



Associação Brasileira de Epilepsia (ABE)
Filiada ao International Bureau for Epilepsy

Tradução e Adaptação Cultural da Seizure Severity Questionnaire: Resultados Preliminares

Tatiana Indelicato da Silva*, Neide Barreira Alonso*, Auro Mauro Azevedo*,
Ana Carolina Westphal-Guitti*, Rosa Cristina Vaz Pedroso Migliorini*, Carolina Mattos Marques*,
Luís Otavio Sales Ferreira Caboclo**, Américo Ceiki Sakamoto***, Elza Márcia Targas Yacubian***

Departamento de Neurologia/Neurocirurgia, UNIFESP, São Paulo, SP

RESUMO

Introdução: O tratamento medicamentoso tem como meta principal a redução da frequência de crises ou seu controle completo. No Brasil não dispomos de informação sobre tradução, adaptação cultural e validação de escalas que medem a gravidade de crises. **Objetivo:** Tradução e adaptação cultural da Escala de Gravidade de Crises (EGC) (*Seizure Severity Questionnaire*) com objetivo de avaliar o impacto da frequência de crises. **Casística e Metodologia:** A autora da escala concedeu a versão original em inglês para a tradução. Dois professores de inglês nativos realizaram a retrotradução. As versões em português e a retrotraduzida foram comparadas à original e após consenso foi obtida a versão final. Trinta pacientes em tratamento regular com diagnóstico de epilepsia do lobo temporal relacionada a esclerose mesial temporal responderam ao questionário. **Resultados:** Vinte e dois pacientes (73%) eram do sexo masculino, com média de idade de 37 anos. Na Escala de Gravidade de Crises, 10 (33%) tiveram apenas auras; 18 (62%) apresentaram *Movimentos ou atitudes* durante a crise. Dois (6%) apresentaram *Perda dos sentidos*, 13 (43%) revelaram demora na recuperação após a crise com *Efeitos mentais e corpóreos* e 12 (40%) tiveram *Efeitos emocionais*. Vinte e oito (94%) responderam terem sido as crises extremamente graves e para 23 (77%) a recuperação após as crises foi o que mais incomodou. Observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a frequência de crises e os domínios do Nottingham Health Profile: Reações Emocionais ($p = 0,046$), Dor ($p = 0,015$) e Alterações do sono ($p = 0,003$). **Conclusão:** Foi realizada a adaptação cultural da EGC, avaliando seus resultados preliminares, e a relação entre frequência de crises e QV. O impacto das crises tradicionalmente estudado em termos da frequência e tipo de evento pode ser melhor compreendido se analisado sob a ótica do paciente.

Unitermos: Escala de Gravidade de Crises, Nottingham Health Profile (NHP), qualidade de vida (QV), epilepsia do lobo temporal, frequência de crises.

ABSTRACT

Translation and cross-cultural adaptation of the Seizure Severity Questionnaire: first results

Introduction: Seizure severity and seizure frequency reduction are the goals in the treatment of epilepsy. Up to the present, there are no validated instruments or studies emphasizing initial reliability and validity of

* Pós-graduandos da Disciplina de Neurologia da Universidade Federal de São Paulo.

** Mestre em Neurologia, médico da Disciplina de Neurologia da Universidade Federal de São Paulo.

*** Professores Doutores Afiliados da Disciplina de Neurologia da Universidade Federal de São Paulo.

Received Jan. 09, 2006; accepted Feb. 10, 2006.

questionnaires to measure seizure severity into Brazilian Portuguese. **Purpose:** This report describes the translation and cross-cultural adaptation of the Seizure Severity Questionnaire (SSQ), an instrument to evaluate seizure frequency and severity. **Casuistic and methods:** The author conceded the original English version to Portuguese translation. Later, two independent native English-speaking teachers fluent in Portuguese translated this consensus version back into English. Comparison of the back-translation with the original English version showed only a few discrepancies, and the English and Portuguese versions were considered conceptually equivalent. Thirty patients regularly treated with temporal lobe epilepsy related to mesial temporal sclerosis answered the questionnaire. **Results:** Twenty-two adult patients (73%) were male and mean age 37. Ten (33%) reported only auras and 18 *Movements or attitudes* during the seizures. Two presented *Loss of consciousness*. For 13 (43%) there was a long time to recuperate after the event. 12 reported *Emotional effects* and all patients had *Body effects*. The majority of patients, 28 (94%) considered their seizures extremely severe and for 23 (77%) the recuperation period was the most bother symptom. The association of seizure frequency and Nottingham Health Profile showed statistical significance for the domains: Emotional well-being ($p = 0.046$), Pain ($p = 0.015$) and Sleep ($p = 0.003$). **Conclusion:** This study explored the cultural adaptation of SSQ and its first results. We also assessed the correlation between seizure frequency and quality of life impact. The instrument SSQ could help to understand the seizure concern in the view of the patient.

Key words: Seizure Severity Questionnaire (SSQ), Nottingham Health Profile, quality of life, epilepsy, seizure frequency.

INTRODUÇÃO

O tratamento medicamentoso tem como meta principal a redução da frequência ou o controle completo das crises, principalmente em pacientes com epilepsia refratária que relacionam o bem-estar físico, social e psicológico a um melhor estado de qualidade de vida (QV) possível.

Resultados de vários estudos indicam que a frequência de crises tem sido associada a uma pior QV^(4,11). As sub-escalas que medem aspectos da saúde mental, sociabilidade, capacidade funcional e estado geral de saúde se mostram mais sensíveis para captar o prejuízo de crises frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)⁽¹¹⁾. O impacto das crises tem sido tradicionalmente avaliado em termos da frequência e tipos de eventos (crises parciais simples, complexas, com generalização secundária), porém essa forma de classificação não contempla mudanças em sua expressão como eliminação das quedas, redução do período pós-ictal, alterações do nível de consciência. Além disto, este critério é insuficiente quando o objetivo é a verificação da gravidade das crises e prejuízo na vida do paciente⁽⁶⁾.

Os indicadores mais importantes de gravidade de crises são as características clínicas ou sintomas avaliados no momento do atendimento clínico. Quantitativamente, existem questionários que avaliam essa gravidade, dentre eles:

1. “VA Seizure Frequency and Severity Rating”⁽⁵⁾ avalia a preocupação com as crises, fatores precipitantes, não adaptação à medicação, padrão diurno ou noturno e alteração de consciência;
2. “National Hospital Seizure Severity Scale”⁽¹²⁾: instrumento composto por oito questões sobre movimentos tônico-clônicos, queda, ferimentos, incontinência

urinéria, alteração de consciência, recuperação pós-ictal e automatismos.

3. “Liverpool Seizure Severity Instrument”^(1,2,13): escala auto-aplicável na qual o paciente responde a questões sobre sua percepção frente à alteração de consciência, tipo e aspectos da recuperação (cognição, queda, incontinência, mordedura de língua e sonolência).
4. “Seizure Severity Questionnaire”⁽⁶⁾: questionário composto por 28 questões, divididas em três domínios: aviso, fenômenos ictais e período de recuperação. Nos dois últimos domínios há uma classificação quanto à duração, frequência, gravidade e grau de incômodo causado pelos eventos.

Infelizmente, até o presente momento, não dispomos de informação sobre tradução, adaptação cultural e validação de escalas que medem a gravidade de crises nas epilepsias no Brasil. O objetivo deste artigo é relatar a tradução e adaptação cultural da Escala de Gravidade de Crises (EGC) – *Seizure Severity Questionnaire*⁽⁶⁾, bem como avaliar o impacto da frequência de crises na QV.

METODOLOGIA E CASUÍSTICA

Este estudo teve início com a permissão da autora da escala, Joyce Cramer, que nos concedeu a versão original em inglês para que pudéssemos dar início ao processo de tradução. Dois tradutores, com conhecimento em inglês e epilepsia fizeram a versão da EGC para o português. Após reunião de consenso entre os membros da equipe uma versão foi escolhida e a seguir dois professores de inglês independentes e nativos realizaram a retrotradução. Concluído esse passo, as versões em português e a retrotraduzida

foram comparadas à original, analisadas as discrepâncias em relação aos conceitos e conteúdo, obtendo-se assim a versão final para a população brasileira.

O questionário genérico de qualidade de vida Nottingham Health Profile (NHP) foi utilizado como medida de avaliação da QV. Constituído de 38 itens, permite explorar seis categorias: Capacidade física (8 questões), Dor (8), Alterações do sono (4), Nível de energia (3), Reações emocionais (10) e Isolamento social (5). Cada resposta positiva corresponde a um escore de 1 e cada negativa a 0, perfazendo uma pontuação máxima de 38⁽¹⁵⁾.

Para a análise estatística dos resultados foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, tendo sido atribuído um valor significativo para $p < 0.05$.

Trinta indivíduos em tratamento regular no ambulatório de Epilepsia da Disciplina de Neurologia da UNIFESP- São Paulo, com diagnóstico de epilepsia do lobo temporal relacionada a esclerose mesial temporal e participantes do programa de cirurgia responderam à EGC e ao NHP entre julho a novembro/2005. Os dados demográficos e a frequência de crises no último mês foram obtidos por meio de uma breve entrevista.

RESULTADOS

Vinte e dois pacientes (73%) eram do sexo masculino, com média de idade de 37 anos. Dezesesseis (53%) completaram o 1º grau, 12 (40%) o 2º e 2 (7%) o 3º. A frequência de crises no último mês foi: 14 (46%) tiveram até 4 crises ao mês, 10 (33%) apresentaram de 5 a 9 e 6 (21%) 10 ou mais crises. Dez (33%) pacientes apresentaram somente auras no último mês, 15 (50%) tiveram crises parciais complexas e 5 (17%) crises tônico-clônicas generalizadas.

Todos os pacientes apresentaram compreensão satisfatória do questionário em sua versão final.

Os resultados da EGC (dividida em três partes) foram:

• Antes da crise

1. *Aviso*: 10 (33%) pacientes tiveram apenas auras; destes, 3 (30%) perceberam que a aura foi extremamente útil como um fator de proteção, para 2 (20%) foi de alguma ajuda, enquanto para 5 (50%) foi inútil, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Resultados obtidos na Escala de Gravidade de Crises quanto ao AVISO.

Aviso	N	%
<i>Percepção:</i>		
Sim	10	33
Não	20	67
<i>Ajudou a se preparar para a crise?</i>		
Ajudou extremamente	3	30
Alguma ajuda	2	20
Não ajudou	5	50

• Durante a crise

1. *Movimentos ou atitudes (movimentos ou ações incontroláveis, queda, machucados, mordedura de língua, incontinência urinária, etc.)*: 18 pacientes apresentaram tais eventos. Destes, 2 (11%) acreditavam que os movimentos ou atitudes foram extremamente suaves, 5 (27%) moderadamente suaves e 11 (62%), extremamente graves. Dois (11%) disseram que esses movimentos ou atitudes os incomodavam moderadamente e 16 (89%), extremamente.

2. *Perda dos sentidos (ausências ou sensações de permanecer completamente imóvel)*: 2 pacientes (7%) alegaram sentir-se moderadamente incomodados no último mês ao perceber a perda dos sentidos (Tabela 2).

Tabela 2. Resultados obtidos na Escala de Gravidade DURANTE A CRISE.

Movimentos/Sentidos	N	%
<i>Movimentos:</i>		
Sim	18	60
Não	12	40
<i>Intensidade:</i>		
Extremamente suave	2	11
Moderadamente suave	5	27
Extremamente grave	11	62
<i>Incômodo em relação aos Movimentos:</i>		
Não incomodou	0	0
Incomodou moderadamente	2	11
Incomodou extremamente	16	89
<i>Perda dos sentidos:</i>		
Sim	2	6
Não	28	94
<i>Incômodo em relação à perda dos sentidos:</i>		
Não	0	0
Moderadamente	0	0
Extremamente	2	100

• Após as crises

1. *Recuperação (voltar ao normal)*: 13 (43%) relataram recuperação demorada no pós- crise e 17 (57%) tiveram rápida recuperação.

2. *Efeitos mentais (confusão, perda de memória ou fala, andar ou falar sem propósito, etc.)*: 13 (43%) tiveram algum tipo de efeito mental. Destes, 5 (38%) apresentaram esses sintomas às vezes e 8 (62%), sempre. Quatro (30%) tiveram efeitos moderadamente suaves enquanto 9 (70%), extremamente graves. Todos os 13 (100%) sentiram-se extremamente incomodados com esses eventos.

3. *Efeitos emocionais (depressão, ansiedade, raiva, etc.)*: 12 (40%) apresentaram algum sintoma afetivo após a crise. Destes, 8 (66%) algum efeito emocional após a crise esteve sempre presente e 4 (34%), um pouco. Dois (16%) perceberam esses efeitos como moderadamente suaves e 10 (84%), extremamente graves. Quatro (33%) se senti-

ram moderadamente incomodados e 8 (67%), extremamente incomodados.

4. *Efeitos no corpo (sonolência, cansaço, músculos doloridos, dor de cabeça, fraqueza, etc.):* os 13 (100%) pacientes apresentaram algum tipo de efeito no corpo. Quatro (30%) tiveram sintomas moderadamente suaves, 9 (70%) sintomas extremamente graves e todos responderam que estes efeitos os incomodaram extremamente. As Tabelas 3a e 3b ilustram os resultados observados.

Tabela 3a. Resultados obtidos na Escala de Gravidade na RECUPERAÇÃO PÓS-CRISE.

Recuperação	N	%
<i>Demorou?</i>		
Sim	13	43
Não	17	57
<i>Efeitos mentais:</i>		
Sim	13	43
Não	17	57
<i>Frequência:</i>		
Nunca	0	0
As vezes	5	38
Sempre	8	62
<i>Intensidade:</i>		
Extremamente suave	0	0
Moderadamente suave	4	30
Extremamente grave	9	70
<i>Incômodo:</i>		
Não incomodou	0	0
Incomodou moderadamente	0	0
Incomodou extremamente	13	100

– *Quanto à percepção da gravidade das crises:* 2 (6%) responderam que as crises ocorridas no último mês foram moderadamente suaves e 28 (94%) extremamente graves. Todos os 30 pacientes referiram que suas crises os incomodaram extremamente (Tabela 4).

Tabela 4. Percepção da GRAVIDADE e INCÔMODO relacionado às crises.

Gravidade/Incômodo	N	%
<i>Gravidade</i>		
Extremamente suave	0	0
Moderadamente suave	2	6
Extremamente grave	28	94
<i>Incômodo</i>		
Não incomodou	0	0
Incomodou moderadamente	0	0
Incomodou extremamente	30	100

– *Quanto à percepção de incômodo causada pelas crises:* 4 (13%) responderam que foi o aviso o que mais os incomodou; 3 (10%), os movimentos e atitudes durante a crise e 23 (77%), a recuperação (Tabela 5).

Tabela 3b. Resultados obtidos na escala de gravidade na RECUPERAÇÃO PÓS-CRISE.

Recuperação	N	%
<i>Efeitos emocionais</i>		
Sim	12	40
Não	18	60
<i>Frequência:</i>		
Sempre	8	67
Um pouco	4	33
Nunca	0	0
<i>Intensidade:</i>		
Extremamente suave	0	0
Moderadamente suave	2	16
Extremamente grave	10	84
<i>Incômodo:</i>		
Não incomodou	0	0
Incomodou moderadamente	4	33
Incomodou extremamente	8	67
<i>Efeitos no corpo</i>		
Sim	13	43
Não	17	57
<i>Frequência:</i>		
Nunca	0	0
Um pouco	3	23
Sempre	10	77
<i>Intensidade:</i>		
Extremamente suave	0	0
Moderadamente suave	4	30
Extremamente grave	9	70
<i>Incômodo:</i>		
Não	0	0
Moderadamente	0	0
Extremamente	13	100

Tabela 5. Fator que mais incomodou de modo geral.

Fator	N	%
Aviso	4	13
Movimentos durante a crise	3	10
Recuperação	23	77

Ao procurar se estabelecer uma relação entre a frequência de crises e seu impacto sobre a QV, verificou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios do NHP: *Reações emocionais* ($p = 0,046$), *Dor* ($p = 0,015$) e *Alterações do sono* ($p = 0,003$). Para as sub-escalas Nível de Energia, Capacidade Física e Isolamento Social, não foi observada associação significativa ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Este artigo teve como objetivo principal a adaptação cultural da EGC para a língua portuguesa. Os pacientes incluídos nesta amostra não encontraram dificuldades na compreensão do questionário e o tempo necessário para as respostas foi, em média, de 20 minutos. Verificou-se que

a EGC mostrou-se útil na avaliação da gravidade das crises do ponto de vista do paciente, além de explorar os efeitos sutis que ocorrem antes, durante e no período pós-crítico. Uma percepção mais realista acerca dos fenômenos associados às crises, permite ao paciente adequar seu estilo de vida ao tipo e gravidade de suas crises, bem como minimizar os efeitos negativos da imprevisibilidade e incerteza que permeiam estes distúrbios.

A EGC procura explorar minuciosamente os fenômenos pós-críticos, ampliando as questões referentes à recuperação cognitiva, física e emocional. Nesta amostra 23 pacientes (77%) alegaram como a maior causa de incômodo, o período de recuperação. Ansiedade, nervosismo, depressão e labilidade emocional podem ser considerados sinais de distúrbios de humor no período pós-crítico⁽⁷⁾. Em muitos pacientes os eventos psiquiátricos que costumam ocorrer após as crises podem se tornar crônicos. Em metade daqueles com crises refratárias a depressão pós-crítica pode prolongar-se por até duas semanas⁽¹⁰⁾. Há uma correlação positiva entre presença de sintomas depressivos e percepção de gravidade das crises⁽⁷⁾. Embora este estudo não tenha objetivado a mensuração dos sintomas depressivos, 28 pacientes (94%) perceberam suas crises como extremamente graves e todos os 30 (100%) pacientes da amostra sentiram-se extremamente incomodados com os efeitos mentais (confusão, perda de memória ou fala, emissão de palavras desconexas), 12 (40%) apresentaram algum tipo de sintoma afetivo (depressão, ansiedade, raiva) e os 30 (100%) alegaram algum tipo de efeito no corpo (sonolência, cansaço, dor muscular).

Outro tópico importante que este estudo procurou ressaltar é a associação entre frequência de crises e QV. Há evidências sugerindo que adultos com crises refratárias enfrentam maior impacto na QVRS do que aqueles com crises controladas^(4,11). Os domínios psicológico e social parecem ser particularmente os mais afetados^(9,13). Em nossa casuística a aplicação do questionário genérico NHP mostrou uma correlação estatisticamente significativa entre os domínios *Dor* ($p = 0,015$), *Reações Emocionais* ($p = 0,046$) e *Alterações do Sono* ($p = 0,003$) e a frequência de crises no mês anterior.

Surpreendentemente, não houve associação entre a frequência de crises e os domínios Isolamento Social, Nível de Energia e Saúde Física. Sabe-se que a subescala sobre Funcionamento Social é uma das mais sensíveis na detecção dos efeitos da permanência das crises sobre a QV⁽¹⁶⁾. Assim, os resultados encontrados neste trabalho podem ser um reflexo da população estudada, além da possibilidade de que o questionário escolhido possa não ter se mostrado sensível para captar este fator.

Nossos resultados confirmam a premissa da existência de correlação entre a frequência de crises e o estado emo-

cional, representada pela associação estatística positiva entre os domínios *Reações Emocionais* e Frequência de crises. Pacientes com crises freqüentes e graves percebem maior prejuízo na saúde física, bem-estar psicológico e nos relacionamentos sociais e afetivos^(2,9,13). Nesta amostra houve correlação estatística entre o domínio *Alterações do Sono* e a Frequência de crises. Há estudos sugerindo que indivíduos com epilepsia parcial têm prevalência duas vezes maior de distúrbios do sono quando comparados a população controle, com prejuízo importante na QV⁽⁸⁾. A presença das crises pode ainda afetar profundamente a arquitetura do sono, bem como o uso de algumas drogas antiepilépticas que fragmentam o sono⁽⁹⁾.

A subescala *Dor* do NHP manteve uma associação estatisticamente significativa com a frequência de crises. Em recente estudo foi relatada probabilidade maior de referência à dor em indivíduos com epilepsia⁽¹⁴⁾. Por vezes as crises impossibilitam o paciente de dedicar-se a um esporte ou atividades de lazer, aumentando o sedentarismo e conseqüentemente a probabilidade de queixas dolorosas. Em nossa experiência no atendimento de pessoas com epilepsia percebemos que as dores físicas muitas vezes representam uma dificuldade do indivíduo em nomear aspectos emocionais que não consegue identificar, causam incômodo e se transformam em queixas somáticas.

Por fim, o uso de instrumentos adequados permite a avaliação objetiva das dificuldades cotidianas enfrentadas pelas pessoas com epilepsia. Esses inventários além de partirem da percepção do paciente sobre sua própria problemática possibilitam a identificação precoce das conseqüências psicossociais de conviver com a epilepsia prevenindo o desenvolvimento de distúrbios intratáveis.

CONCLUSÃO

O impacto das crises tradicionalmente estudado em termos da frequência e tipo de evento pode ser melhor compreendido se analisado sob a ótica do paciente. A gama de eventos que ocorre antes, durante e após a crise como presença de aura, alteração de consciência, quedas, acidentes, confusão mental, distúrbios afetivos e outros, constituem dados relevantes para avaliarmos a repercussão das epilepsias na vida cotidiana do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Baker GA, Smith DF, Dewey M, Morrow J, Crawford PM, Chadwick DW. The development of a seizure severity scale as an outcome measure in epilepsy. *Epilepsy Res* 1991; 8:245-51.
2. Baker GA, Gagnon D, McNulty. The relationship between seizures frequency, seizure type and quality of life: findings from three European countries. *Epilepsy Res* 1998; (30):231-40.
3. Bazil CW. Epilepsy and sleep disturbance. *Epilepsy Behav* 2003; 4(Suppl 2):S39-45. Review.

4. Birbeck GL, Hays RD, Cui X, Vickrey BG. Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy. *Epilepsia* 2002; 43(5):535-8.
5. Cramer JA, Smith DF, Mattson RH, Delgado-Escueta AV, Collins JF and the VA Epilepsy Cooperative Study Group. A method of quantification for the evaluation of antiepileptic drug therapy. *Neurology* 1983; 33(Suppl 1):26-37.
6. Cramer JA, Baker GA, Jacoby A. Development of a new seizure severity questionnaire: initial reliability and validity testing. *Epilepsy Res* 2002; 48:187-97.
7. Cramer JA, Blum D, Reed M, Fanning K for the Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on seizure severity. *Epilepsia* 2003; 44(12):1578-84.
8. de Weerd A, de Hass S, Otte A, Trenite DK, van Erp G, Cohen A, de Kam M, Gerven J. Subjective sleep disturbance in patients with partial epilepsy: a questionnaire-based study on prevalence and impact on quality of life. *Epilepsia* 2004; 45(11):1397-404.
9. Jacoby A, Baker GA, Potts P, Chadwick DW. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a UK community study. *Epilepsia* 1996; 37:148-61.
10. Kanner AM, Nieto JCR. Depressive disorders in epilepsy. *Neurology* 1999; 53(Suppl 2):S26-32.
11. Leidy NK, Elixhauser A, Vickrey BG, Means E, Willian MK. Seizure frequency and health-related quality of life of adults with epilepsy. *Neurology* 1999; 53:162-6.
12. O'Donoghue MF, Duncan JS, Sander JW. The National Hospital Seizure Severity Scale: a further development of the Chalfont Seizure Scale. *Epilepsia* 1996; 37:563-71.
13. Smith DF, Baker GA, Dewey M, Jacoby A, Chadwick DW. Seizure frequency, patient-perceived seizure severity and psychosocial consequences of intractable epilepsy. *Epilepsy Res* 1991; 9: (231-41).
14. Strine TW, Kobau R, Chapman DP, Thuman DJ, Price P, Balluz LS. Psychological distress, comorbidities and health behaviors among U.S. adults with seizures: results from the 2002 National Health Interview Survey. *Epilepsia* 2005; 46(7):1133-9.
15. Teixeira-Salmela LF, Magalhães L de C, Souza AC, Lima M de C, Lima RC, Goulart F. Adaptation of Nottingham Health Profile: a simple measure to assess quality of life. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):905-14.
16. Vickrey BG, Hays RD, Engel J Jr, Spritzer K, Rogers WH, Rausch R, Graber J, Brook RH. Outcome assessment for epilepsy surgery: the impact of measuring health-related quality of life. *Ann Neurol* 1995; 37(2):158-66.

Endereço para correspondência:
 Rua Borges Lagoa, 1080, cj 807 – Vila Clementino
 CEP 04038-002, São Paulo, SP, Brasil
 E-mail: neide.bal@uol.com.br

ANEXO

ESCALA DE GRAVIDADE DAS CRISES

Por favor, descreva ao entrevistador o TIPO MAIS COMUM DE CRISES que você teve nas últimas 4 semanas (colocar observações de acompanhantes).

Classificação das crises: () CPS () CPC () CTCG

Ao responder as seguintes questões, por favor, *circule o número que melhor descreva como você se sentiu* a respeito de cada tópico.

ANTES DA CRISE

1. Você teve um **aviso (ameaço)** ANTES deste tipo de crise descrita acima (cheiros, sensações físicas, sentimentos, etc.) nas últimas 4 semanas?

() Sim () Não

Caso responda sim, o **AVISO (ameaço)** ajudou a, por exemplo, se preparar para a crise?

1	2	3	4	5	6	7
Ajudou extremamente			Alguma ajuda	Não ajudou		

DURANTE A CRISE

2. Você teve **movimentos ou atitudes** DURANTE este tipo de crise descrita acima nas últimas 4 semanas? (como por exemplo, movimentos e ações incontroláveis, queda, machucados, mordedura de língua, urinou na roupa, etc.).

() Sim () Não

Caso responda sim, quanto **INTENSO ou SEVERO** foram os movimentos ou atitudes?

1	2	3	4	5	6	7
Extremamente suave			Moderadamente suave	Extremamente grave		

Quanto estes **movimentos ou atitudes** incomodaram?

1	2	3	4	5	6	7
Não incomodou			Incomodou moderadamente	Incomodou extremamente		

3. Você teve apenas **perda dos sentidos** (ausência) ou sensações (ficando totalmente parado) neste tipo de crise nas últimas 4 semanas?

() Sim () Não

Caso responda sim, quanto essa **PERDA DOS SENTIDOS** o(a) incomodaram?

1	2	3	4	5	6	7
Não incomodou			Incomodou moderadamente	Incomodou extremamente		

