

**Epidemiologia dos casos de internação hospitalar por epilepsia no estado do Tocantins em 2018****Epidemiology of epilepsy cases in the state of Tocantins in 2018**

DOI:10.34119/bjhrv3n6-148

Recebimento dos originais: 23/10/2020

Aceitação para publicação: 30/11/2020

**Marianna Neves Nolasco**

Acadêmica do curso de Medicina UNITPAC  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos  
Endereço: Av. Filadélfia, 568 - St. Oeste, Araguaína - TO, 77816-540  
E-mail: mnnolasco20@gmail.com

**Winnie Marques Ferreira**

Acadêmica do curso de Medicina UNITPAC  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos  
Endereço: Av. Filadélfia, 568 - St. Oeste, Araguaína - TO, 77816-540  
E-mail: winnye\_marques@hotmail.com

**José Roberto Lopez Rivero**

Graduado em Medicina pelo Instituto Superior de Ciências médicas de la Habana (1991) e  
Professor do curso de Medicina UNITPAC  
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos  
Endereço: Av. Filadélfia, 568 - St. Oeste, Araguaína - TO, 77816-540  
E-mail: lopesrivero@yahoo.com.br

**RESUMO**

A epilepsia é uma síndrome neurológica determinada por desorganizadas descargas elétricas no cérebro, com grande prevalência nos primeiros anos de vida. Essas alterações geram crises que se manifestam de diversas maneiras, de acordo com a área acometida. Esta condição tem consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais e prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo afetado. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Epilepsia 30% dos pacientes com epilepsia são considerados refratários, apesar de tratamento adequado com anticonvulsivantes. Neste sentido, o trabalho buscou quantificar as notificações de internação hospitalar no SUS no ano de 2018 por epilepsia no Estado do Tocantins, de acordo com a faixa etária. Para realizar a pesquisa, os dados foram extraídos a partir da base de dados do DATASUS, nas Informações de Saúde (TABNET). Observou-se que, no período em análise, das 401 notificações de internação hospitalar, a de maior incidência foi em crianças de 1-4 anos, representando aproximadamente 26%, com 106 dos casos relatados, seguido das crianças com 5-9 anos e os menores de um ano, com prevalência de cerca de 15% cada. Assim foi possível evidenciar que a faixa etária infantil representou a maior busca hospitalar com diagnóstico de epilepsia. Sendo assim, a classificação sindrômica é fundamental para a programação terapêutica e o estabelecimento do prognóstico nas epilepsias, principalmente na infância. É essencial o diagnóstico precoce para evitar crises refratárias e futuras complicações.

**Palavras-chave:** Epilepsia, Internação, Crises.

**ABSTRACT**

Epilepsy is a neurological syndrome determined by disorganized electrical discharges, with great effort in the first years of life. These changes generate crises that manifest in different ways, according to an affected area. This condition has immune neurobiological, cognitive, psychological and social and detrimental himencture the quality of a life model affected. According to the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Epilepsy, 30% of patients with epilepsy are considered refractory, despite adequate treatment with anticonvulsants. In this sense, the study sought to quantify the notifications of hospital admission in SUS in the year 2018 due to epilepsy in the State of Tocantins, according to the age group. "To conduct a survey, data were extracted from the DATASUS database in the Health Information (TABNET). It was observed that, in the period under analysis, of the 401 reports of hospital admission, the highest incidence was in children of 1 Years, with a prevalence of about 15% each. Thus, it was possible to show that infant selection represented a a major search for a hospital with a diagnosis of epilepsy, thus, syndromyma is fundamental for the therapeutic and prognostic programming in epilepsy, especially in childhood.

**Keywords:** Epilepsy, Hospitalization, Crisis.

**1 INTRODUÇÃO**

Estima-se que a prevalência mundial de epilepsia ativa esteja em torno de 0,5%-1,0% da população e que cerca de 30% dos pacientes sejam refratários, ou seja, continuam a ter crises, sem remissão, apesar de tratamento condizente com medicamentos anticonvulsivantes. A incidência estimada na população ocidental é de 1 caso para cada 2.000 pessoas por ano.

A incidência de epilepsia é maior no primeiro ano de vida e volta a aumentar após os 60 anos de idade. A probabilidade geral de ser afetado por epilepsia ao longo da vida é de cerca de 3%. No Brasil, pesquisadores encontraram prevalências de 11,9:1.000 na Grande São Paulo e de 16,5:1.000 para epilepsia ativa em Porto Alegre.

**2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Baseado em pesquisas feitas por Da Mota (2006), as crenças predominam na história da epilepsia. As pessoas portadoras de epilepsia da Roma antiga eram evitadas por medo de contágio. Na Idade Média, elas foram perseguidas como bruxas. Já em 1494 era tido como uma característica de feitiçaria, levando à perseguição, tortura e morte. Na primeira metade do século passado nos EUA, essas pessoas eram rotuladas como desviantes do seu matrimônio e reprodução eram restringidas através de legislação e médicos eugenicistas, como Gordon Lennox (1884-1960).

Existem também relatos de conversão religiosa relacionada temporalmente à crise epiléptica, assim como o acometimento de epilepsia de vários líderes religiosos. A visão da epilepsia como devida a influências ocultas ou más, teve partidários até mesmo na Medicina

durante os tempos antigos. Conseqüentemente, foram prescritos tratamentos milagrosos ou religiosos, algumas práticas que persistem até hoje em parte da população leiga (Da mota, 2006).

Quanto aos problemas de ordem social que o epiléptico enfrenta, considera-se que o início do preconceito se instala no próprio ambiente familiar, no qual são muitas as fantasias em relação à doença, desencadeadas pelos seus membros que, a partir de sentimentos emergentes de frustração, apreensão, vergonha, ansiedade e desesperança, desencadeiam comportamentos ambíguos que vão da rejeição explícita à superproteção. Por outro lado, pelo próprio medo de ser discriminado, o epiléptico tende a negar sua doença até para pessoas mais próximas, numa tentativa de evitar ser questionado sobre sua condição (Moreira, 2004).

De acordo com a nova atualização da Liga Brasileira de epilepsia (2019), a epilepsia é uma alteração reversível e temporária que modifica o funcionamento do cérebro, não sendo causada por febre, drogas ou distúrbios metabólicos. A epilepsia tem duração variável de alguns segundos ou minutos, com isso, uma parte do cérebro emite sinais incorretos, que podem ficar restritos a esse local ou espalhar-se.

Devido ao estímulo de início das crises algumas pessoas podem ter sintomas com maior ou menor evidencia de epilepsia, o que não torna esse problema com caráter de menor importância se a crise for menos aparente (Liga Brasileira de Epilepsia, 2019).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Epilepsia classifica as epilepsias nos eixos topográfico e etiológico. No eixo topográfico, as epilepsias são separadas em generalizadas e focais/parciais.

A forma generalizada é representada por crises epiléticas que em seu início envolve ambos os hemisférios simultaneamente, enquanto as crises epiléticas focais iniciam de forma localizada numa área específica do cérebro. As crises generalizadas são acompanhadas de alteração da consciência, enquanto na epilepsia focal as manifestações dependem da área afetada inicialmente.

Na classificação etiológica as epilepsias são divididas em idiopáticas, sintomáticas ou criptogênicas. A idiopática não apresenta lesão estrutural subjacente, enquanto as sintomáticas há comprovação da lesão; a criptogênica não há presença de lesão nos exames de imagem, mas têm características presumivelmente sintomáticas.

Baseado em Rigatti, Trevisol-bittencourt (1999) a epilepsia é uma síndrome neurológica comum, apresentando alta prevalência mundial, estimada entre 0,4 a 2% da população em geral. Os países em desenvolvimento são os que aparentemente apresentam índices mais elevados de epilepsia, isto refletindo possivelmente uma maior exposição aos fatores de risco associados com tal patologia.

A execução epiléptica cerebral pode ser desencadeada por diversos fatores, e por isso a epilepsia é considerada uma disfunção complexa e multifatorial. Existem duas categorias etiológicas básicas, que é o distúrbio epileptogênico específico, que gera epilepsia em indivíduos susceptíveis; e a causada por fatores precipitantes, que são perturbações endógenas ou exógenas e que recordam crises epiléticas agudas em determinados períodos de tempo (Gitaí et al, 2008).

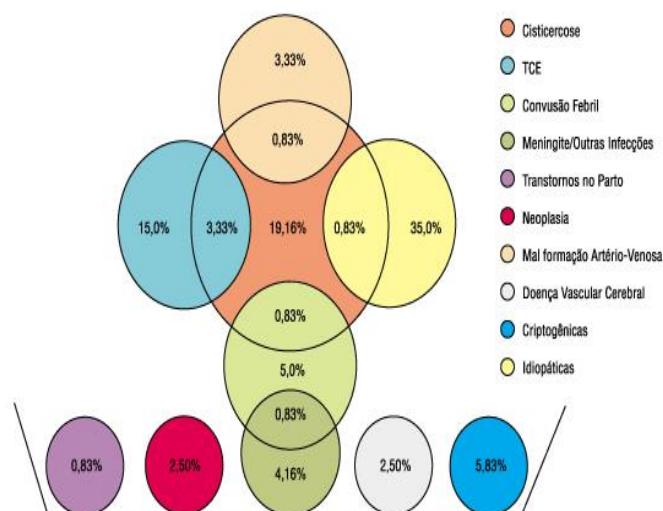
Baseado em pesquisas realizadas por Artal (2009), as causas são geralmente de origem desconhecidas, porém podem ser exemplificadas por: fatores de risco pré-natais, lesões cerebrais traumáticas e várias parasitoses do sistema nervoso central (SNC), como o caso da neurocisticercose que é a principal causa de epilepsia focal de início na vida adulta em áreas endêmicas (30-50%).

Rigatti, Trevisol-Bittencourt (1999) afirmam que em mais de 3/4 dos pacientes com epilepsia, as crises começam antes dos 18 anos. A razão para esta idade preferencial de início ainda não está totalmente esclarecida; porém, a vulnerabilidade do sistema nervoso em desenvolvimento à descarga exagerada é documentada tanto clínica como experimentalmente.

No Estado de Santa Catarina foram pesquisados 407 prontuários, de pacientes acompanhados por epilepsias diversas, deste total foram separados aqueles que possuíam idade igual ou superior a 18 anos quando ocorreu a primeira crise, resultando em uma amostra de 120 pacientes (29,48%), sendo que os restantes (70,51%) apresentavam epilepsia desde a infância ou puberdade (Rigatti; Trevisol-bittencourt, 1999).

Dentre as causas encontradas podemos diferenciar em alguns tipos que se encontram na figura abaixo:

Figura 1. Causas encontradas no estado de Santa Catarina, relacionadas com a internação de epilepsia.



Fonte: RIGATTI; TREVISOL-BITTENCOURT, 1999.

Na Figura 1, cada esfera com cores distintas entre elas corresponde a uma causa diferente, exemplificando, a esfera maior e central de cor marrom escura na parte superior da figura representa nenhuma causa definida, já as quatro outras menores que a interceptam e de cores azul claro, verde claro, amarelo claro e marrom claro são respectivamente: TCE, convulsão febril, idiopáticas e malformação arteriovenosa. As esferas da base da Figura I de cores roxa, vermelho, verde escuro, cinza, azul escuro representam respectivamente: transtornos no parto, neoplasia, meningite, doença vascular cerebral e criptogênicas.

Kümmer et al (2005) realizou estudos no qual mostram que a epilepsia é uma condição frequente entre os pacientes psiquiátricos internados. Sugerindo ainda que a presença de epilepsia pode ser um dos fatores de mau prognóstico na evolução de doenças psiquiátricas, determinando maior tempo de internação.

A frequência de epilepsia na amostra pesquisada foi de 10,1% (12/119), com uma distribuição semelhante entre os gêneros (M/F, 7/5). A idade média  $\pm$  desvio-padrão dos pacientes epiléticos foi de  $36,2 \pm 9,4$  anos, sem diferença estatística em relação aos outros pacientes ( $37,1 \pm 11,6$  anos). Os diagnósticos psiquiátricos dos pacientes foram retardo mental moderado a grave (5 pacientes), esquizofrenia (6 pacientes) e dependência de múltiplas drogas (1 paciente). Dos 18 hospitalizados cronicamente na instituição por período superior a um ano, quatro eram epiléticos em uma amostragem de cerca de 22,2% (Kummer et al., 2005).

Cramer e Russel (1988), afirmam que uma média de 20 a 82% dos pacientes com epilepsia podem não realizar o tratamento, de forma correta, pois em muitos casos o distúrbio tem início na infância e estende-se por toda a vida adulta até a terceira idade. Dessa forma, a importância da falta de adesão como um dos fatores críticos para o insucesso terapêutico na epilepsia é muito evidente nessa pesquisa.

Yacubian, Cotreras-caicedo, Ríos-pohl, (2004), constataram que quando a medicação prescrita deveria ser ingerida uma vez ao dia, o grau de adesão era de 87%, duas vezes, 81%, em três tomadas, 77%, e em quatro, apenas 39%. Esses resultados corroboram a premissa de que quanto mais frequentemente a medicação é prescrita, menos regularmente é ingerida. Assim, reduz-se a adesão à terapêutica significativamente quando se prescreve uma medicação em três ou mais doses diárias.

Frayman et al (1999) em seu estudo de desenvolvimento e validação do “Epilepsy Surgery Inventory (ESI)-55”, mostrou que pacientes submetidos à cirurgia de epilepsia que ficaram totalmente ausente de crises tiveram índices significativamente mais altos (melhor qualidade de

vida) do que pacientes não epiléticos, portadores de outras doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doenças cardíacas).

No manuseio perioperatório do paciente epilético é importante para o anestesista identificar o tipo de epilepsia; a frequência, a gravidade e os fatores desencadeantes das crises epileptogênicas; o uso de drogas anticonvulsivantes e as eventuais interações com as drogas utilizadas em anestesia; a presença de dieta cetogênica e de estimulador do nervo vago e suas implicações na técnica anestésica. É essencial o conhecimento das propriedades pró- e anticonvulsivantes dos fármacos utilizados na anestesia, minimizando o risco de atividade convulsiva no intra e no pós-operatório (Maranhão, Gomes, Carvalho; 2011).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Epilepsia 30% dos pacientes com epilepsia são considerados refratários, apesar de tratamento adequado com anticonvulsivantes.

Existe um grupo de alterações intrínsecas do desenvolvimento cerebral e tumores cerebrais primários intimamente relacionados à epilepsia. Para esses casos, o tratamento cirúrgico contra epilepsia refratária tem representado um avanço significativo na qualidade de vida e na sobrevivência de muitos pacientes, principalmente naqueles cuja patologia está localizada no lobo temporal (DE VILLAVERDE; GASTELU, 2010).

De villaverde, Gastelu (2010) afirmam que esta cirurgia, quando aplicada nesses processos, leva a cura da epilepsia em uma alta porcentagem nos casos refratários aos tratamentos farmacológicos.

### **3 OBJETIVO**

Quantificar as notificações de internação hospitalar no SUS no ano de 2018 por epilepsia no Estado do Tocantins, de acordo com a faixa etária.

### **4 METODOLOGIA**

O estudo trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico para determinação de um perfil epidemiológico. A pesquisa é fundamentada principalmente em dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*DATASUS*).

Os dados sobre os casos de internação por epilepsia foram extraídos a partir da base de dados do *DATASUS*, nas Informações de Saúde (*TABNET*) sobre Morbidade Hospitalar do SUS (*SIH/SUS*).

Para a análise foi selecionado o ano de 2018 e estudada as seguintes variáveis: Quantidade de registro de internações por epilepsia no Estado do Tocantins e a faixa etária de ocorrência dessas notificações.

O grupo em estudo limitou-se aos atendimentos realizados no SUS e que tiveram registro no período em análise. Foram consideradas apenas as internações notificadas no DATASUS.

As notificações foram agrupadas em planilhas e expostas em gráficos/tabelas, permitindo a elucidação do perfil epidemiológico das internações do SUS em 2018 em virtude da epilepsia.

Além disso, foi realizado estudo bibliográfico em artigos científicos da área médica e em materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

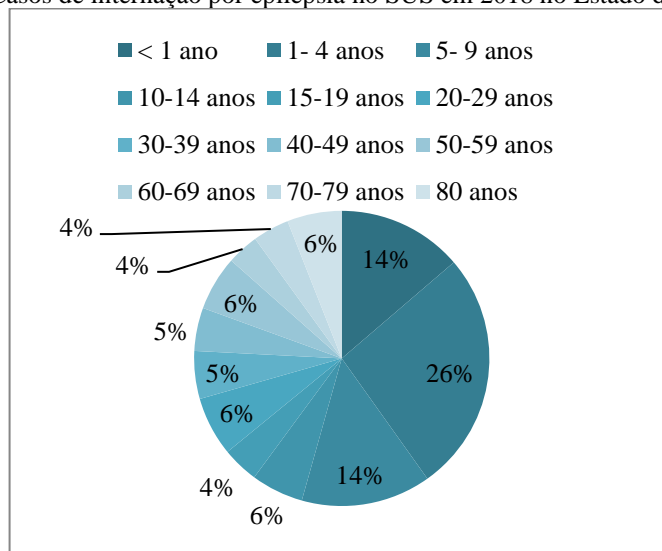
As informações obtidas a partir desses estudos quantitativos e bibliográficos foram analisadas de maneira sistemática, interpretadas e sintetizadas de modo a delinear um perfil dessas internações.

A partir da interpretação conjunta desses dados foi possível buscar correlações que expliquem a incidência de internação por epilepsia em determinada faixa-etária.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2018 foram registrados no DATASUS, 401 casos de notificações de internação hospitalar por epilepsia no Tocantins. As internações acometeram diversas faixas-etárias, com prevalência em crianças.

Figura 2. Casos de internação por epilepsia no SUS em 2018 no Estado do Tocantins.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019.

De acordo com o gráfico apresentado é possível identificar que as crianças com a maior incidência de internação estão entre 1-4 anos, com 106 notificações no ano de 2018, representando aproximadamente 27% dos registros. Por conseguinte, os maiores registros estão nas crianças com 5-9 anos e nos menores de um ano, com prevalência de 15% cada.

As demais faixas-etárias de maior acometimento são as de 20-29 anos, 50-59 anos, 10-14 anos e 30-39 anos, com 26, 24, 23 e 21 notificações, respectivamente. As outras faixas-etárias em análises apresentam-se com menos de vinte registros cada.

Para Terra (2018), a incidência de epilepsia na infância é bastante variável, com níveis mais elevados no primeiro ano de vida, havendo um decréscimo com o passar dos anos da infância até a adolescência. Dessa maneira, é possível perceber que a epidemiologia no Estado do Tocantins também segue esse mesmo padrão de incidência de acordo com as notificações do DATASUS.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria as crises convulsivas representam a manifestação neurológica mais frequente nos departamentos de emergência, correspondendo a cerca de 1-5% dos atendimentos, excluindo-se o trauma.

Para Rizzutti, Muszkat e Vilanova (2000), as crises epiléticas neonatais tem uma menor incidência de casos, considerando que do primeiro ao terceiro mês de idade passa-se por um período silencioso no que se refere a crises epiléticas, principalmente devido às suas peculiaridades e a dificuldade no seu reconhecimento. Essa premissa vai de encontro aos dados obtidos, justificando o menor registrado de casos nos menores de um ano, quando comparados às crianças de 1-4 anos.

As epilepsias na infância variam de prognóstico, podendo cursar de forma favorável, enquanto outras têm perfil refratário. Por isso há a necessidade da detecção e da conduta adequada diante de uma crise epilética, principalmente na infância (RIZZUTTI; MUSZKAT; VILANOVA, 2000).

Grande parte das síndromes epiléticas têm início na infância e mais dos casos de epilepsia ocorrem em crianças menores de 5 anos de idade, sendo Rizzutti, Muszkat e Vilanova (2000). Com base nessa perspectiva também há uma justificativa para a menor incidência dos registros de internação por crise epilética na vida adulta, visto que o paciente já foi supostamente diagnosticado na infância e encontra-se em tratamento adequado, sem crises.

De Manreza (2014) afirma que a e epilepsia além de ser uma patologia neurológica comum em crianças, também acomete frequentemente os idosos. No entanto, diferem-se pela epilepsia ser



mais explorada nas crianças devido à riqueza das síndromes clínicas, enquanto nos idosos a literatura é mais escassa.

Partindo do preceito que idoso seja considerado pessoas a partir de 60 anos, a incidência dos casos de internações por epilepsia é bem significativa, com 13% registros no período em análise.

Paralelamente, De Manreza (2014) considera que a real incidência da epilepsia em idosos deve ser mais que o dobro ou o triplo do notificado. Essa premissa seria possível em virtude das dificuldades em identificar e diagnosticar crises epiléticas nessa faixa etária.

Considerando essa explicação, a taxa de internações por epilepsia dos idosos no Tocantins também estaria subnotificada. Diante dessa situação, ressaltasse ainda mais a importância do diagnóstico adequado do quadro de epilepsia.

As crises epiléticas na vida adulta, em grande parte dos casos têm início na adolescência e acabam persistindo. Como exemplos têm-se a epilepsia mesial do lobo temporal com esclerose do hipocampo, do grupo das síndromes focais, e entre as epilepsias generalizadas, destaca-se a epilepsia de ausência juvenil, a epilepsia mioclônica juvenil e a epilepsia com crises tônico-clônicas generalizadas ao despertar (ANDRADE-VALENÇA, 2006).

Apesar das internações por epilepsia na adolescência (entre 12 a 18 anos) não ser tão incidentes quanto nas crianças e nos idosos, é um grupo que merece bastante cuidado. Por a adolescência ser uma fase de mudanças e questionamentos, há inúmeras dificuldades relacionadas ao prognóstico da epilepsia, por existir o desejo de independência e de autonomia dos jovens (YACUBIAN, 2002).

A finalidade do tratamento epilético é apenas sintomático. Para manter o paciente sem crises é necessário o uso de drogas anticonvulsivantes de maneira rigorosamente adequada, tornando-se indispensável à instrução ao paciente ou ao seu responsável quanto à necessidade da disciplina rigorosa no uso regular da medicação (LIMA, 2005).

O controle inadequado das crises acarreta uma diminuição da independência, da autoestima e, conseqüentemente, da qualidade de vida do paciente epilético. Esse descontrole é um fator determinante para o aumento dos casos de internações por conta da epilepsia.

As crises epiléticas refratárias às drogas antiepiléticas habituais geralmente requerem politerapia com altas doses, ou até conduta cirúrgica.

É importante também conhecer as **pseudorrefratariedades**, que consistem no controle inadequado das crises epiléticas devido fatores não diretamente relacionados à refratariedade propriamente dita. Exemplos desses fatores são diagnósticos errado quanto à forma de epilepsia

do paciente o que pode levar ao tratamento inapropriado, doses inadequadas dos medicamentos, excesso de interações medicamentosas levando a níveis baixos dos medicamentos utilizados e adesão inadequada ao tratamento (GARZON, 2002).

Exames como eletroencefalograma (EEG) e neuroimagem são ferramentas que auxiliam no diagnóstico. Além disso, para diagnosticar um paciente com quadro de epilepsia é fundamental e indispensável uma anamnese bem feita, com uma história clínica completa que possibilite uma investigação direcionada do quadro (MOREIRA, 2004).

Há algumas características em um episódio de alteração de consciência que aumentam a impressão de se tratar de uma crise epiléptica real e devem ser levados em consideração como a presença de língua mordida; desvio cefálico lateral persistente durante a crise; posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise; contração muscular prolongada de membros e confusão mental prolongada após a crise (MOREIRA, 2004).

Diante disso, o primeiro passo na admissão do paciente com suspeita de epilepsia é identificar características do episódio paroxístico que aumentam a suspeita de crise e auxiliam a classificar a crise como de início parcial ou generalizada.

Em nível de unidade de atendimento hospitalar, é indispensável lembrar que crise epiléptica não significa sempre epilepsia e que nem todas as crises epilépticas necessitam de tratamento medicamentoso (NOFFS, 2002).

Para o tratamento e conduta adequados do paciente deve-se ter diagnóstico preciso das crises epilépticas, escolha das drogas antiepilépticas de acordo com a classificação da epilepsia e fortalecimento da aderência ao tratamento proposto (NOFFS, 2002).

É fundamental entender o paciente como um todo, dando-o suporte no atendimento além de realizar pesquisa de quais fatores foram e são desencadeantes das crises epilépticas.

Outro fator determinante no seguimento clínico desses pacientes é o grau de instrução e cuidados que eles receberam dos profissionais de saúde. Por isso, pacientes com suspeita de epilepsia ou diagnóstico recente devem ser encaminhados para o neurologista.

Para o Ministério da Saúde casos selecionados de pacientes com diagnóstico prévio de epilepsia, já devidamente investigados e com bom controle de crises, podem ser acompanhados exclusivamente na Atenção Primária à Saúde (APS) e serem referenciados novamente se houver crises recorrentes com o tratamento otimizado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epilepsia é considerada um problema de saúde pública e tem ampla distribuição mundial. Esta doença interfere diretamente na qualidade de vida do paciente, podendo desencadear até mesmo problemas psicológicos.

O curso da epilepsia impacta diretamente na perspectiva de vida devido às limitações impostas pelas convulsões, alterando expressivamente a vida de muitos pacientes.

A classificação sindrômica da epilepsia é fundamental para a programação terapêutica e o estabelecimento do prognóstico nas epilepsias. A faixa etária em que há ocorrência da epilepsia é um fator determinante na sua classificação, visto que há sintomas mais característicos em algumas idades.

Nessa perspectiva, é essencial o diagnóstico precoce para evitar crises refratárias e futuras complicações. Ao determinar o tipo específico de crise e da síndrome epiléptica é possível conhecer os mecanismos de geração e os de propagação da crise, proporcionando melhor abordagem terapêutica.

A escolha do medicamento de maneira adequada e conforme a indicação para cada tipo de epilepsia é indispensável para evitar internações. Vale ressaltar que os fármacos anticonvulsivantes agem por diferentes mecanismos que podem ou não ser favoráveis ao tratamento.

O Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de Epilepsia recomenda que além do tratamento farmacológico adequado, é importante que o paciente tenha apoio familiar, conheça o curso da epilepsia e evite situações que aumentem sua suscetibilidade à crise.

Dessa maneira, o conhecimento sobre a epilepsia é cada vez mais necessário, despertando busca por uma abordagem terapêutica que visa proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes.

**REFERÊNCIAS**

Andrade-Valença, Luciana PA et al. Epilepsia do lobo temporal mesial associada à esclerose hipocampal. *Jornal de Epilepsia e Neurofisiologia Clínica*, v. 12, n. 1, p. 31-36, 2006.

ARTAL, Francisco Javier Carod. Causas tropicales de epilepsia. *Revista de neurologia*, v. 49, n. 9, p. 475-482, 2009.

BETTING, Luiz Eduardo et al. Tratamento de epilepsia: consenso dos especialistas brasileiros. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2003.

CASELLA, Erasmo Barbante; MÂNGIA, Cristina MF. Abordagem da crise convulsiva aguda e estado de mal epiléptico em crianças. *J Pediatr (Rio J)*, v. 75, n. Supl 2, p. s197-s206, 1999.

CHAVES, Rosemeire Simões et al. *A Epilepsia e suas Complexidades*. Psicologado, 2019.

CLÍNICO, Protocolo; TERAPÊUTICAS, Diretrizes. Portaria SAS/MS nº 1319, de 25 de novembro de 2013.

DA MOTA GOMES, Marleide. História da epilepsia: um ponto de vista epistemológico. *J Epilepsy*, v. 12, n. 3, p. 161-167, 2006.

DE MANREZA, Maria Luiza G. Algoritmo para diagnóstico e tratamento da epilepsia com início em idades mais tardias, 2014.

DE VILLAVERDE, José Ignacio López Fernández; GASTELU, Iñigo Pomposo. Patologia quirúrgica de la epilepsia. *Revista de neurologia*, v. 50, n. 10, p. 616-622, 2010.

FRAYMAN, LEILA et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia de epilepsia. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 57, n. 1, p. 30-33, 1999

FERNANDES, Paula Teixeira et al. Percepção de estigma na epilepsia. *Journal of epilepsy and clinical neurophysiology*, 2006.

GARZON, Eliana. Epilepsia refratária: conceito e contribuição das novas drogas antiepilépticas e de outras modalidades terapêuticas. *Revista Neurociências*, v. 10, n. 2, p. 66-82, 2002.

KÜMMER, Arthur et al. Frequência de epilepsia em pacientes psiquiátricos internados. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 27, n. 2, p. 165-166, 2005.

LIMA, José M. Lopes. Epilepsia - A abordagem clínica. *Revista Portuguesa de medicina Geral e Familiar*, v. 21, n. 3, p. 291-8, 2005.

MARANHÃO, Marcius Vinícius Mulatinho; GOMES, Eni Araújo; CARVALHO, Priscila Evaristo de. Epilepsia e anestesia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, p. 242-254, 2011.

MARCHETTI, Renato Luiz et al. Atitudes de psiquiatras brasileiros em relação à epilepsia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. Supl 2, p. 23, 2004.

MARCHETTI, Renato Luiz et al. Transtornos mentais associados à epilepsia. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 32, n. 3, p. 170-182.

MENESES, Murilo S. et al. Epilepsia e desordens de malformação do desenvolvimento cortical. *Jornal de Epilepsia e Neurofisiologia Clínica*, v. 12, n. 3, p. 149-154, 2006.

MIN, Li Li et al. Projeto demonstrativo em epilepsia no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2003.

MOREIRA, Sebastião Rogério Góis. Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento. *Mental*, v. 2, n. 3, p. 107-122, 2004.

NOFFS, Maria Helena Silva et al. Avaliação neuropsicológica de pessoas com epilepsia. *Revista Neurociências*, v. 10, n. 2, p. 83-93, 2002

RIGATTI, Marcelo; TREVISOL-BITTENCOURT, Paulo Cesar. Causas de epilepsia tardia em uma clínica de epilepsia do Estado de Santa Catarina. *Arq neuropsiquiatr*, v. 57, n. 3-B, p. 787-792, 1999.

RIZZUTTI, Sueli; MUSZKAT, Mauro; VILANOVA, Luiz Celso Pereira. Epilepsias na infância. *Neurociências*, p. 108, 2000.

TERRA, Vera Cristina. *Crises e Síndromes epilépticas na infância*. 2018.

SALGADO, Priscila Camile Barioni et al. Qualidade de vida em epilepsia e percepção de controle de crises. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2001.

SOUZA, ELISABETE A. et al. Sentimentos e reações de pais de crianças epilépticas. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1998.

WESTPHAL, Ana Carolina et al. Comparação da qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de pacientes com epilepsia por esclerose mesial temporal e epilepsia mioclônica juvenil. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*, v. 11, n. 2, p. 71-6, 2005.

YACUBIAN, Elza Márcia Targas; COTRERAS-CAICEDO, G.; RÍOS-POHL, L. *Tratamento medicamentoso das epilepsias*. São Paulo, 2004.

YACUBIAN, Elza Márcia Targas. *Tratamento da epilepsia na infância*. *Jornal de Pediatria*, 2002.