

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

Eliana Maria de Castro

**A PERCEPÇÃO E OS CONHECIMENTOS DAS
EPILEPSIAS E DOS TRANSTORNOS MENTAIS
PELOS CLÍNICOS ATUANTES EM AMBULATÓRIOS
DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA
DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2007

Eliana Maria de Castro

**A PERCEPÇÃO E OS CONHECIMENTOS DAS
EPILEPSIAS E DOS TRANSTORNOS MENTAIS
PELOS CLÍNICOS ATUANTES EM AMBULATÓRIOS
DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA
DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira.

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG

2007

C355p

Castro, Eliana Maria de.

A percepção e os conhecimentos das epilepsias e dos transtornos mentais pelos clínicos atuantes em ambulatórios do sistema de saúde pública de Belo Horizonte [manuscrito] / Eliana Maria de Castro. – 2007.

101 f., enc. : il., tabs.

Orientador: Roberto Assis Ferreira.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

Bibliografia: f. 73-82.

Apêndices: f. 83-97.

Anexos: f. 98-101.

1. Epilepsia – Teses. 2. Transtornos mentais – Teses. 3. Educação médica – Teses. I. Ferreira, Roberto Assis. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WL 385

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Walter Antônio Pereira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof^a Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Pena

Prof^a Ivani Novato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a Regina Lunardi Rocha

Representante discente: Rute Maria Velásquez Santos

Aos meus pais, D. Raimunda e Sr. Antônio Francisco, que além da vida deram-me as instruções e instrumentos fundamentais para vivê-la,
(*in memoriam*).

Aos meus grandes e para sempre amigos, Dra. Mônica Froes Schettino Motta e Dr. Eduardo Costa Ferreira.

Na angústia,
acolheram-me.
Silenciosamente,
acompanharam-me.
Elos perdidos.
Silenciosamente,
estimularam-me.
Novos elos se formaram.
E recompôs-se a vida.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Dr. Roberto Assis Ferreira, sua confiança, a disponibilidade, generosidade, espontaneidade e alegria de ensinar e dar liberdade para criar.

Ao Prof. Eugênio Marcos Andrade Goulart, meus sinceros agradecimentos. A sua ajuda foi fundamental na análise dos dados estatísticos.

Aos 107 colegas médicos, que responderam ao convite, aderiram sem restrições e sem barreiras à pesquisa e contribuíram para que ela acontecesse.

À Profa. Mirtes Maria do Vale Beirão, a amizade, o carinho, estímulo e atenção na análise crítica da discussão e revisão do texto.

À Dra. Nathayl Elisa Mucci pelo seu espírito empreendedor e contribuição na elaboração e apresentação áudio-visual do trabalho.

A todos os integrantes do Serviço de Medicina do Adolescente, o permanente estímulo e acolhida.

Agradeço por fim aos meus irmãos, José, Almir, Terezinha, Maria, Elza, Joana, Antônio, Armando, seus pares, filhos e netos, pelos momentos de descontração oferecidos nestes dias atribulados.

Na memória e na saudade ficam os irmãos, Fernando, Carminha e Walter.

*“Longa é a caminhada rumo a si mesmo,
inesperada é a sua descoberta.”*

Thomas Mann.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) **indica** a epilepsia como a mais comum e de maior prevalência entre doenças crônicas neurológicas, acometendo cerca 1% da população geral. Em países em desenvolvimento, fatores intervenientes agravantes aumentam estas taxas, como doenças inerentes a esta condição e as más condições de higiene e educação. A OMS, sempre teve preocupação com a inadequada assistência médica integral à saúde dos pacientes portadores de epilepsia, assim como com os estigmas, as questões sociais e a educação da população. O contacto da pesquisadora, por cerca de três décadas com colegas médicos clínicos, aponta para a percepção e a autodeterminação destes, ao afirmar a falta de capacitação para a identificação e cuidado dos pacientes portadores de epilepsia e possíveis associações com transtornos mentais, tornando-se um desafio, para eles e para as Instituições a que servem. O presente estudo buscou identificar as origens e possíveis lacunas das dificuldades dessa capacitação e indicar algumas propostas viáveis na busca de soluções. Este é um estudo transversal, através de um inquérito, aplicado a neurologistas, psiquiatras, pediatras e clínicos gerais, no total de 107 participantes, atuantes em ambulatórios do sistema básico de saúde de Belo Horizonte, constituindo uma amostra de conveniência. A coleta de dados transcorreu no período de outubro de 2005 a maio de 2007. O questionário constou de 34 perguntas fechadas e duas questões abertas, onde se investigou a eficiência dos cursos de graduação, pós-graduação, estágios e outros cursos no ensino das epilepsias e dos transtornos mentais associados. Também foi oferecido espaço para manifestações escritas dos pesquisados. Utilizou-se análise descritiva, o teste qui-quadrado, quando necessário o teste de Fisher e como limiar de significância estatística o valor de $p < 0,005$. O término de graduação dos pesquisados variou de 1 ano a 38 anos. O curso médico de graduação foi considerado, em ensinamentos sobre epilepsia e transtornos mentais, por 57,8% dos entrevistados como insuficiente e em 36,85% pouco suficiente. Todos os clínicos apresentaram alguma dificuldade em identificar as epilepsias. Deu-se prioridade, entre os recursos diagnósticos utilizados, à propedêutica complementar, em detrimento da história clínica. A conduta terapêutica indicou inadequação na identificação das epilepsias, visto ser um procedimento casado com o tipo de crise. As questões referentes aos transtornos mentais e epilepsia foram percebidas mas não dimensionados em seu valor e conseqüente adequação da abordagem clínica, assim como os problemas de ordem social. Na literatura não foram encontrados estudos detalhados similares ao realizado, mas estudos genéricos que apontam para a insuficiente capacitação destes profissionais. Diante dos achados recomenda-se maior atenção no ensino dos conteúdos das especialidades médicas no curso de graduação, voltada para as doenças de maior prevalência e a educação médica continuada.

PALAVRAS-CHAVE: EPILEPSIA, TRANSTORNOS MENTAIS, EDUCAÇÃO MÉDICA.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) has pointed to epilepsy as one of the most common and prevalent neurological chronic diseases, present in 1% of the world population. In developing countries, aggravating factors, such as diseases associated with this condition, bad hygienic practices and poor schooling, contribute to increase the figures. The WHO has always had great concern over the inadequate healthcare dispensed to epileptic patients, and over the stigmas, social issues related to the disease and the education of the population. The contact of this researcher of over three decades with other general practitioners has pointed to their self-determination and concern for the lack of qualification of the personnel caring for patients suffering from epilepsy and its possible associations with mental disorders, which pose a great challenge for them and the institutions they work for. The purpose of the present study was to identify the origins and impediments to this qualification and propose viable paths to the solutions to these problems. This is a transversal study, carried out by means of a questionnaire, answered by neurologists, psychiatrists, pediatricians, and general practitioners, a total of 107 respondents working in outpatient units of Belo Horizonte's SUS (centralized healthcare system), making up a convenience sample. The data collection was held between October 2005 and May 2007. The questionnaire, with 36 questions, two of which being open questions, investigated the effectiveness of the graduation and post-graduation courses, internship programs and other courses in the field of epilepsy and associated disorders. There was also a space for written statements by the respondents. A descriptive analysis and the chi-square tests were used, and when necessary, the Fisher test, and, as statistical significance limit, the value $p < 0,005$. The time span the respondents had had their university degrees varied from 1 to 38 years. Regarding the teaching of epilepsy and mental disorders, the medical course was considered insufficient by 57.8% of the respondents while 36.85% considered it not sufficient enough. All general practitioners proved to have some difficulty to identify epilepsy. Priority was given, among the diagnostic resources available, to complementary procedures, to the detriment of the clinical background. Therapeutic procedure pointed to the inadequacy in the identification of epilepsies, once this procedure is coupled with the type of crisis. The issues associated with mental disorders and epilepsy were perceived but not measured in terms of their value, adequacy to clinical approach, and neither were the problems of a social nature. Detailed studies similar to the present study were not found in the literature, however, there are some general studies pointing to the inadequate qualification of these professionals. In view of these findings, the researcher recommends more focused attention to the contents of the subject matters of the undergraduate medical courses, and that they are more geared to the most prevailing pathologies, and that continuous medical education is encouraged.

KEY WORDS: EPILEPSY, MENTAL DISORDERS, MEDICAL EDUCATION.

LISTA DE TABELAS

TAB. 1	O aprendizado sobre epilepsia com ou sem transtornos mentais em cursos de graduação e suplementares segundo os especialistas.....	44
TAB. 2	O ensino da epilepsia com ou sem transtornos mentais no Curso de Graduação Médica segundo especialistas.....	45
TAB. 3	Recursos clínicos usados para o diagnóstico da epilepsia e transtornos mentais segundo os especialistas (Categorias não excludentes).....	46
TAB. 4	Classificação da crise epiléptica mais comum na prática médica segundo os especialistas.....	47
TAB. 5	O processo mimético dos quadros epilépticos e os transtornos mentais, segundo os especialistas.....	47
TAB. 6	Reconhecimento da relação de transtornos mentais e epilepsia segundo os especialistas.....	48
TAB. 7	Os transtornos mentais associados à epilepsia segundo os especialistas (Categorias não excludentes).....	49
TAB. 8	A importância de diagnóstico precoce para o prognóstico dos pacientes com epilepsia e sua relação com o desenvolvimento de transtornos mentais segundo os especialistas.....	49
TAB. 9	O diagnóstico de epilepsia e relação com limitação da qualidade de vida do paciente segundo os especialistas	50
TAB. 10	As implicações clínicas e sociais para o paciente epiléptico segundo os especialistas (Categorias não excludentes)	51
TAB. 11	Frequência do uso de exames complementares no auxílio diagnóstico de epilepsia.....	51
TAB. 12	A solicitação de exames complementares em relação ao início do Tratamento dos pacientes epilépticos com ou sem transtornos mentais segundo os especialistas.....	52
TAB. 13	Os tipos de exames complementares utilizados no auxílio diagnóstico das epilepsias segundo os especialistas (Categorias não excludentes)	53

TAB. 14	Conduta quanto ao tratamento dos pacientes com epilepsia com ou sem transtornos mentais segundo os especialistas.....	54
TAB. 15	Possíveis fatores intervenientes para os médicos não assumirem os pacientes epiléticos com ou sem transtornos mentais segundo os profissionais.....	54
TAB. 16	A existência da relação entre crises epiléticas e drogas de escolha segundo os especialistas.....	55
TAB. 17	Drogas de escolha antiepiléticas segundo os especialistas (Categorias não excludentes).....	56
TAB. 18	Drogas de escolha antidepressivas segundo os especialistas.....	56
TAB. 19	Drogas de escolha ansiolíticas segundo os especialistas.....	57
TAB. 20	Drogas de escolha antipsicóticas segundo os especialistas.....	58
TAB. 21	Opção dos neurologistas em relação às drogas de escolha para o ttº de CCG e CPC.....	58
TAB. 22	Relação numérica dos profissionais entrevistados que manifestaram interesse quanto à atualização em Epilepsia com ou sem Transtornos Mentais.....	59
TAB. 23	Relação numérica dos profissionais médicos entrevistados quanto ao incentivo de aprimoramento recebido pelas instituições que representam.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABE	– Associação Brasileira de Epilepsia
APA	– American Psychiatry Association
AVC	– Acidente vascular cerebral
BDI	– Beck depression inventory
BFI	– Bear- Fedio Inventory
Bzt	– Benzodiazepínico
Cbz	– Carbamazepina
CCG	– Crise convulsiva generalizada
CE	– Crise epiléptica
CERSAM	– Centro de Referência em Saúde Mental
CID	– Código Internacional de Doenças
CPC	– Crise parcial complexa
CRM – MG	– Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
DAE	– Drogas antiepilépticas
DATASUS	– Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DSM	– Diagnost and Statistic Manual of Mental Disorders
EEG	– Eletroencefalograma
ELT	– Epilepsia do lobo temporal
EM	– Esclerose múltipla
EP	– Epilepsia
EUA	– Estados Unidos da América
FHEMIG	– Fundação Hospitalar de Minas Gerais
FM/UFMG	– Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
GABA	– Gama aminobutyric acid
IBE	– International Bureau of Epilepsy
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILAE	– International League Against Epilepsy
MAV	– Mal-formação artério-venosa
MRf	– Magnetic Resonance functional

MRI	– Magnetic Resonance Image
OCD	– Obsessive compulsive disorders
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana de Saúde
PS	– Posto de saúde
PA	– Pronto atendimento
PAM	– Posto de atendimento médico
PD	– Projeto demonstrativo
PET	– Positron emission tomography
PIP	– Post ictal psychosis
PSF	– Programa de saúde da família
SPECT	– Single photon emission computed tomography
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCC	– Tomografia computadorizada de crânio
TCE	– Traumatismo crânio encefálico
TDAH	– Transtorno do déficit da atenção e hiperatividade
tt ^o	– Tratamento
Vpa	– Valproic acid

SUMÁRIO

OBJETIVOS.....	15
JUSTIFICATIVA.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 ALGUMAS QUESTÕES RELACIONADAS AOS CONCEITOS DA EPILEPSIA E TRANSTORNOS MENTAIS	21
2.2 EPILEPSIAS.....	26
2.2.1 Dados epidemiológicos.....	26
2.2.2 A epilepsia e os transtornos mentais.....	29
2.3 DESORDENS AFETIVAS/ DEPRESSÃO.....	31
2.3.1 Depressão ictal.....	32
2.3.2 Depressão pós-ictal.....	32
2.3.3 Depressão interictal.....	32
2.4 FATORES RELEVANTES ENTRE EPILEPSIA E DEPRESSÃO.....	33
2.4.1 Gênero.....	33
2.4.2 Associação da epilepsia e outras comorbidades.....	33
2.4.3 Genética/ meio ambiente.....	33
2.4.4 Idade/ duração da epilepsia.....	33
2.4.5 Tipo de crise.....	34
2.4.6 Lateralização do foco epilético.....	34
2.4.7 Iatrogenia.....	34
2.4.8 Psicossocial.....	35
2.5 DESORDENS DO HUMOR/ ANSIEDADE.....	35
2.6 DESORDENS AFETIVAS/ HIPOMANIA/ DEPRESSÃO BIPOLAR.....	35
2.7 DESORDEM OBSESSIVA/ COMPUSIVA (OCD).....	36
2.8 PSICOSES.....	36

2.8.1	Epidemiologia.....	37
2.8.2	Classificação.....	37
2.8.3	Mecanismos, teorias/ fisiopatologia das psicoses e epilepsias.....	38
2.8.4	Psicoses ictais.....	38
2.8.5	Psicoses perictais.....	38
2.8.6	Psicoses pós-ictal – PIP e interictais.....	39
2.8.7	Teorias.....	39
2.9	PERSONALIDADE EPILÉTICA.....	41
3	METODOLOGIA.....	42
4	RESULTADOS.....	44
5	DISCUSSÃO.....	61
6	CONCLUSÕES	72
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	83
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	94
	APÊNDICE C – EPILEPSIAS: ARTES E PODER.....	95
	ANEXO A – ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	98
	ANEXO B – PARECER N° ETIC 469/05.....	99
	ANEXO C – PARECER N° 344 – FHEMIG.....	100
	ANEXO D – AVALIAÇÃO PROJETO – COEP.....	101

OBJETIVOS

Verificar a percepção, a conduta médica, conhecimentos e atitudes relacionadas ao atendimento dos pacientes epiléticos com ou sem transtornos mentais por profissionais especialistas em Neurologia, Psiquiatria, Pediatria e Clínica Geral segundo a prática clínica ambulatorial em sistemas públicos de saúde e a relação com o Ensino Médico Específico nos cursos de: Graduação, Pós-Graduação e Cursos Suplementares.

Estimar e identificar possíveis lacunas e propor soluções em nível de ensino e capacitação médica.

Abordar a interface das Epilepsias com Transtornos Mentais e sua relação causa-efeito.

JUSTIFICATIVA

A epilepsia e a sua relação com transtornos mentais constituem quadros clínicos instigantes e, em alguns aspectos, geram na comunidade médica ou nos envolvidos com condição da saúde humana, sérias controvérsias, que sempre despertaram interesse e questionamentos, como registra a vasta literatura disponível e permanentes pesquisas.

Por muitos séculos a Epilepsia foi percebida como um fenômeno que girava em torno da deficiência mental e de poderes místicos maléficos, permanecendo à margem da ciência.

Cerca de três décadas atrás, fez-se o primeiro registro na literatura dos sinais e sintomas de transtornos mentais *interictais* associados a um tipo de epilepsia. Estes estudos se contrapõem às atitudes extremistas onde se percebia a maioria dos pacientes como possuídos por forças demoníacas, ou como psicologicamente normais, ou ainda na presença de suas manifestações psíquicas, estas eram decorrentes dos efeitos colaterais das drogas utilizadas como anticonvulsivantes.

No início do uso da farmacoterapia antiepiléptica estas drogas se restringiam aos brometos e barbitúricos, que têm realmente uma ação importante no estado comportamental e cognitivo dos pacientes, mas não são as únicas responsáveis por estes eventuais transtornos.

Como toda tendência extremista a quantidade e qualidade das investigações esteve de forma significativa prejudicada até aquele período.

Hoje com o avanço das pesquisas e apoios tecnológicos, encontram-se registros científicos relevantes de transtornos mentais em epiléticos, como as psicoses, depressão, ansiedade e desordens do humor, ocorrendo nas fases ictais, perictais, pós-ictais e interictais, podendo comprometer o sujeito com epilepsia desde a infância.

Utilizou-se no presente trabalho, uma análise bibliográfica de revistas indexadas através do MEDLINE, LILAC e SciELO para rever estes eventos, associado a uma pesquisa de campo, por uma amostra de conveniência, realizada através de um questionário sobre aqueles conhecimentos, com a participação de Clínicos Generalistas, Pediatras e especialistas em Neurologia e Psiquiatria atuantes em ambulatórios do Sistema Público de Saúde – SUS – (Sistema Único de Saúde).

1 INTRODUÇÃO

Através da percepção e da vivência docente – assistencial por quase três décadas na Clínica Neurológica, e mais recentemente na Clínica Psiquiátrica, foi possível observar dificuldades importantes no cuidado dos pacientes portadores de epilepsia e mais acentuadamente naqueles que apresentam transtornos psíquicos, seja pelo especialista em Psiquiatria e Neurologia quanto pelos Pediatras e Médicos Generalistas, que frequentemente são os primeiros a terem contactos com os pacientes epiléticos em serviços de atendimento primário. Esses profissionais mostram e se queixam de um despreparo total para esse atendimento, considerando a epilepsia um capítulo específico da Neurologia, apesar de se saber que 70 a 80% destes pacientes podem e devem ser tratados em cuidados primários (LI et al., 2005; MELO et al., 2005).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), a Epilepsia (EP) é das condições neurológicas a mais grave e de maior prevalência no mundo, colocando-a ainda como capítulo das Doenças Mentais, e, no mínimo, sugere a sua inserção nos cuidados de Saúde Pública, conforme publicação de Janca, Prilipko e Costa e Silva (1997). Reconhece ainda que, a maioria dos pacientes portadores de epilepsia não recebe tratamento adequado, principalmente em países em desenvolvimento e deve ocupar, pela sua relevância, um espaço proporcional como tema no conteúdo programático no Curso de Graduação Médica, e Educação Médica Continuada.

A partir de 1997 a OMS lançou conjuntamente com a International League Against Epilepsy (ILAE) e International Bureau of Epilepsy (IBE) uma Campanha Global Contra Epilepsia: “Tirando a Epilepsia das Sombras.”

Conforme Li e Sander (2003), a Campanha já se encontra em sua segunda fase, que se iniciou em 2001, com “Projetos Demonstrativos” que têm por finalidade expor através de uma avaliação metodológica que é possível estabelecer um modelo de assistência integrada aos pacientes com epilepsia. O projeto está em curso na China e Zimbábue e Senegal e recentemente no Brasil e em atividade nas regiões de Campinas e Ribeirão Preto.

A epilepsia é uma doença que compromete cerca de 1% da população, ou seja 60 milhões de pacientes no mundo e cerca de 3 milhões de casos novos ao ano sem preferência por raça, cor ou idade, de acordo com dados epidemiológicos (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000; FERRI-DE-BARROS et al., 2000; LI; SANDER, 2003).

No Brasil estimam-se em torno de um milhão e oitocentos mil casos de pessoas com epilepsia, considerando a mesma relação de 1% anteriormente citada. Sabe-se, entretanto, que esta cifra deve ser superior pelas peculiaridades entre outras de se estar em um país em desenvolvimento com suas questões de saúde pública, suas peculiaridades tropicais e com suas patologias inerentes, com alta prevalência de infestação por parasitas como a neurocisticercose, importante agente causal de epilepsia, as doenças cérebro-vasculares, a hipertensão arterial sistêmica, os teco-traumatismos e outras patologias inadequadamente tratadas (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000).

A importância da abordagem correta, portanto, mostra-se real e determinante. Os pacientes portadores de epilepsia necessitam de cuidados ambulatoriais, raramente de internações.

Para atingir objetivos e qualidade profissional a instrumentalização do médico para o exercício de sua atividade deve ser dirigida de forma racional. O acúmulo de aquisições cognitivas, que é exigido do aluno em sua formação, possivelmente está relacionada ao seu despreparo para uma boa prática médica, é o que se constata como real, usual e atual. O ensino das patologias prevalentes em cada especialidade não deve receber um tratamento de exceção. A Comissão de Ensino da Academia Brasileira de Neurologia enfatiza que se deve ter em mente a formação não especializada, sustentando o princípio de que o futuro profissional tenha condições de reconhecer, prevenir, tratar distúrbios ou transtornos mais prevalentes, no caso em estudo a Epilepsia e suas interfaces com a Psiquiatria (FERRI-DE-BARROS et al., 2000).

Byrne e Rozental (1994), ao propor elementos básicos para elaborar um plano estratégico para OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), textualmente definem as escolas médicas como construções sociais e a educação médica como uma prática social com o objetivo de produzir profissionais capazes de contribuir para melhorar a condição humana.

Chastonay et al. (1991) defendem um currículo de graduação centrado nas necessidades da comunidade. Apropriando-se de uma concepção de Shahabudin (1992) ao se referir a Malásia, seu país de origem e a importância da formação médica voltada para as necessidades de sua comunidade, é interessante pensar o ensino da Medicina voltada para formação de médicos “no Brasil para o Brasil,” uma elaboração considerada e trabalhada desde 1977 pela reforma curricular da Faculdade de Medicina da UFMG, com participação da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (TONELLI, 1990).

O reconhecimento da prevalência da epilepsia como mais comum dentre os transtornos neurológicos e considerando a sua importante interface com a psiquiatria, é fundamental para que se possa elaborar um planejamento de saúde e a correção de distorções no trato dessas ocorrências.

Diante do que oferece a literatura, Ferri-de-Barros et al. (2000), e ao se defrontar com a dura realidade do médico recém formado, que majoritariamente por necessidades pessoais para o seu sustento tem optado pelo trabalho em Posto de Saúde (PS) ou em Pronto Atendimento (PA) ou por adesão ao Programa de Saúde da Família (PSF) ou em Ambulatórios Gerais da iniciativa Privada ou Pública, verificamos a necessidade de reforçar o conteúdo programático dos cursos médicos sobre temas prevalentes, Fonseca et al. (2004) e estender àqueles já em atividade há anos, originários de uma política de ensino diversa, um Ensino Médico Continuado.

Os pacientes portadores de epilepsia, por carregarem com frequência um forte conteúdo psíquico secundário aos transtornos mentais, necessitam não só de uma identificação diagnóstica mas também de uma percepção holística – desejável para todo e qualquer paciente. Estes carregam além do diagnóstico, uma rejeição social, suposições errôneas de limitação da inteligência e do desempenho laborativo, dificuldades de obter e manter o emprego, interferindo em sua vida afetiva e relações interpessoais. São grandes as barreiras para os portadores de epilepsia levarem uma vida útil e produtiva. Conforme registro na literatura que, até a década de 80, século passado, ainda existia nos Estados Unidos da América, EUA, a proibição de casamentos de pessoas com epilepsia (FONSECA et al., 2004).

Percebe-se, portanto que a crise epiléptica em si ocupa uma pequena proporção da vida de um sujeito, e que as suas implicações vão além das manifestações biológicas, motoras, sensitivas ou autonômicas e, da supervalorização tecnicista e classificatória. Ao se excluir as manifestações subjetivas do paciente, esvaziando-o de sua história, certamente sua percepção estará fragmentada, sua avaliação inadequada e a abordagem e tratamento serão ineficazes e altamente onerosos para ele e para as Instituições que o atendem.

Os aspectos psicopatológicos, o comprometimento da qualidade de vida e da cognição destes pacientes são partes integrantes da clínica em epilepsia (LÁM et al., 2001). A não consideração destes fatos, o que é comum, e em diversos momentos a interface com os aspectos psíquicos que se manifestam distantes da própria crise, é o que se defrontam os profissionais que tem contacto com estes pacientes.

Isto leva a crer que seja um dos pontos da possível falha, a lacuna, na identificação correta dos pacientes, de suas queixas e de seu acolhimento.

O diagnóstico da epilepsia continua eminentemente clínico, dependendo de informações daqueles que assistem a crise, isto é de terceiros, pois o médico habitualmente não presencia este evento (AMATO et al., 2003; MELO, 2005). Os médicos clínicos devem estar preparados para acolher estes pacientes, ouvi-los e aos seus, diagnosticar e tratar sempre que possível.

A espera por um especialista adia, agrava e piora o prognóstico contribuindo para distender a marginalização dos pacientes. Diante da dificuldade de encaminhá-los por escassez destes profissionais, neurologistas e psiquiatras, que seletivamente sejam encaminhados casos de maior complexidade.

Faz-se necessário resgatar a clínica descritiva, a narrativa, segundo Grossman e Cardoso (2006), resgatar a clínica centralizada no paciente, no sujeito, na sua vida e na doença que se imiscuiu.

Dichi JB e Dichi I (2006, p. 155), reforçam um aspecto da clínica que é a sua história como a ferramenta indispensável à formação médica que cada vez mais vem sendo subestimada diante do deslumbramento dos procedimentos *high tech* seja pelos recém-egressos das universidades e mesmos para os graduados frente à “lenda intelectualista que valoriza apenas aspectos teórico-contemplativos do saber humano.”

Faz-se necessário colocar em ação, estimular os agentes operantes, os médicos, a usarem os cinco sentidos especiais que dispõem, o olhar, a escuta, o tato, o cheiro e o gosto e o gostar de acolher, o sujeito que o demanda.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ALGUMAS QUESTÕES RELACIONADAS AOS CONCEITOS DA EPILEPSIA E TRANSTORNOS MENTAIS

A palavra *Epilepsia* foi usada pela primeira vez por Avicena, médico árabe, (980 – 1031) no século XI, originada do verbo grego *Epilambanein*, que significa ser tomado, atacado ou dominado, ou seja, um verbo que sugere que uma força externa provoca a crise, segundo descrição de Yacubian (2000), em seu trabalho sobre “Epilepsia da Antiguidade ao Segundo Milênio” que usaremos para a síntese histórica que se segue: para os povos antigos a Epilepsia nada mais era que a possessão do sujeito por uma divindade ou um espírito diabólico, este considerado com maior ênfase e frequência (LENNOX WG; LENNOX MA, 1960).

Sustentado por este registro ainda se especula se os pacientes epiléticos eram submetidos na antiguidade por processos cirúrgicos de trepanação a fim de livrá-los destes maus espíritos e demônios encarcerados na caixa craniana.

Segundo Yacubian (2000) sem dúvida há registro científico de tratamentos por trepanação de males clínicos, como traumatismos cranianos, desde a Idade da Pedra, passando pelo Egito antigo, período pré-histórico e clássico da Grécia e de Roma, no Oriente Médio, entre tribos célticas, na China, na Índia, Maias, Astecas, Incas, tribos brasileiras e África Equatorial, onde ainda é uma realidade. Vê-se que a história da Epilepsia remota aos tempos das cavernas e era um mal avassalador para quem o possuía e para quem o presenciava, os pacientes eram rejeitados, abandonados, uma atitude ainda presente em pleno século XXI.

Ainda com Yacubian (2000) a história começa a mudar já no século XVII, denominado o “Século da Revolução Científica” quando a cultura européia abandonou os conceitos doutrinários clássicos e a Medicina já não sofria diretamente das influências religiosas, políticas e econômicas da Idade Média e na Renascença. A epilepsia e suas relações de conceito e abordagem místicas começaram a se esvanecer.

A Medicina passou para um tempo em que a observação e a compreensão dos fenômenos orgânicos prevaleceram e iniciou-se o tempo de definições e delineamentos, exemplo, Thomas Willis (1664), cunhou o termo “*Neurologia*” e registrou-o em seu trabalho “*Cerebri Anatomi*” originalmente escrito em Latim e somente traduzido para o inglês em 1681.

No século XVIII a Europa se tornou o berço da revolução intelectual e o raciocínio crítico passou a se basear na observação, no experimento e na avaliação numérica. A visão de Hipócrates sobre a epilepsia como um distúrbio cerebral ressurgiu. A importância do sistema nervoso na saúde e na doença floresceu com os trabalhos de Friedrich Hoffmann (1660 – 1790) e William Cullen (1710 – 1790), neuropatologista de Edimburgo que criou o termo “*neurose*”, aplicando-o no que era chamado de doenças nervosas e classificando-a entre várias formas de doenças. Esta classificação influenciou Philippe Pinel, considerado o fundador da Psiquiatria Moderna, que utilizou o termo, reconhecendo-o como neurose dos sentidos, da função cerebral, da locomoção, da voz, da nutrição, e da função sexual, ou seja, uma mistura de doenças neurológicas e psiquiátricas modernas.

Esta orientação funcional das neuroses persistiu durante quase todo o século XIX e a sua importância decresceu na medida, que substratos anatomopatológicos iam sendo definidos.

No final do século XIX a relação ainda era estreita entre a Psiquiatria e a Neurologia e a Epilepsia e os Transtornos Mentais eram considerados transtornos neuróticos, conceito estudado pelo mestre das correlações anátomo-clínicas do sistema nervoso Dr Jean – Martin Charcot (1825-1893), considerado o criador da Neurologia como disciplina definitiva que transitou incansável entre ela e a Psiquiatria, numa época que o psiquiatra era um alienista, aquele que dedicava seu tempo aos asilos, enquanto o neurologista era alguém treinado em patologia e medicina interna.

As décadas compreendidas entre 1830 e 1890 testemunharam o nascimento do maior número de centros dedicados aos estudos dos distúrbios neuropsiquiátricos, o que originou a expressão “Século da Fundação dos Institutos”, sendo que alguns deles aceitavam pacientes portadores de epilepsia. Os mais importantes se localizavam em Paris, o Hospital de Bicêtre que recebia homens e o de Salpêtrière para mulheres, os quais abrigavam por volta de 1850 cerca de 600 pessoas com epilepsia. Patologista e clínico em Salpêtrière, Charcot contribuiu profundamente para a definição dos atuais limites entre a Psiquiatria e a Neurologia e a epilepsia passou a ser considerada doença neurológica e iniciou-se a caracterização dos diferentes tipos de crises e localizações cerebrais responsáveis por elas.

Charcot, nos últimos anos de sua carreira, se dedicou ao estudo das histerias a partir de observações de uma paciente supostamente portadora de déficit neurológico. Estudos realizados também por Freud, seu contemporâneo e parceiro, que se inspirou nestes casos e criou a Psicanálise.

Em 1854, Charles Locock introduziu o tratamento farmacológico para estes pacientes usando brometo, considerada a primeira droga antiepiléptica eficaz.

No final deste século as bases do conceito atual de epilepsia começaram a ser delineadas por John Hughlins Jackson, 1873: “as crises constituem o resultado de breves descargas eletroclínicas cerebrais e as características clínicas das crises dependerão de localização e função do local envolvido pela descarga.”

Willian Richard Gowers, assistente e mais tarde colega de Hughlins Jackson, no National Hospital for the Relief and Cure of the Paralyzed and Epileptic onde trabalhou por 40 anos publicou o livro *Epilepsia e outras Doenças Convulsivas Crônicas: Suas Causas, Sintomas e Tratamento* em 1883, quando utilizou a análise estatística de 1450 casos, o que lhe permitiu afirmar que “crises geram crises”, sugerindo cronicidade com a repetição de eventos epiléticos e apontando o córtex cerebral e a substância cinzenta, como responsáveis pela origem dos fenômenos de uma crise epilética.

Finalmente, chegou-se a uma definição, anunciada por Jackson e utilizada até os dias de hoje: “Uma convulsão é simplesmente um sintoma e implica apenas a ocorrência de uma descarga ocasional, excessiva e desordenada do tecido nervoso sobre os músculos... o local destas lesões pode ser inferido pelo início da crise”.

O século XIX foi o século da separação em disciplinas distintas a Psiquiatria e a Neurologia.

No século passado a epileptologia se alavancou. Em 1929 Hans Berger, baseado em trabalhos de eletrofisiologistas contemporâneos e após décadas de estudos, escreveu o primeiro estudo da atividade elétrica cerebral em humanos no livro intitulado *Über das Elektrenkphalogram das Menschen*. Nascia então a eletroencefalografia, o EEG.

Os avanços deste século advieram também da Universidade de Harvard através de uma série de trabalhos de Erna L. de Gibbs e Willian G. Lennox para os quais a eletroencefalografia acrescentou uma nova dimensão a todas as afirmações clínicas antigas, segundo Yacubian (2000).

Henri Gastaut (1915-1995) utilizou o eletroencefalograma (EEG) para estudar as funções cerebrais, especialmente as relacionadas às crises epiléticas, enfatizando particularmente a semiologia das crises, dedicou-se à terapêutica, reconhecendo as propriedades antiepiléticas dos benzodiazepínicos e seu papel no tratamento do mal epilético.

Gastaut foi o maior responsável pela elaboração e aceitação Internacional da Classificação Internacional das Crises Epilépticas de 1969 que foi revisada e relançada em 1981 e 1989.

Em relação à Psiquiatria, a partir de 1950, houve uma mudança de conduta e o diagnóstico voltou a ocupar uma nova posição com as descobertas de novas drogas para tratamento de transtornos psíquicos.

As discrepâncias nos diagnósticos eram visíveis quando ocorreu a recuperação das Classificações Internacionais de Doenças (CID) que tiveram sua origem no século XVIII.

Com as revisões a partir de 1948 a CID começou a operar na tentativa de uma ordenação através de uma lista de sinais e sintomas. Está em vigência, a 10ª edição, de 1986, e por vir, em elaboração, uma nova versão da mesma, com planos para ser instituída até 2011. A CID tem sua aplicabilidade universal, mas com a finalidade de assegurar e levantar dados estatísticos para fins epidemiológicos. Os aspectos fenomenológicos não foram levados em consideração em sua estruturação. A experimentação pelos pacientes dos eventos clínicos, a sua descrição, não foram devidamente contemplados. O DSM (Diagnost and Statistic Manual of Mental Disorders) o primeiro sistema diagnóstico em psiquiatria e psicologia utilizados dentro dos Estados Unidos e alguns outros países, elaborado pela APA (American Psychiatric Association), e estruturado para auxílio no diagnóstico de doenças mentais. O DSM passou a tomar importância a partir de sua 3ª edição, quando foi adotada uma postura descritiva das doenças. Hoje está em uso a 4ª edição – DSMIV TR.

Essa padronização gera controvérsias, não sem razão, pois parte de uma “verdade” diagnóstica, e assim, infelizmente, é utilizada com enorme constância na prática médica, sem levar em consideração que o processo clínico é extremamente dinâmico e singular.

A dissociação entre o olhar e a escuta desses pacientes dificulta sobremaneira o sucesso do tratamento, gerando angústia e frustração para o médico e o paciente, com alto custo social e econômico.

Mas o desenvolvimento das Ciências se norteia pelos princípios da retificação, ratificação ou desconstrução e novas elaborações, dos princípios aos conceitos. Com a Epilepsia não foi diferente, pois é um campo da ciência marcado por definições e critérios e, com os estudos recentes das Neurociências podem ser observadas inequívocas alterações sejam estruturais genéticas ou bioquímicas na leitura de seus quadros clínicos.

Li e Sander, (2003) fizeram um registro no mínimo curioso, sobre os avanços contínuos e expressivos nesta área. Em pesquisa, usando a palavra *epilepsia*, eles encontraram mais de 66 mil publicações científicas.

John Hughins e Willian Richard Gowers, como anteriormente mencionados, introdutores do moderno conceito neurofisiológico, descreveram a epilepsia como um evento desencadeado por uma descarga elétrica excessiva e súbita proveniente do córtex cerebral, tendo um caráter paroxístico recorrente usualmente auto limitada e usualmente não provocada e representada na clínica por crises, determinando assim as várias formas de epilepsia.

A partir desta definição foram formulados conceitos relativos ao tratamento e prognóstico e desse delineamento pôde-se elaborar um sistema classificatório para a epilepsia.

A classificação veio auxiliar o profissional médico como uma forma ordenatória necessária, um instrumento, um facilitador para o reconhecimento e tratamento das crises epilépticas, da epilepsia e dos quadros sindrômicos.

A International League Against Epilepsy – ILAE – órgão existente desde 1909, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde OMS, mostra de forma clara, as definições ligadas à epilepsia, como a adequação dos conceitos e a sua classificação. Em 1981 elaborou e preconizou a classificação das crises epilépticas. Esta classificação ainda em uso é mantida sob revisão periódica pelo Comitê Executivo Internacional Permanente da ILAE. Ressalta-se, que está em estudos, uma nova proposição classificatória em eixos. (YACUBIAN; GARSON, 2003). Observando que ainda não entrou em vigência até presente data, 2007.

A classificação de 1981 considera três grupos de crises: as parciais ou focais onde não há comprometimento do nível de consciência, as generalizadas onde ocorre este evento e entre as quais está a mais freqüente que é a crise parcial complexa, reconhecida, no passado, como crise do lobo temporal ou psicomotora e finalmente, as crises não classificáveis (YACUBIAN; GARSON, 2003).

A *crise epiléptica* é considerada como um conjunto de sinais e sintomas transitórios devidos à atividade anormal, excessiva, sincrônica de neurônios cerebrais. As *síndromes epilépticas* são um grupamento de sinais e sintomas que costumeiramente ocorrem juntos e incluem vários itens, como, tipo(s) de crise(s), etiologia, anatomia, fatores precipitantes, idade de início, gravidade, cronicidade, comportamento cíclico circadiano, e alterações anatomopatológicas definidas.

No presente momento, a classificação oficial da ILAE, utilizada universalmente, ainda é o das Crises Epilépticas de 1981 e a das Síndromes Epilépticas de 1989. Este sistema classificatório é utilizado, com freqüência na prática médica, de forma incorreta e isolada, com fins precípuos de se fechar diagnóstico.

É muito importante determinar se a epilepsia está ou não em atividade. Então recentemente, a Associação Brasileira de Epilepsia (ABE), levando em consideração as

discussões da Liga Internacional Contra Epilepsia – ILAE (2005) propôs a seguinte definição para epilepsia ativa:

um distúrbio cerebral causado por uma predisposição persistente a gerar crises epiléticas, com conseqüências neurobiológicas, cognitivas, psicossociais e sociais, devendo ocorrer no mínimo 2 crises epiléticas, não provocadas, com um intervalo entre elas superior a 24 horas. E para caracterizar uma epilepsia ativa, o paciente ter sofrido pelo menos 1 crise nos últimos 2 anos.

A ABE considera que o termo doença para o portador de epilepsia deva ser abolido e a epilepsia deva ser considerada um distúrbio e os pacientes que a apresentam, pessoas com epilepsia, pois a partir da heterogenicidade das epilepsias o termo distúrbio parece ser o mais abrangente nos âmbitos científico e social.

Ao se considerar, por outro lado, os transtornos psiquiátricos, eles não são passíveis de delimitações, não se encontra uma marcação e determinação dos quadros clínicos e isto requer sutileza para se perceber o paciente. Não há como dissociá-lo de sua condição de sujeito.

A tentativa de enquadrar os transtornos mentais em uma classificação como o Código Internacional das Doenças – CID e Disorders Statistical Mental – DSM torna o diagnóstico reducionista, discrepante e frustrante e refletirá em atendimento inadequado destes pacientes.

2.2 EPILEPSIAS

2.2.1 Dados epidemiológicos

A despeito de ser a epilepsia o transtorno de maior prevalência e das mais sérias condições neurológicas o maior problema é a sua acurácia diagnóstica, ítem imprescindível para levantamento epidemiológico e definições metodológicas. As epilepsias não têm barreiras sociais, étnicas, geográficas, etárias e sexuais.

As crises epiléticas são pleomórficas, a maioria dos portadores não apresenta evidências ou sinais clínicos permanentes, o diagnóstico é eminentemente feito pelo histórico do paciente, inexistente um exame complementar “padrão ouro.” (KRISHNAMOORTHY,

2006). O eletroencefalograma, EEG, de uso universal e permanente, é valioso mas limitado. As crises agudas com características epiléticas não são classificadas como epilepsia, motivo de diagnósticos falso-positivos e falso-negativos. As variações estatísticas são, portanto, previsíveis principalmente quanto à incidência.

Existem dados referenciais de prevalência registrada da epilepsia como uma condição médica comum e que gira entre 0,4% a 1% da população mundial.

Deve-se considerar ainda, que 5%-10% da população universal sofre pelo menos uma crise epilética na vida.

A epilepsia atinge os sujeitos em mais de 50% dos casos antes de deixarem a escola e apresenta cronicidade e refratariedade ao tratamento em torno de 25% dos casos, sendo que a predisposição à sua manifestação clínica difere com a idade.

As crianças e os adolescentes são mais vulneráveis que os adultos, onde há um declínio da incidência com incremento na terceira idade.

Estudos epidemiológicos populacionais apontam para crianças e adolescentes a prevalência de 28,6% das epilepsias, subindo para 53% quando há associação da epilepsia com outros problemas neurológicos (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000; MARCHETTI; CREMONESE; CASTRO, 2004).

As crianças e adolescentes merecem considerações à parte não só pela maior incidência de crises epiléticas (CE) nesta fase, mas pelas alterações comportamentais que as afetam numa proporção de 40% a 50% dos casos. Algumas co-morbidades são compartilhadas com adultos, como a ansiedade e a depressão, mas outras são específicas da infância, como autismo, transtorno do déficit da atenção e hiperatividade – TDAH, distúrbios do pensamento e problemas sociais e de aprendizado. Mesmo síndromes epiléticas consideradas benignas, como epilepsia mioclônica benigna da infância e as epilepsias rolândicas (crises convulsivas generalizadas) mostram em estudo de follow up uma taxa significativa de disfunção mental (THIELE; GONZALEZ-HYDRICH; RIVIELLE, 1999; PELLOCK, 2004; MAIA FILHO; COSTA; GOMES, 2006).

As encefalopatias epiléticas, síndromes clínico-eletroencefalográficas progressivas cuja deterioração mental com regressão do comportamento social e da linguagem, apesar de raras, são reconhecidas como consequência das crises epiléticas frequentes. Também as atividades epileptiforme abundante, com paroxismos interictais estão associados à disfunção cognitiva transitória. Há registro de anormalidades comportamentais autísticas associados a transtornos epiléticos. (VALENTE; VALÉRIO, 2004; RZEZAK et al., 2005).

As crises febris ocorrem em torno, aproximadamente, 2% a 4% de crianças entre 3 meses a 5 anos de idade, sendo para alguns autores um fator predisponente para desenvolver na idade escolar crises parciais complexas e suas complicações mentais, como as psicoses por exemplo (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000; HIRTZ, 1997).

Estes processos de forma geral estão associados aos transtornos mentais, à baixa qualidade de vida e a uma deterioração da relação interfamiliar das crianças e adolescentes (KIM, 1991; DUNN; AUSTIN, 2004).

Com relação à população adulta cerca de 19% a 58,6 % apresenta o quadro de epilepsia, em clínicas gerais os estudos apontam uma prevalência de 29% a 48% e em unidades de urgência de atendimento psiquiátrico o índice é nove vezes maior que em outras unidades clínicas (MATTHES, 1976; GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000; SCHWARTZ; MARSH, 2000; MARCHETTI; CREMONESE; CASTRO, 2004; NOWACK, 2006). Os estudos internacionais mostram uma taxa de incidência anual das epilepsias oscilando entre 40 a 70/100.000 habitante elevando-se para 122 a 190 /100.000 habitantes nos países em desenvolvimento (MARCHETTI; CREMONESE; CASTRO, 2004).

No Brasil, país em desenvolvimento, pode-se inferir que há uma maior prevalência das epilepsias e suas complicações e conseqüentemente uma maior demanda por assistência médica. Ao se utilizar os indicadores internacionais de 1% de prevalência da população geral com epilepsia e considerando que a população brasileira estimada pelo IBGE (2007) é de 177.450.609 pessoas, supõe-se que haja em torno de 1,8 milhões de portadores de epilepsia ainda deve-se considerar o acréscimo mais de 5% da população, cerca de oito milhões de pessoas que conforme indicadores internacionais sofrem pelo menos uma crise epiléptica na vida.

Em estudos isolados, regionais encontram-se dados diversos, como os de Marino, Cukiert e Pinho (2000), que encontraram uma taxa de 1,19% na grande São Paulo; em Porto Alegre Da Costa, et al. (1982), em estudo populacional, estimaram que 0,2 a 2% da população deve apresentar algum tipo de epilepsia na vida e na Bahia, Almeida Filho (1980) estudou a população do bairro de Amaralina em Salvador, com 27 mil habitantes, e encontrou uma taxa de epilepsia ativa em 0.1%, surpreendentemente baixa para os padrões da América Latina. (MARINO; CUKIERT; PINHO, 2000).

Vê-se que há variabilidade estatística importante por região, sendo possível a subestimação das taxas de epilepsia na população geral, além de considerar a diversidade da metodologia científica empregada. (MARCHETTI; CREMONESE; CASTRO, 2004).

Na literatura levantada até o momento não foi encontrado registro de estudo de abrangência nacional permitindo avaliar as taxas que possam se aproximar da realidade.

Há grande possibilidade das taxas serem bem maiores do que as estimadas e associadas a tudo isto a diversidade etiológica entre as síndromes que se superpõem.

Marca-se aí um campo para um trabalho multicêntrico com critérios metodológicos comuns.

É fundamental que além dos dados relevantes anteriormente assinalados, somar-se a eles os resultados do trabalho de Scott, Lhatoo e Sander para o Bulletin of World Health Organization de 2001, onde revela que cerca de 90% dos pacientes portadores de epilepsia em países em desenvolvimento, ou não recebem nenhum tipo de tratamento, ou o recebem de forma inadequada ou ainda são mal orientados quanto à doença e suas implicações.

O risco de mortalidade é de 2 a 3 vezes maior que na população em geral. Há registro de morte precoce, seja por causas subjacentes cerebrais, seja por condições adversas ocasionadas por status epilepticus, ou por síndrome de morte súbita (SIM), ou por suicídio, que tem incidência de 4 a 10 vezes superior que a população em geral (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000; KAIRALLA; CAMPOS, 2000; KAIRALLA; BRESSAN, 2004).

2.2.2 A epilepsia e os transtornos mentais

A associação das epilepsias e transtornos de humor vem sendo abordada desde Hipócrates (460-375 a.C), passando por Cardamus (séc. XVI), Griesinger (séc XVIII), até os nossos dias, Kairalla e Bressan (2004).

A associação desses eventos sempre foi e continua sendo polêmica.

A revista médica Neurology, de grande aceitação e respeitabilidade no meio científico, em seu editorial de 2000, assinado por Price, Adams e Coyle mostram algumas destas controvérsias:

- a) um grupo de autores demonstra uma relação maior de transtornos de comportamento em pacientes portadores de epilepsia, que na população em geral;
- b) um segundo grupo argumenta que existem erros na avaliação clínica destes pacientes, uma inadequação da avaliação de grupo controle e que os

mecanismos envolvidos com esta condição seriam de outra ordem como: neuropatologia comum, predisposição genética, transtornos de desenvolvimento efeitos epiléticos ictal e subictal, hipometabolismo das áreas subjacentes do foco epilético, epileptogênese secundária, alterações dos receptores sensitivos, alterações secundárias endocrinológicas, doença psiquiátrica primária, efeitos colaterais de drogas antiepiléticas e transtornos psicossociais.

Entretanto há vasta literatura, defendida pelo primeiro grupo, onde através de métodos científicos, demonstra que as epilepsias realmente estão relacionadas e intimamente ligadas com alguns tipos de transtornos mentais, como depressão, ansiedade, psicoses.

Principalmente dentre as epilepsias, o tipo parcial complexa é a mais comum e a mais estudada, por este motivo, criticada como fator de correlação por alguns pesquisadores (SCHWARTZ; MARSH, 2000; LOWE, 1980; TRIMBLE, 1980; SHARP; HENDREN, 2007; TOONE, 2000).

Nowack, (2006) estima que 30% a 70% dos pacientes com epilepsia têm algum tipo de transtorno mental, havendo concordância entre os pesquisadores que ela é mais comum que na população em geral.

No Brasil não há estudos multidisciplinares epidemiológicos dos transtornos mentais associados à epilepsia.

O trabalho de Treviso–Bitencourt e Troiano (2000) mostra uma maior prevalência de epilepsia em pacientes com transtornos mentais sugerindo uma associação entre as duas manifestações clínicas. Kummer et al. (2005) registram em carta ao editor da Revista Brasileira de Psiquiatria, que cerca de 10,1% dos pacientes internados no Instituto Raul Soares em Belo Horizonte, Minas Gerais, em maio de 2004, eram portadores de epilepsia.

As desordens psiquiátricas podem ocorrer em epilepsia nas fases peri ou interictal, independente do tempo em que ocorreu a crise.

Por vezes, é difícil fazer essa diferença quando o paciente sofre crises epiléticas frequentes, sendo importante observar que os sintomas depressivos ocorrem em cerca de 2/3 dos casos clínicos de epilepsia de difícil controle; outros estudos demonstram valores inferiores desses sintomas, em torno de 1/4 dos pacientes. As variações estatísticas entre os estudos podem ser consequência de diferentes abordagens metodológicas (MENDEZ; CUMMMINGS; BENSON, 1986; KAIRALLA; BRESSAN, 2004; NOWACK, 2006).

Alguns estudos mostram que cerca de 8% destes pacientes podem apresentar episódios psiquiátricos prévios (ex.: hipomania), desajustes emocionais, alterações na tomografia computadorizada cerebral, epilepsia focal, especialmente aqueles que venham a desenvolver epilepsia do lobo temporal (ELT), (DONGIER, 1959/60; NOWACK, 2006).

2.3 DESORDENS AFETIVAS/DEPRESSÃO

Os pacientes com epilepsia têm fortes traços neuróticos, como a ansiedade, a culpa, a ruminação, a baixa da auto-estima, o comportamento anti-social e as somatizações. Percebendo-os sob a ótica da fenomenologia e dentre os diversos transtornos psíquicos a depressão é a mais comum das co-morbidades ligadas aos eventos epiléticos, e desses, o mais comum é a crise do lobo temporal (ELT), segundo Kanner (2006), Kairalla e Campos (2000).

Este quadro depressivo é responsável por cerca de 20 a 60% dos casos internados de epilepsia em hospitais psiquiátricos. (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000).

A fisiopatologia da depressão é desconhecida, mas observa-se no EEG, uma contínua e subclínica alteração eletrofisiológica afetando a área límbica e, na tomografia por emissão de pósitron, (PET) uma área de hipometabolismo perifocal epilético pode ser observada.

Tebartz et al. (1999) fizeram um estudo utilizando a ressonância magnética por imagem (MRI) quantitativa x escala de Becks (BDI) para avaliar a depressão, através da determinação do fluxo sanguíneo cerebral. Neste trabalho observou que o fluxo sanguíneo estava aumentado na região da amígdala cerebral e que seu volume é maior em pacientes epiléticos e portadores de depressão, constatando que a diminuição da amígdala seria um fator de proteção para o não desenvolvimento das distímias, um estudo incipiente com um pequeno número de pacientes investigados, necessitando de maiores investigações. Hermann, Trenerry e Colligan (1996), observaram, nos casos de depressão em pacientes epiléticos, utilizando a técnica de medir o fluxo sanguíneo cerebral com aplicação concomitante da escala de avaliação de depressão, que há diminuição do metabolismo da glicose no pólo inferior do lobo frontal, indicando uma disfunção nesta região e confirmando a hipótese levantada por Bromfield et al. (1992).

A depressão é freqüentemente reconhecida no ictus epiléptico, na fase prodrômica, ou na fase pós ictal, mas a sua manifestação é muito pouco estudada na fase inter-ictal.

2.3.1 Depressão ictal

A depressão ictal ocorre como parte da aura, horas antes da crise ou mesmo precedendo-a em dias, e geralmente predomina o sintoma de medo e irritabilidade. É um fenômeno inesperado e não relacionado aos estímulos externos. Os sintomas são típicos das depressões em geral como sentimentos de profunda tristeza, desamparo, desespero, falta de esperança, chegando a levar ao suicídio, cuja incidência fica em torno de 0,2% a 0,5% dos casos de portadores de epilepsia. (MENDEZ; CUMMINGS; BENSON, 1986; BETTS, 1993; GALLUCI NETO; MARCHETTI, 2005).

As alucinações associadas à depressão formam um complexo que pode se prolongar pós-crise (pós ictal) e ser indicativo de uma atividade epiléptica subclínica.

2.3.2 Depressão pós-ictal

A depressão em pacientes somente na fase pós ictal é rara e geralmente é um resquício da fase anterior, segundo Blanchet (1986). Entretanto, há relato de pacientes com formas intratáveis de epilepsia do tipo ELT, com origem no lobo temporal direito ou ambos os lobos que apresentam sintomas depressivos. A melhor abordagem clínica desses pacientes é diminuir ou eliminar as crises epilépticas (DEVINSK et al., 1994).

2.3.3 Depressão interictal

A depressão tende a ocorrer cerca de 10 anos após o início do quadro de epilepsia de acordo com Altshuler et al. (1999), apesar de outros estudos não relacionarem o tempo de início da epilepsia com o tempo de aparecimento da depressão.

2.4 FATORES RELEVANTES ENTRE EPILEPSIA E DEPRESSÃO

2.4.1 Gênero

O resultado de estudos quanto à prevalência dos transtornos depressivos e epilepsia e o sexo dos pacientes não são congruentes. Alguns estudos mostram que os homens portadores de epilepsia têm maior risco de apresentarem depressão, o que demonstra significância ao comparar-se com os quadros de depressão na ausência de epilepsia, mais comum em mulheres.

2.4.2 Associações da epilepsia e outras co-morbidades

A depressão pode estar associada a qualquer condição neurológica com lesão cerebral estrutural e um quadro de epilepsia, como traumatismo crânio encefálico – TCE, acidente vascular cerebral – AVC, esclerose múltipla – EM, demências. Estudos têm revelado que necessariamente não tem de haver lesão estrutural para que haja ligação epilepsia-depressão.

2.4.3 Genética/ meio ambiente

As hipóteses de uma relação epilepsia /depressão/ genética/ meio ambiente não está bem esclarecida e necessita de maiores investigações. Existem controvérsias e somente pequenos estudos foram realizados.

Parece que a epilepsia mioclônica juvenil carrega traços genéticos no que se refere à depressão associada à epilepsia, apresentando evidências clínicas familiares (MURRAY; ABOUT-KALIL; GRINER, 1994).

2.4.4 Idade/ duração da epilepsia

Apesar de alguns estudos mostrarem associação entre o início precoce da epilepsia e a relação com a incidência da depressão segundo Quiske et al. (2000) ou tardiamente, conforme Mignone, Donnely e Sandowsky (1970), a maioria dos estudos não demonstra qualquer relação entre a idade de início da epilepsia e a instalação da depressão (NOWACK, 2006).

2.4.5 Tipo de crise

Vários estudos demonstram que a depressão é mais comum em epilepsia do lobo temporal (ELT), Altshuler et al. (1990); Dongier (1959/60); Perini et al. (1996) e outros. Esta hipótese, entretanto, é rebatida por Edeh e Toone (1987) quando afirmam que o ELT é o foco de maior investigação científica por ser o tipo de crise mais comum em adultos e a de mais difícil controle, motivo de uma possível negligência no enfoque de outros tipos de epilepsia não despertando o interesse dos pesquisadores. Outros, entretanto, demonstram que um maior número de tipos de crises estão estreitamente ligado a riscos maiores de transtornos psiquiátricos.

2.4.6 Lateralização do foco epiléptico

Existem controvérsias quanto à lateralidade do foco epiléptico e o desenvolvimento de depressão, alguns pesquisadores sinalizam o foco à direita da ELT como o responsável pelo desenvolvimento da depressão, outros à esquerda e terceiros não registraram qualquer evidência científica para o fato.

Schmitz et al. (1997) demonstraram entretanto que pacientes com ELT focal esquerdo apresentaram alto padrão de depressão clínica quando submetidos ao Beck depression Inventory (BDI) e a exames neuroradiológicos e neuropsicológicos.

Os exames neuroradiológicos mostravam uma grande área de hipoperfusão da região límbica do lobo frontal a que Schmitz et al. relacionaram a uma deaferentação da atividade inibitória interictal ou uma depleção pós-ictal deste substrato.

2.4.7 Iatrogenia

A politerapia tem sido apontada como um fator também associado à depressão/epilepsia. Assim como algumas drogas como a lamotrigina, depletora de ácido fólico, e às agonistas da GABA como: fenobarbital, primidona, fenitoina, vigabatrina (MENDEZ et al., 1993).

2.4.8 Psicossocial

Os fatores psicossociais têm conceitualmente um papel da maior relevância na determinação da depressão em pacientes epiléticos. Hermann (1979) propõe que a exposição do paciente à imprevisibilidade, ao incontrolável e à aversão pelas crises são fatores poderosos ao desenvolvimento da depressão.

Hermann e Whitman (1989), em outra pesquisa, demonstraram ainda que eventos estressantes da vida, como a baixa aceitação social, o baixo poder aquisitivo, são também fatores relevantes. Entretanto, outros pesquisadores não conseguiram em seus trabalhos, demonstrar nenhuma relação entre depressão/epilepsia e fatores psicossociais, status econômico, educação e qualidade de trabalho como Althshuler et al. (1990), Indaco et al. (1992), Althshuler et al. (1999).

2.5 DESORDENS DO HUMOR/ ANSIEDADE

As alterações de humor estão geralmente ligadas ao próprio fato do sujeito ser portador de epilepsia, pelos seus estigmas.

Os quadros do tipo conversivos, associados ou isolados podem dificultar o diagnóstico preciso. Não se pode esquecer que uma crise conversiva acompanhada de hiperventilação pode desencadear uma crise real epilética. As crises de ansiedade são de curta duração e de caráter reacional, ocorrendo sempre na presença de terceiros (NOWACK, 2006).

2.6 DESORDENS AFETIVAS/ HIPOMANIA/ DEPRESSÃO BIPOLAR

Dongier (1959/60) descreveu episódios de mania em 4,8% de uma série de 516 pacientes portadores de epilepsia, até então somente um pequeno número de pacientes havia sido registrado na literatura em associação a epilepsia do lobo temporal com foco irritativo à direita.

Após o advento e uso de drogas antiepiléticas para o tratamento da ELT e que também têm ação em quadros de mania como a carbamazepina (cbz), (final da década de 50) e o ácido valpróico (vpa), (final da década de 60), acredita-se que estes medicamentos possam atuar mascarando o número real de casos de hipomania.

2.7 DESORDENS OBSESSIVA/ COMPULSIVA (OCD)

Os estudos são modestos, pequenos, para confirmar a relação de OCD com epilepsia, tanto em adultos quanto em crianças e adolescentes. Caplan et al. (1992), mostraram alterações no EEG de pacientes com OCD, sem história de crises epiléticas, mas com atividade predominantemente temporal. Schmitz et al. (1999) por sua vez não faz nenhuma associação de epilepsia e OCD. Entretanto há estudos com pacientes epiléticos submetidos ao questionário (Leyton Obsessionality Inventoty) e SPECT (tomografia computadorizada por emissão de fóton único), mostrando a hiperperfusão de um sítio do lobo temporal direito, gânglios de base e tálamo.

Interessante ressaltar que as características do OCD, pedantismo, crises de tenacidade, viscosidade, fala repetitiva estão também relacionadas à chamada “personalidade epilética” como veremos a seguir.

2.8 PSICOSES

Entre os anos de 1950 a 1960 os aspectos psiquiátricos da epilepsia foram redescobertos, principalmente naqueles pacientes portadores de epilepsia do lobo temporal (GASTAUT, 1953; POND, 1962).

Slater e Bear (1963) publicou em detalhes a análise de 69 pacientes em dois hospitais de Londres que sofriam de epilepsia e apresentavam episódios de psicose interictal crônicos e ou recorrentes, que denominou de “esquizofrenialike” e descreveu este quadro clínico com paranóia, delírios, alucinações persecutórias e auditivas, comportamento desorganizado com ausência de sintomas catatônicos, oscilações do humor, embotamento afetivo menos intenso que o observado na esquizofrenia clássica.

Apesar da autocrítica em relação ao número de pacientes estudados, ele desafiou teorias antagônicas e postulou uma relação ou interligação entre a esquizofrenia e a epilepsia e continuou a estimular as pesquisas, que se tornaram extensas com relação às patologias do lobo temporal e a esquizofrenia, usada largamente como modelo biológico para o estudo das psicoses.

Alguns fatores podem estar associados às psicoses interictais e crises de origem do lobo temporal e região límbica, como tempo de duração da epilepsia, de 10 a 22 anos, período de menor frequência das crises, lesões estruturais, tipo esclerose mesial, e disgenesias corticais (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000).

Os mecanismos fisiopatológicos para esta interrelação indicam uma supersensibilidade de receptores dopaminérgicos pós-sinápticos com abrasamento e inibição ou hipofunção do foco epiléptico. Também os mecanismos psicológicos são considerados, como as vivências ictais e sua percepção mal elaborada, assim como interrelações do paciente com seu meio.

2.8.1 Epidemiologia

Até o momento, não há um estudo epidemiológico abrangente em grandes centros que indique uma prevalência de psicose em pacientes epiléptico, mas há indicação de uma maior prevalência desta população quando do estudo em centros de neurologia e psiquiatria e centros de epileptologia, em 2% a 7,1% dos casos, e em clínicas gerais variando de 0% a 4,5% de casos (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000).

2.8.2 Classificação

Não há uma classificação internacionalmente aceita sobre síndrome psicose/epilepsia.

O uso operacional do DSMIV TR é limitado, pois ele é voltado estruturalmente para diagnóstico funcional da psicose e não a considera no contexto da epilepsia, assim como o CID 10, por vezes ambíguo (SACHDEV, 1998).

Uma proposta para sistematização da classificação das psicoses em epilepsia foi baseada na combinação da psicopatologia, etiologia, estudos longitudinais e o EEG como parâmetro. Entretanto, não atendeu às expectativas, visto ser, em muitos casos, impossível delinear o tipo de epilepsia e o tipo de psicose ou vice e versa.

Síndromes atípicas não são incomuns até porque na psicose pós ictal e ictal a consciência do paciente é clara e o senso crítico se faz presente. Variações fenomenológicas e precipitações podem ser individuais, assim como a experiência pessoal nos episódios psicóticos recorrentes. É o sujeito que está em questão e não é tão somente um indivíduo portador de epilepsia.

Importante observar que algumas manifestações epilépticas podem gerar fator de confusão com diagnóstico de psicose vinculada à epilepsia como:

- a) crises epilépticas recorrentes com breve intervalo da superficialização da consciência, cíclicas, com origem nos lobos temporais, mesial ou extratemporais;
- b) crises epilépticas contínuas – confusionais , não cíclicas, fragmentos de sítios extratemporais afetando lobo frontal;
- c) status epilepticus focal, aura contínua que pode ser causa de alucinações simples, sintomas afetivos, desordens de personalidade.

2.8.3 Mecanismos, teorias/ fisiopatologia das psicoses e epilepsias

2.8.4 Psicoses ictais

Há uma potencialização da dopamina na neurotransmissão no lobo temporal. Lee (1998) postulou que as crises generalizadas em série teriam ação sobre neurotransmissores dopaminérgicos em lobo temporal com desencadeamento dos sintomas psicóticos, mimetizando quadros esquizofreniformes:

- a) efeitos positivos ----- descargas estimulando os mecanismos comportamentais do sistema límbico.
- b) efeitos negativos ----- descargas inibindo o sistema límbico.

A ILAE (2003), através de uma comissão especial para o estudo da epilepsia e alterações psiquiátricas, não apresentou até a presente data um resultado final, mas reconhece que é um subtítulo diferente da esquizofrenia, do ponto de vista prático, por esta razão, as psicoses e as epilepsias são agrupadas numa relação temporal por afinidades com as crises.

2.8.5 Psicoses perictais

Sintomas psicóticos podem ocorrer como parte de uma crise convulsiva ou em um prolongamento dos casos não convulsivos das crises epilépticas, nas quais o EEG pode vir

auxiliar neste diagnóstico. Podem ocorrer fenômenos experienciais, afetivos, comportamentos perceptuais com o comprometimento da consciência durante o fato (BOYLAN, 2002).

O insight tende a permanecer, mas freqüentemente segue amnésia. O status epilépticus nas LTE é o mesmo que status psicomotor ou estado crepuscular (EY, 1978).

2.8.6 Psicoses pós ictal – PIP - interictais

É a mais comum e bem estudada e acomete cerca de 25% dos pacientes epilépticos com sintomas psicóticos.

A incidência e a prevalência do PIP é entre as epilepsias, em geral, desconhecida, sabe-se que 18% dos pacientes com quadro de epilepsia intratável desenvolvem psicoses (DONGIER, 1959/60).

Estudos mostram que as manifestações psicóticas pós-ictal podem ocorrer entre o primeiro mês até os 15 anos ou mais, após a primeira crise epiléptica do paciente.

Várias investigações demonstram lucidez destes pacientes nas primeiras 72 horas pós- crise com aparente restauração da atividade mental normal.

Freqüentemente ocorre antes do PIP um estado confusional seguido por alterações do tipo delírio, transtorno do pensamento, alterações do humor, delírios paranóicos, persecutória, alucinação cenestésica, visuais principalmente auditivas, misticismo, religiosidade, comportamentos agressivos, transtornos da conduta sexual. Este quadro pode durar de um dia a 90 dias (MARCHETTI et al., 2004; NOWACK, 2006).

Alguns fatores de risco podem ser enumerados para desencadeamento do PIP, tais como: disfunção cerebral bilateral, apreensão, medos e terror na fase ictal, história de crises febris e crises de ausências, transtornos de personalidade pré-existente, e história familiar de doenças psiquiátricas (UMBRICHT et al., 1995). Recomenda-se para investigação clínica o EEG simples, onde se pode observar uma exacerbação da atividade epiléptica ou lentificação, se possível vídeo-EEG, RMf – ressonância nuclear magnética funcional do cérebro e SPECT.

2.8.7 Teorias

Até o início do século passado havia um antagonismo entre as epilepsias e psicoses, mas por influência de Meduna (1935) que ao introduzir drogas antiepilépticas para

tratamento das esquizofrenias obteve boa resposta terapêutica, levantou-se novamente a possibilidade de correlação entre estas patologias.

Pesquisadores como Landolt (1953) demonstraram que em alguns casos com a normalização do EEG de portadores de epilepsia, “normalização paradoxal” ou “normalização forçada” desencadeavam-se surtos episódicos de psicose. Por outro lado durante a evolução e descoberta de drogas antiepilépticas como, etosuximida vigabatrina, gabapentina, topiramato constatou-se que poderiam também desencadear psicoses.

Pelo o que se pode constatar parece realmente existir uma correlação epilepsia /psicose como um processo de origem orgânico-cerebral. Considerando-se:

- a) que as psicoses têm ao que parece uma relação direta com alterações neuropsicológicas e neuroquímicas via fenômeno de kindling e descargas eplépticas (MARCHETTI et al., 2004);
- b) teoria maior: as epilepsias e psicose compartilham da mesma etiologia, mas com patogenias heterogênicas como: na genética, sem relação direta, isto é, uma correlação familiar, com raras exceções; tem maior incidência em mulheres; o tempo entre o início da epilepsia e da psicose varia de 11 a 15 anos ou mais; elas estão claramente interligadas pelo comprometimento do lobo temporal, sistema límbico, tendo-se consenso que a psicose é muito rara em pacientes com epilepsia neocortical extratemporal.

Vários estudos mostraram que as psicoses em epilepsias generalizadas têm forma diferente das psicoses da ETL, essas provavelmente são mais duradouras.

Crises psicóticas alternas são mais comuns em epilepsias generalizadas e remitem pós desenvolver os sintomas de alucinações paranóides. Há registro de vários pacientes portadores de epilepsia do tipo ausência que desenvolveram psicoses.

A gravidade da crise é muito importante como fator de risco, isto é, atividade epiléptica de longa duração, tipos múltiplos de crise, histórias de má resposta aos tratamentos, lateralização do foco epiléptico no lobo temporal esquerdo, a presença de lesão estrutural como já assinalado, esclerose mesial, má formação artério-venosa do encéfalo (MAV), tumores harmartomas e gangliomas.

2.9 PERSONALIDADE EPILÉPTICA

Como foi visto, as alterações comportamentais na epilepsia têm sido documentadas por séculos, Waxman e Geschwind (1975) descreveram uma síndrome interictal da epilepsia do lobo temporal com foco em hemisfério não dominante caracterizada por um quadro psiquiátrico com as seguintes manifestações clínicas:

- a) religiosidade (reconhecida por Esquirol em 1845 e Morel em 1860);
- b) hipergrafia – Waxman foi um dos primeiros a documentar a tendência compulsiva para a escrita meticulosa detalhista geralmente referenciada a uma moral religiosa observada em cerca de 8% dos pacientes portadores de epilepsia;
- c) viscosidade – o paciente apresenta uma fala repetitiva, circunstancialidade, restrição a tópicos determinados, o que os autores relacionam a um discurso pobre e detalhista.

Estes itens são a síntese de um quadro que caracteriza a Síndrome de Geshwin, isto é: irritabilidade, impulsividade, desconfiança, prolixidade, viscosidade, a hipergrafia e a hiposexualidade.

Existem escalas para avaliação dos traços da personalidade de pacientes epiléticos.

A BFI (Bear – Fedio Inventory) é muito criticada, pois quando de sua estruturação ocorreram erros grosseiros epidemiológicos e estatísticos, como falta de grupo controle e pequeno número de casos envolvidos. Na psiquiatria americana são utilizadas outras escalas.

Como foi brevemente revisto, os estudos sobre a epilepsia e ou transtornos mentais associados são extensos, polêmicos, com milhares de publicações registradas nos sites científicos.

Neste trabalho foram colhidos alguns dados considerados relevantes, orgânicos - cerebrais das epilepsias e suas implicações psíquicas, com objetivo de assinalar pontos de interesse para a prática clínica diária e finalidade de prestar boa assistência e acolhida a estes pacientes e proporcionar subsídios para discussão do trabalho de pesquisa descrito a seguir.

A percepção que os sintomas seguem além não foi apagada, mas no momento foge do presente proposto.

3 METODOLOGIA

Foi feito um estudo transversal através de um inquérito, por amostra de conveniência, através de um convite pessoal e livre adesão dos entrevistados profissionais médicos especialistas. O número de adeptos foi de 107 médicos, sendo 19 Neurologistas, 34 Psiquiatras, 34 Pediatras e 20 Clínicos Gerais, de um total de 228 profissionais das especialidades citadas, lotados e atuantes em ambulatórios da Rede Pública de Saúde, SUS – Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, vinculados aos Serviços Municipal, Estadual e Federal.

As unidades escolhidas foram: Hum (1) Posto de Atenção Médica – PAM (PBH); Hum (1) Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM (FHEMIG); Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG (HC – FM/ UFMG), hospital geral e o Instituto Raul Soares, hospital psiquiátrico (IRS/ FHEMIG).

Foi aplicado aos entrevistados um questionário, fechado, contendo 36 perguntas, destas, 34, cobrindo dados demográficos referentes à idade, sexo, nacionalidade, tempo de formação médica, Universidade em que obteve o título de graduação médica, onde e se obteve títulos como de Pós-Graduação *lato sensu*, e *strictu sensu*; estágios específicos ou cursos de extensão referentes aos estudos das epilepsias, tempo de exercício da especialidade.

Questionou-se quanto à função da graduação e demais cursos frente à eficiência no ensino das epilepsias para a prática clínica.

Quanto ao diagnóstico clínico das epilepsias e transtornos mentais questionou-se em que faixa etária dos pacientes a ocorrência das crises é mais frequente, a presença ou não de eventos psíquicos concomitantes, a repercussão das crises as limitações possíveis, e na vida dos pacientes. Os tipos de crises e capacidade de reconhecê-las, indicando a mais comum, a relação ou não dessas crises com distúrbios mentais, a sua identificação e com que frequência elas ocorrem.

Levantou-se a questão sobre quando, e como, e se assumem os pacientes portadores de epilepsia e ou transtornos mentais e caso negativo por quê.

Referente aos exames propedêuticos complementar perguntou-se sobre a frequência e sua solicitação e os tipos de exames.

Em relação ao tratamento, tanto para os aspectos específicos da epilepsia quanto da presença de transtornos mentais, quando iniciá-lo e a medicação de escolha para tratamento da crise epiléptica e quando presente, o tratamento para os transtornos mentais.

Para fechar o questionário deixou-se um espaço para livre expressão com resposta estimulada para duas questões, o interesse nos estudos sobre epilepsia e a existência de estímulos sustentados da Instituição a que servem para atualização profissional.

O tempo do término da graduação dos pesquisados variou de 1 ano a 38 anos de formado.

A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2005 a maio de 2007.

Critério de inclusão: ser médico, pertencer ao quadro clínico da rede de Saúde Pública, SUS, estar atuando na rede ambulatorial.

Critérios de exclusão foram: rasuras no preenchimento do questionário, identificação pessoal do mesmo, deixar de preencher mais de 10% de uma das duas partes em que o questionário foi dividido, isto é, tratar ou não tratar o paciente portador de epilepsia.

A análise do banco de dados foi realizada através do programa Epi /Info. Para a comparação entre as proporções foi empregado o teste qui-quadrado e quando necessário o Teste Exato de Fisher. Foi considerado o Valor $p < 0,05$ como limiar de significância estatística.

O projeto de pesquisa passou e foi aprovado pelas COEP(s), Comissão de Ética, Ensino e Pesquisa, da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e da Universidade Federal de Minas Gerais.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Compromisso e Livre Adesão e Esclarecimento (TCLE) conforme diretrizes da (s) COEP(s).

4 RESULTADOS

A análise das variáveis do presente estudo foi feita com base predominantemente em uma análise descritiva dos dados.

Na população estudada (n=107), 73,8% dos médicos foram graduados pela Faculdade de Medicina da UFMG, sendo 7,5% pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e os demais em outras Universidades Brasileiras.

O tempo médio de formado foi de $17,1 \pm 1,3$ ano e todos têm o título de especialista em suas respectivas áreas.

Dos 107 entrevistados 35,5% (n=38) têm mestrado e 21,5% (n=23) têm doutorado.

Na TAB. 1 em uma análise descritiva o aprendizado dos neurologistas (n=19), psiquiatras (n=34) e pediatras (n=34), sobre epilepsias com ou sem transtornos mentais ocorreu predominantemente durante os cursos de residência médica, sendo que os psiquiatras assinalaram o curso de graduação como fonte de referência significativa em relação à residência.

O estágio foi à segunda fonte de aprendizado para os neurologistas.

Os Clínicos Gerais (n=20) em maior número não responderam à questão.

TABELA 1

O aprendizado sobre epilepsia com ou sem transtornos mentais em cursos de graduação e suplementares segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	CURSOS				
	GRADUAÇÃO	RESIDÊNCIA	ATUALIZAÇÃO	EDUCAÇÃO MÉD. CONT.	ESTÁGIO
NEUROLOGIA (n= 19)	4 (21,2%)	15 (78,4 %)	6 (31,6 %)	4 (21,1%)	11 (57,9%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	12 (35,3%)	17 (50,0 %)	5 (14,7 %)	2 (5,9 %)	5 (14,7%)
PEDIATRIA (n= 34)	9 (26,5 %)	10 (29,4%)	7 (20,6%)	1 (2,9%)	6 (17,6%)
CLÍNICA GERAL (n= 20)	2 (10,0 %)	1(5,0%)	1 (5,0%)	1 (5,0 %)	2 (10,0 %)

Na TAB. 2 são apresentados de forma descritiva os dados referentes ao Curso Médico de Graduação, que segundo a consideração de todos os especialistas é insuficiente ou pouco suficiente em seus ensinamentos sobre a epilepsia e os transtornos mentais.

TABELA 2
O ensino da epilepsia com ou sem transtornos mentais no
Curso de Graduação Médica segundo especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	CURSO MÉDICO DE GRADUAÇÃO			
	INSUFICIENTE	POUCO SUFICIENTE	SUFICIENTE	MUITO SUFICIENTE
NEUROLOGIA (n= 18)	9 (50,0%)	4 (22,2%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	17 (50,0%)	15 (44,1%)	2 (5,9%)	0 (0%)
PEDIATRIA (n= 34)	19 (55,9%)	12 (35,3%)	3 (8,8%)	0 (0%)
CLÍNICA GERAL (n= 20)	12 (60,0%)	8 (40,0%)	0 (0%)	0 (0%)

Quanto aos recursos clínicos utilizados para o diagnóstico das epilepsias e ou as patologias psiquiátricas a TAB. 3 mostra uma preferência dos neurologistas pela classificação indicada pela ILAE e também pela fenomenologia. Já os psiquiatras optaram pela CID 10 e a fenomenologia, os pediatras utilizam-se das experiências pessoais preferencialmente sobre os recursos da CID 10 e ILAE, com os clínicos gerais tendo preferência pela própria experiência sobre a CID 10 e as demais opções.

TABELA 3

**Recursos clínicos usados para o diagnóstico da epilepsia e transtornos mentais
segundo os especialistas (Categorias não excludentes)**

ESPECIALIDADES MÉDICAS	SISTEMA CLASSIFICATÓRIO				
	CID 10	DSMIV	FENOM.	EXP. PES.	ILAE
NEUROLOGIA (n= 19)	4 (21,1%)	3 (15,8%)	12 (63,2%)	9 (47,4%)	14 (73,7%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	28 (82,4%)	9 (26,5%)	17 (50,0%)	11 (32,4%)	2 (5,9%)
PEDIATRIA (n= 34)	12 (35,3%)	3 (8,8%)	7 (20,6%)	22 (64,7%)	11 (32,4%)
CLÍNICA GERAL (n= 20)	7 (35,0%)	1 (5,0%)	0 (0%)	10 (50,0%)	4 (20,0%)

FENOM = fenomenologia; EXP.PES. = experiência pessoal;

ILAE = International Against League of Epilepsy

Os resultados apresentados a seguir descrevem os achados referentes ao reconhecimento das crises epiléticas pelos entrevistados e das associações com transtornos psiquiátricos e a frequência destes fatos.

Na TAB. 4 são apresentados os dados referentes classificação das crises epiléticas mais comuns. Pode-se verificar que 44,4 % dos neurologistas erraram na identificação da crise, mais comum, crise parcial complexa, intimamente ligada às alterações psíquicas encontradas nos portadores de epilepsia.

O mesmo erro foi verificado em percentagem maior nas demais especialidades, os psiquiatras com índice de 72,7% de respostas erradas, os pediatras com 70,2%, os clínicos gerais com 76,5%.

TABELA 4**Classificação da crise epiléptica mais comum na prática médica segundo os especialistas**

ESPECIALIDADE MÉDICA	CLASSIFICAÇÃO POR TIPOS DE CRISE			
	Crise convulsiva Generalizada	Crise parcial complexa	Crise de ausência	Classificação apenas um recurso didático
NEUROLOGIA (n=18)	8 (44,4%)	10 (55,6%)	0 (0%)	0 (0%)
PSIQUIATRIA (n= 33)	24 (72,7%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	1 (3,0%)
PEDIATRIA (n= 31)	22 (71,0%)	4 (12,9%)	5 (16,1%)	0 (0%)
CLÍNICA GERAL (n= 17)	13 (76,5%)	1 (5,9%)	2 (11,5%)	1 (5,9%)

Ao analisar as questões referentes às alterações mentais associadas às epilepsias foi levantada a possibilidade ou não de haver um quadro mimético envolvendo as duas entidades e a TAB. 5 mostra que a maioria absoluta dos médicos entrevistados assinala esta possibilidade. Não houve diferença estatística entre as especialidades.

TABELA 5**O processo mimético dos quadros epilépticos e os transtornos mentais,
segundo os especialistas**

ESPECIALIDADES MÉDICAS	PRESENÇA DE MIMETISMO	
	SIM	NÃO
NEUROLOGIA (n= 19)	14 (73,7%)	5 (26,3%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	33 (97,1%)	1 (2,9%)
PEDIATRIA (n=32)	29 (90,3%)	3 (19,7%)
CLÍNICA GERAL (n=20)	18 (90,0%)	2 (10,0%)

p < 0,066

Na TAB. 6 os neurologistas e psiquiatras entrevistados identificaram que freqüente ou muito freqüentemente, 77,8% e 79,4%, respectivamente, há uma relação dos transtornos psíquicos com as epilepsias, e somente 21,9% dos pediatras assinalam esta possibilidade contra um maior índice dos clínicos gerais, 47,4% que moderada ou rara percebem esta associação.

TABELA 6
Reconhecimento da relação de transtornos mentais e epilepsia
segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	TRANSTORNOS MENTAIS E A EPILEPSIA			
	MUITO FREQUENTE	FREQÜENTE	MODERADA	RARA
NEUROLOGIA (n= 18)	5 (27,8%)	9 (50,0%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	11 (32,4%)	16 (47,1%)	7 (20,1%)	0 (0%)
PEDIATRIA (n= 32)	1 (3,1%)	6 (18,8%)	12 (37,5%)	13 (40,6%)
CLÍNICA GERAL (n= 19)	2 (10,5%)	7 (36,5%)	5 (26,3%)	5 (26,3%)

Em relação ao tipo de transtorno mental os neurologistas detectam a depressão e a ansiedade na freqüência, 34,0% e 28,0% dos casos, semelhante à percepção dos demais profissionais, assim como nos transtornos da personalidade que ficou em média de 21,0% como opções para todos os especialistas.

Os quadros de psicose são, predominantemente, percebidas pelos psiquiatras, 27,4% e associadas às epilepsias como indica a TAB. 7, contra uma associação feita por somente 10,0% dos neurologistas, bem aquém da indicação dos pediatras, 15,6% e semelhante às dos clínicos gerais que ficou em 9,6%.

TABELA 7
Os transtornos mentais associados à epilepsia segundo os especialistas
(Categorias não excludentes)

ESPECIALIDADES MÉDICAS	TRANSTORNOS MENTAIS				
	PSICOSE	ENCEFALOPATIA	TRANS. PERSON.	DEPRESSÃO	ANSIEDADE
NEUROLOGIA (n= 50)	5 (26,3%)	3 (15,8%)	11 (57,9%)	17 (89,5%)	14 (73,4%)
PSIQUIATRIA (n=73)	20 (58,8%)	0 (%)	16 (47,1%)	19 (55,9%)	18 (52,9%)
PEDIATRIA (n= 45)	7 (20,6%)	3 (8,8%)	10 (29,4%)	16 (47,1%)	12 (35,3%)
CLÍNICA GERAL (n= 31)	3 (15,0%)	1 (5,0%)	6 (30,0%)	12 (60,0%)	9 (45,0%)

TRANS. PERSON. = transtorno de personalidade

Quanto à importância da precocidade do diagnóstico das epilepsias e para o prognóstico quanto ao desenvolvimento dos transtornos mentais 94,7% dos clínicos gerais assim perceberam, contra a média de somente 86,0% dos demais profissionais, conforme a TAB. 8. Não houve diferença estatística entre as especialidades.

TABELA 8
A importância de diagnóstico precoce para o prognóstico dos pacientes com epilepsia e sua relação com o desenvolvimento de transtornos mentais segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	DIAGNÓSTICO PRECOCE	
	SIM	NÃO
NEUROLOGIA (n=19)	16 (84,2%)	3 (15,8%)
PSIQUIATRIA (n=34)	30 (88,2%)	4 (11,8%)
PEDIATRIA (n=34)	29 (85,3%)	4 (14,7%)
CLÍNICA GERAL (n=20)	18 (90,0%)	1 (10,0%)

$p < 0,779$

A relação da qualidade de vida dos pacientes epiléticos foi considerada grave na média de 58,0% pelos neurologistas e psiquiatras, independente do tempo de instalação do quadro clínico e por uma cifra um pouco inferior, em torno de 43,0% pelos pediatras e clínicos gerais. O que chama à atenção é a significativa percentagem de pediatras, 23,5%, que não relacionam as epilepsias como fator interveniente na qualidade de vida dos pacientes, considerando-o irrelevante, conforme mostra a TAB. 9.

TABELA 9
O diagnóstico de epilepsia e relação limitação da qualidade de vida do paciente segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	LIMITAÇÕES			
	IMEDIATA S/ REPER.	MÉDIO PRAZO / TRANS.	INDEP/ GRAVES	S/ RELEV
NEUROLOGIA (n =19)	3 (15,8%)	4 (21,1%)	11 (57,8%)	1 (5,3%)
PSIQUIATRIA (n =34)	4 (11,8%)	9 (26,5%)	20 (58,8%)	1 (2,9%)
PEDIATRIA (n= 34)	7 (20,1%)	5 (14,7%)	16 (47,1%)	8 (23,5%)
CLÍNICA GERAL (N= 20)	4 (20,0%)	6 (30,0%)	8 (40,0%)	0 (0%)

Na análise da TAB. 10 é possível perceber que os neurologistas consideram a baixa de auto-estima seguida do estigma como agentes dificultadores da vida social dos pacientes portadores de epilepsia em torno de 25% dos casos, com déficit laborativo e inadaptação em cerca de 13,5%. Os psiquiatras por sua vez consideram todos os itens indicados como fatores relevantes na média de 25% para cada item assinalado. Os pediatras e clínicos gerais percebem o estigma e a baixa da auto-estima como fatores relevantes, os transtornos mentais e a baixa de auto-estima como fatores importantes, 35% em média, como complicadores sociais.

Os pediatras e clínicos gerais não vêem os transtornos mentais com a relevância dos demais especialistas.

TABELA 10
As implicações clínicas e sociais para o paciente epilético segundo os especialistas
(Categorias não excludentes)

ESPECIALIDADES MÉDICAS	IMPLICAÇÕES CLÍNICAS				
	DEF./ LAB.	ESTIGMA	TRANS./ MENT.	BAIXA/ AUTOEST	INAD/ SOC.
NEUROLOGIA (n= 57)	9 (15,8%)	14 (24,5%)	11 (19,3%)	16 (28,1)	7 (12,3%)
PSIQUIATRIA (n= 82)	19 (23,1%)	18 (22,0%)	23 (28,0%)	17 (20,7%)	5 (6,1%)
PEDIATRIA (n= 80)	10 (12,5%)	28 (35,0%)	10 (12,5%)	15 (18,8%)	8 (10,0%)
CLÍNICA MÉDICA (n= 42)	4 (9,5%)	15 (35,7%)	2 (4,8%)	14 (33,3%)	7 (16,7%)

Ao se trabalhar com os dados referentes aos recursos propedêuticos para auxílio no diagnóstico das epilepsias, TAB. 11 nota-se que todos os profissionais recorrem aos exames complementares com muita freqüência ou freqüente, principalmente os neurologistas em 94% dos casos e os psiquiatras em 77%, e os pediatras e clínicos gerais, em média bastante inferior, 56%.

TABELA 11
Freqüência do uso de exames complementares no auxílio diagnóstico de epilepsia

ESPECIALIDADES MÉDICAS	O USO DA PROPEDÊUTICA			
	MUITO FREQUENTEMENTE	MODERADA/ FREQUENTE	FREQUENTE	RARAMENTE
NEUROLOGIA (n = 16)	13 (81,3%)	2 (12,5%)	1 (6,35)	0 (0%)
PSIQUIATRIA (n= 26)	11 (43,3%)	7 (26,9%)	5 (19,2%)	3 (11,2%)
PEDIATRIA (n= 24)	6 (25,0%)	8 (33,3%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)
CLÍNICA GERAL (n= 9)	3 (33,3%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	0 (0%)

A relação entre o tempo de início de tratamento e tempo para se solicitar exames complementares em epilepsias têm relevância clínica, como indicam corretamente os neurologistas em 93,8% dos casos. Os psiquiatras já não o percebe amplamente, 62,4%, assim como os clínicos gerais 40% e os pediatras em apenas 20,6% com o agravamento destes de não observarem o valor prático desta indicação em 58,8% das vezes assim como os clínicos gerais em 55%, conforme a leitura da TAB. 12.

TABELA 12

A solicitação de exames complementares em relação ao início do tratamento dos pacientes epiléticos com ou sem transtornos mentais segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	FASES			
	Conc./ início tto	após tto	fracasso tto	s/ valor prático
NEUROLOGIA (n = 16)	15 (93,8%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)
PSIQUIATRIA (n= 32)	20 (62,5%)	4 (12,5%)	2 (5,9%)	8 (25,0%)
PEDIATRIA (n= 34)	7 (20,6%)	6 (17,6%)	1 (2,9%)	20 (58,8%)
CLÍNICA GERAL (n= 20)	8 (40,0%)	1 (5,0%)	0 (0%)	11 (55,0%)

Conc.= concomitante, tto = tratamento.

De acordo com a TAB. 13 a eletroencefalografia (EEG) é o exame de preferência e corretamente indicado pelos especialistas em média por 50% deles, seguida pela tomografia computadorizada do cérebro (TCC) em cerca de 30%, sendo a ressonância magnética do encéfalo uma escolha feita em maior frequência pelos neurologistas. Importante ressaltar que os exames clínicos laboratoriais são muito importantes na monitorização destes pacientes e a sua indicação ficou restrita à indicação média de somente 25% dos entrevistados.

TABELA 13
Os tipos de exames complementares utilizados no auxílio diagnóstico
das epilepsias segundo os especialistas
(Categorias não excludentes)

ESPECIALIDADES MÉDICAS	EXAMES COMPLEMENTARES			
	EEG	TCC	RME	LAB/ CLIN
NEUROLOGIA (n = 49)	16 (32,7%)	11 (22,4%)	13 (26,5%)	9 (18,4%)
PSIQUIATRIA (n= 60)	24 (40,0%)	16 (26,7%)	7 (11,7%)	13 (21,7%)
PEDIATRIA (n= 33)	15 (45,5%)	10 (30,3%)	1 (3,0%)	7 (21,2%)
CLÍNICA GERAL (n= 19)	7 (36,8%)	6 (31,6%)	0 (0%)	6 (3,2%)

EEG = eletroencefalograma; TCC = tomografia computadorizada crânio; RME= ressonância magnética do encéfalo; LAB/ CLIN = laboratório de análises clínicas.

Os resultados apresentados na TAB. 14 descrevem a conduta dos neurologistas e psiquiatras de não assumirem integralmente o tratamento dos pacientes portadores de epilepsias com ou sem transtornos psíquicos associados, 67% e 84% respectivamente, sendo que os neurologistas de forma surpreendente só assumem o tratamento dos pacientes em 28% dos casos. Em relação aos pediatras eles assumem os casos clínicos e sob supervisão em 56% e encaminhando os demais, assim como os clínicos gerais em percentagem similar.

TABELA 14
Conduta quanto ao tratamento dos pacientes com epilepsia
com ou sem transtornos mentais segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	QUANTO AO TRATAMENTO		
	ASSUME	ASSUMEM SOB SUPERVISÃO	ENCAMINHA
NEUROLOGIA (n= 18)	5 (27,8%)	12 (66,7%)	1 (5,6%)
PSIQUIATRIA (n= 32)	3 (9,4%)	27 (84,4%)	2 (6,3%)
PEDIATRIA (n= 33)	0 (0%)	18 (54,6%)	15 (45,5%)
CLÍNICA GERAL (n= 20)	1 (5,0%)	10 (50,0%)	9 (45,0%)

Os especialistas ao serem consultados sobre possíveis fatores que pudessem intervir na conduta quanto a assumir o tratamento dos pacientes em foco, TAB.15, se manifestaram de forma irrelevante diante das opções apresentadas, contrariando o que insinua a literatura, com a exceção dos pediatras que se consideraram inexperientes na totalidade.

TABELA 15
Possíveis fatores intervenientes para os médicos não assumirem os pacientes
epilépticos com ou sem transtornos mentais segundo os profissionais

ESPECIALIDADES MÉDICAS	FATORES INTERVENIENTES			
	Laborioso/ tto pouco eficaz	persona/ difícil	agressiv.	Inexp./pessoal
NEUROLOGIA (n = 2)	0	0	1	1
PSIQUIATRIA (n= 6)	1	2	3	3
PEDIATRIA (n= 14)	0	0	0	14
CLÍNICA GERAL (n= 8)	0	0	0	8

Tto = tratamento; persona = personalidade; agressiv = agressividade;
 inexp. = inexperiência

Quanto à relação de escolha medicamentosa com o tipo específico de crises epiléticas, 73,7% dos neurologistas revelaram ter este conhecimento, e 26,3% deixaram de responder, já os psiquiatras se manifestaram positivamente em 61,8% enquanto 34,4% se abstiveram de responder, os pediatras e clínicos gerais em média de 36% responderam correta e adequadamente à questão e em mais de 55% se abstiveram de responder. (TAB. 16).

TABELA 16
A existência da relação entre crises epiléticas e
drogas de escolha segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	DROGAS DE ESCOLHA		
	SIM	NÃO	S/ RESPOSTA
NEUROLOGIA (n = 19)	14 (73,7%)	0 (0%)	5 (26,3%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	21 (61,8%)	2 (5,9%)	11 (32,4%)
PEDIATRIA (n= 34)	13 (38,2%)	3 (8,8%)	18 (52,9%)
CLÍNICA GERAL (n= 20)	7 (35,0%)	1 (5,0%)	12 (60,0%)

Tem-se o registro na TAB. 17 das drogas antiepiléticas de escolha e uso dos especialistas.

A leitura desta tabela revela um alto nível de abstinência nas respostas dos clínicos gerais e pediatras e daqueles que optaram tiveram o fenobarbital como opção em torno de 35%, os psiquiatras também deixaram de responder a questão em torno de 26% e àqueles que optaram ficaram em média de 22% com o fenobarbital e a carbamazepina.

Pode-se observar um aspecto importante nesta análise descritiva, que foi a opção significativa dos profissionais pelo fenobarbital como droga de escolha para tratamento das epilepsias.

TABELA 17
Drogas de escolha antiepilépticas segundo os especialistas
(Categorias não excludentes)

ESPECIALIDADES MÉDICAS	DROGAS ANTIEPILÉPTICAS						
	fenobarbital	fenitoína	carbamazepina	oxicarbazepina	bzd	ac. Valpróico	s/ resp.
NEUROLOGIA (n = 19)	4 (21,1%)	1 (5,3%)	7 (36,8%)	1 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (31,6%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	8 (23,5%)	1 (2,9%)	7 (20,6%)	0 (0%)	1 (2,9%)	9 (26,5%)	9 (26,5%)
PEDIATRIA (n= 34)	12 (35,3%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (95,9%)	19 (55,6%)
CLÍNICA GERAL (n=20)	2 (10,0%)	3 (15,0%)	3 (15,0%)	0 (0%)	1 (5,0%)	0 (0%)	11 (55,0%)

Na TAB. 18 as drogas antidepressivas inibidoras seletivas da recaptção da serotoninas (ISRS) tiveram a preferência predominante dos psiquiatras para o tratamento das depressões, os neurologistas responderam de forma inconclusiva, ficando entre os antidepressivos tricíclicos, que como se sabe têm uma contra indicação relativa no tratamento de pacientes epilépticos por terem uma ação epileptogênica, e os ISRS.

Os clínicos gerais e pediatras não responderam a questão em sua maioria.

TABELA 18
Drogas de escolha antidepressivas segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	DROGAS ANTIDEPRESSIVAS			
	ADT	ISRS	ADT e ISRS	S/ RESPOSTA
NEUROLOGIA (n = 19)	2 (10,5%)	6 (31,6%)	7 (36,8%)	4 (21,1%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	2 (5,6%)	21 (61,8%)	2 (5,9%)	9 (28,5%)
PEDIATRIA (n= 34)	5 (14,7%)	1 (2,9%)	3 (8,8%)	25 (73,5%)
CLÍNICA GERAL (n=20)	1 (5,0%)	6 (30,0%)	1 (5,0%)	12 (60,0%)

ADT= antidepressivo tricíclico ; ISRS = inibidor seletivo da recaptção da serotonina;
 S/ RESPOSTA = sem resposta

No tratamento das ansiedades, como se verifica na TAB. 19, os benzodiazepínicos foram indicados com droga de preferência no tratamento das ansiedades tanto para os neurologistas quanto para os psiquiatras; os clínicos pediatras e gerais se abstiveram de responder.

TABELA 19
Drogas de escolha ansiolíticas segundo os especialistas

ESPECIALIDADES MÉDICAS	DROGAS ANSIOLÍTICAS		
	benzodiazepínicos	outros	s/ respostas
NEUROLOGIA (n = 19)	15 (78,9%)	0 (0%)	4 (21,1%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	25 (73,5%)	1 (2,9%)	8 (23,5%)
PEDIATRIA (n= 34)	7 (20,6%)	0 (0%)	27 (79,4%)
CLÍNICA GERAL (n=20)	7 (35,0%)	0 (0%)	13 (65,0%)

Conforme a leitura da TAB. 20 observou-se que os neurolépticos (haloperidol, clorpromazina, trifluperazina e outros) ainda têm um espaço na prescrição dos especialistas principalmente os neurologistas e psiquiatras, apesar de seus efeitos epileptogênicos. Os antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina e outros) têm um maior espaço nas prescrições dos psiquiatras e novamente os pediatras e clínicos gerais não responderam a questão em sua maioria.

TABELA 20
Drogas de escolha antipsicóticas segundo os especialistas

ESPECIALIDADES	DROGAS ANTIPSICÓTICAS				
	MÉDICAS	neurolépticos	atípicos	neurolépticos e atípicos	s/ resposta
NEUROLOGIA (n = 19)		2 ((10,5%)	8 (42,1%)	5 (26,3%)	4 (21,1%)
PSIQUIATRIA (n= 34)		8 (23,5%)	12 (35,3%)	5 (19,7%)	9 (26,5%)
PEDIATRIA (n= 34)		6 (17,6%)	0 (0%)	2 (5,9%)	26 (76,5%)
CLÍNICA GERAL (n= 20)		3 (15,0%)	3 (15,0%)	0 (0%)	14 (70,0%)

A TAB. 21 mostra uma análise de cruzamentos entre os tipos de epilepsias assinaladas pelos neurologistas como as mais comuns, crise convulsiva generalizada (CCG) e crise parcial complexa (CPC) e o tratamento indicado para cada caso.

Não houve diferença estatística quanto ao uso de drogas e o tipo de crise.

TABELA 21
Opção dos neurologistas em relação às drogas de escolha para o ttº de CCG e CPC

DROGAS	TIPOS DE CRISE	
	CCG	CPC
FENOBARBITAL	2	2
FENITOINA	1	0
CARBAMAZEPINA	4	3
OXCARBAZEPINA	0	1
S/ RESPOSTA	1	4
TOTAL	8	10

p < 0,438

A TAB. 22 mostra que apenas 10% dos neurologistas se interessaram em adquirir novos conhecimentos sobre as epilepsias associadas ou não a algum transtorno mental, e cerca de 63% não se manifestaram.

O interesse em atualização foi despertado em 47% dos psiquiatras, 64% dos pediatras e 45% dos clínicos gerais.

TABELA 22

Relação numérica dos profissionais entrevistados que manifestaram interesse quanto à atualização em Epilepsia com ou sem Transtornos Mentais

ESPECIALIDADES MÉDICAS	SIM	NÃO	S/ RESPOSTAS
NEUROLOGIA (n = 19)	2 (10,5%)	3 (15,5%)	12 (63,2%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	16 (47,1%)	5 (14,7%)	13 (38,2%)
PEDIATRIA (n= 34)	22 (64,7%)	3 (8,8%)	9 (26,5%)
CLÍNICA GERAL (n= 20)	9 (45,0%)	2 (10,0%)	9 (45,0%)

Os incentivos para aprimoramento profissional oferecidos pelas instituições aos quais estão vinculados foram mencionados de forma positiva por 57,8% dos neurologistas, por 58,8% dos psiquiatras, 72,5% dos pediatras e 45% dos clínicos gerais conforme revela a TAB. 23, não houve diferença estatística em relação às especialidades e o incentivo institucional.

TABELA 23
Relação numérica dos profissionais médicos entrevistados
quanto ao incentivo de aprimoramento recebido
pelos instituições que representam

ESPECIALIDADES MÉDICAS	INCENTIVO INSTITUCIONAL	
	SIM	NÃO
NEUROLOGIA (n = 19)	11 (57,9%)	8 (42,1%)
PSIQUIATRIA (n= 34)	20 (58,8%)	14 (41,2%)
PEDIATRIA (n= 33)	24 (72,7%)	9 (27,3%)
CLÍNICA GERAL (n= 19)	9 (47,4%)	10 (52,6%)

p < 0,316

5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa refletem uma estimativa auto-informada e vêm ao encontro à escassa literatura referente aos conhecimentos e impasses dos clínicos em geral quando se defrontam com pacientes portadores de epilepsia, com ou sem complicações psíquicas relacionadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a International League Against Epilepsy (ILA International Bureau of Epilepsy IBE) e o Projeto ‘Tirando a Epilepsia das Sombras,’ sob o Projeto Demonstrativo (PD) no Brasil manifesta entre linhas em seus objetivos, a preocupação em “determinar o conhecimento, as atitudes e o atendimento de pacientes com epilepsia entre os profissionais de saúde da rede primária de saúde antes e depois deles terem sido submetidos a um treinamento em epilepsia.” (LI; SANDER, 2003, p. 155).

Entretanto este projeto não faz referência a um plano para averiguar os conhecimentos, as lacunas e demandas de saber dos profissionais médicos em atividade nas unidades supracitadas. A falta de adequação à assistência e atenção à saúde e a falta de confiança dos médicos no manejo do paciente epilético, são os parâmetros norteadores do projeto, mas não há menção em quais as especialidades e quais são as dificuldades específicas encontradas. (LI et al., 2007).

Em relação a este Projeto infelizmente não se encontrou subsídio para se manter uma interlocução com o presente estudo quanto ao conhecimento e formação médica.

Mas em relação aos dados epidemiológicos deste projeto, Li et al. (2007) encontraram em uma população de 96300 habitantes, referentes aos municípios onde acontece o PD, São José dos Campos e Campinas em São Paulo, a prevalência de epilepsia ativa estimada em 5,4/1000 habitantes, similar aos países em desenvolvimento.

Utilizando-se como referência dados da OMS para cálculo da prevalência da epilepsia ativa em uma população de países desenvolvidos, que gira em torno de 1% e tendo a cidade de Belo Horizonte uma população de 2.424.295 habitantes, (IBGE, 2007), pode-se inferir que, ter-se-ia 24. 295 pacientes portadores de epilepsia, sem considerar as peculiaridades do país em desenvolvimento, as regionalidades e os fatores intervenientes que podem ampliar este dado estatístico como as doenças infecto-parasitárias, os tocotraumatismos, as doenças cérebro vasculares, os traumatismos cranianos, entre outras com alta incidência neste meio.

Em relação a novos casos estaria por volta de 4.606 ao ano, levando em consideração a referência de 190/ 100.000 habitantes de novos casos/ ano conforme a OMS e ILAE (LI; SANDER, 2003).

Observa-se que não foi levada em consideração a população da Região Metropolitana de Belo Horizonte, que agrega diversas cidades próximas que recorrem aos postos médicos da capital em busca de atendimento.

Também deve ser considerado que cerca de 5% da população em geral apresentam alguma vez na vida uma crise epiléptica com aumento da prevalência o que certamente elevaria demanda por algum tipo de assistência médica. (GALLUCCI NETO; MARCHETTI, 2005).

Ao se referir à população, é importante ressaltar a relação peculiar das epilepsias com as faixas etárias. A sua incidência é maior na infância, sendo mais vulneráveis principalmente os lactentes no primeiro ano de vida e nos adolescentes. Estudos internacionais indicam que a incidência das crises epilépticas nesta fase gira em torno de 50% dos casos, havendo declínio na fase adulta, com a incidência voltando a se elevar na terceira idade (GUERREIRO CAM; GUERREIRO MM; CENDES, 2000).

Isto delimita relativamente um campo de ação nos limiares das idades dos indivíduos. Esta observação tem validade para países desenvolvidos. No Brasil não há estudos publicados de abrangência nacional da incidência das epilepsias, mas ao se considerar as reais condições de saúde pública é bem possível que haja um incremento da incidência/ prevalência devido às diversas patologias que afetam os extremos da faixa etária. Fatores agravantes para o desenvolvimento das epilepsias e suas comorbidades.

Segundo o DATASUS, órgão oficial do governo ligado ao Ministério da Saúde, cerca de 75% da população brasileira depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua rede básica de atenção à saúde sendo possível pois dimensionar a importância da adequada assistência ao portador de epilepsia, com suas complicações e o papel desenvolvido pelos Clínicos Gerais e Pediatras como agentes de saúde.

Considerando que 60% a 70% dos casos de epilepsia, por sua baixa complexidade, são passíveis de diagnóstico e tratamento pelos não especialistas como os profissionais citados e, sendo esses os primeiros profissionais a terem contacto com os pacientes epilépticos em atendimento primário na grande maioria dos casos, pode-se deduzir o impacto na qualidade e acolhimento destes pacientes se os profissionais estiverem adequadamente orientados e treinados para atendê-los (LI et al., 2005).

A prevenção das complicações das epilepsias como os transtornos mentais se sustentam principalmente em um diagnóstico precoce e na escolha adequada de droga antiepiléptica (DAE), conforme Glauser (2004) e na regularidade do tratamento, também considerados fatores de proteção.

Para compreender a dimensão e importância desta observação a incidência dos transtornos mentais nas crianças varia de 28,6% a 58,3 dos casos, considerando todas aquelas crianças portadoras de epilepsia com ou sem déficit neurológico, tendo maior incidência de complicações psíquicas os pacientes com alguma lesão estrutural ou genética.

Nos adultos, os transtornos mentais e nas epilepsias ficam em torno de 19% a 52%, uma variação consideravelmente maior em cerca de nove vezes, se observados em unidade de atendimento psiquiátrico agudo, segundo Boutros et al. (1995). As variações estatísticas são atribuídas às diversidades de métodos empregados.

Uma consideração paradigmática a ser feita é que os pacientes portadores de epilepsias e suas implicações não costumam procurar em um primeiro momento os neurologista ou os psiquiatras como seria de se esperar, possivelmente por medos e estigmas, razões sócio-culturais ou desconhecimento, hoje minimizada pelas diversas fontes de comunicação social, a mídia. Geralmente recorrem aos clínicos geral ou ao pediatra, reforçando desta maneira a importância da integração destes profissionais em um plano de assistência a estes pacientes.

Outro motivo relevante é a insuficiência destes profissionais para atender a população de Belo Horizonte, constatado pelo permanente apelo populacional, pelas longas filas de espera para assistência médica e permanente falta de profissionais disponíveis alegada pelos serviços de saúde pública.

O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM MG – novembro de 2004/ on line) forneceu o número destes profissionais registrados e atuando em Belo Horizonte, cerca de 59 neurologistas e 220 psiquiatras, um número relativo, pois segundo a entidade o registro por especialidade é facultativo.

Caberia perguntar se os neurologistas e psiquiatras seriam os únicos profissionais capacitados a orientar estes pacientes.

Como os clínicos lidam com os portadores epiléticos e com as possíveis complicações mentais associadas? Qual é e onde ocorre a lacuna no saber desses profissionais, clínicos gerais e pediatra, ao se confessarem incapazes no cuidado destes pacientes assim como os psiquiatras, incluídos neste grupo conforme estudos de Marchetti, Cremonese e Castro (2004).

Esta pesquisa aconteceu no período de outubro de 2005 a maio de 2007, através de uma investigação ampla e específica do conceito das epilepsias ao diagnóstico e tratamento, passando pelos transtornos mentais, aspectos psicossociais associados e pela questão da percepção, conduta dos profissionais médicos envolvidos e com um objetivo ou tentativa de delinear o perfil, a formação, a demanda e a atuação destes profissionais, também a participação das Instituições neste contexto e discutir causas possíveis, proposições para no mínimo atenuar o que está posto e sugerir alternativas para gerações futuras.

A análise inicial da pesquisa mostrou que 47,7% dos 107 entrevistados eram do sexo masculino e 52,3% feminino. Do total dos entrevistados, 73,8% se graduaram pela Faculdade de Medicina da UFMG, 7,5% pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, 13,3% divididos entre outras Faculdades dentro e fora do Estado de Minas Gerais, sendo que 6,5% dos entrevistados não responderam à questão.

O tempo médio de formação dos profissionais médicos foi de $17,1 \pm 1,3$ ano.

Em relação ao ensino e exercício médico foi interessante observar que o tempo médio de atuação destes profissionais coincidiu com o tempo em que a epilepsia estava em momento de crescimento em termos de pesquisa, investimento e divulgação, quando tomava fôlego os preceitos da ILAE, a nova classificação das crises e síndromes epiléticas na década de 80 / 90 com o intuito de auxiliar no diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores desta patologia, recebendo estímulo da OMS para sua aplicação prática.

Este é um trabalho que perdura até o presente momento, sempre em constante processo de reavaliação e atualização. Pode-se considerar portanto um momento privilegiado para o ensino das epilepsias e suas complicações mentais e cognitivas. Período de grande efervecência, iniciação e evolução profícua da produção científica principalmente relacionada aos transtornos mentais e epilepsia.

Os entrevistados, entretanto, sem exceção, consideraram o ensino médico de graduação insuficiente ou pouco suficiente, conforme mostra a TAB. 2.

Quanto à aprendizagem específica sobre a epilepsia e os transtornos mentais, com exceção dos psiquiatras e pediatras que receberam informações no curso de graduação e residência médica, os neurologistas registraram, em maior número, que estas aquisições se deram na residência médica e estágios. Os clínicos, por sua vez, em maioria absoluta, não se manifestaram quanto a qualquer curso ou estudos específicos que tivesse alguma relevância na aquisição de conhecimentos em relação à epilepsia e comorbidades, nem mesmo na residência médica de clínica geral, TAB. 1.

Relevante é que todos os entrevistados tinham residência médica e 35,5% tinham mestrado e 21,5% doutorado.

Esta constatação é preocupante e aponta para a fragilidade do ensino específico, do ensino das especialidades para não especialistas e até mesmo para os próprios.

Vem corroborar, assinalar e marcar a possível causa das dificuldades que Marchetti, Cremonese e Castro (2004) somente identificam nos psiquiatras pesquisados, as suas dificuldades diagnósticas sobre as epilepsias e alterações psíquicas concomitantes. Vê-se pois que há uma questão com ensino médico.

Ao refinar as questões colocadas para os pesquisados, verificou-se que há consistência dos achados até o momento, a falta de conhecimento. Quando solicitados a indicar o tipo de crise epiléptica mais comum, os psiquiatras, pediatras e clínicos gerais optaram, em média de 73%, pela crise convulsiva generalizada, assim como a opção de escolha, de cerca de 44% dos neurologistas, TAB. 4. Um erro que certamente vai se refletir na conduta inadequada do paciente, na opção terapêutica, como se pode constatar na TAB. 17, como era de se esperar. Estes profissionais, de forma proporcional, optaram pela terapêutica com o fenobarbital. Importante assinalar que esta substância apresenta efeitos colaterais importantes como, indutor de depressão em crianças, efeitos deletérios cognitivos, efeitos sedativos e paradoxais, entre outros (GLAUSER, 2004).

Além disto, a não identificação das crises parciais complexas ou crises do lobo temporal (ELT) como a mais comum das crises epilépticas, levará conseqüente a um tratamento inadequado com piora do prognóstico e aumento da possibilidade de aparecimento de transtornos mentais.

Todos os entrevistados, sem exceção, ao serem perguntados sobre a possibilidade da epilepsia mimetizar um quadro de transtorno mental, concordaram, mas os psiquiatras conseguiram identificar que existe uma relação direta entre as epilepsias e transtornos mentais, muito freqüentemente ou freqüentemente conforme se observa na TAB. 7, onde os neurologistas demonstram também um certo reconhecimento, sendo muito pequena a percepção desta correlação pelos pediatras e clínicos gerais.

Pode-se questionar e ser alvo de crítica o fato da pesquisa ter uma temática específica ao se abordar epilepsia e os transtornos mentais associados, para os clínicos gerais e pediatras, por isto motivo de isentá-los de saber, como alguns colegas argumentaram, mas o que se esperar destes profissionais é o reconhecimento desta nosologia. Credita-se a eles o reconhecimento destas complicações e suas causas e implicações e adequada orientação destes pacientes.

Os neurologistas e psiquiatras reconheceram a existência dos transtornos mentais, mas em sua maioria como já assinalado, não identificaram a sua relação com as epilepsias do lobo temporal. Observou-se anteriormente neste grupo dificuldade em identificar o próprio tipo de epilepsia.

Pode-se inferir que desconhecem a correlação entre as duas entidades? É fundamental reforçar que existe esta relação estreita principalmente com a epilepsia do lobo temporal, e estes transtornos e sua não identificação vem sobremaneira dificultar, ou mesmo impedir, uma boa orientação e tratamento dos pacientes com agravos no prognóstico.

Ao refinar, novamente, as questões dando aos pesquisados, opções pontuais, isto é, nomeando os transtornos mentais como a psicose, a depressão, a ansiedade, os transtornos de personalidade, as encefalopatias, como processos associados aos pacientes portadores de epilepsia. Todos os especialistas reconheceram a presença de algum transtorno, como mostra a TAB. 7 observando especialmente os pediatras e clínicos apontaram em maior ou menor escala, todas as opções propostas. Isto é significativo e contrastante e um fator de confusão para análise cruzada dos resultados obtidos em outros momentos do inquérito.

Conforme foi observado em revisão da literatura, os médicos na sua prática diária têm o hábito de usar como recursos diagnósticos sistemas classificatórios. Os psiquiatras mostraram preferência em utilizar o CID 10 e a fenomenologia, os neurologistas ao sistema classificatório da ILAE e a fenomenologia os pediatras a experiência pessoal e a ILAE e os clínicos gerais predominantemente a experiência pessoal.

As escolhas sugeriram uma relação com o tipo de treinamento em que foi submetido ou não o especialista conforme é praxe.

Infelizmente, nenhum dos entrevistados fez menção à clínica, a anamnese e ao acompanhamento evolutivo destes pacientes quando a eles foi oferecido espaço para se manifestar. É de saber que a semiologia, a clínica, é preponderante no diagnóstico dos pacientes portadores de epilepsia com ou sem transtornos mentais, o suficiente na maioria dos casos.

A consideração dos dados colhidos até aqui nesta pesquisa, sua elaboração e discussão, digamos, solitária, se dá pelo não encontro de um estudo com variáveis equivalentes.

Prosseguindo sobre a clínica das epilepsias e a análise da importância do diagnóstico precoce como fator de proteção, assim como a relação com a qualidade de vida, as implicações sociais e econômicas desses pacientes, verifica-se que de forma unânime os

especialistas responderam pela relação diagnóstico precoce e melhor prognóstico, máxima que acompanha todos os médicos em sua vida profissional.

Quanto ao início do tratamento a relação da necessária precocidade não apareceu tão evidente, os psiquiatras em maioria e os neurologistas em quase totalidade iniciam o tratamento clínico concomitantemente ao pedido de exames complementares, mas os pediatras surpreendentemente assim como os clínicos gerais não vêem valor prático nesta conduta e são exatamente os que têm os primeiros contactos com esses pacientes que demandam em maior volume e frequência por seus cuidados em primeira consulta, como já comentado.

Entre as implicações sociais, o estigma e a baixa de auto-estima, são os fatores intervenientes na qualidade de vida dos pacientes mais observados por todos os entrevistados em relação aos portadores de epilepsia em conformidade com diversas pesquisas. Pode-se referenciar ao Projeto da OMS sobre as epilepsias onde é um dos itens de trabalho proposto para educação da população geral e os profissionais de saúde.

Dos transtornos mentais associados à epilepsia, a depressão e a ansiedade foram os transtornos mais citados pelos entrevistados como fatores comórbidos, o que vem de encontro com diversos pesquisadores, Marchetti, Cremonese, Castro (2004); Yacubian, Garson, (2003); Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes, (2000), e tantos mais. As psicoses foram identificadas como distúrbio mental que pode acompanhar os pacientes epiléticos, predominantemente pelos psiquiatras. Os transtornos de personalidade, também conhecida como personalidade epilética foi citado por todos, mesmo sendo uma entidade bastante questionada como traço, ou um perfil destes portadores de epilepsia, como vastamente está registrado nos estudos científicos.

Os recursos propedêuticos complementares, tanto para os pacientes somente com epilepsia ou para aqueles com quadro clínico de transtorno mental concomitante, são solicitados regularmente, muito frequentemente ou frequentemente por todos os especialistas entrevistados, sendo o eletroencefalograma (EEG) e a tomografia computadorizada de crânio (TCC) as mais utilizadas.

O uso do EEG, hoje simples, disseminado e de fácil acesso é e sempre foi um grande auxiliar diagnóstico e prognóstico das epilepsias, mas nunca dissociado da clínica, isto é, o seu valor é relativo. Não há para epilepsia e ou transtornos mentais um recurso propedêutico padrão ouro. Uma complementação diagnóstica de relevância, mas ainda encontrada somente em grandes centros especializados em epileptologia é o vídeo-

eletroencefalografia, mas espera-se que o mais breve possível se torne acessível ao grande público. (MONTENEGRO et al., 2001).

A análise clínica laboratorial simples de fácil acesso tão importante no acompanhamento destes pacientes, submetidos a uma carga contínua de drogas e sempre com algum efeito colateral metabólico indesejável, só foi indicado como recurso de avaliação por 38% dos psiquiatras com índices inferiores pelos outros especialistas.

Com análise destes dados vê-se repetir a valorização de exames de alto custo, como as tomografias em detrimento à clínica e exames laboratoriais simples.

Ao questionar os profissionais entrevistados, sobre o tratamento dos pacientes “*epilépticos com ou sem transtorno mentais*”, em torno de 50% dos clínicos gerais e 56% pediatras, responderam que assumiram sob supervisão, o que é razoável, já que se declararam em primeira hora pouco experientes, mas os neurologistas e psiquiatras em sua maioria também responderam que faziam o mesmo, ou seja assumiam estes pacientes sob supervisão, na proporção de 67% a 84% respectivamente, análise considerada inconclusiva pois duas variáveis estavam envolvidas, a supervisão seria de neurologista para psiquiatra ou de psiquiatras para neurologista. Há que se considerar que a questão foi inadequadamente formulada.

Assemelhando-se a outras patologias médicas, a epilepsia e os transtornos mentais têm suas especificidades também em relação ao tratamento. Os tipos específicos de crises epilêpticas requerem também tratamentos específicos, e a politerapia a que estes pacientes são submetidos, com ou sem transtornos mentais requerem atenção redobrada, mas não a ponto de serem absolutamente contra indicadas, com raras exceções.

Quando os itens específicos e detalhados sobre o tratamento foram levantados à maioria dos clínicos e pediatras se consideraram inexperientes e incapazes de responder.

Cerca de 62% e 74% dos psiquiatras e dos neurologistas respectivamente vêm coerência na escolha de drogas e tipos específicos de epilepsia, mas esperava-se dos neurologistas um melhor desempenho, visto serem entre dos entrevistados aqueles que freqüentaram cursos específicos e extras, complementares em sua área de atuação. Os clínicos gerais e pediatras se abstiveram de responder à questão.

A discussão sobre a abordagem terapêutica das epilepsias e transtornos mentais concomitantes, por sua especificidade e pela falta de parâmetro comparativo para um tratamento analítico, ficará somente como registro no presente trabalho. Estes dados serão utilizados em um trabalho futuro.

É interessante assinalar que a grande maioria dos entrevistados não tem suas atividades profissionais restritas aos serviços do Sistema Único de Saúde, mas a exercem também no setor privado, o que não deixa de ser uma experiência considerável e sob outra ótica.

Diante do exposto pergunta-se, qual é o nível de capacitação destes profissionais, onde estaria a falha, marcada por contradições em temas diversos.

Percebe-se que há um conhecimento médico mas um conhecimento fragmentado, incoordenado, desarticulado, o que leva novamente a interrogar-se quanto à qualidade e a quantidade, a possível fragmentação de informações e formação na atividade diária. Quanto do seu tempo e se têm esse tempo, seria dedicado, também ao seu aprimoramento.

Pode-se inferir que há falta de coerência e uniformidade do ensino.

Considerando que a maioria dos participantes da pesquisa, 73,8%, se formou na Faculdade de Medicina da UFMG a maioria vindo das décadas 80/90 idade média de formados $17,1 \pm 1,3$ ano e portanto passaram pela reforma curricular é necessário refletir, sobre a qualidade do ensino médico na Faculdade de Medicina da UFMG e nas outras Instituições aqui citadas e responsáveis pela formação básica dos médicos envolvidos na pesquisa.

O Prof. Edward Tonelli em Boletim do Campus da Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG (1990) traça bem o histórico da reforma curricular a que vem se submetendo a Faculdade por estes 30 anos. Em 1990 entrou em vigência o novo currículo que se mantém até o presente, mas sob constante avaliação e reavaliação. No momento, a comunidade, docentes e estudantes da Faculdade de Medicina da UFMG, estão envolvidos com o aprimoramento do curso e com novas proposições de reforma curricular do ensino médico com o Projeto Recriar, em andamento.

Alguns pontos tornaram o atual currículo peculiar e singular, a principal talvez, tenha sido a estruturação do curso médico voltada para o ensino ambulatorial com inserção dos alunos no sistema de saúde – ambulatórios centrais, unidades básicas de saúde periféricas e o internato rural que o tornou uma experiência revolucionária como muito bem salientou o Prof Tonelli, mas que também em sua análise marcou pontos negativos dentre eles a não participação dos serviços especializados na reforma curricular e a proposição de ensinar as especialidades no 9º período do curso de graduação; uma sugestão lógica, pois a partir do 9º período os alunos já têm uma bagagem maior de conhecimentos e maior capacidade de aproveitamento do ensino destas disciplinas. Na realidade quando da reforma não foi colocada

em prática esta sugestão e o ensino das especialidades ficou restrito ao 6º período e aos seus aspectos semiológicos.

O 6º período é marcado pelo início do aluno na prática clínica, quando começa a adquirir habilidades no contacto com o outro, aprende a interagir com ele, principalmente aprender ouvir e acolher o paciente em procura de assistência. Neste momento é muito desejar que absorvam e valorizem a prática de uma disciplina específica. Este modelo se limita a uma única etapa, o contacto do graduando com as disciplinas das especialidades. Deixou-se para o aluno a responsabilidade, sem nenhuma orientação pedagógica de, “optar” pela aquisição ou não de conhecimentos nas áreas de especialidades ao se criar às disciplinas chamadas optativas, sem assegurar aos alunos vagas nestas disciplinas, conforme os seus interesses.

Importante frisar que toda e qualquer especialidade tem nosologias prevalentes que devem ser do conhecimento e integrar a formação do profissional médico. Na elaboração da grade curricular, deveriam, portanto, constar como matérias obrigatórias.

Em 2004, fiz-se a apresentação de Propostas do Seminário do Projeto Recriar onde também se chamou a atenção para a necessidade de integração e “cooperação ampla e profunda dos clínicos generalistas com os clínicos especialistas” atribuindo ao departamento de Clínica Médica esta função, objetivando a melhora do ensino de graduação e pós-graduação e melhor qualificação dos médicos formados (REZENDE; SILVA, 2007, no prelo).

Poder-se-ia estender esta proposição também aos pediatras e ao seu Departamento.

A proposta atual para um novo currículo para o curso de graduação médica, acredita-se que deva passar pelos olhares múltiplos da interdisciplinaridade, que inclua implementação de desenhos articuladores de conteúdos, que valorize o enfoque problematizador, que desenvolva atividades acadêmicas em eixos, em um contexto de trabalho em saúde, com a inserção do estudante e do professor como sujeitos na produção contextualizada de saberes (BATISTA, 2006). E conforme sua afirmação: “Delinear desafios e possibilidades para construção de propostas formativas que empreendam práticas interdisciplinares frente à complexidade das dinâmicas de ensinar, aprender e cuidar em Medicina.”

Os fatos e dados preliminares depreendidos da pesquisa, possivelmente possam ser indicativos da incoordenação, desarticulação do ensino das especialidades no presente modelo curricular do curso médico. Mas pela ótica do que é implícito, o ensino médico é continuado, vê-se pois, a responsabilidade das instituições, com seus profissionais médicos

prestadores de serviços de criar condições de permanente atualização, através de constante avaliação das demandas de saber.

A missão fundamental da Universidade é fazer avançar os conhecimentos, educar o estudante, formar recursos humanos, estimular o senso crítico pelo simples, institucionalizar projetos e não colecionar projetos – sair do entremuros.

Encerra-se esta exposição com a palavra de dois entrevistados:

- a) Clínico Geral – “nunca me ocorreu esta associação (epilepsia e transtornos mentais), o tema é interessante. Um grande problema é a falta de acompanhamento constante e único. O paciente varia muito de médico e considero este tipo de tratamento altamente personalizado e exige uma interação muito grande do médico com as situações vivenciadas pelo paciente e conseqüentemente o ajuste terapêutico necessário e mesmo a suspensão de drogas.” O mesmo clínico quando perguntado sobre algum incentivo à atualização oferecido pela sua instituição, responde: “só cobra.”

- b) Neurologista – “Percebo na prática clínica o tratamento inadequado dos transtornos psiquiátricos e comportamentais do paciente epilético, com excesso de medicação neuroléptica e doses subterapêuticas de anticonvulsivantes. Muitas vezes o diagnóstico da epilepsia nem foi feito pelo psiquiatra, que se restringe ao diagnóstico e tratamento do distúrbio comportamental e ocasiona iatrogenia e piora do quadro com o tratamento proposto. Exemplo– nesta instituição já tive a possibilidade de diagnosticar epilepsia em pacientes definidos como autistas, que mesmo com o início do tratamento tardiamente apresentaram melhora do contato social e da capacidade para realização de tarefas e linguagem.” Quanto a receber incentivos para aprimoramento profissional da instituição foi lacônico e disse simplesmente, “não.”

Vê-se que há possibilidade de se fazer muito, com muito pouco, para melhorar a qualificação, estimular a interação interdisciplinar e conseqüentemente melhorar a produção e o prazer no trabalho, isto se traduz em Educação Médica Continuada. Que pode ser promovida pela própria Instituição em parcerias com as Universidades e Escolas Médicas.

6 CONCLUSÕES

O estudo indica na amostra estudada e somente para ela:

- a) os profissionais médicos não estão preparados adequadamente para atender os pacientes portadores de epilepsia com ou sem transtornos mentais independente de serem ou não especialistas;
- b) o ensino de graduação médica necessita de reformular e repensar a participação com ação interdisciplinar de especialistas na formação dos médicos generalistas;
- c) do Sistema Único de Saúde – SUS – espera-se uma política de incentivo ao aprimoramento, qualificação e atualização do profissional médico;
- d) as Faculdades de Medicina poderiam ser uma opção para a oferta de cursos de extensão, em parceria com outras Instituições e a própria OMS no desenvolvimento de seu Projeto para os portadores de epilepsia.

Neste estudo preliminar sobre a epilepsia pode-se concluir que a estrada é longa e estreita, onde tudo está por fazer, mas é possível de ser feito para que os pacientes portadores de epilepsia possam viver plenamente, sem estigmas, medos e marginalidade, integrados à sociedade em que vivem e produzindo o que sabem e criando muito e sabe-se lá, como tantos outros de forma genial.

REFERENCIAS

Altshuler LL, Devinsk O, Post RM, et al. Depression, anxiety and temporal lobe epilepsy. Laterality and focus and symptoms. Arch Neurol 1990; 47: 284-8.

Altshuler LL, Raush R, Derahin S, et al. Temporal lobe epilepsy, temporal lobectomy and major depression. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999; 11: 426-43.

Amato AA, et al. Classificação de crises epilépticas de crianças com base na descrição clínica dos pais e responsáveis. Arq Neuropsiquiatr (São Paulo) 2003; 61(2B): 403-8.

Andermann F, Berkovic SF. Idiopathic generalized and other seizures in adolescence. Epilepsia 2001; 42(3): 317-20.

Austin JK, Carr, DA, Hermann BA. Living well a review orf progress since 2003. Epilepsy Behav 2006; 9(3): 386-93.

Baar WB. A recent classic on violence in epilepsy. Epilepsy Behav 2002; 3(6): 548-9.

Batista SHS. A interdisciplinaridade no ensino médico. Rev Bras Educ Med 2006; 6(1): 2-11.

Betts TA. Depression, anxiety and epilepsy. In: Reynolds EH, Trimble MR, eds. Epilepsy and psychiatry. Edinburgh: Churchill Livingston; 1993. p. 397-457.

Blanchet P, Fromer GP. Mood change preceding epileptic seizures. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 471-6.

Blumer D. Epilepsy and disorders of mood. In: Smith DB, Treiman DM, Trimble MR. Neurobehavioral problems in epilepsy. New York: Raven Press; 1991. p. 185-95.

Blumer D, et al. Suicide in epilepsy: psychopathology, pathogenesis, and prevention. Epilepsy Behav 2002; 3(3): 232-41.

Borges MA, et al. As síndromes epilépticas e suas relações com trabalho. Arq Neuropsiquiatr (São Paulo) 2000; 58(3A). Disponível em: SciELO Brazil. [2005 jul. 26].

Boutros NN, Juo-Tzu J, Shehata M, et al. Epileptic psychiatric patients, a special population, J Ment Health 1995; 1: 79-83.

Boylan LS. Peri-ictal behavior and cognitive changes. Epilepsy Behav 2002; 3(1): 16-26. Review.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 2001.

Bromfield EB, Altshuler L, Leiderman DB, et al. Cerebral metabolism and depression in patients with complex partial seizures. Arch Neurol 1992; 49: 617-23.

Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación médica en América Latina. *Educ Med Salud* 1994; 28: 53-93.

Campos GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica: diretrizes. *Rev Bras Ens Méd - ABEM* 2005.

Caplan R, Comair Y, Shewmon DA, et al. Intractable seizures, compulsions and coprolalia: a pediatric case study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1992; 4: 315-9.

Chastonay P, Durieus-Paillard S, Guilbert JJ, Brenner EE, Rougemont A et al. A learner-centered curriculum in public health at the University of Geneva. *Teach Learn Med* 1991; 25: 189-205.

Cockrell OC, Sander, JWAS. O custo econômico da epilepsia. In: Costa JC et al., editores. *Fundamentos neurobiológicos das epilepsias: aspectos clínicos e cirúrgicos*. São Paulo: Lemos Ed.; 1998. v. 1, pt.1, cap. 2, p. 21-30.

Coelho BM, Zanetti MV, Lotufo Neto F. Residência em psiquiatria no Brasil: análise crítica. *Rev Psiquiatr RS* 2005; 27(1): 13-22.

Devinsky O, Kalley K, Yacubian EMT, et al. Postictal behavior: a clinical and subdural electroencephalographic study. *Arch Neurol* 1994; 51: 3299-319.

Dichi JB, Dichi I. Agonia da história clínica e suas conseqüências para o ensino médico. *Rev. Bras. Educ Med* 2006; 30(2): 93-7.

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina 2001. Disponível em URL: <<http://www.medicina.ufmg.br/cegrad>>. [2003 jul. 03].

Dongier S. Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestation of 536 psychotic episodes occurring in 516 epileptic between clinical seizures. *Epilepsia* 1959/60; 1: 117-42.

Duncan JS, MA DM, FRCP. Seizure-induced neuronal injury. *Neurology* 2002; (59): S15-S20.

Dunn DW, Austin JK. Differential diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004; 5(3): 10-17.

Edeh J, Toone B. Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. Results of a survey in general practice. *Br J Psychiatry* 1987; 15: 95-101.

Editorial. Novo currículo médico aprovado pelo Colegiado de Curso é apresentado à Congregação e enviado ao CEPE para aprovação final. *Bol Inf Campus Saúde UFMG* 1990; (95).

Editorial. The psychoses of epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 66(1): 1-3.

Editorial. Residência em psiquiatria no Brasil: uma contribuição para debate. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(1): 1-4. Disponível em: SciELO. [2005 maio 30].

The Epilepsy Foudation of America. Tirando a epilepsia das sombras: uma campanha global. Texto original. Fundação de Epilepsia da América, 2003. Disponível em URL: <<http://www.efa.org>>. [2003 jul. 03].

Engelhardt E. O sistema glutaminérgico e desordens neuropsiquiátricas: aspectos básicos. *Rev Bras Neurol* 2003; 3(2): 5-19.

Ettinger AB, et al. Synthoms and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia* 1998; 39(6): 595-9.

Ey H. Epilepsia. In: Ey H. Manual de psiquiatria. 2ª ed. Rio de janeiro: Masson do Brasil; 1978. cap. 7, p. 330-61.

Fernandes JC, Sander JWAS. Epidemiologia e história natural da epilepsia. Costa JC et al., editores. Fundamentos neurobiológicos das epilepsias: aspectos clínicos e cirúrgicos. São Paulo: Lemos Ed.; 1998. v. 1, pt.1, cap. 1, p. 3-20.

Fernandes JG, Schmidt Mi, Monte TL, et al. Prevalências de crises epilépticas: um estudo populacional em Porto Alegre. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 1992; 50 (supl.): 1270-4 *apud* Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes, F. *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Ed.; 2000.

Ferreira RA, Peret Filho, EMA, et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Rev Assoc Med Bras Assoc* 2000; 46(3). Disponível em: SciELO Brazil. [2007 jul. 13].

Ferri-de-Barros JE, Veiga JCE, Prianti AVM, et. al. Transtornos neurológicos mais freqüentes. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2000; 58(1): 138-45.

Fonseca LC, Tendrus GMAS et al. Conhecimentos e atitudes sobre epilepsia entre universitários da área de saúde. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2004; 62(4): 1068-73.

Gallucci Neto J, Marchetti RL. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia: revisão. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; (4): 323-8.

Garcia-Cairasco N. Artes e epilepsia. Reportagem. Com ciência - Epilepsia. Disponível em URL: <<http://www.comciencia.br>>. [2007 ago. 27].

Gastaut H. Colloque de Marseille. 15-19 Octobre 1956. Compte rendu di colloque sur l'étude electroclinique des episodés psychotique qui surviennent chez les epileptiques en dehors des crises cliniques. *Rev Neurol* 1953; 95: 587-616.

Glauser TA. Effects of antiepileptic medications on psychiatric and behavior comorbities in children and adolescents with epilepsy, *Epilepsy Behav* 2004; 5(3): 10-7.

Goldestein LH. Neuropsychological investigation of temporal lobe epilepsy. *J R Soc Med* 1991; 84: 460-5.

Gomes MM. Doctor's perspectives and practices regarding epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2000; 58(2A): 221-6.

Gomes MM. História da epilepsia do ponto de vista epistemológico. *J. Epilepsy Clin Neurophysiol* 2006; 12(3): 161-7.

Gomes MM. Perspectivas e práticas clínicas dos clínicos gerais em relação à epilepsia. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2000; 58: 309-12.

Grossman, E, Cardoso Almeida MHC. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Rev Bras Educ Méd* 2006; 3 (1): 6-13.

Guarnieri R, et al. Tratamento farmacológico das psicoses na epilepsia. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(1). Disponível em: SciELO Brazil. [2005 set. 7].

Guerreiro AM, Sakamoto AM, Yacubian EMT. Avanços no diagnóstico e no tratamento das epilepsias. *Compacta* 2003; 3(1): 5-18.

Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes, F. *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Ed.; 2000.

Gusmão SS. História da neurologia em Belo Horizonte. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 1998; 56(1): 146-9.

Harden CL. Depression and anxiety in epilepsy patients. *Epilepsy Behav* 2002; 3(3): 296. [Medline].

Hermann BP. Psychopathology in epilepsy and learned helplessness. *Med Hypotheses* 1979; 5: 723-9.

Hermann BP, Dikmen S, Schwartz MS, et al. Psychopathology in patients with ictal fear: a quantitative investigation. *Neurology* 1982; 32: 7-11.

Hermann BP, Trenerry MR, Colligan RC. Learned helplessness, attributional style and depression in epilepsy. *Epilepsia* 1996; 37: 680-6.

Hermann BP, Whitman S. Psychosocial predictors of interictal depression. *J Epilepsy* 1989; 2: 231-7.

Hirtz DG. Febrile seizures. *Pediatr Rev* 1997; 18(1): 5-8.

ICD: history, current use, mental and behavioral disorders. From Wikipédia, the free encyclopedia. 2007. *Epilepsy- 2007*. Disponível em URL: <<http://en.Wikipedia.org/wiki/epilepsy>> [2007 maio 22].

ILAE – International League Against Epilepsy. *Epilepsy classification and terminology*. 2003. [Medline]

Indaco A, Carrieri Pb, Nappi C, et al. Interictal depression in epilepsy. *Epilepsy Res* 1992; 12: 45-50.

Janca A, Prilipko L, Costa e Silva JA. The World Health Organisation's work on public health aspects of neurology. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 63(suppl 1): S6-S7.

Kairalla ICJ, Bressan RF. Epilepsia, depressão e transtornos do humor. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2004; 10(4 suppl. 2): 59-63.

Kairalla ICJ, Campos CJR. Depressão no paciente epiléptico. *Psiquiatr Prat Med* 2000; 33(4): 131-4.

Kanemoto K, Takeuchi J, Kawasaki J, Kawai I. Characteristics of epilepsy with mesial temporal sclerosis with special reference to psychotic episodes. *Neurology* 1996; 47: 1199-203.

Kanner AM. Depression and epilepsy: a new perspective on two closely related disorders. *Epilepsy Currents* 2006; 6(5): 141-6. Review.

Kanner AM. Should neurologist be training to recognize and treat comorbid depression of neurologic disorders? Yes. *Epilepsy Behav* 2005; 6(3): 303-11.

Kim WJ. Psychiatric aspects of epileptic children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(96): 874-86.

Krishnamoorthy ES. The evaluation of behavior disturbances in epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47(S2): 3-8.

Kudo T, Ishida S, Kubota H, Yagi K. Manic episode in epilepsy and bipolar I disorder: a comparative analysis of 13 patients. *Epilepsia* 2001; 42(8): 1036-42.

Kummer A, et al. Frequência de epilepsia em pacientes psiquiátricos internados. Carta ao editor. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 28(2): 1-2.

Kuy K, Spinhoven P, van Emde Boas W, van Dick R. Dissociation in temporal epilepsy and pseudo-epileptic seizure patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(12): 713-20.

Lám J, Rázsavölgyi M, Sóos G, Vicze Z, Rajna P. Quality of life of patients with epilepsy (Hungarian survey), *Seizure* 2001; 10(2): 100-6.

Landolt H. Some clinical EEG correlation in epileptic psychoses (twilight states). *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1953; 5: 121.

Lawrence P, Levitt, MD. Neurological education of nonneurologists. *Neurology* 1979; (29): 1514-6.

Lee E-K. Periodic left temporal sharp waves during acute psychosis. *J Epilepsy* 1998; 11: 79-83.

Leite JP, et al. Pesquisa em epilepsia da graduação a pós-graduação. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2005; 11(suppl 1): 11-5.

Lennox WG, Lennox MA. *Epilepsy and related disorders*. Londres: J. & A. Churchill; 1960 p. 51-81.

Leone M, Bottacchi E, Beghi E, Morgando E, et. al. Risk factors for a first generalized seizure in adult life. *Neurol Sci* 2002; 23(3): 99-106.

Li LM, Fernandes PT, Boer MH, Prilipko L., editors. Demonstration project on epilepsy in Brazil: who/ ILAE/ IBE Global Campaign Against Epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65: 1-59.

Li LM, Sander JWAS. Projeto demonstrativo em epilepsia no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2003; 61(1): 153-6.

Li LM, et al. Manejo da rede básica de saúde no Brasil: os profissionais estão preparados? *Rev. Panam Salud Publica/ Pam Am J Public Health* 2005; 18(4/5): 296-302.

Li LM, Sander JWAS, Fernandes PT, et al., editors. Demonstration Project on Epilepsy in Brazil: WHO/ ILAE/ IBE Global Campaign Against Epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2007 Jun; 65(suppl. 1): 1-58.

Lowe. Depression in people with epilepsy. *JAMA* 1980; 244(13): 1460-71.

Maia Filho HS, Costa RM, Gomes MM. Epilepsia e saúde mental na infância. Review article. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2006; 12(2): 79-88.

Marchetti RL. Aspectos psiquiátricos da epilepsia. Fundamentos neurobiológicos das epilepsias: aspectos clínicos e cirúrgicos. São Paulo: Lemos Ed.; 1998. v. 2, pt. 7, p. 231-42.

Marchetti RL, Cremonese E, Castro APW. Psicoses e epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2004; 10(4 suppl 12): 35-40.

Marchetti RL, Damasceno BP. Epilepsia: psicopatologia e comportamento. In: Marchetti RL, Damasceno BP. Epilepsia. Editores: CAM Guerreiro, MM Guerreiro, F Cendes e Cendes. São Paulo: Lemos Ed.; 2000. cap. 21, p. 231-42.

Marchetti RL, et al. Attitudes of Brazilian psychiatrist toward people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004 Oct; 5: 999-1004.

Marino R Jr, Cukiert A, Pinho E. Aspectos epidemiológicos da epilepsia em São Paulo. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 1986; 44: 243-53 *apud* Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes, F. Epilepsia. São Paulo: Lemos Ed.; 2000.

Matthes Ansgar. Epilepsia: diagnóstico e tratamento no hospital e na clínica. Rio de Janeiro: Atheneu; 1976.

Meduna L von. Versuche ueber die bioogische Beeinglussung de Ablaufes der Schizopheine. I. Champher- un cadiozolkraemfe. *Arch Psychiatr Nervenkr Z Gesamte Neurol Psychiatrc* 1935; 152: 235-62.

Melo NA, Yacubian EMT, et al. Inserção da epilepsia no ensino médico (graduação). *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2005; 11(4 suppl): 7-10.

Mendes MT, Cummings JL, Benson FD. Depression in epilepsy significance and phenomenology. *Arch Neurol* 1986; 43: 766-70.

Mendez MF, Cummings JL, Benson DF. Depression in epilepsy: significance and phenomenology. *Arch Neurol* 1986; 22:231-7.

Mendez MF, Doss RC, Taylor JL, et al. Depression in epilepsy: relationship to seizures and anticonvulsant therapy. *J Nerv Ment Disord* 1993; 181: 444-7.

Mignone RJ, Donnely EF, Sandowsky D. Psychological and neurological comparisons of psychomotor and non-psychomotor epileptic patients. *Epilepsia* 1970; 11: 345-59.

Montenegro MA, et. al. EEG na prática clínica. São Paulo: Lemos Ed.; 2001. p. 207-27.

Moura-Ribeiro MVL, Sanches CS, Ciasca SM. Residência médica em neurologia infantil no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2000; 58(3A): 777-80.

Murray RE, About-Khalil B, Griner L. Evidence for familial association of psychiatric disorders and epilepsy. *Biol. Psychiatry* 1994; 36: 428-9.

Nilsson L, Ahlbom A, Farahmand BY, et.al. Risk factors for suicide in epilepsy: a case control. *Epilepsia* 2002; 43(6): 644-51.

Nitrini R. The scientific production of Brazilian neurologists: 1995-2004. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2006; 64(2B): 538-42.

Norman RMG, Malla AK, et al. EEG coherence and syndromes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 411-5.

Nowack WJ. Psychiatric disorders associated with epilepsy. 2006 - Last update. *Medicine from Web MD*. Disponível em URL: <http://www.emedicine.com/neuro/topic604.htm>. [2007 jan. 29].

Organização Mundial de Saúde. CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP, 2000. v. 5, p. 303-380, v. 6, p. 381-416.

Palmini A, Costa da Costa J, Yacubian EMT, Lombroso Ct, et al. Epiléptologia clínica. In: Costa JC et al., editores. *Fundamentos neurobiológicos das epilepsias: aspectos clínicos e cirúrgicos*. São Paulo: Lemos Ed.; 1998. v. 1, pt.3, cap. 1-13, p. 149-371.

Pellock JM. Defining the problem psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004; 5(3): 3-9.

Perini GI, Tosin C, et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61: 601-5.

Pond DA. Discussion remark. *Proc R Soc Med* 1962; 55: 316.

Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br>>. [2007 maio 22].

Quest Editorial. Ambulatorial neurology in residency training programs: a perspective. *Neurology* 1978; (28): 1-4.

Quiske A, Helmstaedt C, Lux S, et al. Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Res* 2000; 39: 121-5.

Rezende NA, Silva RMFL. Proposta de ensino de semiologia de adultos. ABEM; 2007. No prelo.

Rzezak P, et al. A disfunção do lobo frontal em crianças e adolescentes com epilepsia do lobo frontal e sua possível correlação com a ocorrência de transtornos psiquiátricos. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2005; 11(2): 131-6.

Robertson MM, Trimble MR, Townsend HRA. Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia* 1987; 28: 364-72.

Rodin E, Schmaltz S. The Bear-Fedio personality inventory and temporal epilepsy. *Neurology* 1984; 34: 591-6.

Rosa, RA. Diretrizes para o ensino da neurologia no curso de graduação em medicina. Curso: ensino da neurologia. In: IX Congresso Brasileiro de Neurologia, 1984.

Sachdev P. Schizophrenia-like psychoses and epilepsy: the status of association. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 325-36.

Sakamoto AC, Yacubian EM. Avanços no diagnóstico e no tratamento das epilepsias. *Compacta* 2003; 3(1): 1-18.

Schmitz B, Moriarty J, Costa DC, et al. Psychiatric profiles and patterns of cerebral blood flow in focal epilepsy: interaction between depression, obsessionality, and perfusion related to the laterality of epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 62: 458-63.

Schmitz EB, Robertson MM, Trimble MR. Depression and schizophrenia in epilepsy: social and biological risk factors. *Epilepsy Res.* 1999; 35: 59-68.

Schwartz JM, Marsh L. The psychiatric perspectives of epilepsy. *Psychosomatics* 2000; 41: 31-8.

Scott RA, Lhatoo SD, Sander JWS. The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bull World Health Organ (Genebra)* 2001; 79(4). Disponível em: SciELO – Salud Publica. [2006 nov. 21].

Seminário do Recriar – Programa de Incentivo a Mudança Curricular nos Cursos Médicos (PROMED) da FM UFMG; 2006 maio 17. A proposta do Recriar.

Semiologia médica II. Disponível em URL: <http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/6p_semio_med_ii.htm>. [2007 ago. 28].

Shah P. Psychosocial aspects of epilepsy. *J Indian Med Assoc* 2002; 100(5): 295-8. Abstract.

- Shahabudin SH. Medical education in Malasia. *Teach Learn Med* 1992; 4: 80-6.
- Sharp FR, Hendren RL Psychoses: atypical limbic epilepsy versus limbic hyperexcitability with onset puberty? *Epilepsy Behav* 2007; 10(4):512-20.
- Slater E, Bear AW. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy: discussion and conclusions. *Br J Psychiatry* 1963; 109: 143-50.
- Smith MS, Mitchel J, McCauley EA, Calderan R, Screening for anxiet and depression in adolescence. *Clin Pediatr* 1990; 85: 262-6.
- Souza LC, Mendes MFSG. Príncipe Liev Nicoláievitch Michkin (“O Idiota” Fiódor Dostoevsky) e a síndrome de personalidade interictal na epilepsia do lobo temporal. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2004 jun; 62(2b). Disponível em: SciELO. [2005 jul. 30].
- Stela F. Avaliação da sintomatologia afetiva e cognitiva de adolescentes epiléticos J. *Bras Psiquiatr* 1996; 45(6): 357-61.
- Takayanagui OM, et al. Educação médica continuada pela Internet. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2001; 59(1): 142-7.
- Tebartz EL, Woermann FG, Lemieux L, et al. Amygdala enlargement in dysthymia: a volumetric study of patients with temporal lobe epilepsy. *Biol Psychiatry* 1999; 123: 234-43.
- Thiele EA, Gonzalez-Hydrich J, Rivielle JJ. Epilepsy in children and adolescente. *Psychiatr Clin N Am* 1999; 8(4): 671-694.
- Tonelli, E. Implantação do novo currículo médico da UFMG: visão crítica. *Bol Inf Campus Saúde UFMG (Suplemento)* Belo Horizonte 1990 mar. 40 p.
- Toone BK. The psychoses of epilepsy. Editorial. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 July; 69(1): 1-3.
- Trevisol-Bittencourt PC, Becker N, Pozzi CN, Sander JWAS. Epilepsia em um hospital psiquiátrico. *Arq Neuropsiquiatr* 1990; 48: 261-9.
- Trevisol-Bittencourt PC, Troiano AR Síndrome de personalidade epilética interictal na epilepsia do lobo temporal não-dominante. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(2B): 548-55.
- Trimble M, Perez M. The phenomenology of the chronic psychoses of epilepsy. *Adv Biol Psychiatry* 1980; 8: 98-105.
- Umbricht D, Degreef G, Baar WB, et al. Postictal and chronic psychoses in patients with temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 224-31.
- Valente KD, Valério RMF. Transtorno invasivo do desenvolvimento e epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2004; 10(supp 12): 41-6.

Viberg M, Blennow G, Polski B. Epilepsy in adolescence: implications for development of personality. *Epilepsia* 1987; 28(5): 542-6.

Waxman SG, Geschwind N. The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy. *Arch Gen psychiatry* 1975; 32: 1580-6.

Whelen JW, Kien HL. Adolescent seizures and epilepsy syndrome. *Epilepsia* 2002; 43(suppl. 3): 33-52.

Wilder BJ, suplemente editor. Management of Epilepsy Consensus Conference on Current Clinical Practice Neurology 1998; 51(suppl. 14): S1-S41.

Witgert ME, Wheless JW, Breier J. Frequency of panic symptoms in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2005; 6(2): 174-8.

The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

Yacubian, EMT. Epilepsia: da antiguidade ao segundo milênio: saindo das sombras. São Paulo: Lemos Ed.; 2000.

Yacubian EMT. Tratamento medicamentoso das epilepsias. 2ª ed. São Paulo: Lemos Ed.; 2004.

Yacubian EMT, Garson E. Semiologia das crises epiléticas. São Paulo: Lemos Ed.; 2003.

Yacubian EMT, Garson E, Sakamoto AC. Video-eletroencefalografia: fundamentos e aplicação na investigação das epilepsias. São Paulo: Lemos Ed.; 1999.

Yacubian EMT, Pinto GRSC. Arte – poder – epilepsia. 2ª ed. São Paulo: Lemos Ed; 2003.

APÊNDICE A

Nº:

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG – NÍVEL MESTRADO ANO 2006./2º SEMESTRE.

PESQUISADORA : ELIANA MARIA DE CASTRO

TÍTULO DO PROJETO:

A PERCEÇÃO E OS CONHECIMENTOS DAS EPILEPSIAS E DOS TRANSTORNOS MENTAIS PELOS CLÍNICOS ATUANTES EM AMBULATÓRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PÚBLICA DE BELO HORIZONTE

Prezado colega,

Dr^(a).

Convido-o a responder esta pesquisa que versa sobre o Ensino da Neurologia e Psiquiatria naquilo que lhe é comum, a sua interface e interesses do saber, com relevância para a Epilepsia.

Faz parte de um trabalho desenvolvido e conduzido pela Prof^a Eliana Maria de Castro, docente da Faculdade de Medicina da UFMG e sob sua responsabilidade.

(Anexo: Termo de Consentimento livre e Esclarecido)

Antecipadamente,

Agradeço a compreensão e cooperação.

Obs.: - Não assine o questionário.

- Use caneta para suas respostas.

QUESTÕES:**DADOS PESSOAIS:****1. Sexo:**

- a. Masculino
- b. Feminino

2. Idade:

- a. 25 a 35 anos
- b. 36 a 45 anos
- c. 46 a 55 anos
- d. 56 a 65 anos
- e. mais de 66 anos

3. Nacionalidade

- a. Brasileira
- b. Estrangeira

4. Você se formou em qual Faculdade e quando?**5. Você exerce a profissão em uma ou mais das especialidades:**

(admite-se uma ou mais respostas)

- a. Neurologia
- b. Psiquiatria
- c. Clínica Geral
- d. Pediatria e/ou medicina do adolescente
- e. Psicoterapia
- f. Psicanálise

10. **Você considera que a sua formação de graduação médica foi suficiente para o exercício da prática clínica, abordagem, diagnóstico e tratamento de pacientes com transtornos mentais e de comportamento e distúrbios neurológicos e a epilepsia?**
- a. Insuficiente
 - b. Pouco suficiente
 - c. Suficiente
 - d. Muito suficiente
11. **Você recebeu um treinamento formal teórico e/ou prático sobre epilepsia e transtornos mentais e comportamentais?**
- a. Sim
 - b. Não
12. **Em caso afirmativo especifique:**
(admita-se uma ou mais respostas)
- a. Graduação.
 - b. Residência Médica.
 - c. Curso de Aperfeiçoamento.
 - d. Curso de Atualização.
 - e. Curso de Educação médica continuada.
 - f. Estágio em Serviço médico especializado.
13. **Ao receber um paciente com suspeita clínica de epilepsia com ou sem transtornos mentais, qual (is) o(s) instrumento(s) ou recurso(s) que você utiliza para orientar o seu diagnóstico?**
(admita-se uma ou mais respostas)
- a. CID 10
 - b. DSMIV
 - c. Fenomenologia
 - d. Experiência pessoal
 - e. Classificação Internacional das Epilepsias (ILAE)
 - f. Outros (cite) _____

- 14. Qual é a faixa etária média de pacientes epiléticos que você recebe em sua clínica com maior frequência?**
- a. De 10 a 15 anos.
 - b. De 16 a 20 anos.
 - c. De 21 a 25 anos.
 - d. De 26 a 30anos.
 - e. De 31 a 35 anos.
 - f. Mais de 36anos.
- 15. Com relação à idade média de início das crises epiléticas elas ocorreram :**
- a. Antes dos 10 anos de idade.
 - b. Entre 10 e 15 anos de idade.
 - c. Entre 16 e 20 anos de idade.
 - e. Entre 21 e 25 anos de idade.
 - f. Acima de 26 anos de idade.
 - g. Não me lembro.
- 16. Você vê alguma relação entre o diagnóstico e tratamento precoce da epilepsia e seu prognóstico quanto aos eventos psíquicos adversos?**
- a. Sim.
 - b. Não.
- 17. Você observa alguma limitação quanto à qualidade de vida de um paciente com o diagnóstico de epilepsia?**
- a. Imediata mas, sem maiores implicações.
 - b. Sim , manifestam-se em médio prazo mas, transitórias
 - c. Sim , manifestam-se independente do tempo de patologia e muitas vezes graves.
 - d. Não tem repercussão relevante

- 18. Em caso afirmativo as implicações são por:** (admita-se uma ou mais respostas)
- a. Déficit na capacidade laborativa.
 - b. Baixa aceitação em seu meio social – estigma.
 - c. Transtorno mental e ou comportamental.
 - d. Baixa da auto estima em sua maioria.
 - e. Incapacidade de se adaptarem socialmente.
- 19. Qual dentre os tipos seguintes de crise epiléptica você classificaria como a mais comum:**
- a. Crise convulsiva generalizada.
 - b. Crise parcial complexa (“crise do lobo temporal”).
 - c. Crise de ausência
 - d. Nenhuma; pois a classificação por tipos de crise é um simples recurso didático sem fins práticos, objetivos.
- 20. Na sua vivência, experiência clínica, você identifica a epilepsia do tipo parcial complexa (“crise do lobo temporal ou crise psico-motora”)?**
- a. Sim
 - b. Não
- 21. Caso afirmativo em quais critérios você se baseia?** (admita-se uma ou mais respostas)
- a. Uma crise com movimentos automáticos complexos, estereotipados e alteração do nível de consciência.
 - b. Uma crise com sintomas psicológicos (ansiedade, déjà vu, medo).
 - c. Uma crise com distúrbio de consciência e movimentos tônico-clônicos.
 - d. Um equivalente da crise de ausência.
- 22. Você considera que quadros epilépticos possam mimetizar uma manifestação psiquiátrica de maior complexidade ?**
- a. Sim
 - b. Não

- 23. Você tem encontrado transtornos mentais em pacientes com epilepsia?**
- a. Muito freqüentemente.
 - b. Freqüentemente.
 - c. Moderadamente.
 - d. Raramente.
 - e. Nunca.
- 24. Caso afirmativo, qual ou quais?**
- a. Psicoses.
 - b. Encefalopatia.
 - c. Transtornos de personalidade.
 - d. Depressão.
 - e. Ansiedade.
 - f. Outros (cite)_____
- 25. A que você atribui esse (s) fato(s)?**
- a. Acaso.
 - b. Comorbidade.
 - c. Fator intrínscico (predisposição orgânica).
 - d. Outros (cite)_____
- 26. Como você conduz um paciente epiléptico com sintomas psiquiátricos ou um paciente psiquiátrico com quadro epiléptico dentro das condições de assistência médica no setor público de saúde (SUS)?**
- a. Assume o tratamento.
 - b. Assume o tratamento sob supervisão.
 - c. Assume o tratamento naquilo que é de seu domínio e encaminha para tratamento paralelo, específico.
 - d. Não assume e encaminha para o neurologista.

- e. Não assume e encaminha para um psiquiatra.
- f. Não assume e encaminha para institucionalização.

27. Se você optou por: *d* ou *e* ou *f*, anteriormente, assinale a(s) alternativa(s) que o motiva:

(admite-se uma ou mais respostas)

- a. O tratamento do paciente com epilepsia é laborioso e pouco eficaz.
- b. Pacientes com epilepsia tem personalidade difícil.
- c. Há uma associação de agressividade e transtorno de comportamento em paciente epiléticos.
- d. Tenho pouca experiência e considero minha formação insuficiente para assumir esse tipo de caso.
- e. Outros (cite)_____

CASO VOCÊ OPTOU POR NÃO ASSUMIR O TRATAMENTO DE SEU PACIENTE E ENCAMINHA-LO, PODERÁ PASSAR PARA A QUESTÃO DE N°. : 35 e 36.

CASO QUEIRA DAR SEQUÊNCIA VOCÊ PODERÁ FAZÊ-LO.

SUA CONTRIBUIÇÃO É VALIOSA E SERÁ TAMBÉM CONSIDERADA NA PESQUISA.

28. Em pacientes com suspeita clínica de epilepsia você utiliza recursos diagnósticos auxiliares (exames complementares)?

- a. Muito freqüentemente.
- b. Freqüentemente
- c. Moderadamente
- c. Raramente.
- d. Nunca.

29. Caso afirmativo, em que fase?

- a. Inicia o tratamento e solicita concomitantemente os exames.
- b. Solicita os exames e aguarda os resultados para iniciar o tratamento.
- c. Solicita os exames somente se fracassarem as tentativas de tratamento.
- d. A cronologia para o início da avaliação do paciente não tem valor prático.

30. Caso optou por uma avaliação laboratorial qual ou quais seriam as solicitações?

(admite-se uma ou mais de uma resposta)

- a. E E G.
- b. Rx. simples de crânio.
- c. Tomografia de crânio.
- d. Ressonância Magnética do encéfalo
- e. Exames de análises clínicas laboratoriais.
- f. Testes neuropsicológicos.
- g. Outros (cite)_____

31a. Diante de pacientes com transtornos psiquiátricos prevalentes, associados à história de crises sugestivas de epilepsia, você utiliza recursos diagnósticos auxiliares?

Recorra às opções da questão 28 para a resposta.

31b. Caso afirmativo, em que fase? Recorra às opções da questão 29 p^a resposta.

31c. Caso afirmativo, quais os exames? Recorra às opções da questão 30 p^a resposta.

32. Você correlaciona a sua escolha medicamentosa ao tipo de crise epiléptica?

- a. Sim
- b. Não

33. Na sua experiência diária, qual (is) as drogas de sua preferência para tratamento inicial das crises epilépticas, em monoterapia:

(numere a ordem de sua escolha, ex.: 1ª, 2ª, 3ª...)

- a . Fenobarbital (Gardenal, Edhanol)
- b. Fenitoina (Hidantal, Epelin)
- c. Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)
- d. Oxcarbazepina (Trileptal, Auran)
- e. Benzodiazepínicos
- f. Ácido Valpróico (Depakene, Valpakine)
- g. Lamotrigina (Lamictal, Lamictor)
- h. Topiramato (Topamax)
- i. Comentários _____

34. Quando necessário associar drogas do arsenal terapêutico psiquiátrico, de acordo com os aspectos clínicos próprios dos transtornos, e, considerando:

– tratamento de pacientes "primariamente" epiléticos com transtornos psiquiátricos.

ou

– tratamento de pacientes "primariamente" psiquiátricos com epilepsia.

Você faz opção por:

1. Antidepressivos

1a Tricíclicos

1b ISRSs

1c Ambos (1a e 1b)

1d Comentários _____

2. Antipsicóticos

2a Neurolépticos (haloperidol, clorpromazina, trifluoperazina, etc.)

2b Atípicos (clozapina olanzapina, risperidona, quetiapina , etc.)

2c (a e b)

2d comentários _____

3. Ansiolíticos

3a Derivados de Benzodiazepínicos

3b Outros.(cite) _____

3c Comentários _____

**35. Surgiu para você alguma demanda de saber sobre os temas em foco?
Faça sugestões, dê sua opinião.**

**36. A instituição a que você pertence oferece algum tipo de incentivo a sua
atualização profissional, em caso afirmativo, de que forma?**

a Sim

b Não

APENDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Colega Médico,

Tomo a liberdade de apresentar-me, sou: Eliana Maria de Castro, médica, prof^a da Faculdade de Medicina da UFMG – mestranda do curso de pós – graduação em Ciências da Saúde (Dep. Pediatria/F.M/UFMG).

No momento desenvolvo uma pesquisa em pós-graduação que versa sobre :

“A PERCEPÇÃO E OS CONHECIMENTOS DAS EPILEPSIAS E DOS TRANSTORNOS MENTAIS PELOS CLÍNICOS ATUANTES EM AMBULATÓRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DE BELO HORIZONTE”

Meu interesse é estritamente de ensino.

O projeto acima surgiu pela percepção e investigação na literatura sobre os impasses e controvérsias no trato da epilepsia e eventos psíquicos circundantes.

O objetivo é procurar delinear os impasses na prática médica e buscar proposições para preencher as possíveis lacunas.

Gostaria de contar com a colaboração de V.S^a na resposta ao questionário anexo, assegurando-lhe sigilo absoluto, seja com referência pessoal quanto institucional, assim como acesso a metodologia antes e durante a pesquisa.

Todo o material colhido ficará sob minha guarda e responsabilidade e será destruído no prazo de 5(cinco) anos, conforme orientação da C N S 196/96.

Para tanto necessito de sua assinatura firmando o seu consentimento e livre adesão ao projeto de pesquisa, respondendo o questionário que ora lhe apresento.

Desde já meus sinceros agradecimentos e apreço.

Belo Horizonte, de 2006.

Nome/Assinatura :

Nº CRMMG:

Contactos: - aluna/ tel.: 3 337 1212 ou 9978 1212 ; e-mail: elianamdcastro@ig.com.br
- CEP-SMSA/PBH : tel.:3 277 7768 ou 3 277 8222. REG.: 07/2006
- COEP/UFMG: tel.: 3 499 4592. REG.: Nº ETIC 496/05.

APÊNDICE C

EPILEPSIAS: ARTES E PODER

O que se pode dizer das artes e das ciências senão que são produtos da criação dos homens, aquelas pela vertente da emoção, estas pela razão. Apesar de elas corresponderem faculdades humanas diferentes são únicas, indissociáveis, originárias do desejo.

Muito se escreveu sobre as epilepsias, dos mitos à realidade, mas nada tão belo se inscreveu, quanto à criação artística e o pensamento e atitudes de portadores da epilepsia, que mudaram definitivamente a História da Humanidade, apesar de sofrerem o estigma e a marginalização social. Para ficar em séculos mais recentes é fundamental se lembrar de Napoleão Bonaparte e D. Pedro I quando se pensa em poder; de Machado de Assis, Gustave Flaubert e Dostoievski, nas obras poéticas, nas letras e na pintura iluminada do pós-impressionista Van Gogh.

Machado de Assis, o “bruxo do Cosme Velho,” como a ele referia o grande poeta Carlos Drummond de Andrade, teve uma vida muito atribulada pela epilepsia. Era tido como um sujeito implicante e orgulhoso, um caráter que “veio do pudor da humildade, a vergonha da raça e a pobreza, ao lado do seu natural recato introvertido e complexo de inferioridade” (Yacubian, 2003). Um caráter que pode ter sido “moldado” não pela epilepsia, mas, pelas suas vivências que são refletidas em sua obra; o negativismo, o espírito de destruição, a tristeza, a melancolia, observáveis, principalmente, quando do agravamento de sua doença, em seus últimos 20 anos. Estas formas de expressão podem ser percebidas pela descrição de crises “convulsas” (tinha fobia pela palavra epilepsia), como no conto “Verba Testamentária.” Yacubian (2003). Provavelmente suas crises tiveram início na infância e pelas descrições e usando conceitos atuais de epilepsia, ele sofreu de crises parciais complexas e crises convulsivas generalizadas, chegando a se tratar com brometos. Alguns epileptólogos vêem as características pessoais do “bruxo” como traços da discutível personalidade epiléptica, mas o que se tem certeza é da sua genialidade, e do inestimável valor de sua obra poética.

Outro escritor maior, portador de epilepsia, foi Gustave Flaubert. Precursor da visão realista do Modernismo, autor de Madame Bovary. Tinha na escrita uma forma de manifestar sua angústia, irritabilidade, depressão e um grande sofrimento. Em cartas, descreve a sua angústia e suas crises: “[...] Minha doença de nervos foi a espuma dessas pequenas facécias intelectuais. Cada ataque era uma espécie de hemorragia de enervação. Eram seminais

de faculdade pitoresca do cérebro, cem mil imagens saltando ao mesmo tempo, como fogos de artifício. Havia um arrancamento da alma do corpo, atroz (eu tenho a sensação de ter morrido várias vezes). Mas o que constitui a personalidade, ser-razão, ia até o fim; sem isso o sofrimento teria sido nulo, pois eu teria sido puramente e passivo e sempre tinha consciência, mesmo quando não podia falar [...]” Analisando este discurso do escritor, pode-se deduzir que é uma descrição de crise sensitiva, seguida de perda de fala e posteriormente da consciência.

Flaubert sofria de várias crises convulsivas semanais e inúmeras crises sensitivas diariamente, mas não o suficiente para embotá-lo e o impedir escrever sua obra literária.

Dostoiévski, o atormentado escritor russo, sofreu com a epilepsia desde a juventude. Sob a sua pena, deixou marcas e registros em seus romances das aflições psíquicas, dos conflitos sociais, religiosos, e um traço perturbador e tênue entre a sanidade e a loucura. Sua vida foi conturbada, tanto política, social ou pessoal, passou por prisões, perdeu amores, filhos, viciou-se e, muito cedo, lançou-se no “subsolo da humanidade.” Foi uma vida densa. No romance “O Idiota,” descreveu uma detalhada crise epiléptica do lobo temporal que só viria ser descrita no meio médico 20 anos depois (YACUBIAN, 2003).

A crise narrada pelo príncipe Michkín, personagem principal do romance, tinha um curto estado de êxtase, de felicidade absoluta logo seguida por uma profunda tristeza, melancolia e profundo sentimento de culpa. Pelo curto estado de êxtase, descreveu: “[...] por este só momento se daria a vida!”, então esse momento, sem dúvida, valia realmente por toda a vida.

Apesar de todo o sofrimento, Dostoiévski confessou: “Sim, tenho a doença das quedas, a qual não é causa de vergonha para ninguém. E a doença das quedas não impede a vida.” (SOUZA, 2004). Ele deixou fluir para a escrita o possível estigma de “ser epiléptico.” Uma catarse. Catarse que revelou o gênio? Ou o gênio em catarse?

Para encerrar esta pequena mostra da capacidade incontestável dos pacientes portadores de epilepsia, dos comuns aos geniais, é imprescindível se lembrar de Van Gogh e sua história de vida não menos sofrida dos que acabamos de descrever. Nascido na Holanda, viveu uma infância melancólica em uma região de “céu constantemente nublado”, somado a isso, cresceu em uma família cheia de sofrimentos, sem viço pela vida, entre doentes mentais. Cresceu com baixa auto-estima, consciência vívida de morte, pois desde cedo, visitava com a família semanalmente o túmulo do irmão primogênito. Era preterido pelos pais, tinha em seu irmão, Théo, então, o esteio para suas angústias e um incentivador para sua pintura.

Aos 33 anos foi para a Cidade Luz, Paris, onde se envolveria com os impressionistas e daria fluência a sua arte. Mais tarde, mudou-se para Arles, fase de intenso

trabalho e pesada ingestão de álcool e outras substâncias, como o absinto, associado ao fumo. Nessa época passou a apresentar episódios críticos de natureza não muito clara, quando recebeu o diagnóstico de epilepsia. Viveu em Arles até o final de sua vida, isto é, dos 35 aos 37 anos. Van Gogh registrou em cartas para Théo, seu irmão, as crises que sofria: “tive ataques maiores”, (frequentemente relatava crises de alucinações visuais, auditivas) o “estômago fraco [...] não consigo me alimentar.” “Sou incapaz de descrever exatamente o meu problema; e então surgem crises horríveis de ansiedade, aparentemente sem causa, ou uma sensação de vazio ou fadiga na cabeça.” “Por vários dias minha mente fica anuviada.” Segundo Gastaut, neurofisiologista, 1956, essa descrição sugere fortemente uma crise do lobo temporal que possivelmente estaria ligada ao seu vício em terpenos (tuinona, cânfora e pineno) utilizados para dormir, além do uso abusivo de absinto e de um passado familiar de doenças mentais.

Como visto, existe uma semelhança entre as queixas clínicas e sintomas psíquicos escritos pelos criadores e suas criaturas, isto é, entre os artistas e suas imagens ficcionais acima citados. Foram vivências e experiências sociais semelhantes, cada um em um tempo em uma cultura. A marginalidade social, e o estigma são únicos, apesar do tempo e espaço. A melancolia, o desamparo os uniu em sofrimento, mas os iluminou na criação da beleza ímpar.

ANEXO A



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **ELIANA MARIA DE CASTRO**, nº de registro 2005202490. Às dez horas do dia quinze do mês de outubro de dois mil e sete, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“A PERCEPÇÃO E OS CONHECIMENTOS DAS EPILEPSIAS E DOS TRANSTORNOS MENTAIS PELOS CLÍNICOS ATUANTES EM AMBULATÓRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DE BELO HORIZONTE”**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Roberto Assis Ferreira, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Roberto Assis Ferreira/orientador
Profa. Lindalva Carvalho Armond
Profa. Cristiane de Freitas Cunha

Instituição: UFMG
Instituição: UFMG
Instituição: UFMG

Indicação: Aprovado
Indicação: Aprovado
Indicação: Aprovado

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovado

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de outubro de 2007.

Prof. Roberto Assis Ferreira/orientador [Assinatura]

Profa. Lindalva Carvalho Armond [Assinatura]

Profa. Cristiane de Freitas Cunha [Assinatura]

Prof. Joel Alves Lamounier (Coordenador) [Assinatura]

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e o carimbo do Coordenador da Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente Faculdade de Medicina UFMG

PROF. JOEL ALVES LAMOUNIER

Coordenador da Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente Faculdade de Medicina UFMG

ANEXO B

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

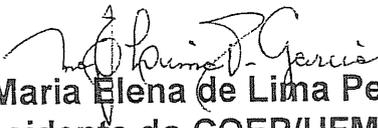
Parecer nº. ETIC 469/05

Interesse: Prof. Roberto de Assis Ferreira
Depto. de Pediatria - FMUFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 15 de fevereiro de 2006, o projeto de pesquisa intitulado << Os aspectos da abordagem clínica da epilepsia e dos transtornos mentais e comportamentais em jovens por profissionais da rede pública de saúde: um estudo transversal >> bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO C



Parecer nº 344

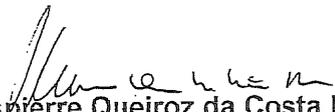
Interessados: Eliana Maria de Castro

Hospital: Instituto Raul Soares

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP-FHEMIG) aprovou no dia 01 de dezembro de 2005 o projeto de pesquisa intitulado « Os aspectos e impasses da abordagem clínica da epilepsia e dos transtornos mentais e comportamentais em jovens por profissionais da Rede Pública de Saúde: um estudo tranvesal».

Relatórios deverão ser encaminhados ao CEP-FHEMIG seis e doze meses após o início do projeto.


Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Presidente do CEP-FHEMIG

ANEXO D



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 07/2006

Projeto: “Os aspectos e impasses da abordagem clínica da epilepsia e dos transtornos mentais e comportamentais por profissionais da rede pública de saúde: um estudo transversal”

Nome da Pesquisadora: Dra. Eliana Maria de Castro

Orientador: Dr. Roberto Assis Ferreira

Área de conhecimento: Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial devere ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 28 de abril de 2006.