



REVISÃO

Benefícios da prática da espiritualidade e religiosidade para pessoas com epilepsia

Benefits of spiritual and religious practices for people with epilepsy

Rodrigo Luiz VANCINI¹

ORCID iD 0000-0003-1981-1092

Marília dos Santos ANDRADE²

ORCID iD 0000-0002-7004-4565

Cássia Regina VANCINI-CAMPANHARO³

ORCID iD 0000-0002-7688-2674

Claudio Andre Barbosa de LIRA⁴

ORCID iD 0000-0001-5749-6877

RESUMO

A epilepsia é considerada uma doença neurológica enigmática pela forma de manifestação de seus sinais e sintomas. É importante notar que a prática da espiritualidade/religiosidade pode impactar positivamente na qualidade de vida de pacientes com doenças neurológicas, em particular a epilepsia, sendo considerada uma forma de enfrentamento e tratamento complementar da doença. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi apresentar informações referentes aos possíveis benefícios da prática da espiritualidade/religiosidade como forma de tratamento alternativo de pacientes com essa condição. Esta pesquisa consistiu de ampla revisão de literatura realizada na base de

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos, Departamento de Desportos. *Campus* Universitário, Av. Fernando Ferrari, 514, 29075-810, Goiabeiras, Vitória, ES, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: RL VANCINI. E-mail: <rodrigoluzvancini@gmail.com>.

² Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Fisiologia, Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional. São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica. São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação Física e Dança, Setor de Fisiologia Humana e do Exercício. Goiânia, GO, Brasil.

dados PubMed. Para a seleção dos artigos, dentro da temática de interesse (27 no total), foram utilizados os descritores “epilepsy”, “spirituality”, “religiosity”, “quality of life” e “religion” bem como seus cruzamentos. Além disso, foram utilizados outros artigos que apontavam as definições, a classificação, os aspectos históricos e epidemiológicos e as diretrizes do manejo da epilepsia. Foi possível concluir que a prática da espiritualidade/religiosidade somada ao tratamento convencional pode ser uma alternativa a ser recomendada pelos profissionais da saúde, pois impacta positivamente na qualidade de vida de pacientes com epilepsia.

Palavras-chave: Adaptação psicológica. Epilepsia. Espiritualidade. Religião.

ABSTRACT

Epilepsy is an enigmatic neurological disease, due to the manner its signs and symptoms are manifested. The practice of spirituality/religiosity can positively impact the quality of life of patients with neurological diseases, particularly epilepsy, and it is considered a form of coping and complementary treatment of the disease. Thus, the aim of this study was to present information regarding the possible benefits of the spirituality/religiosity practices as alternative treatments for patients with epilepsy. This article consisted of a broad literature review carried out in the database PubMed. For the selection of articles within the theme of interest (27 in total), the descriptors used were “epilepsy”, “spirituality”, “religiosity”, “quality of life”, and “religion” as well as their intersections. In addition, other articles that pointed definitions, classifications, historical and epidemiological aspects, and the guidelines of epilepsy management were used. It was possible to conclude that the spirituality/religiosity practice in addition to conventional treatment may be an alternative to be recommended by health professionals, since it positively impacts epilepsy patients' quality of life.

Keywords: Adaptation, psychological. Epilepsy. Spirituality. Religion.

INTRODUÇÃO

A epilepsia é o distúrbio neurológico crônico mais comum no mundo [1,2]. Foi somente no Século XIX que a visão moderna da doença surgiu, a partir do trabalho de alguns neurocientistas [3], dentre eles destaca-se o neurologista inglês John Hughlings que, em 1875, introduziu e definiu o conceito de crise epiléptica como uma atividade elétrica cerebral desordenada [4]. Hughlings reconheceu a existência das crises epilépticas parciais, localizadas em um sítio de origem de áreas discretas do córtex cerebral, estabelecendo as bases científicas para o estudo do fenômeno epiléptico [3].

O termo “crise” refere-se a uma ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas devido à atividade neuronal anormal e excessiva ou sincrônica no Sistema Nervoso Central. A crise pode ser não epiléptica, como, por exemplo, decorrente de eletrochoque ou

de convulsivantes químicos, ou epiléptica, quando ocorre sem indução aparente [5]. Portanto, a crise é o sintoma, enquanto a epilepsia é uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) caracterizada pela recorrência de crises espontâneas [1].

Destaca-se que o início de uma crise (dentre outros sinais e sintomas) é precedido por uma condição chamada de aura, que é uma sensação distintiva ou algum sinal de advertência. Quando da sensação de aura, pode haver a presença de tontura, percepção de cheiro característico, sensação de formigamento, sentimento de euforia, alucinação auditiva e dor [6].

Classificação das epilepsias

De acordo com a classificação da *International League Against Epilepsy* (ILAE) de 1989, as crises eram consideradas condições diagnósticas divididas

em três subgrupos: 1) crises isoladas ou autolimitadas (crises generalizadas ou focais); 2) crises contínuas, configurando o *status epilepticus* (condição na qual o cérebro está em estado de crise persistente) generalizado ou focal, e 3) crises reflexas, onde os fatores precipitantes podem desencadear crises focais ou generalizadas [7,8].

No entanto, em 2009, a ILAE reviu e propôs uma nova classificação das epilepsias, dividindo-as em quatro grupos: síndromes eletroclínicas, constelações, epilepsias estruturais e metabólicas e de causa desconhecida. Ainda no mesmo posicionamento, a ILAE utilizou uma série de critérios para a classificação das mesmas, sendo o primeiro deles referente àquelas autolimitadas ou isoladas, divididas em generalizadas, focais ou desconhecidas. Nesse sentido, as crises generalizadas se originariam a partir de um ponto e, subsequentemente, envolveriam outras redes cerebrais, incluindo estruturas corticais e subcorticais. Esse tipo de crise pode ser classificado como tônica, clônica, tônico-clônica, mioclônica e de ausência. Já as crises focais se originariam dentro de redes neurais limitadas a um hemisfério, podendo ser localizadas ou amplamente distribuídas originalmente de regiões subcorticais. Por fim, as crises de origem desconhecida seriam aquelas para as quais não existiriam evidências suficientes para classificá-las como generalizadas ou focais [9].

É preciso destacar que a ILAE, em 2014, publicou uma nova definição para a epilepsia, propondo ser a mesma uma doença cerebral que envolve alguma das seguintes condições: ao menos duas crises não provocadas (ou reflexas) em um intervalo maior do que 24 horas; uma crise não provocada e uma probabilidade de novas crises semelhante ao risco geral de recorrência (pelo menos 60%) após duas crises espontâneas; e diagnóstico de uma síndrome epiléptica [10].

Epidemiologia

Cerca de 0,5 a 1,0% da população mundial tem epilepsia [11]. A incidência anual nos países

desenvolvidos é de 50–70 casos por 100 mil habitantes por ano [12]. Por exemplo, nos Estados Unidos, a epilepsia afeta por volta de 2,5 milhões de pessoas [6]. Devido às más condições de higiene e pela maior incidência de neurocisticercose, nos países em desenvolvimento a prevalência da doença é maior [2]; por exemplo, no continente africano a prevalência é de 2% a 4% [13]. Já nos países da América Latina, a incidência de epilepsia tem variado entre 78–190 novos casos por 100 000 habitantes por ano e a prevalência média é de, aproximadamente, 18 casos por mil habitantes, podendo variar de acordo com os métodos de investigação [14].

Com relação ao Brasil, estima-se que a prevalência da epilepsia seja da ordem de um a dois por cento da população [15] e que a incidência seja de 18,6 por mil habitantes [12]. A incidência da doença varia extensamente com a idade, com as maiores taxas ocorrendo na infância, caindo para baixos níveis na vida adulta e aumentando novamente ao redor dos 65 anos [12].

Com efeito, a alta prevalência das epilepsias provoca repercussões socioeconômicas importantes [16], na medida em que aumentam os custos econômicos diretos, provenientes dos gastos médicos com drogas e hospitalizações, e indiretos, pela perda de capacidade produtiva, produção econômica por desemprego, licença médica ou morte prematura [17]. Por exemplo, na América do Norte, os gastos diretos e indiretos com a epilepsia somam 12,5 bilhões de dólares anuais [11].

Dados epidemiológicos mostram que a forma mais comum de epilepsia em adultos é a Epilepsia do Lobo Temporal (ELT), ocorrendo em cerca de 40% de todos os casos [8,13] e apresentando, geralmente, história de convulsão febril [18]. A ELT tem alta prevalência e frequentemente apresenta refratariedade ao tratamento farmacológico [8,19]. Geralmente inicia-se na infância, embora possa aparecer em qualquer idade, caracterizando-se por crises parciais com generalização secundária tônico-clônica pouco frequente [20].

Diagnóstico e formas de tratamento

O diagnóstico da epilepsia deve incluir um cuidadoso histórico clínico, exame físico e avaliação neurológica detalhada, eletroencefalograma e exames de imagem cerebral (tomografia computadorizada e ressonância magnética) [6]. Em uma porção substancial dos casos de epilepsia, o diagnóstico é feito antes dos 20 anos de idade [21]. Em geral, o tratamento farmacológico inicia-se quando o paciente passa a ter crises recorrentes [4,22].

Os agentes farmacológicos utilizados no tratamento da epilepsia são referidos como Drogas Antiepilépticas, sendo a pedra fundamental do mesmo em 70% dos casos [1]. Por volta de metade das pessoas que fazem o uso correto e regular das Drogas Antiepilépticas permanecem livres de crise, sendo o tratamento cirúrgico raramente necessário [1,6,23].

Além dos tratamentos medicamentoso e cirúrgico, tratamentos complementares têm sido estudados, como exercício físico regular [23], a dieta [24], o sono adequado [25] e o exercício da espiritualidade e religiosidade [26]. Tem sido demonstrado que a religião é uma dimensão importante da vida e da saúde e que pode contribuir positivamente para o tratamento de pacientes com doença e distúrbios mentais, auxiliando no controle emocional e social e proporcionando comportamentos que melhoram a qualidade de vida [27].

Nesse sentido, estratégias de *coping* (enfrentamento) são definidas como esforços cognitivos e comportamentais (positivos e/ou negativos) para lidar com situações potencialmente danosas e prejudiciais e na resolução de problemas, na tentativa de reduzir o ônus psicoemocional. As mesmas podem incorporar apoio e suporte emocional, técnicas de meditação e a prática da religiosidade, relação pessoal com Deus que se fundamenta nos rituais de uma religião, e espiritualidade, não necessariamente ligada a uma religião, ou seja, leva em conta questões religiosas que independem de vínculo com instituições ou organizações [26,28].

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é apontar um pouco da história e do possível papel da espiritualidade/religiosidade como tratamento complementar e estratégia de enfrentamento positiva para pacientes com epilepsia. Destaca-se que essas práticas, somadas ao tratamento convencional, podem ser aplicadas naqueles pacientes com epilepsia que tenham interesse/envolvimento, professem algum tipo crença e fé e possuam vínculo com instituições/entidades ligadas às práticas espirituais e religiosas.

Evolução da relação entre espiritualidade, religiosidade e epilepsia

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais antigas e misteriosas para a humanidade e, muitas vezes, tem sido ligada à religiosidade e espiritualidade. Como é caracterizada por sintomas físicos e mentais e pela forma da sua manifestação (através das crises epilépticas), ao longo da história foi interpretada de forma mística [29].

As crises epilépticas têm sido conhecidas e acompanhadas há muito tempo. É possível que o caso mais antigo conhecido de ELT (2600 a.C.) tenha sido o da figura bíblica do velho testamento de nome Ezequiel. Isso foi constatado após o profundo estudo de seus escritos [30]. É preciso destacar que crises epilépticas parciais podem ser acompanhadas por experiências e alucinações religiosas e por uma tendência a hiperreligiosidade [31].

No Novo Testamento, evangelho de Marcos (9,17-29), tem-se uma clara descrição de uma crise epiléptica que, no contexto do livro, é associada com possessão demoníaca e obsessão espiritual [29]:

Mestre, eu te trouxe o meu filho, que está com um espírito que o impede de falar. Onde quer que o apanhe, joga-o no chão. Ele espuma pela boca, range os dentes e fica rígido. Pedi aos teus discípulos que expulsassem o espírito, mas eles não conseguiram. Respondeu Jesus: Ó geração incrédula, até quando estarei com vocês? Até quando terei

que suportá-los? Tragam-me o menino. Então, eles o trouxeram. Quando o espírito viu Jesus, imediatamente causou uma convulsão no menino. Este caiu no chão e começou a rolar, espumando pela boca. Jesus perguntou ao pai do menino: Há quanto tempo ele está assim? Desde a infância, respondeu ele.

Hipócrates (400 a.C.) foi o primeiro a criticar a sacralidade atribuída à epilepsia, ou seja, para ele, a doença nada mais era do que uma perturbação da atividade cerebral. No entanto, na maioria das culturas, ganhou a interpretação de algo demoníaco e sobrenatural, devido às diferentes formas de manifestação [4,11]. Naquela época, o tratamento do doente era mais baseado na superstição do que na ciência. Consequentemente, as pessoas com epilepsia, além de sofrerem com a condição clínica da doença, também sofriam a visão estigmatizada da mesma [3].

No entanto, as ideias sobre a etiologia e o tratamento da epilepsia mudaram consideravelmente com o passar do tempo. Ela é mencionada muitas vezes na Bíblia, sendo retratada como uma condição misteriosa cujos sinais e sintomas, bem como sua progressão, transcendem explicações racionais. Na Idade Média, a visão que prevalecia era de que pacientes com epilepsia apresentavam possessão demoníaca e de outros espíritos impuros. Um método comum de tratamento era submeter o sujeito a cruéis exorcismos que, muitas vezes, conduziam à morte [31].

Atualmente, acredita-se que várias personalidades religiosas do passado tinham epilepsia. Por exemplo, o caso de Santa Birgitta de Vadstena foi estudado por essa perspectiva, já que o exterior de seu crânio apresentava um tubérculo proeminente com um recorte interior correspondente, o que, possivelmente, indicava a existência prévia de um meningioma, conhecida causa de epilepsia [31].

Outro caso famoso é a história de Wise-Knut. O mesmo nasceu na Noruega em 1792 e viveu por 84 anos. Tinha epilepsia grave e não tratada, com delírios e alucinações religiosas. Além disso,

ouvia vozes e acreditava que suas habilidades extraordinárias eram um presente de Deus. Nesse sentido, sua história corrobora a impressão de que a epilepsia pode ter tido um papel considerável na história das religiões [32].

Por fim é interessante citar o emblemático caso de Joana d'Arc. É bem possível que a mesma tivesse uma síndrome epiléptica, pois ouvia vozes. Levantou-se a hipótese de que talvez Joana apresentasse epilepsia parcial idiopática com sinais e sintomas auditivos. Para testar essa hipótese, d'Orsi & Tinuper [33] obtiveram documentação de seu julgamento e condenação como herege. Esses pesquisadores observaram que dos 13 até os 19 anos de idade ela tinha sinais e sintomas auditivos seguidos de um componente visual, ou seja, visualização de uma grande luz ou imagens que Joana identificava como santos. Muitas vezes, quando o componente visual não estava presente, o mesmo era substituído por um distúrbio de perturbação verbal. Esses estados de possível encantamento eram súbitos, de breve duração e também ocorriam durante o sono. Em alguns casos, o som de sinos podia desencadear as vozes que escutava. Todo esse panorama e sinais clínicos indicam que é provável que Joana d'Arc apresentasse epilepsia parcial idiopática.

Recentemente, Tedrus *et al.* [34] fizeram um trabalho cujo objetivo era avaliar a interação da epilepsia e da espiritualidade. Para isso, aplicaram uma escala de autoavaliação espiritual em 196 pacientes com a doença. Os autores demonstraram que pacientes com ELT apresentaram os mais altos valores de pontuação na escala de autoavaliação espiritual (quando comparados a um grupo controle). Além disso, os pacientes com esclerose hipocampal mesial tiveram pontuações significativamente mais elevadas do que aqueles com outras síndromes epiléticas. Os autores concluíram que a presença de ELT com esclerose hipocampal mesial, baixos níveis de escolaridade e atividade anormal do eletroencefalograma impactam nos níveis de espiritualidade.

Nakken & Brodtkorb [35] também apontaram que um relevante número de pessoas com ELT

relataram sensações e sentimentos religiosos durante suas crises. Alguns até experimentaram uma sensação de perfeita harmonia, presença de Deus ou de um estado de êxtase. Nesse sentido, a presença de epilepsia insular (que não é muito comum) tem relevância na semiologia das crises. Após as mesmas, alguns pacientes podem desenvolver delírios religiosos que perduram por vários dias.

É preciso destacar que a compreensão do binômio epilepsia/religiosidade e suas consequências tem melhorado consideravelmente. No entanto, o conhecimento sobre a epilepsia ainda é insuficientemente disseminado entre a população em geral e profissionais da saúde [36-38], o que acarreta interpretações religiosas e espirituais equivocadas [31].

Espiritualidade e religiosidade como forma de enfrentamento da epilepsia

A medicina, quando trabalhada de forma integrativa, pode auxiliar no tratamento de qualquer doença, contribuindo para o controle emocional e a redução do estresse e, conseqüentemente, oferecendo melhor qualidade de vida. Na epilepsia, a medicina complementar não deve substituir a medicação antiepiléptica, no entanto, a mesma pode auxiliar na efetividade do tratamento farmacológico e no controle das crises [39].

Abu-Raiya & Pargament [40] demonstraram que pessoas de diferentes tradições religiosas dependem de seus ensinamentos e práticas religiosas e espirituais para lidar com as dificuldades e fatores estressores da vida. No entanto, apontaram a necessidade de aprendizagem e educação de pacientes e profissionais de saúde sobre os métodos de enfrentamento religiosos utilizados em diferentes tradições.

Nesse sentido, a espiritualidade, a religiosidade e o exercício da fé têm mostrado potencial no tratamento complementar de sintomas psiquiátricos (depressão e ansiedade), distúrbios neurológicos e saúde mental [41] e são consideradas estratégias de *coping* positivas. Também têm sido utilizados

pelos profissionais da saúde como estratégia de enfrentamento entre pacientes com câncer, aprimorando sua qualidade de vida [42].

No que tange à epilepsia, muitos pacientes se voltam para a fé em tempos de doença e a prática da religiosidade tem sido associada a resultados de saúde positivos quando somada ao tratamento médico convencional [28,43]. No entanto, é preciso desmistificar muitos mitos e crenças sobre a religiosidade e a epilepsia. Por exemplo, ainda prevalece a visão de que pacientes com epilepsia são possuídos por espíritos malignos [31,37,38,44] e têm poderes místicos e sobrenaturais [31]. Surpreendentemente, essa visão errônea também é encontrada entre os profissionais de saúde, especialmente os não médicos [37,38].

Há evidências científicas sugerindo que a prática da religiosidade e espiritualidade são estratégias de enfrentamento positivas para melhorar o estado geral de saúde das pessoas com epilepsia [26,45-47] e outras doenças neurológicas e distúrbios orgânicos. Por exemplo, foi demonstrado que essas práticas estão associadas a taxas de suicídio mais baixas e menor nível de ansiedade e depressão, além de colaborarem para um maior bem-estar em pessoas com epilepsia [48-53].

É importante notar que o impacto positivo da religiosidade e espiritualidade sobre a saúde está relacionado com a participação em diferentes crenças e com o cuidado, o apoio e a compreensão dados às pessoas pelas entidades e associações religiosas. Uma evidência disso é o fato de pais de crianças com fibrose cística terem relatado níveis elevados de apoio emocional de membros de instituições e congregações religiosas e utilizarem a religiosidade como estratégia de enfrentamento positiva da doença dos filhos [54].

Stroppa & Moreira-Almeida [55] investigaram a relação entre religiosidade e estado de saúde e qualidade de vida entre pacientes com transtorno bipolar e demonstraram que a mesma é uma estratégia de enfrentamento positiva e está associada com menor incidência de sintomas depressivos.

Assim, a religiosidade e espiritualidade são aspectos relevantes na vida das pessoas e dimensões da saúde, devendo ser levadas em conta pelos profissionais da saúde na avaliação e cuidado de pacientes com transtorno bipolar. Não por acaso, a religiosidade e espiritualidade fazem parte do conceito multidimensional de qualidade de vida. O *The World Health Organization Quality of Life Assessment* [56], por exemplo, é composto por cem perguntas referentes à avaliação de seis domínios da qualidade de vida: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

Adicionalmente, as pessoas em sofrimento mental buscam e encontram nas organizações e instituições religiosas recepção e aceitação. Em geral, leigos e profissionais da saúde não estão preparados para lidar com a complexidade e a singularidade dos sinais e sintomas dos distúrbios mentais e as organizações e instituições religiosas acabam por assumir esse papel. No entanto, os profissionais de saúde, de forma geral, precisam rever conceitos e buscar algum conhecimento nesse sentido [57].

É provável que os profissionais de saúde não forneçam nem indiquem tratamentos complementares, incluindo a prática da religiosidade e o cuidado e assistência espirituais por não se sentirem confortáveis, bem como pela falta de conhecimento. Em geral, as intervenções não são exclusivamente religiosas, mas visam, principalmente, transmitir apoio emocional, ouvir e proporcionar o toque e apoio reconfortantes [58,59].

As evidências científicas disponíveis sinalizam, apesar de serem necessários mais estudos, muita cautela e esclarecimento sobre atitudes negativas. Os profissionais da saúde poderiam utilizar e incentivar a prática espiritual e religiosa positiva, desaconselhando práticas que incentivem a interrupção da ingestão de fármacos, como forma de aprimorar a qualidade de vida de pessoas com epilepsia. Obviamente, é preciso respeitar crenças individuais, não fazer algo de forma impositiva e envolver cuidadores e familiares nesse processo [60].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epilepsia ainda é considerada uma doença misteriosa e mística e tem sido ligada à religiosidade e espiritualidade. Por consequência, ainda hoje, algumas culturas e pessoas (incluindo profissionais de saúde) acreditam que a doença decorre de causas sobrenaturais.

A prática da espiritualidade e religiosidade pode impactar positivamente, pois pode melhorar a percepção da qualidade de vida de pessoas com epilepsia, sendo uma importante estratégia de *coping*. Nesse sentido, os pacientes devem ser livres para expressar sua fé e religiosidade para lidar com o estresse de sua doença.

Dessa forma, a prática da religiosidade/espiritualidade e o exercício voluntário da fé têm potencial para serem utilizados conjuntamente ao tratamento convencional como alternativa no cuidado em saúde de pacientes com epilepsia. No entanto, é preciso que haja mais discussão e divulgação entre leigos, familiares e profissionais de saúde do potencial impacto dessas práticas no tratamento de doenças neurológicas.

COLABORADORES

RL VANCINI colaborou no delineamento da proposta, estabelecimento do objetivo, revisão da literatura da área, escrita do trabalho, leitura sistemática e ajustes, discussão com a literatura e correções. MS ANDRADE e CR VANCINI-CAMPANHARO contribuíram na escrita do trabalho, leitura sistemática e ajustes, discussão com a literatura e correções. CAB LIRA colaborou no delineamento da proposta, estabelecimento do objetivo, leitura sistemática e ajustes, discussão com a literatura e correções.

REFERÊNCIAS

1. Duncan JS, Sander JW, Sisodiya SM, Walker MC. Adult epilepsy. *Lancet*. 2006;367(9516):1087-100.
2. Amudhan S, Gururaj G, Satishchandra P. Epilepsy in India I: Epidemiology and public health. *Ann Indian Acad Neurol*. 2015;18(3):263-77.

3. Engel JJ. Concepts of epilepsy. *Epilepsia*. 1995;36(Suppl.1):23-9.
4. Brodie MJ, Schachter SC. Fast facts: Epilepsy. 2nd ed. Oxford: Health Press; 2001.
5. McNamara JO. Cellular and molecular basis of epilepsy. *J Neurosci*. 1994;14(6):3413-3425.
6. Bloomquist LEC. Epilepsy. In: ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities. 2nd ed. Champaign (IL): Human Kinetics; 2003. p.262-6.
7. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*. 1989;30(4):389-99.
8. Engel J Jr. Introduction to temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Res*. 1996;26(1):141-50.
9. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, *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):676-85.
10. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, *et al.* ILAE official report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82.
11. Wiebe S. Brain surgery for epilepsy. *Lancet*. 2003;362(Suppl.):s48-9.
12. Borges MA, Min LL, Guerreiro CA, Yacubian EM, Cordeiro JA, Tognola WA, *et al.* Urban prevalence of epilepsy: Populational study in Sao Jose do Rio Preto, a medium-sized city in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(2-A):199-204.
13. Hauser WA, Kurland LT. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967. *Epilepsia*. 1975;16(1):1-66.
14. Burneo JG, Tellez-Zenteno J, Wiebe S. Understanding the burden of epilepsy in Latin America: A systematic review of its prevalence and incidence. *Epilepsy Res*. 2005;66(1-3):3-74.
15. Fernandes JG, Schmidt MI, Monte TL, Tozzi S, Sander JWAS. Prevalence of Epilepsy: The Porto Alegre Study. *Epilepsia*. 1992;33(Suppl.3):132.
16. Ablah E, Haug A, Konda K, Tinius AM, Ram S, Sadler T, *et al.* Exercise and epilepsy: A survey of Midwest epilepsy patients. *Epilepsy Behav*. 2009;14(1):162-6.
17. Pato-Pato A, Cimas-Hernando I, Lorenzo-González JR, Vadiillo-Olmo FJ. The economic impact of epilepsy. *Rev Neurol*. 2004;39:450-3.
18. Avanzini G, Franceschetti S. Cellular biology of epileptogenesis. *Lancet Neurol*. 2003;2(1):33-42.
19. Engel JJ. Epileptic syndromes. In: *Seizures and Epilepsy*. Philadelphia: F.A. Davis Compan; 1989. pp.195-201.
20. Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I. Considerações gerais. In: *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.1-10.
21. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. *Epilepsia*. 1993;34:453-68.
22. Betting LE, Kobayashi E, Montenegro MA, Min LL, Cendes F, Guerreiro MM, Guerreiro CA. Treatment of epilepsy: Consensus of the Brazilian specialists. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(4):1045-70.
23. Arida RM, Cavalheiro EA, da Silva AC, Scorza FA. Physical activity and epilepsy: Proven and predicted benefits. *Sports Med*. 2008;38(7):607-15.
24. Schoeler NE, Cross JH. Ketogenic dietary therapies in adults with epilepsy: A practical guide. *Pract Neurol*. 2016;16(3):208-14.
25. Beattie JF, Koch SA, Bolden LB, Thompson MD. Neuropsychological consequences of sleep disturbance in children with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2016;57(Pt.A):118-23.
26. Vancini RL, de Lira CA, Arida RM. Alternative medicine as a coping strategy for people with epilepsy: Can exercise of religion and spirituality be part of this context? *Epilepsy Behav*. 2014;31:194-5.
27. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):361-7.
28. Livneh H, Wilson LM, Duchesneau A, Antonak RF. Psychosocial adaptation to epilepsy: The role of coping strategies. *Epilepsy Behav*. 2001;2(6):533-44.
29. Budrys V. Neurology in Holy Scripture. *Eur J Neurol*. 2007;14(7):e1-6.
30. Altschuler EL. Did Ezekiel have temporal lobe epilepsy? *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):561-2.
31. Owczarek K, Jędrzejczak J. Christianity and epilepsy. *Neurol Neurochir Pol*. 2013;47(3):271-7.
32. Brodtkorb E, Nakken KO. The relationship between epilepsy and religiosity illustrated by the story of the visionary mystic Wise-Knut. *Epilepsy Behav*. 2015;46:99-102.
33. D'Orsi G, Tinuper P. I heard voices...: From semiology, a historical review, and a new hypothesis on the presumed epilepsy of Joan of Arc. *Epilepsy Behav*. 2006;9(1):152-7.
34. Tedrus GM, Fonseca LC, Höehr GC. Spirituality aspects in patients with epilepsy. *Seizure*. 2014;23(1):25-8.
35. Nakken KO, Brodtkorb E. [Epilepsy and religion]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011;131(13-14):1294-7.
36. Vancini RL, de Lira CA, Arida RM. The understanding of patients with epilepsy with regard to how their disease is managed: The role of health professionals. *Epilepsy Behav*. 2015;50:29-30.

37. Vancini RL, Benedito-Silva AA, Sousa BS, Gomes da Silva S, Souza-Vancini MI, Vancini-Campanharo CR, *et al.* Knowledge about epilepsy among health professionals: A cross-sectional survey in Sao Paulo, Brazil. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000919.
38. Vancini RL, Lira CA, Gomes da Silva S, Scorza FA, Silva AC, Vieira D, Cavalheiro EA, Arida RM. Evaluation of physical educators' knowledge about epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010;68(3):367-71.
39. Saxena VS, Nadkarni VV. Nonpharmacological treatment of epilepsy. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011;14(3):148-52.
40. Abu-Raiya H, Pargament KI. Religious Coping among diverse religions: Commonalities and divergences. *Psychol Relig Spiritual*. 2015;7(1):24-33.
41. Galek K, Flannelly KJ, Ellison CG, Sifton NR. Religion, meaning and purpose, and mental health. *Psychol Relig Spiritual*. 2015;7(1):1-12.
42. Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BS. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: A cross-sectional study. *Medicine*. 2015;94(47):e2145.
43. Cummings JP, Pargament KI. Medicine for the spirit: Religious coping in individuals with medical conditions. *Religions*. 2010;1(1):28-53.
44. DeToledo JC, Lowe MR. Epilepsy, demonic possessions, and fasting: Another look at translations of Mark 9:16. *Epilepsy Behav*. 2003;4(3):338-9.
45. Giovagnoli AR, Meneses RF, da Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006;9(1):133-9.
46. Bautista RE. Racial differences in coping strategies among individuals with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2013;29(1):67-71.
47. Tedrus GM, Fonseca LC, De Pietro Magri F, Mendes PH. Spiritual/religious coping in patients with epilepsy: Relationship with sociodemographic and clinical aspects and quality of life. *Epilepsy Behav*. 2013;28(3):386-90.
48. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *South Med J*. 2004;97(12):1194-200.
49. Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. A Meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Soc Indic Res*. 2005;72(2):153-88.
50. Martínez-Taboas A. Psychogenic Seizures in an Espiritismo Context: The role of culturally sensitive psychotherapy. *Psychotherapy*. 2005;42(1):6-13.
51. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283-91.
52. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MF, Moreira-Almeida A, *et al.* Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med*. 2011;43(4):316-22.
53. Lucchetti G, Lucchetti AL, Bassi RM, Nobre MR. Complementary spiritist therapy: Systematic review of scientific evidence. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;(2011):835945.
54. Szczesniak RD, Zou Y, Wetzel JD, Krause N, Grosseohme DH. Increased congregational support for parents of children with cystic fibrosis. *J Relig Health*. 2015;54(2):664-75.
55. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2013;15(4):385-93.
56. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):403-9.
57. Reinaldo AMS. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):537-43.
58. Delgado C. Nurses' spiritual care practices: Becoming less religious? *J Christ Nurs*. 2015;32(2):116-22.
59. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: A concept analysis. *Int Nurs Rev*. 2014;61(2):211-9.
60. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi S. Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011;190(2-3):200-5.

Recebido: agosto 30, 2016
Versão final: junho 12, 2017
Aprovado: julho 5, 2017

