

Epidemiologia das Epilepsias na População da Cidade de Maceió – Alagoas

Epidemiology of Epilepsies in the City of Maceió - Alagoas

Luise Anibal Calvano^{1}; Deborah Costa Lima de Araújo¹; Rafaella Lima Borges de Mendonça¹; Rita Concilia Xavier¹; Fábio Oliveira e Silva¹; Euclides Maurício Trindade Filho¹*

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência das epilepsias na cidade de Maceió. **Métodos:** Foram pesquisadas 700 casas aleatoriamente entre os bairros da cidade de Maceió. Na identificação de um paciente com o diagnóstico de epilepsia ou de um caso suspeito, o indivíduo era convidado a participar da pesquisa e encaminhado para avaliação. **Resultados:** Das 700 casas visitadas, 17 tinham pacientes epiléticos, entre 9 a 64 anos, sendo 47% mulheres e 53% homens. A idade mínima da primeira crise foi de 5 meses e a máxima de 38 anos. Cinquenta e oito por cento dos pacientes possuíam ensino fundamental, 29,41% ensino médio, 11,79% eram analfabetos e nenhum possuía ensino superior. Os fatores de risco foram o álcool (29,41%), TCE (11,76%) e desconhecido em 58,82%. Em relação às crises, 70,58% foram tônico-clônicas, seguidas de crises mistas (17,6%) e crises tônicas (11,76%). A menor frequência de crises foi de 6 vezes por ano e a maior, uma vez ao dia. As drogas mais utilizadas foram o fenobarbital (64,70%) e a carbamazepina (11,76%). 23,53% dos pacientes não usavam medicação. **Conclusão:** O presente trabalho mostrou uma prevalência de 24,2 casos/1000 habitantes, estando a sua prevalência consoante com outras pesquisas realizadas no Brasil.

Palavras chave: Epidemiologia, Epilepsia, Humanos.

¹ Departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Rua Dr. Jorge de Lima, nº 113, Trapiche da Barra. CEP: 57.010-300. Maceió – AL. Brasil. E-mail: emtf@fapeal.br

* Bolsista de iniciação científica da FAPEAL

ABSTRACT

Objective: Evaluate the epilepsy's prevalence in the city of Maceió. **Methods:** 700 houses were randomly interviewed in the neighborhood of Maceió. When one patient or a suspicious case of epilepsy was identified, the subject was invited to participate of this research and referred to evaluation. **Results:** 700 houses were visited, where 17 had epileptic patients, being 47% female against 53% male, aging from 9 to 64. The earliest attack was around 5 months old and the oldest aged 38. 58,80% of the patients concluded the elementary school; 29,41% completed the high school, 11,79% of them were unlettered and no one had any graduation course. The risk factors involved were the alcohol (29,41%), head trauma (11,76%) and they were unknown in 58,82%. Related to the attacks, 70,58% were tonic-clonics seizures followed by mixed seizures (17,6%) and tonic seizures (11,76%). The smallest rate of attacks was 6 in a year and the highest – one seizure per day. The more used drugs were: Phenobarbital (64,70%) and Carbamazepine (11,76%). 23,53% of the patients are not medicated. **Conclusion:** This research showed a prevalence of 24,2 cases in 1000 habitants, what reflects the similarity of other researches' prevalence.

Keywords: Epidemiology, Epilepsy, Humans.

INTRODUÇÃO

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, a epilepsia atinge cerca de 1 a 2% da população mundial, afetando aproximadamente 60 milhões de pessoas. Sua prevalência é maior em países em desenvolvimento, onde se concentram 85% das pessoas com epilepsia, devido principalmente a causas parasitárias como a neurocisticercose e as infecções intracranianas.^{9,23}

Nos países desenvolvidos, as taxas de incidência oscilam em torno de 50/100.000 habitantes. Gudmundsson¹¹ encontrou taxas de incidência de 25/100.000 na Islândia enquanto que Granieri *et al.*¹² observaram taxas de incidência de 33/100.000 na Itália. Foi observado ainda, taxa de prevalência de 4,2/1000 no Reino Unido. Já nos países subdesenvolvidos essas taxas geralmente dobram. No Chile e no Equador, foram observadas taxas de incidência de 113/100.000 e 190/100.00 respectivamente.^{18,21} Com relação à prevalência foram encontradas taxas de 19,5/1000 na Colômbia e no Chile taxas de 17,7/1000.^{8,18}

As taxas de incidência e a prevalência podem diferir ainda quando se estudam populações específicas. Assim, as crianças e os idosos são os mais acometidos pelos transtornos epiléticos. Na

Europa^{1,13,14,17}, um estudo realizado em Rotterdam, evidenciou uma prevalência de 0,8% de casos de epilepsia crônica em indivíduos com 55 anos, 0,7 % de 55- 64 anos e 1,2% nos de 85-94 anos.³

A epilepsia é uma das condições neurológicas graves mais comuns. No entanto, seu estudo epidemiológico enfrenta algumas dificuldades de metodologia, como variabilidade de definições, alto custo e problemas de amostragem. Com isso, as freqüências como incidência e prevalência são bastante variáveis.²²

Estudos epidemiológicos sobre a epilepsia foram realizados em algumas cidades do Brasil. Os poucos dados nacionais são referentes às cidades de São Paulo e Porto Alegre e, embora tenham contribuído para o conhecimento sobre os fatores de risco da epilepsia no Brasil, esses trabalhos em sua grande maioria, não permitem generalizações uma vez que foram realizados em populações pequenas. Dessa forma, fica impossível fazer generalizações sobre as condições epidemiológicas da epilepsia na população brasileira.¹⁰

Tendo em vista a importância dessa alteração neurológica, faz-se necessário a realização de pesquisas a cerca da epidemiologia da epilepsia, como foi realizada pela Liga Brasileira da Epilepsia na Cidade de São Paulo, onde foram

entrevistadas 7604 pessoas em uma amostra de 2011 casas, encontrando-se 388 pessoas consideradas suspeitas das quais 348 pessoas foram examinadas e em 91 delas o diagnóstico de epilepsia foi confirmado, originando taxa de prevalência de 11,9 por 1000.¹⁹

Em Maceió, os serviços públicos de saúde não possuem dados sobre a incidência e prevalência que permitam a implementação de estratégias adequadas para abordar o problema da epilepsia. As ações que foram executadas sempre o foram baseadas em dados da literatura internacional ou referentes a outros estados do Brasil. Portanto, esse trabalho se reveste de grande importância, uma vez que permitirá não apenas o conhecimento dos aspectos epidemiológicos da epilepsia em Maceió, como também fornecerá dados concretos que permitam aos serviços públicos a adoção de um planejamento mais eficiente no âmbito da saúde e social.

MÉTODOS

O estudo foi realizado através de busca ativa por toda a cidade de Maceió, sendo todas as discussões e análises feitas no Laboratório de Fisiologia da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Foram incluídos no trabalho todos os indivíduos diagnosticados e suspeitos de apresentarem epilepsia nos bairros da cidade de Maceió e excluídos os que se recusaram a participar da pesquisa.

Na escolha dos entrevistados, inicialmente foi escolhida a rua principal de cada bairro (baseado em critérios da Prefeitura Municipal de Maceió). Em seguida, foi escolhida uma casa nesta rua por sorteio. A partir desta casa, foi selecionada a décima casa em seqüência, dobrando-se à direita e à esquerda de forma alternada. Nas casas sorteadas foi entrevistado um indivíduo adulto que deu informações sobre a possível existência de um caso de epilepsia na residência ou nos arredores. Nos casos confirmados ou suspeitos, os indivíduos eram convidados a participar da pesquisa,

recebendo orientações sobre a mesma. Foi assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e em seguida, avaliados através de um questionário. Os casos suspeitos foram encaminhados ao laboratório de fisiologia da UNCISAL, examinados clinicamente e submetidos a um exame de eletroencefalograma, caso não tivessem realizado esse exame ou não possuíssem um exemplar do mesmo. Esse projeto foi elaborado obedecendo às recomendações das resoluções nº 196/96 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Foram analisadas as seguintes variáveis: Fatores de risco, data da primeira e da última crise, tipo de crise, escolaridade, frequência de crise, uso de drogas antiepilépticas, prevalência, sexo e idade

Em função do tipo de trabalho, a estatística realizada foi descritiva com a construção de tabelas e gráficos. As correlações entre os tipos de epilepsia e as outras variáveis foram realizadas através do teste do Qui-quadrado (χ^2). Foi considerado como significativo um valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Durante a realização da pesquisa foram visitadas 700 casas, das quais 17 tinham pacientes diagnosticados como epiléticos. Desta forma o nosso trabalho mostrou uma prevalência de epilepsia na cidade de Maceió de 24,2/ 1000.

Dos pacientes diagnosticados como epiléticos 47% eram do sexo feminino e 53% eram do sexo masculino. A idade variou de 9 a 64 anos com uma média de 42,65 anos, desvio padrão de 17,2 e mediana de 40.

Dos pacientes analisados 5,88% eram analfabetos, 58,8% possuíam curso fundamental, 29,41% curso médio, nenhum possuía curso superior e 5,91% não souberam informar.

O fator de risco mais encontrado foi o álcool (29,41%), seguido por TCE (11,76%) e 58,82 % desconhecido.

A idade mínima encontrada para a primeira crise foi de 5 meses e a idade máxima foi de 38 anos, com média de 16,3, desvio padrão de 17,1 e mediana de 8.

A crise mais encontrada foi a do tipo tônico-clônica generalizada correspondendo a 70,58%, seguidas de crises mistas (17,6%) e crises tônicas (11,76%). Com relação a freqüência, o paciente que apresentou menor freqüência de crises foi de seis vezes ao ano e a maior foi de uma vez ao dia.

A droga mais utilizada pelos pacientes foi o fenobarbital (64,70%), seguida da carbamazepina (11,76%). Nenhuma medicação antiepiléptica era usada em 23,53% dos pacientes.

DISCUSSÃO

O presente trabalho mostrou uma prevalência de 24,2 casos/1000 habitantes estando a sua prevalência consoante com outras pesquisas já realizadas. O Brasil dispõe de poucos dados epidemiológicos sobre a epilepsia. Em algumas cidades como Porto Alegre e São Paulo, foram realizados alguns estudos onde se observou taxas de prevalência de 16,5/1000 e 11,9/1000, respectivamente.^{7,19}

Um dos estudos mais rigorosos que se conhece sobre o complexo das epilepsias na população é o descrito por Hauser e Kurland¹³ Nesse estudo logrou-se diagnosticar com precisão todos os casos de uma população inteira, com um acompanhamento rigoroso, ao longo de 33 anos. Os seus resultados vieram esclarecer muitas noções vagas sobre as epilepsias, inclusive as taxas de prevalência e de incidência.

Os estudos da prevalência e da incidência das epilepsias encontrados na literatura apresentam índices com grande variabilidade.¹⁵ Têm sido descritos valores para prevalência entre 0,9 e 57 casos/1.000 habitantes e para a incidência entre 26 e 190 casos/100.000 habitantes, porém, essas variações são resultantes de problemas metodológicos durante as investigações.²⁴

Com relação às taxas encontradas para o sexo masculino e o feminino não houve grandes diferenças. No trabalho de Kodjaoglanian *et al*¹⁶ verificou-se que da clientela total, 347 (45%) eram do sexo masculino e 435 (55%) do sexo feminino.⁶ No presente trabalho observou-se uma prevalência de 47% do sexo feminino e 53% do sexo masculino.

No trabalho supracitado o nível de instrução dos pacientes da amostra foi o seguinte: 9,8% deles eram analfabetos; 81,0% tinham apenas o 1º grau; 7,6% o 2º grau e 1,6% nível superior.¹⁶ Tal resultado diferiu bastante do resultado deste trabalho onde 5,88% dos pacientes analisados eram analfabetos, 58,8% possuíam ensino fundamental, 29,4% ensino médio, nenhum possuía curso superior e 5,91% não souberam informar.

Ainda no mesmo estudo, em 78,5% dos casos, as manifestações tiveram início entre 0 e 19 anos; os restantes 21,5% as tiveram na faixa de 20 à 69 anos de idade.¹⁶ Entre os estudos que fornecem este tipo de análise, destacam-se o de Diament⁴ o qual considera que, em 90% dos casos de epilepsia, as manifestações se iniciaram antes dos 20 anos de idade. Já Hauser e Kurland¹³ encontraram taxas de incidência por idades específicas similares nos vários intervalos no período de 33 anos de estudo, ou seja, as taxas foram sistematicamente mais altas no primeiro ano de vida, relativamente baixas nas idades intermediárias e novamente altas nas idades avançadas. No estudo em questão a idade mínima encontrada para a primeira crise foi de 5 meses e a idade máxima foi de 38 anos, com média de 16,3, desvio padrão de 17,1 e mediana de 8.

No trabalho de Kodjaoglanian *et al*¹⁶ observou-se que, dos 782 pacientes, apenas 532 foram selecionados. Desses, 23 não possuíam dados precisos em seus prontuários quanto à idade de início das primeiras manifestações, razão pela qual foram excluídos da tabela. Assim, dos 509 pacientes restantes, 78,8% exteriorizam a epilepsia sob as formas generalizadas e, em 21,2% a epilepsia se manifestou sob as formas parciais.

Nesta pesquisa a crise mais frequente foi a do tipo tônico-clônica generalizada correspondendo a 70,58%, seguidas de crises mistas (17,6%) e crises tônicas (11,76%). No entanto é importante destacar o grande desconhecimento da população para tal doença, uma vez que aquela associa frequentemente a epilepsia às crises tônico-clônicas generalizadas, o que dificultou a identificação do tipo de crise pelos mesmos. Com relação à frequência das crises, o paciente que apresentou menor frequência de crises foi de seis vezes ao ano e a maior foi de uma vez por dia.

A atividade epiléptica cerebral pode ser desencadeada por diversos fatores e, por isso a epilepsia é considerada uma disfunção complexa e multifatorial. Existem duas categorias etiológicas básicas: distúrbio epileptogênico específico e fatores precipitantes. Os distúrbios epileptogênicos específicos podem ser lesões como trauma, infecção, neoplasia, malformação vascular, malformações congênitas e anormalidades genéticas.⁶ Nos países em desenvolvimento, infecções endêmicas apresentam-se como principais fatores de risco.⁵ Fatores como consumo de álcool, febre e privação de sono podem precipitar crises ocasionais em muitas pessoas com epilepsia ou causar crises reativas em indivíduos sem epilepsia.⁶ O fator de risco mais encontrado neste trabalho foi o álcool (29,41%), seguido por TCE (11,76%) sendo o restante 58,82 % desconhecido.

A droga mais utilizada pelos pacientes foi o fenobarbital (64,70%), seguida da carbamazepina (11,76%). Nenhuma medicação antiepiléptica era usada em 23,53% dos pacientes. Apesar do alto índice epidemiológico e da epilepsia ser considerada um problema de saúde pública, ainda é elevada a falta de tratamento adequado. Em uma pesquisa realizada nos bairros Barão Geraldo (Campinas-SP), Jaguaré e Santo Antônio (São José do Rio Preto-SP), constatou-se que 38% dos pacientes com epilepsia ativa recebiam tratamento inadequado, e 19% não recebiam nenhum medicamento.²⁰ Embora seja um problema predominantemente tratável, muitos pacientes

permanecem sem tratamento. Provavelmente uma das principais causas para isto seja o estigma que atinge as pessoas com epilepsia.²⁵

Este estudo mostrou que a epilepsia se constitui em importante problema de saúde pública em nossa região, acarretando prejuízos pessoais, sociais e econômicos. Com isso, esperamos estimular autoridades da saúde a investir em medidas preventivas, diagnósticas e terapêuticas, reduzindo significativamente o impacto desta afecção, além de produzir benefícios significativos para a coletividade.

REFERÊNCIAS

1. Berg AT, Levy SR, Novotny EJ, Shinnar S. Predictors of intractable epilepsy in childhood: a case-control study. *Epilepsia* 1996; 37(1):24-30.
2. Crombie DL, Cross KW, Fry J, Cascante SM. A survey of the epilepsies in general practice. A report by the research committee of the college of general practitioners. *British Medical Journal* 1960; 416-422.
3. De La Court A, Breteler MMB, Meinardi H, Hauser WA, Hofman A. Prevalence of epilepsy in elderly: the Rotterdam study. *Epilepsia* 1996; 37(2):141-147.
4. Diament AJ. Terapêutica medicamentosa das síndromes convulsivas. In: Krynski S. *Psiquiatria infantil*; aspectos terapêuticos. São Paulo, Sarvier, 1976.
5. Duncan JS, Sander JW, Sisodiya SM, Walker MC. Adult epilepsy. *Lancet*. 2006;367:1087-100.
6. Engel J Jr. Concepts of epilepsy. *Epilepsia*. 1995; 36 (Suppl.1):23-9.
7. Fernandes JG, Schmidt MI, Monte TL, Tozzi S, Sander JWAS. Prevalência de epilepsia: um estudo populacional em Porto Alegre. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 1992; 50 (suppl):147.

8. Gomes JG, Arciniegas E, Torres J. Prevalence of epilepsy in Bogota, Colombia. *Neurology* 1978; 28: 90-94.
9. Gomes MM. Epilepsias: uma prioridade nacional em cuidados de saúde. *Revista Brasileira de Neurologia*, 1994; 30(5), 141-57.
10. Gomes MM. Epidemiologia: distribuição, fatores de risco e considerações prognósticas. In: *Epilepsia* / editado por Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F e Cendes IL. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
11. Granieri E, Rosati G, Tola R, Pavoni M, Paolino E, Pinna L, Monetti VC. A descriptive study of epilepsy in the district of copparo, Italy, 1964-1978. *Epilepsia*, 1983; 24:502-514.
12. Gudmundsson G. Epilepsy in Iceland. A clinical and epidemiological Investigation. *Acta Neurol Scand*. 1966; 43 (Suppl) 1-124.
13. Hauser WA, Anngers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and Unprovoked seizures in Rochester, Minnesota 1935-1984. *Epilepsia* 1993; 34(3): 453-468.
14. Hauser WA. Recent developments in the epidemiology of epilepsy. *Acta Neurol Scand* 1995; 162 (suppl):17-21.
15. Huck FR. Diagnóstico diferencial das epilepsias. In Marino R. *Epilepsias*. São Paulo: Sarvier, 1983; 23-29.
16. Kodjaoglanian VL, Souza ER, Lopes JRRA, Morgado AF. Epilepsia: dados básicos de um serviço público do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 1986 (2) 2. URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n2/v2n2a09.pdf>
17. Loiseau J, Loiseau P, Duché B, Guyot M, Dartigues JF, Aublet B. A survey of epileptic disorders in southwes France: seizures in elderly patients. *Annals of Neurology* 1990; 27: 232-237.
18. Lavados J, German L, Morales A, Campero M, Lavados P. A descriptive study of epilepsy in the district of El Salvador , Chile. *Acta Neurol Scand* 1992; 85: 249-256.
19. Marino RJ, Cukiert A, Pinho E. Aspectos epidemiológicos da epilepsia em São Paulo. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 1986; 44: 243-253.
20. Noronha ALA, *et al.* Prevalence and pattern of epilepsy treatment in different socioeconomic classes in Brazil. *Epilepsia* 2007; 48(5), 880-885.
21. Placencia M, Sander JWAS, Roman M, Madera A, Crespo F, Cascante S, Shorvon SD. The characteristics of epilepsy in a largely untreated population in rural ecuador. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1994;57: 320-325.
22. Quesada AA. Avaliação neuropsicológica verbal *versus* não-verbal de crianças com epilepsia. [Dissertação]. Brasília:Universidade de Brasília; 2007.
23. 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), 344-351.
24. Scorza FA, Arida RM, Albuquerque M, Cavalheiro EA. Epilepsias e hipertensão arterial sistêmica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology* 2006; 12, 219-224.
25. Yacubian EMT. Tratamento Medicamentoso das Epilepsias. São Paulo: Lemos editorial; 1999.