
ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MEMBROS DE UMA ASSOCIAÇÃO DE EPILEPSIA EM SANTA CATARINA**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE MEMBERS OF AN ASSOCIATION OF EPILEPSY IN SANTA CATARINA**

Felipe Sella¹
Rafael Adonias Seisdedos²
Carlos Roberto de Moraes Rego Barros³

RESUMO

Este estudo tem como proposta conhecer o perfil epidemiológico dos membros da Associação Sul Catarinense de Epilepsia (ASSCAE) e comparar com os dados obtidos na literatura. Trata-se de um estudo observacional transversal, com coleta de dados primários e abordagem quantitativa. Foram incluídos 43 dos 52 membros ativos entre agosto de 2014 e março de 2015. Os formulários aplicados, sob a supervisão de um neurologista, eram constituídos por 12 itens, abordando questões sociodemográficas e clínicas. Entre os membros entrevistados, 53,5% eram do sexo masculino e idade média de 43,09±14,63 anos. Houve predomínio de uma população de baixa renda e escolaridade. Das características clínicas analisadas, o tipo de crise mais comum foi a generalizada (65,1%). Apenas 6 entrevistados (14%) alcançaram controle de suas crises (epilepsia inativa), dos quais 70,3% utilizam duas ou mais drogas anticonvulsivantes, apresentado uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0,017$). A população em estudo apresentou um perfil clínico de epilepsia semelhante aos encontrados em países subdesenvolvidos e em desenvolvimentos, que corrobora com a baixa renda e escolaridade evidenciada nos dados sociodemográficos. Porém, essas informações epidemiológicas não podem ser extrapoladas com precisão para toda região sul catarinense, visto a ASSCAE, por apresentar um caráter assistencial, ter uma população predominantemente de baixa renda.

Descritores: Epilepsia. Epidemiologia. Brasil.

ABSTRACT

This study has the purpose to understand the epidemiological profile of the members of the *Associação Sul Catarinense de Epilepsia* (ASSCAE) and compare the data obtained in the literature. It is a cross-sectional observational study, with primary data collection and quantitative approach. They included 43 of the 52 active members between August 2014 and March 2015. The applied forms, under the supervision of a neurologist, consisted of 12 items, covering sociodemographic and clinical issues. Among the members interviewed, 53.5% are male and the average age of 43.09 ± 14.63 years. There was a predominance of low income and education. Analyzed the clinical features, the most common type of crisis was generalized (65.1%). Only 6 respondents (14%) achieved control of their seizures (epilepsy inactive), associating with it a greater number of members in use of 2 or more

¹ Acadêmico da 11ª fase de medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – Criciúma - SC

² Acadêmico da 11ª fase de medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC – Criciúma - SC

³ Mestre, Universidade do Extremo Sul Catarinense

medications ($p = 0.017$). The study population presented a clinical profile of epilepsy similar to those found in developing and under development countries, which corroborates with low income and education evidenced in sociodemographic data. However, these epidemiological information can not be accurately extrapolated to the entire southern region of Santa Catarina, as the ASSCAE, to present an assistance character has a predominantly low-income population.

Keywords: Epilepsy. Epidemiology. Brazil

INTRODUÇÃO

Epilepsia é caracterizada pela interrupção da função normal do cérebro de forma recorrente e imprevisível, cuja manifestação clínica resultante é definida como crise epiléptica. Mais do que uma condição singular, a epilepsia é uma variedade de desordens que refletem uma disfunção subjacente cerebral que pode ter diversas etiologias¹. A *International League Against Epilepsy* (ILAE) define como epilepsia a presença de duas crises não provocadas, com um intervalo maior ou igual a vinte e quatro horas, e epilepsia ativa como convulsões epilépticas recorrentes e não provocadas com um intervalo de vinte e quatro horas entre elas nos últimos cinco anos, independentemente do uso de medicamentos².

A epilepsia é uma condição prevalente na população, com grande impacto psicossocial e econômico. Segundo a Organização Mundial da Saúde a prevalência da população global com epilepsia ativa é entre 4 a 10 por 1000 pessoas, com estimativa que por volta de 50 milhões de pessoas em todo mundo apresentem tal condição. Os impactos econômicos gerados pela epilepsia devem-se aos custos com o tratamento, morte prematura e perda de produtividade. O preconceito e o estigma social enfrentado pelos epilépticos representam um grande obstáculo, desencorajando a procura por tratamento, e por serem reconhecidos pela sociedade como epilépticos³.

Há poucos estudos epidemiológicos sobre epilepsia no Brasil, e na região sul catarinense não foi encontrado estudos que tracem um perfil dos pacientes epilépticos. Através dos dados coletados e resultados obtidos na pesquisa proposta nesse projeto, será possível conhecer o perfil epidemiológico dos membros da Associação Sul Catarinense de Epilepsia (ASSCAE), com sede em Criciúma, sul de Santa Catarina. Desse modo, esse trabalho poderá auxiliar agentes de saúde em futuras intervenções nesse grupo, levantar questionamentos sobre a eficiência da assistência à população epiléptica por parte da saúde pública, e também propiciar dados para futuros estudos mais detalhados sobre epilepsia. Este estudo tem como objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos membros da ASSCAE e comparar com os dados obtidos na literatura.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com coleta de dados primários e abordagem quantitativa. Foram incluídos 43 dos 52 membros ativos da ASSCAE, entre agosto de 2014 e março de 2015, que aceitaram participar por meio de assinatura de termo de consentimento. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: indisponibilidade para a pesquisa e ausência de critério diagnóstico para epilepsia proposta pela ILAE em 1997². A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC (700.731/2014).

O formulário, aplicado sob a supervisão de um neurologista com experiência em epilepsia, foi constituído por 12 itens, abordando questões sociodemográficas como: sexo, idade, renda, estado civil, religião, cidade de domicílio; e questões clínicas como: início das crises antes ou após os 25 anos de idade, presença de crise nos últimos cinco anos (epilepsia ativa), quantidade de drogas antiepilépticas usadas e realização de tratamento cirúrgico prévio.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0. As variáveis foram expressas por meio de frequências e porcentagens. Os testes estatísticos foram analisados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e confiança de 95%.

A investigação entre o estado da epilepsia (ativa ou inativa), quantidade de medicamento em uso, tipo de crise e a idade de início das crises, foi realizada por meio dos testes qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher.

RESULTADOS

A tabela 1 descreve as características sociodemográficas da população, entre os membros entrevistados 23 (53,5%) são do sexo masculino. A idade variou de 7 a 67 anos, e a idade média foi de $43,09 \pm 14,63$, com maior distribuição na faixa etária de 41 a 60 anos (53,5%). Quanto às cidades de domicílio representadas, 37 (86%) são de Criciúma, e os demais estão distribuídos entre as cidades de Içara, Balneário Rincão e Braço do Norte. O estado civil mais frequente na amostra foi: solteiro 20 (46,5%), e casado/união estável 19 (44,2%). A maioria possui baixa escolaridade, sendo que 13 (30,2%) são analfabetos, 11 (25,6%) possuíam ensino fundamental incompleto, e apenas 2 (4,7%) tinham ensino superior. Houve predomínio de uma população de baixa renda, onde renda familiar mais frequente é de dois a quatro salários mínimos (41,9%), seguida de até dois salários mínimos (39,5%). Na amostra, a religião predominante foi a católica (60,5%), seguida da protestante (34,9%).

Entre as características clínicas analisadas na tabela 2 o tipo de crise mais comum é a generalizada (65,1%), seguida das crises parciais complexas (23,3%) e simples (11,6%). A maioria dos membros (86%) apresentou início das crises antes dos vinte e cinco anos de idade. Apenas 6 entrevistados (14%) alcançaram controle de suas crises (epilepsia inativa). A maioria dos membros

utiliza duas ou mais drogas antiepilépticas (62,8%). A tabela 3 mostrou associação estatisticamente significativa ($p=0,017$) entre os membros com epilepsia ativa e o uso de duas ou mais drogas antiepilépticas. Porém não houve significância estatística na associação entre epilepsia ativa e idade de início das crises ($p=0,823$), e tipo de crise ($p=0,523$).

DISCUSSÃO

Ao fazer a análise dos dados sociodemográficos e clínicos obtidos, e em posterior comparação com a revisão epidemiológica de epilepsia feita por Banerjee et al, 2009⁴, notou-se que, semelhante à literatura, não houve uma diferença significativa entre os gêneros, com discreta predominância do sexo masculino (53,5%).

Encontrou-se uma prevalência maior na população adulta (83,7%), com queda da mesma na faixa etária com mais de sessenta anos (7%), distribuição semelhante a países subdesenvolvidos, como observado por Banerjee et al, 2009⁴.

A distribuição da religião entre os membros é semelhante à encontrada na população brasileira geral, segundo o censo demográfico 2010⁵: religião católica (64,6%), seguida pela protestante (22,2%) e sem religião (8%), semelhança também encontrada no estudo de Tedrus et al, 2014⁶.

Houve predomínio da população de baixa renda na amostra, cuja média é inferior a da distribuição de renda na população de Criciúma/Santa Catarina, segundo IBGE 2010⁵, corroborando com afirmação de Banerjee et al., 2009⁴, em que a incidência e prevalência são maiores na população de baixa renda, e o estudo de Heaney et al., 2002⁷, onde o baixo *status* socioeconômico é fator de risco (OR=2,33; IC=1,46 a 3,72) para o desenvolvimento de epilepsia.

Constatou-se nesta população grande porcentual (86%) de membros com epilepsia ativa, valor muito superior a 35% encontrado por Elger et al., 2008⁸, e de 71,5% no estudo brasileiro realizado por Borges et al, 2004⁹. Pode-se inferir que esse valor expressivo relaciona-se à necessidade das pessoas com epilepsia de difícil controle procurar a ASSACAE, pois, tendo em vista a situação dramática que se encontram ainda se deparam com a carência da saúde pública em oferecer atendimento com especialista e acesso a certas medicações, mesmas dificuldades encontradas em outros países subdesenvolvidos, conforme citado no estudo de Scott et al, 2001¹⁰.

Houve predomínio de crises generalizadas (65,1%), seguindo a tendência de países subdesenvolvidos evidenciada na revisão feita por Banerjee et al, 2009⁴, supondo-se que nesses países os métodos diagnósticos são mais escassos para identificação de crises parciais, subestimando sua prevalência. Apesar de não ter uma associação estatisticamente significativa ($p=0,523$), observou-se uma discreta tendência de membros com crises generalizadas alcançarem o controle de suas crises (17,86%), enquanto apenas 7,7% dos membros com crises parciais (simples e complexas)

conseguiram ficar livres de crises nos últimos cinco anos, comprovando dados da literatura que relata maior prevalência de crises parciais (60% a 75%) entre as de difícil controle¹¹⁻¹².

A significativa associação ($p=0,017$) entre quantidade de medicamentos em uso e epilepsia ativa é demonstrada pelo uso de monoterapia por 83% dos membros com epilepsia inativa, porcentagem semelhante ao apresentado por DUNCAN et al, 1991¹³. Entre os paciente com epilepsia ativa, 70,3% estão em uso de dois ou mais drogas antiepilépticas, supostamente por apresentarem má adesão ao tratamento, ou uso de classes de medicações inadequadas para o tipo de crise, ou posologias insuficientes, como sugere o estudo de Li Min Li et al, 2005¹⁴.

Conclui-se que a população em estudo apresenta um perfil clínico de epilepsia semelhante ao encontrado em países subdesenvolvidos, associado às características de baixa renda e baixa escolaridade evidenciada nos dados sociodemográficos. Porém, essas informações epidemiológicas não podem ser extrapoladas com precisão para toda região sul catarinense, visto a ASSCAE, por apresentar um caráter assistencial (facilitar acesso a medicações e consultas com especialistas), tem uma população socialmente homogênea, ao atrair um público de classes sociais mais desfavorecidas.

AGRADECIMENTOS

A Sra. Marli Terezinha Cruz Damazio, presidente da Associação Sul Catarinense de Epilepsia, por abrir as portas da associação e prestar todas as informações necessárias a fim de se concretizar esta pesquisa.

Ao médico neurologista Prof. MSc. Carlos Roberto de Moraes Rego Barros que se dispôs a estar presente nas reuniões para assessorar a aplicação dos formulários, bem como na orientação científica e técnica deste estudo.



REFERÊNCIAS

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(4):470-2.
2. ILAE Commission Report. The epidemiology of the epilepsies: future directions. *International League Against Epilepsy*. *Epilepsia*. 1997;38(5):614-8.
3. World Health Organization. *Global Campaign against Epilepsy*. Netherlands: WHO, 2001.
4. Banerjee PN, Filippi D, Allen Hauser W. The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy Res*. 2009;85(1):31-45.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
6. Tedrus GM, Fonseca LC, Hoehr GC. Spirituality aspects in patients with epilepsy. *Seizure*. 2014;23(1):2
7. Heaney DC, MacDonald BK, Everitt A, Stevenson S, Leonardi GS, Wilkinson P, et al. Socioeconomic variation in incidence of epilepsy: prospective community based study in south east England. *BMJ*. 2002;325(7371):1013-6.
8. Elger CE, Schmidt D. Modern management of epilepsy: a practical approach. *Epilepsy Behav*. 2008 may;12(4): 501-39
9. Borges MA, Min LL, Guerreiro CAM, Yacubian EMT, Cordeiro JA, Tognola WA, et al. Urban prevalence of epilepsy: populational study in São José do Rio Preto, a medium-sized city in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2004;62:199-204.
10. Scott RA, Lhatoo SD, Sander JW. The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bull World Health Organ*. 2001;79(4):344-51.
11. Li S, Ding D, Wu J. Definitions and Epidemiology of Epilepsy. In: Shorvon S, Guerrini R, Cook M et al. *Oxford Textbook of Epilepsy and Epileptic Seizures*. United Kingdom: Oxford University Press, 2013: 52-57.
12. Picot MC, Baldy-Moulinier M, Daures JP, Dujols P, Crespel A. The prevalence of epilepsy and pharmaco-resistant epilepsy in adults: a population-based study in a Western European country. *Epilepsia*. 2008;49(7):1230-8.
13. Duncan JS. Modern treatment strategies for patients with epilepsy: a review. *J R Soc Med*. 1991 Mar; 84(3): 159-162.
14. Li LM, Fernandes PT, Mory S, Noronha ALA, Boer HMd, Espíndola J, et al. Manejo da epilepsia na rede básica de saúde no Brasil: os profissionais estão preparados? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18:296-302.

**Tabela 1** - Características Sociodemográficas

Variável	n (%)
Idade (anos)	
0-20	4 (9,3)
21-40	13 (30,2)
41-60	23 (53,5)
> 60	3 (7,0)
Estado Civil	
Solteiro	20 (46,5)
Casado/União Estável	19 (44,2)
Divorciado	2 (4,7)
Viúvo	2 (4,7)
Escolaridade	
Analfabeto	13 (30,2)
Ensino Fundamental Incompleto	11 (25,6)
Ensino Fundamental Completo	9 (20,9)
Ensino Médio Completo	8 (18,6)
Ensino Superior	2 (4,7)
Sexo	
Feminino	20 (46,5)
Masculino	23 (53,5)
Religião	
Católico	26 (60,5)
Protestante	15 (34,9)
Não Possui	2 (4,7)
Outros	0 (0,0)
Renda Familiar (R\$)	
Até 1.449,99	17 (39,5)
1.450,00 a 2.899,99	18 (41,9)
2.900,00 a 7.249,99	7 (16,3)
7.250 a 14.499,99	1 (2,3)
> 14.499,99	0 (0,0)
idade de Domicílio	
Criciúma	37 (86,0)
Içara	3 (7,0)
Balneário Rincão	2 (4,7)
Braço Norte	1 (2,3)

Fonte: dados do autor.



Tabela 2 - Características Clínicas da amostra

Variável	n (%)
Tipo de Crise	
Parcial Simples	5 (11,6)
Parcial Complexa	10 (23,3)
Generalizada	28 (65,1)
Idade de Início das Crises	
<25 anos	37 (86,0)
≥ 25 anos	6 (14,0)
Epilepsia Ativa	
Sim	37 (86,0)
Não	6 (14,0)
Medicamento em Uso	
Nenhum	2 (4,7)
1	14 (32,6)
2 ou mais	27 (62,8)
Realização de Cirurgia	
Sim	2 (4,7)
Não	41 (95,3)

Fonte: dados do autor.

Tabela 3 – Associação de epilepsia ativa com quantidade de medicamentos em uso, tipo de crise e idade de início das crises.

	Epilepsia Ativa		Valor de p
	Sim (n=37)	Não (n=6)	
Quantidade de medicamentos em uso, n(%)			
Nenhum medicamento	2 (5,4)	0 (0,0)	0,017*
1 medicamento	9 (24,3)	5 (83,3)	
2 ou mais medicamentos	26 (70,3)	1 (16,7)	
Tipos de Crise, n(%)			
Parcial Simples	5 (13,5)	0 (0,0)	0,523
Parcial Complexa	9 (24,3)	1 (16,7)	
Generalizada	23 (62,2)	5 (83,3)	
Início da Crise, n(%)			
<25 anos	32 (86,5)	5 (83,3)	0,836
≥ 25 anos	5 (13,5)	1 (16,7)	

Fonte: Dados do autor. *Diferença estatisticamente significativa (p <0,05)