cendes, F. (eds). **Epilepsia** 3 ed. São Paulo, Lemos Editorial & Gráficos Ltda, 2000; p.23-27.

O'Connor, T.G. et al., Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independent of postnatal depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2002; 8:37-54.

O'Donoghue M.F., Duncan J.S., Sander J.W.A.S. The subjective handicap of epilepsy. A new approach to measuring treatment outcome. **Brain**. 1998; 121:317-343.

Philbert, A.; Dam, M. Antiepileptic drug disposition during pregnancy: review of the literature. In: Janz, D.; Dam, M.; Richens, A.; Bossi, L.; Helge, H.; Schmidt, D. (eds). **Epilepsy, pregnancy and the Child** Raven Press, New York, 1982; pp.109-114.

Porter, R.J. **Epilepsia: diagnóstico e tratamento - 100 princípios práticos**. Rio de Janeiro, Marques Saraviva, 1987.

Rangé, B. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. 1995; Campinas: Editora Psy II.

Sanvozo, C.E.; Coelho, M.E.C. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. **Estudos de Psicologia**. 2007; 24 (2); 227-238.

Schmidt, D. The Effect of Pregnancy on the Natural History of Epilepsy: A Review of Literature. In: Janz, D.; Bossi, L.; Dam, M.; Helge, H.; Richens, A.; Schmidt, D. (eds). **Epilepsy, Pregnancy, and the Child**, New York, Raven Press, Ltd., 1982; p.3-14.

Selye, HA. A Syndrome produced by diverse nocuous agents. **Nature**, 1926, 138:32.

Selye, HA. **Stress without distress**. Filadélfia: Lipincott

Selye, HA. **The stress life**, 1956. Nova York: McGraw-Hill.

Sharma, RR. Pregnancy, epilepsy and pharmacotherapy. **Journal of Postgraduate Medicine** 1987; 33(4):163-177.

Souza EAP, Guerreiro MM., Guerreiro CAM. Qualidade de Vida. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I (orgs). **Epilepsia**, 3ª. Edição, São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos Ltda., p. 223-229, 2000.

Souza, EAP. Questionário de qualidade de vida na epilepsia - resultados preliminares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 2001; 59(3):541-544,

Souza, EAP. ; Salgado, PCB. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. **Epilepsy & Behavior**. 2006; 8 (1): 232-238.

Souza EAP, Costa ALC Guerreiro CAM. Clinical and Psychological Aspects of Pregnancy in Women with Epilepsy. In: Keith J. Hollaway (Ed). **New Researchers on Epilepsy and Behavior**. Nova Iorque: Novapublishers, p. 161-183, 2007.

Souza, EAP., Costa, ALC., Guerreiro, CAM. Clinical and Psychological Aspects of Pregnancy in Women with Epilepsy. Takahashi, K.(Ed). **Epilepsy Researcher Progress**, Novapublishers NY, p. 55-77, 2008.

Symon, A. A review of mother's prenatal and postnatal quality of life. **Health and Quality of life outcomes**, 2003.;1:38,

Szejer, M, & Stewart, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. 1997 São Paulo: Casa do Psicólogo.

Thomas, SV; Sindhu, K; Ajaykumar, B et al. Maternal and obstetric outcomes of women with epilepsy. **Seizure**. 2009; 18; 163-166.

Tomson, T. Seizure control during pregnancy and delivery. In: Tomson, T. *et al.* (eds). **Epilepsy and pregnancy**, Petersfield, Wrightson Biomedical Publishing Ltd, 1997; p.113-123.

Torrezan, EA. **Stress e gravidez: fontes, sintomas e estratégias**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Campinas, 1994.

Vickrey, BG. A procedure for developing a quality-of-life measure for epilepsy surgery patients. **Epilepsia**, 1993;34 (suppl.4), S22-S27,

Wadhwa, PD. et al. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. **Am J Obstet Gynecol**. 1993;169:858-865.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The first 10 years of the World Health Organization**. Geneva: World Health Organization, 1958

Zakir, NS. (2001). **Enfrentamento e percepção de controlabilidade pessoal e situacional nas reações de stress**. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA – Qualidade de vida das mulheres grávidas com epilepsia

PESQUISADOR EXECUTANTE – Luciane Lorencetti Lunardi

OREINTADOR: Prof. Dr. Elisabete Abib Pedroso de Souza

Essa pesquisa tem por objetivos avaliar a qualidade de vida e o stress de mulheres grávidas com epilepsia e relacionar com o stress e a qualidade de vida de mulheres com epilepsia não grávidas (grupo controle), por meio de uma entrevista semi-estruturada, aplicação do Questionário de qualidade de vida QQV-65, Inventário de Sintomas de Stress de Lipp, Protocolo de levantamento das Fontes e Protocolo de estratégias adaptativas na gravidez.

Fui informado(a) dos objetivos e procedimentos dessa pesquisa. Estou ciente de que posso interromper minha participação a qualquer momento da pesquisa e que isso não afetará o meu atendimento e tratamento no Hospital de Clinicas da Universidade Estadual de Campinas.

Autorizo possível divulgação dos dados obtidos com esse estudo, porém fui informado sobre o sigilo com relação a minha identificação.

Sei que, para qualquer esclarecimento, posso procurar o pesquisador responsável Luciane Lorencetti Lunardi, no Ambulatório de Neurologia, pelo telefone 35217372.

Caso haja algum problema ou reclamações, posso procurar o Comitê de Ética da FCM- Unicamp no telefone 3521-8936

NOME: _____	
IDADE: _____	RG: _____
ENDEREÇO: _____	
HC: _____ Campinas, _____ de _____ de 200__	
_____ Assinatura do Paciente	_____ Assinatura do Pesquisador Luciane Lorencetti Lunardi

9.2 ANEXO 02 – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DEMOGRAFICA E PESSOAL

Nome: _____
Data: _____ HC: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Profissão: _____
Estado Civil: _____ Numero de Filhos: _____
Religião: _____
Grau de instrução: () Sem instrução () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental cpt. ou Ensino Médio incompleto () Ensino Médio cpt. Ou Ensino Superior incompleto () Ensino Superior cpt.
Nível sócio Econômico: () mais de 10 salários mínimos () 7 a 9 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos () 1 a 3 salários mínimos () menos que 1 salário mínimo
Tipo de crise: _____
Início: _____ Duração: _____
Freqüência de crises: _____
Medicamentos _____ _____

9.3 ANEXO 03 – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA PARA GESTANTES COM EPILEPSIA

1. Você acha a gravidez estressante?
2. Como você lida com o stress?
3. É seu primeiro filho?
4. A criança foi desejada?
5. Realiza pré-natal?
6. Você faz outro tipo de acompanhamento médico?
7. Você se sente apoiada pelos médicos?
8. Você tem dúvidas que não pergunta para seu médico?
9. Você tem dificuldade de entender o que seu médico diz?
10. Você sente que suas preocupações diminuem depois da consulta com o médico?

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

11. Quanto você está satisfeito com a sua vida?

11.1 Não está satisfeito

11.2 Pouco satisfeito

11.3 Bastante satisfeito

11.4 Muitíssimo satisfeito

ASPECTOS FÍSICOS

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

ASPECTOS SOCIAIS

Pensando sobre sua vida familiar e relacionamentos, responda:				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
18. Você está satisfeito com	1	2	3	4

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

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

A epilepsia muitas vezes pode afetar o que você faz de lazer e diversão. Durante os últimos seis meses...

	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
33. A epilepsia impediu você de fazer atividades de lazer?	1	2	3	4
34. Quão feliz você está com o tempo gasto com lazer?	1	2	3	4

A epilepsia pode impedir as pessoas de dirigir.				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
35. A epilepsia causa este problema para você?	1	2	3	4

ASPECTOS EMOCIONAIS

Durante as últimas quatro semanas você tem se sentido...				
	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
36. Muito animado?	1	2	3	4
37. Chateado porque alguém te criticou?	1	2	3	4
38. Tem mostrado interesse em alguma coisa?	1	2	3	4
39. Satisfeito?	1	2	3	4
40. Desanimado e triste?	1	2	3	4
41. Feliz?	1	2	3	4
42. Cansado?	1	2	3	4
43. Muito sozinho ou isolado?	1	2	3	4
44. Orgulhoso porque foi elogiado?	1	2	3	4
45. Desencorajado pelos problemas de saúde?	1	2	3	4
46. Dependente dos outros?	1	2	3	4
47. Calmo e tranquilo?	1	2	3	4
Pensando em sua própria vida, diga se você concorda ou não com estas afirmações.				
	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo muitíssimo
48. Realmente não existe maneira de resolver os problemas que tenho.	1	2	3	4
49. As vezes sinto que estou sendo empurrado pela vida.	1	2	3	4

50. A epilepsia me faz sentir que não consigo controlar minha vida.	1	2	3	4
51. A epilepsia me faz sentir que não consigo fazer as coisas tão bem quanto outras pessoas.	1	2	3	4
52. Tenho pouco controle sobre minha doença.	1	2	3	4
53. Posso fazer todas as coisas que quero fazer.	1	2	3	4

AUTO CONCEITO

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

ASPECTOS COGNITIVOS

	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
62. Você teve problemas com sua memória? (lembrar nomes de pessoas, onde colocou as coisas)?	1	2	3	4
63. Você teve problemas com sua atenção (concentração na	1	2	3	4

conversa, no trabalho, na leitura)?				
64. Você teve problemas com sua fala ou linguagem?	1	2	3	4
65. Os problemas de memória, atenção ou fala interferiram no seu trabalho ou estudo?	1	2	3	4

9.5 ANEXO 05 – PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DAS FONTES (Adaptado de Torrezan, 1994)

Leia os itens abaixo e indique se estes ocorreram ou ocorrem em sua vida, desde que soube estar grávida.

FONTE	SIM	NÃO
1. Executar as tarefas de casa		
2. Ter dificuldades no relacionamento com o marido/ companheiro.		
3. Ter dificuldades no relacionamento com familiares		
4. Verificar a presença de sintomas com: enjôo, tontura, vômito, dores no corpo, falta de apetite, taquicardia, pressão arterial alterada e outros.		
5. Verificar a presença de sintomas como: insônia, medo, ansiedade, irritação, fadiga, depressão, alienação e outros.		
6. Ter risco de aborto.		
7. Preocupar-se com as dores do parto.		
8. Preocupar-se com a anestesia.		
9. Preocupar-se com a cirurgia-cesária.		
10. Preocupar-se quanto aos cuidados do bebê (saúde, alimentação, higiene, etc) nos três primeiros meses de vida.		
11. Preocupar-se com o nascimento de um bebê saudável.		
12. Ter sobrecarga no trabalho		
13. Ter tido dificuldades no trabalho.		
14. Preocupar-se com a estética corporal.		
15. Preocupar-se com a situação financeira.		
16. Ter que reduzir suas atividades.		
17. Ter dificuldades com a aceitação da gravidez pelos outros filhos.		
18. Observar alterações no comportamento sexual do marido.		
19. Acompanhar filhos a médicos, dentista, psicólogos e outros.		
20. Ter dificuldade na aceitação desta gravidez.		
21. Ter preocupação com as crises.		
22. Ter medo do filho nascer com epilepsia.		
23. Ter preocupação com as interferências das DAES.		
24. A gravidez foi desejada / planejada.		

9.6 ANEXO 06 – LEVANTAMENTO DE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS NA GRAVIDEZ (Adaptado de Torrezan, 1994)

Assine SIM ou NÃO nas afirmações abaixo:

ESTRATÉGIAS	SIM	NÃO
1. Minha família me dá apoio.		
2. Exerço habitualmente um passatempo como: fazer crochê, ouvir música, passear, andar, pintura, costura e outros.		
3. Participo de algum grupo social ou atividade, fora de minha família, que se reúne pelo menos uma vez por mês.		
4. Pratico alguma forma de relaxamento profundo (ioga, meditação, oração e outros).		
5. Divido sensações, emoções ansiedade com meu marido/companheiro.		
6. Realizo pré-natal.		
7. Faço três refeições saudáveis e balanceadas diariamente.		
8. faço alguma coisa da qual realmente gosto e que é só para o meu próprio benefício, pelo menos uma vez por semana.		
9. Em minha casa tenho um lugar onde posso me recolher para relaxar ou ficar sozinha.		
10. Costumo planejar meu tempo para realizar minhas tarefas diárias.		
11. Costumo conversar com amigos ou familiares quando estou preocupada.		
12. Realizo exercícios preparatórios para o parto.		
13. Quando estou preocupada, tento pensar em algo positivo.		
14. Quando estou preocupada, “converso” com o bebê.		
15. Tiro minhas dúvidas com o neurologista.		

9.7 ANEXO 07 – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS (ISS) – (LIPP, 1994)

QUADRO I	
a) Marque em F1 os sintomas que têm experimentado nas ultimas 24 horas.	F1
1. Mãos (pés) frias	
2. Boca seca	
3. Nó no estômago	
4. Aumento de sudorese	
5. Tensão muscular	
6. Aperto da mandíbula/ranger de dentes	
7. Diarréia passageira	
8. Insônia	
9. Taquicardia	
10. Hiperventilação	
11. Hipertensão arterial súbita e passageira	
12. Mudança de apetite	
Some 1 (um) ponto para cada F1 que assinalou	() F1
b) Marque em P1 os sintomas que têm experimentado nas ultimas 24 horas.	P1
13. Aumento súbito de motivação	
14. Entusiasmo súbito	
15. Vontade súbita de iniciar novos projetos	
Some 1 (um) ponto para cada P1 que assinalou	() P1

QUADRO II	
a) Marque com F2 os sintomas que têm experimentado na ultima semana.	F2
1. Problema com a memória.	
2. Mal-estar generalizado, sem causa especifica.	
3. Formigamento das extremidades.	
4. Sensação de desgaste físico constante.	
5. Mudança de apetite.	
6. Aparecimento de problemas dermatológicos	
7. Hipertensão arterial.	
8. Cansaço constante.	
9. Aparecimento de ulcera.	
10. Tontura/sensação de estar flutuando	
Some 1 (um) ponto para cada F2 que assinalou	() F2
b) Marque com P2 os sintomas que têm experimentado na ultima semana.	P2
11. Sensibilidade emotiva excessiva.	
12. Dúvida quanto a si própria.	
13. Pensar constantemente em um só assunto.	
14. Irritabilidade excessiva.	

15. Diminuição da libido.	
Some 1 (um) ponto para cada P2 que assinalou() P2	

QUADRO III	
a) Marque com F3 os sintomas que têm experimentado no ultimo mês.	F3
1. Diarréia freqüente	
2. Dificuldades sexuais.	
3. Insônia.	
4. Náusea.	
5. Tiques.	
6. Hipertensão arterial continuada.	
7. Problemas dermatológicos prolongados	
8. Mudança extrema de apetite.	
9. Excesso de gases.	
10. Tontura freqüente.	
11. Úlcera.	
12. Dificuldades cardíacas.	
Some 1 (um) ponto para cada F3 que assinalou() F3	
b) Marque com P3 os sintomas que têm experimentado no ultimo mês.	P3
13. Impossibilidade de trabalho.	
14. Pesadelos.	
15. Sensação de incompetência em todas as áreas.	
16. Vontade de fugir de tudo.	
17. Apatia, depressão, ou raiva prolongada.	
18. Cansaço excessivo.	
19. Pensar/falar constantemente em um só assunto.	
20. Irritabilidade sem causa aparente.	
21. Angustia/ansiedade diária.	
22. Hipersensibilidade emotiva.	
23. Perda do senso de humor.	
Some 1 (um) ponto para cada P3 que assinalou() P3	

Avaliação

A) F1 () P1 ()
 B) F2 () P2 ()
 C) F3 () P3 ()

Total (vertical) F () P ()