

## ***1-Introdução***

Epilepsia é uma doença cerebral muito comum, atingindo todas as idades, raças, camadas sociais e nacionalidades.

Pode ser definida como uma condição crónica, ou um grupo de doenças que têm em comum crises epilépticas que ocorrem na ausência de doença tóxica-metabólica ou febril. Todavia não existe uma definição completamente satisfatória de epilepsia.

É certamente uma das patologias que foi alvo das mais variadas concepções tendo múltiplas designações e terapêuticas.

A epilepsia tem vários sintomas associados podendo-se destacar: parastésias, alterações visuais, auditivas e olfactivas, perdas de conhecimento, entre outras, todavia a principal dor associada a esta patologia está relacionada com a discriminação e o preconceito associados à doença afectando o comportamento e o bem-estar não só do doente, mas de todas as pessoas envolvidas, o que gera alta incidência de dificuldades psicossociais e que influenciam no ajustamento social e na qualidade dos pacientes e da sua família.

Tudo isto é devido ao desconhecimento sobre a doença, e aos equívocos medos das crises e da medicação.

Os principais problemas associados às epilepsias derivam principalmente de limitações impostas pelas próprias crises e seu tratamento, eventuais lesões neurológicas e reacções habitualmente negativas da sociedade e do próprio paciente.

Por tudo isto é frequente surgirem transtornos mentais associados à epilepsia, factor que piora a qualidade de vida, podendo, em certas ocasiões, ser considerado como o factor de maior influência sobre este aspecto mais do que a própria frequência de crises epilépticas (Gilliam et al, 2002).

A ansiedade, juntamente com a depressão são as alterações psiquiátricas mais comuns que ocorrem em doentes com epilepsia, sendo por isso necessário criar condições para um tratamento mais efectivo na identificação e na prevenção de comportamentos inadequados e conseqüente melhoria do stress, da ansiedade e da qualidade de vida.

Vários são os estudos que sugerem a existência de alterações no comportamento dos doentes com epilepsia como o aumento da ansiedade e o medo permanente de uma nova crise a qualquer momento e em qualquer lugar.

## *2-Epilepsia*

A epilepsia não é uma doença recente, pelo contrário tem sido tem sido estudada e investigada ao longo dos tempos. A sua história é, provavelmente, tão antiga quanto a da espécie humana (Penfield et al , 1954).

Em alguns países da Europa, a epilepsia ainda não é reconhecida como uma desordem cerebral e mais de 40% das pessoas com epilepsia podem não estar a ser medicadas, o que gera o tão conhecido "treatment gap" (Brodie, 2000).

A própria definição de epilepsia tem mudado à medida que têm aumentado os conhecimentos científicos.

Ainda hoje as causas desta doença não estão totalmente elucidadas. Nas últimas décadas, existiram várias tentativas de se estabelecer uma teoria única para os mecanismos básicas da doença, mas nenhuma suficientemente bem sucedida.

Actualmente esta tentativa deixou de existir uma vez que a epilepsia não é considerada uma doença específica mas sim uma variedade de situações patológicas que apresentam como aspecto comum a ocorrência de crises recorrentes.

Sendo assim a epilepsia é definida hoje como uma afecção crónica, cerebral, caracterizada pela repetição espontânea de crises epiléticas. Engloba múltiplas manifestações anormais do comportamento cerebral, sempre sob a forma de crises epiléticas que se repetem espontaneamente.

As crises de epilepsia podem ser devidas a diversas causas, desde aquelas que têm carácter hereditário e que aparecem em indivíduos sem qualquer outra patologia neurológica associada, às que são secundárias a prévias lesões do córtex cerebral.

Por outro lado estas crises podem surgir de uma foram espontânea ou serem desencadeadas por situações como: febre, distúrbios electrolíticos, intoxicações e alterações vasculares. As manifestações clínicas apresentadas pelos doentes dependem das regiões cerebrais envolvidas, podendo o doente apresentar desde um simples sinal motor até crises motoras generalizadas. Neste caso, o doente perde a consciência.

As crises epiléticas são todavia auto-limitadas, isto é, o cérebro tem mecanismos de limitar as crises e de recuperar na totalidade após uma crise sem qualquer interferência exterior e com recuperação espontânea (Lopes Lima, 2005).

As crises epiléticas (particularmente as crises convulsivas) ainda provocam receios e ansiedade às pessoas menos informadas. Numa tentativa de retirar o estigma à epilepsia,

prefere-se hoje o termo “crise epiléptica” em substituição de “ataque” ou “convulsões” (Victor, 1989). Do mesmo modo prefere-se a expressão “doentes com epilepsia” a “doentes epilépticos”.

Para além disso, o tratamento deverá considerar a pessoa “no seu todo” (bem como a sua ou suas necessidades) e não ter como objectivo apenas a redução do número de crises.

Por outro lado epilepsia permanece como um problema de saúde pública pelo facto de acarretar grande impacto económico sobre a sociedade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou a epilepsia como responsável por 1% dos dias perdidos com doença sem todo o mundo (WHO, 1999).

## ***2.1-Perspectiva Histórica da Epilepsia***

A epilepsia tem uma longa história de mudanças de definições e significados que afectam a forma como as pessoas experienciam e percebem as reacções dos outros.

Há cerca de 3000 anos A.C., a epilepsia já era representada em papiros e atribuída a uma entidade maléfica. O homúnculo no fim do hieróglifo significa que uma pessoa morta ou um demónio entram no corpo da vítima provocando-lhe epilepsia. Isto reflecte as concepções primitivas sobre a origem das doenças: os espíritos malignos seriam os responsáveis pela epilepsia, era necessário apaziguá-los mediante orações ou oferendas (Engel, 1998).

Os gregos, criadores do termo epilepsia (epilhyia = surpresa, ser apanhado de repente), acreditavam que só um deus seria capaz de possuir um homem, privando-o dos seus sentidos, provocando-lhe uma queda e convulsões e, depois deixá-lo como se nada tivesse acontecido; apelidavam a epilepsia de "Doença Sagrada" (Scott, 1993).

Os romanos designavam-na de "Mal Comicial", pelo facto de se suspenderem os comícios cada vez que um dos participantes sofria de um ataque, ficando-se a aguardar um sinal de bom augúrio para se recomeçar o mesmo (Robertson, 1988).

Os hebreus acreditavam que cuspir sobre um corpo em convulsões obrigava o demónio a sair dele e, tal como a cultura Grega e Romana, pensavam que as fases da lua provocariam as crises epilépticas.

Os Árabes achavam ainda que as crianças nascidas na Lua cheia corriam o risco de ser epilépticas. As crenças baseadas na influência lunar também apelidavam os epilépticos de "lunáticos", enquanto as que acreditavam na possessão por demónios os designavam por "maníacos" (Lerman et al, 1975).

A responsabilidade da lua ainda hoje está presente em algumas regiões de Portugal onde não se deixam as fraldas a secar, ao luar, para os bebés não contraírem a doença.

Durante a Idade Média, continuaram as interpretações sobrenaturais. Para curarem esses doentes exorcizavam-se os doentes epiléticos ou praticavam-se benzeduras. Em ilustrações da época, o patrono dos epiléticos, São Valentim, é representado benzendo dois corpos doentes.

Tem-se notícia que, entre (460-375A.C) Hipócrates, o pai da medicina acompanhado por Arateus, Celsus e Plínio, centraram os seus estudos na identificação da epilepsia como uma doença do cérebro, tentando desfazer a ideia de uma doença sagrada e dizer “Não há nenhum deus aí dentro; é um fenómeno do corpo desse indivíduo”.

O médico Hipócrates, afirmava que todas as doenças possuem uma causa natural, não devendo ser encaradas como uma punição divina.

Mas isso não representou o fim das interpretações sobrenaturais entre os gregos antigos. O próprio juramento dos médicos, atribuído a Hipócrates, começa com uma invocação aos deuses Apolo, Esculápio, Higiéia e Panacéia.

Data, portanto, dessa época a definição da condição epilética como de natureza clínica (Niedermeyer, 1990).

Foi também nesta altura que a epilepsia foi relacionada com a doença mental e tida como doença contagiosa, o que persiste até hoje entre pessoas menos informadas. Com frequência, tentava-se curar esse mal por meios religiosos.

Já no século XVIII, Jackson, um neurologista, definiu que a epilepsia era causada por uma descarga anormal das células da substância cinzenta cerebral.

Avanços significativos nessa direcção seguiram-se ao longo do tempo até que na segunda metade do mesmo século, o médico suíço Samuel Auguste Tissot apontou a epilepsia como fenómeno decorrente de lesões cerebrais, como tumores, acidentes vasculares cerebrais e traumatismos, e que o estudo destas lesões seria fundamental para a compreensão da doença (Niedermeyer, 1990).

No século XIX, Bouchet e Cazauvieilh (1825), através de análises de autópsias, observaram diversos tipos de lesão no cérebro de pacientes epiléticos (Babb, 1987).

Tais observações influenciaram Sommer (1880) que, num primeiro estudo microscópico, descreveu algumas alterações patológicas no hipocampus dos seus pacientes.

Sommer chamou tais alterações de esclerose do hipocampus que identificou como possível causa da epilepsia (McNamara, 1994).

Actualmente o conhecimento referente à epilepsia encontra-se muito mais desenvolvido em relação ao passado. Novos métodos de diagnóstico e tratamento têm vindo a ser aperfeiçoados através das inovações do campo da tecnologia e física.

Os séculos passaram-se e os conceitos, conhecimentos e tratamentos mudaram, evoluíram, mas os preconceitos e a desinformação ainda existem, como existiam no passado.

A título de curiosidade diversas personalidades como Júlio César, Sócrates, Machado de Assis, Molière de entre outros foram afectadas por esta patologia (Engel, 1998).

## ***2.2- O estigma na epilepsia***

Os gregos criaram o termo estigma para se referir a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar algo de extraordinário ou de mau sobre o status moral de quem os apresentava. Actualmente, o termo é amplamente usado de uma maneira um tanto quanto semelhante ao sentido literal original, porém é muito mais aplicado à própria "desgraça" do que à sua evidência corporal. Este termo tem muitas associações e implicações.

Dell definiu o estigma como a relação “entre as diferenças de um indivíduo e a desvalorização dos locais sociais naquelas diferenças particulares” (Brodier, 2003), mas foi Goffman que introduziu o conceito de estigma, mais usado até hoje (Goffman, 1963).

De acordo com ele, estigma pode ser visto como uma relação entre um atributo e um estereótipo e é uma referência depressiva de atributos, fraqueza ou desvantagem. Por outras palavras, a pessoa estigmatizada é considerada como possuindo uma característica diferente das que são aceites socialmente e é tratado de uma forma diferente pela comunidade.

A epilepsia é uma condição estigmatizante, porque pessoas com epilepsia podem não estar adaptadas para as normas sociais devido ao facto das crises epilépticas surgirem de uma forma inesperada (Goffman, 1963), pelo que, a sociedade tem medo de se relacionar com estes doentes.

O diagnóstico de epilepsia muda a percepção destes doentes, e desde esse momento, eles começam a temer a diferença, o futuro, a forma como enfrentar a sociedade, o arranjar emprego ou o de constituir família. Todas estas percepções mudam a qualidade de vida destes doentes (Scambler et al , 1990).

Os portadores de epilepsia sentem-se tão preocupados com a estigmatização que os sentimentos de desvalorização da sociedade são interiorizados, gerando dependência, a qual também pode ser decorrente da super protecção.

Além disso, muitos países têm leis que impedem os indivíduos com doenças mentais e com epilepsia de assumirem certas responsabilidades civis (WHO, 2001).

Para muitas pessoas, viver com o estigma da epilepsia é mais difícil do que viver com as limitações físicas impostas pelas crises ou pelo próprio tratamento.

A etiologia do estigma é complexa e multifactorial, podendo decorrer da atitude dos pais frente ao diagnóstico de epilepsia ou da super protecção.

A gravidade da doença, conceituada pela frequência e gravidade das crises, assim como a própria personalidade do indivíduo podem afectar as respostas para qualquer experiência directa ou indirecta de discriminação.

A interiorização do estigma pode eventualmente levar a alterações comportamentais e a maiores dificuldades de ajustamento.

"Há muitos estigmas e ideias erradas relacionadas com a epilepsia", afirmou Lopes Lima, em conferência de imprensa, explicando que a doença "não é contagiosa, não é causada por forças sobrenaturais, não é um castigo e não é perigosa para as outras pessoas".

De acordo com alguns autores a falta de informação é um dos factores para propagação de estigma na sociedade (Abetz et al, 2000), para além das convicções inadequadas por parte destes doentes, reacções familiares, aspectos emocionais e individuais, comportamentos discriminativos etc. (Baker 2000; Schneider et al, 1983; Ryan et al, 1980).

O impacto psicossocial das epilepsias tem sido bem documentado e os seus portadores relatam impacto significativo do seu diagnóstico e tratamento na dinâmica familiar, com baixa de auto-estima e reduzidas oportunidades de emprego, com níveis altos de ansiedade e depressão que aumentam com o aumento da frequência de crises.

A experiência da doença, o que acontece quando as pessoas percebem que há algo errado com elas? O que isto significa? Que explicações dão às sensações estranhas e novas que acontecem no próprio corpo? Quais crenças, expectativas, medos e fantasias são activados? Como encaram o buscar ajuda e lidar com o rótulo médico?

No início de 1999 a Liga Portuguesa contra a epilepsia lançou uma campanha "Sair da escuridão" promovida pela Organização Mundial de Saúde (WHO) a Liga Internacional contra Epilepsia (ILAE), do Comité Internacional para Epilepsia (IBE) com os seguintes objectivos:

- Aumentar a consciência pública e profissional de epilepsia como doença do cérebro universal e tratável

- Elevar a epilepsia a um novo nível de aceitação no domínio público

- Promover a educação pública e profissional sobre epilepsia

- Identificar as necessidades das pessoas com epilepsia nos âmbitos regional e nacional

- Encorajar governos e departamentos de saúde a contemplar as necessidades das pessoas com epilepsia, incluindo consciência, educação, diagnóstico, tratamento, cuidados, serviços e prevenção.

Nesta perspectiva, estudar a experiência do adoecer é avaliar um complexo mundo de significados, é considerar no relato do doente os seus sentimentos, cognições e comportamentos além da descrição dos sintomas físicos.

Estudos recentes têm mostrado que os portadores de epilepsia com crises bem controladas ou em remissão, são menos sujeitos aos sentimentos de estigma se estiverem livres de crises de pelo menos 6 meses até 2 anos. Entretanto, mesmo pacientes com crises raras podem apresentar altos níveis na escala de estigma quando comparados aos pacientes livres de crises.

Também existe uma relação significativa entre aderência à medicação e sentimentos de estigmatização, indicando a importância da avaliação do estigma também para o tratamento dos portadores de epilepsia.

### ***2.3-Incidência e prevalência da epilepsia***

Até há poucos anos, os estudos epidemiológicos sobre a epilepsia eram pouco frequentes. A falta de conhecimentos epidemiológicos e de um critério comum de elaboração dos inquéritos estiveram provavelmente na base dessa dificuldade (Guerreiro, 1999).

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais frequentes, conjuntamente com a patologia vascular cerebral, as demências e as cefaleias, e a sua prevalência oscila entre os quatro e os nove doentes por mil habitantes.

Portugal não foge à regra e os estudos feitos demonstram que a prevalência se aproxima dos cinco doentes por 1.000 habitantes, estimando-se cerca de 50.000 doentes com epilepsia para uma população aproximada de 10 milhões de habitantes. Nesses mesmos estudos, a incidência, que mede o número de novos doentes, aproxima-se dos 50 novos doentes com epilepsia por 100.000 habitantes por ano (Lopes Lima, 2005).

Estes estudos epidemiológicos são todavia, ainda hoje, difíceis de precisar uma vez que é frequente os portadores de epilepsia e suas famílias esconderem a sua situação

tentando fugir de preconceitos e estigmas negativos associados a esta patologia (Brodier, 2003).

Com tratamento adequado, a maioria dos doentes tem uma evolução favorável, no controle das crises epiléticas e conseqüentemente uma melhoria da sua qualidade de vida.

#### ***2.4-Diagnóstico***

Uma crise única não é sinónimo de epilepsia, tal como as crises acidentais ligadas a situações agudas como (convulsões febris, encefalite, traumatismo crânio-encefálico (Guerreiro, 1999), insuficiência renal, etc. também o não são. Esta é uma noção importante, uma vez que um doente pode sofrer de crises epiléticas graves e frequentes durante uma patologia cerebral aguda e não voltar a ter mais crises durante o resto da vida.

Segundo a Associação Americana de epilepsia, uma em cada 20 pessoas têm uma única crise epilética ao longo da sua vida (Goodridge et al, 1983).

As crises epiléticas têm em comum uma característica especial, que é o seu aspecto crítico: início e final bruscos, curta duração, poucos segundos ou minutos. São igualmente estereotipadas em cada doente. As crises de longa duração (superiores a 15-20 minutos) geralmente já não são de origem epilética.

Há ainda que ter em conta que a sintomatologia pode ser extremamente variada, desde a clássica convulsão tónico-clónica até alterações da consciência, breves e pouco evidentes, passando ainda por diversos fenómenos sensoriais, como sejam alterações gustativas, olfactivas ou visuais. Em crianças em idade escolar são frequentes as crises tipo ausências em que pais e professores referem que a crianças se distrai com muita frequência.

A noção de epilepsia implica a recorrência de sintomas ao longo de meses ou anos.

Como a epilepsia só se revela após a primeira crise, o diagnóstico não é baseado simplesmente em meios complementares de diagnóstico, mas pelo contrário é muito mais clínico, ou seja, voltado para uma detalhada descrição das crises epiléticas e sintomas relacionadas a elas, fornecidos por familiares ou outras testemunhas (Gilliam et al, 2004).

Informação sobre factores que desencadearam a crise, parte do corpo afectada e progressão da actividade, além de quanto tempo durou a crise e em que momento do dia ela ocorreu, são imprescindíveis para um diagnóstico correcto. Os meios complementares de diagnóstico habitualmente utilizados, como sejam o electroencefalograma (EEG), a

tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), entre outros, servem para uma melhor caracterização da situação e avaliação da sua etiologia.

## ***2.5- Classificação clínica das crises epilépticas***

A classificação das crises e síndromes epilépticas vem sofrendo grandes alterações nos últimos anos com o surgimento e aperfeiçoamento das técnicas de investigação neurológica.

A utilização de uma classificação universal, de amplo consenso no seu uso, é um passo imprescindível em medicina para um conhecimento profundo das patologias seu diagnóstico e correcto tratamento. Não se pode conceber o acesso à investigação sem se chegar a um acordo internacional no que se refere à terminologia e classificação da patologia estudada (Lopes Lima, 2005).

Durante o 24º Congresso Internacional de Epilepsia, realizado em Buenos Aires, Argentina, entre 13 e 18 de Maio de 2001, Jerome Engel, presidente do comité executivo da Liga Internacional contra Epilepsia, apresentou na assembleia geral a nova proposta da comissão de classificação daquele órgão. Quatro subgrupos de especialistas elaboraram um esquema para a Classificação Internacional das pessoas com crises epilépticas e das Epilepsias subdividido em cinco eixos (Yacubian, 2002).

Esta classificação tem um particular interesse para o tratamento cirúrgico, para avaliação do impacto dos diferentes tipos de epilepsias em termos de incapacidade, entre outras finalidades, e que pretende ser mais abrangente e rigorosa do que as existentes.

1- Um primeiro fenomenológico tenta apenas descrever as crises, mas de uma forma pormenorizada, o que em geral implica o registo das crises em imagem para avaliação rigorosa.

2- O segundo tentará encontrar uma classificação das crises que seja consensualmente aceite mas que possa servir as diferentes finalidades em que uma classificação de crises pode ser útil (por exemplo, utilização em ensaios clínicos, em cirurgia ou em estudos epidemiológicos) possivelmente terá que haver diferentes classificações para diferentes finalidades.

3- O terceiro eixo é uma listagem aberta de síndromes epilépticas que se acrescentarão à medida que forem descritos e aceites pela comunidade científica (por exemplo os síndromes de West ou de Lennox-Gastaut).

4- O quarto eixo é também uma listagem das doenças que cursam com crises epiléticas à medida que forem bem identificadas, não apenas sindromaticamente, mas também do ponto de vista etiológico (por exemplo doenças de Lafora ou de Unverricht-Lundborg).

5- O quinto eixo pretende inserir os diversos tipos de síndromes e de doenças em grupos homogéneos de acordo com a incapacidade que implicam (Lopes Lima, 2005; Yacubian, 2002; International Classification of Functioning and Disability, 1999).

### **Classificação das Crises Epiléticas (ILAE – 1981)**

1. Crises epiléticas parciais ou focais (CP)
  - 1.1. Crises parciais simples (CPS)
    - Com sinais motores
    - Com sinais sensitivos somatossensoriais ou especiais
    - Com sinais ou sintomas autonómicos
    - Com sintomas psíquicos
  - 1.2. Crises parciais complexas (CPC)
  - 1.3. Crises secundariamente generalizadas
    - Início de CPS evoluindo para CPC
    - Início de CPS evoluindo para crise TCG
    - Início de CPS evoluindo para CPC e crise TCG
    - Início de CPC evoluindo para crise TCG
2. Crises epiléticas generalizadas
  - Crises tónico-clónicas generalizadas (TCG)
  - Crises de ausência
  - Crises de ausência atípica
  - Crises tónicas
  - Crises clónicas
  - Crises mioclónicas
  - Crises atónicas
3. Crises epiléticas não classificáveis (Epilepsy, 1981)

## **Classificação das Epilepsias e Síndromes Epilépticas (ILAE – 1989)**

### 1. Epilepsias e síndromes relacionadas com a localização

#### 1.1. Idiopáticas (com o início relacionado com a idade)

- Epilepsia benigna da infância com ponta centro-temporal
- Epilepsia benigna da infância com paroxismos occipitais
- Epilepsia primária da leitura

#### 1.2. Sintomáticas

- Epilepsia parcial contínua
- Síndromes caracterizadas por crises com factores precipitantes
- Epilepsia do lobo frontal
- Epilepsia do lobo temporal
- Epilepsia do lobo parietal
- Epilepsia do lobo occipital

#### 1.3. Criptogénicas

### 2. Epilepsias e síndromes generalizadas

#### 2.1. Idiopáticas (com início relacionado com a idade)

- Convulsão neonatal benigna
- Epilepsia mioclónica benigna da infância
- Epilepsia ausência da infância
- Epilepsia ausência juvenil
- Epilepsia mioclónica juvenil
- Epilepsia tónico-clónica generalizada do despertar
- Outras epilepsias generalizadas idiopáticas
- Epilepsias precipitadas por factores específicos

#### 2.2. Criptogénicas ou sintomáticas

- Síndrome de West
- Síndrome de Lennox-Gastaut
- Epilepsia com crises astáticas mioclónicas
- Epilepsia com ausências mioclónicas

#### 2.3. Sintomáticas

- Etiologia inespecífica
- Síndromes específicas

### 3. Epilepsias e síndromes indeterminadas, focais ou generalizadas

- Crises somente na vigência de alterações metabólicas
- Crises somente na vigência de alterações tóxicas
- Crise neonatal
- Epilepsia mioclónica severa da infância
- Epilepsia com ponta-onda contínua durante o sono lento
- Epilepsia-afasia adquirida
- Epilepsias indeterminadas

#### 4. Síndromes especiais

- Crises situacionais
- Convulsões febris
- Crises isoladas ou estado de mal epiléptico isolado (Epilepsy, 1989).

Mais recentemente e baseados nos recentes avanços da tecnologia para investigação da epilepsia, a ILAE publicou em 2001 uma nova proposta de classificação das crises epiléticas (Engel, 2001).

### **Classificação das Epilepsias e Síndromes Epilépticas (ILAE – 2001)**

#### 1. Crises epiléticas auto-limitadas

##### Crises epiléticas focais

- Crises neonatais
- Crises focais sensitivo-sensoriais com sintomas elementares
- Crises focais sensitivo-sensoriais com sintomas experienciais
- Crises focais motoras com sinais motores elementares clónicos
- Crises focais motoras com sinais motores tónicos assimétricos
- Crises focais motoras com automatismos típicos do lobo temporal
- Crises focais motoras com automatismos hipercinéticos
- Crises focais motoras com mioclonias negativas focais
- Crises focais motoras com fenómeno motor inibitório
- Crises gelásticas
- Crises hemiclónicas

- Crises secundariamente generalizadas
- Crises reflexas em síndromes de epilepsias focais

#### Crises epilépticas generalizadas

- Crises tónico-clónicas (podem iniciar com fase clónica ou mioclónica)
- Crises clónicas (com ou sem manifestações tónicas)
- Crises tónicas
- Crises de ausência típica
- Crises de ausência atípica
- Crises de ausência mioclónica
- Crises mioclónicas
- Mioclonias palpebrais (com ou sem ausência)
- Mioclonias negativas
- Espasmos
- Crises atónicas
- Crises reflexas em síndromes de epilepsias generalizadas

## 2. Crises epilépticas contínuas

#### Status epilepticus generalizado

- Status epilepticus tónico-clónico
- Status epilepticus clónico
- Status epilepticus de ausência
- Status epilepticus tónico
- Status epilepticus mioclónico

#### Status epilepticus focal

- Epilepsia parcial contínua de Kozhevnikov
- Aura contínua
- Status epilepticus límbico
- Status epilepticus hemiconvulsivo com hemiparésia

### 3. Factores precipitantes de crises reflexas

- Estímulos visuais (luz intermitente, padrões, outros estímulos visuais)
- Música
- Leitura
- Pensamento
- Alimentação
- Praxia
- Estímulos sensitivo-sensoriais
- Estímulos proprioceptivos
- Sobressalto

Todavia na prática clínica continua-se a utilizar as classificações aceites pela LICE e publicadas em 1981 e em 1989.

#### ***2.5.1- Caracterização das Crises***

Pela classificação da Liga Internacional contra a Epilepsia (LICE) em 1989 as crises dividem-se se em dois grandes grupos dependendo do seu início electro-clínico: as que se iniciam numa região localizada do córtex são denominadas de crises focais ou parciais e as que se iniciam por uma descarga generalizada, são as chamadas crises generalizadas.

##### ***1-Crises parciais ou Focais***

As crises ***parciais ou focais*** surgem em sequência de uma descarga anómala e síncrona de um conjunto, ou foco, de células corticais dando lugar a uma crise epiléptica cuja sintomatologia varia de acordo com a área cerebral atingida.

Assim dentro das crises focais ou parciais temos:

### ***-Crises Parciais simples***

O doente não perde a consciência mas pode apresentar mau estar, náuseas, estados emocionais incongruentes com a realidade como medo ou perplexidade ou apresentar distúrbios sensitivos, sensoriais e motores em regiões específicas do corpo.

### ***-Crises Parciais Complexas***

Usualmente são precedidas de sensações estranhas como déjà-vu, frio, mau estar, medo, enjoos, alterações de consciência, sensações de formigueiro, sintomas visuais, e movimentos clónicos de alguns músculos. Caracterizam-se pela perda de conhecimento, mantendo-se com os olhos abertos “olhar parado” habitualmente sem ser acompanhado por queda, com postura distónica das extremidades e eventualmente acompanhada por automatismos repetitivos de deglutição ou mastigação, automatismos motores ou mesmo de vocalização. Estas crises podem aparecer em qualquer idade. Os sintomas dependem da área cerebral afectada.

### ***-Crises Parciais secundariamente generalizadas***

Tanto as crises parciais simples como as crises parciais complexas podem originar secundariamente contracções tónico-clónicas generalizadas devido ao envolvimento progressivo de todo o córtex a partir do foco inicial.

## **2-Crises generalizadas**

Estas crises surgem habitualmente nas epilepsia idiopáticas podendo todavia também aparecer em epilepsias secundárias a lesões do córtex cerebral. Como exemplo de crises generalizadas temos:

**- Crises de Ausências**

Estas crises eram chamadas no passado de “pequeno mal”.

Nestas crises os doentes ficam com olhar parado por alguns instantes, piscam os olhos e têm por vezes movimentos mastigatórios. Durante as crises os doentes interrompem o que estavam a fazer retomando as actividades após as crises como se nada tivesse acontecido. Estas crises ocorrem geralmente em crianças.

Como estas crises costumam repetir-se diversas vezes ao longo do dia (10-50-100 vezes), há uma queda natural na performance escolar. Frequentemente não há outros sinais durante a crise; porém, em alguns casos podem ser notados discretos movimentos tónicos ou clónicos de pálpebras e boca, bem como leve queda da cabeça.

Estas crises são facilmente induzidas pela hiper-ventilação provocada e são acompanhadas por uma descarga de ponta-onda a 3 ciclos por segundo no EEG.

**-Crise Mioclónica**

São crises com abalos musculares e movimentos bruscos de alguns músculos dos membros e da face que aparecem sobretudo nas transições vigília-sono.

Estes abalos podem ser únicos ou múltiplos e, neste caso, repetem-se rapidamente.

Estes doentes habitualmente referem-se a estes abalos como tremeliques ou choques.

No electroencefalograma surgem descargas de poli-ponta onda generalizada e podem ser despertadas pela estimulação luminosa intermitente.

**-Crise Tónico – Clónica**

É a convulsão propriamente dita, na qual o doente perde a consciência, apresenta postura tónica generalizada, seguida de abalos musculares. Por vezes durante a crise o doente respira com dificuldade, saliva excessivamente, morde a língua e tem incontinência urinária.

A consciência é recuperada lentamente e a maioria destas pessoas referem cefaleias e mialgias difusas no pós-crise.

São ataques que do ponto de vista electroencefalográfico apresentam comprometimento inicial de todo o córtex cerebral.

#### ***-Crise Atónica-astáticas***

Nestas crises os doentes perdem o tónus muscular e caem no chão provocando por vezes ferimentos graves. Todavia, algumas vezes, a repentina falta de tónus poderá ficar restrita a determinados músculos e o paciente poderá não sofrer queda. Simplesmente inclinar a cabeça ou baixar bruscamente o corpo, por exemplo.

Ocorrem geralmente em doentes com graves problemas neurológicos e mentais e muitas vezes refractárias ao tratamento medicamentoso.

#### ***- Crises Tónicas***

Contração generalizada e sustentada com hiper-extensão, na qual o paciente entra numa apeia severa, de duração variável dependendo da etiologia. A intensidade da hipertonía pode ser assimétrica, envolvendo mais um membro que outro.

Normalmente estas crises são acompanhadas de queda. Corresponde a um fenómeno exortatório que compromete a via piramidal.

#### ***- Crises Clónicas***

Ocasionalmente, durante uma crise tónico-clónica, poderá faltar uma verdadeira fase tónica e o ataque ser caracterizado por repetidos abalos clónicos. A frequência dos abalos irá diminuindo com a progressão da crise. Por outro lado, sintomas pós ictais são, geralmente, de menor intensidade e, igualmente, de menor duração.

#### ***Classificação de síndromes epilépticos***

Um síndrome epiléptico é definido como um distúrbio epiléptico caracterizado pela presença de sinais e sintomas que usualmente aparecem em conjunto. Os sinais e sintomas

podem ser clínicos (como história, tipos de crises e modo de aparecimento destes, achados neurológicos e neuropsicológicos) ou achados de exames complementares, como EEG e estudos de neuroimagem (Yacubian, 2002).

A classificação de síndromes epilépticos divide-se em 4 grupos:

**1- *Epilepsias localizadas*** – São as epilepsias que têm início num foco independentemente de serem simples ou complexas e que tenham ou não generalização secundária.

São exemplo de epilepsias localizadas as seguintes:

*-Epilepsias localizadas secundárias ou sintomáticas* – São a grande maioria das epilepsias provocadas por uma lesão focal qualquer que seja o lobo do córtex cerebral atingido.

*-Epilepsias localizadas idiopáticas ou primárias* - Como o nome indica, são epilepsias que aparecem no cérebro sem que haja qualquer lesão do mesmo. Estas epilepsias são geralmente benignas, surgem durante o desenvolvimento cerebral e depois desaparecem de uma forma espontânea.

**2- *Epilepsias generalizadas idiopáticas ou primárias*** – As epilepsias generalizadas são preponderantemente primárias ou idiopáticas e diferem consoante a idade de aparecimento da patologia.

Como exemplo temos:

*-A epilepsia de ausências da infância* - formada por crises de ausências que aparecem entre os quatro e os dez anos e que tendem a desaparecer a partir da adolescência.

*-A epilepsia de ausências juvenil* - parece um pouco mais tarde e tem tendência a um pior prognóstico.

-A *epilepsia mioclónica juvenil* - caracterizada por crises de mioclonias matinais.

-A *epilepsia das crises de grande mal do acordar* - caracterizada por crises tónico- clónicas que aparecem ao acordar ou durante a primeira hora da manhã.

Existem ainda outras formas de epilepsia:

Epilepsias generalizadas primárias e casos em que há complicação por outras formas de epilepsia generalizadas primárias.

Epilepsias generalizadas secundárias – são epilepsias em que aparecem crises generalizadas mas que são sintomáticas de lesões extensas estáticas ou progressivas do córtex cerebral, como é o caso dos Síndromes de West, Síndromes de Lennox-Gastaut e epilepsias Mioclónicas Progressivas respectivamente.

**3- *Epilepsias de classificação indefinida*** – Neste grupo incluem-se as epilepsias e as síndromes epilépticas que não tem uma posição definida quanto à natureza localizada ou generalizada da respectiva etiopatogenia. Como exemplo, temos as afasias adquiridas da infância ou síndrome de Landau-Kleffner, e as situações em que não se sabe com rigor se são crises secundárias ou primariamente generalizadas.

**4- *Outros síndromes epilépticos*** - Neste grupo incluem-se situações clínicas que cursam com crises epilépticas mas que não correspondem à definição de epilepsia. São exemplos as convulsões febris das crianças ou as crises de abstinência alcoólica, que são caracterizadas pela repetição das crises, o aparecimento destas deve-se a um estímulo e não surgem de uma forma espontânea. Como exemplo temos crises únicas que não se voltam a repetir e estados de mal, também únicos, sem crises subsequentes.

## ***2.6- Tratamento da epilepsia***

A epilepsia é uma doença que se caracteriza pela repetição de crises. Quando não são tratadas as crises tendem a repetir-se em intervalos cada vez mais curtos, como se uma crise preparasse o terreno para a sua repetição.

As crises comportam algum risco para o doente, sobretudo traumático. As crises generalizadas, ou mesmo as crises parciais de curta duração podem perturbar a vida do doente (por exemplo impedindo-o de conduzir).

Os medicamentos anti-epilépticos de que dispomos não curam a epilepsia mas são eficazes no controlo da repetição de crises. Deve colocar-se num dos pratos da balança o risco de recorrência de crises e no outro, os potenciais riscos de efeitos secundários de um tratamento crónico de meses ou anos. Há por isso boas razões para fazer tratamento anti-epiléptico na grande maioria dos doentes com epilepsia (Alves, 2005).

O tratamento da epilepsia passa inicialmente pela utilização de fármacos, hoje em dia mais eficazes e mais seguros do que o que eram há vários anos atrás. Calcula-se que cerca de 70% a 80% dos novos doentes fiquem controlados com qualquer um dos fármacos anti-epilépticos de 1ª linha em monoterapia (Engel, 1998), os restantes doentes são geralmente tratados em regime de politerapia, com dois e, mais raramente 3 fármacos, existindo no entanto um grupo importante de doentes que, quer devido às características da sua epilepsia quer devido a problemas farmacodinâmicos ou farmacocinéticos das associações com que são tratados, apresentam situações de epilepsia refractária.

Para alguns destes doentes refractários existe uma hipótese cirúrgica.

OPÇÕES TERAPÉUTICAS POR TIPO DE CRISE			
Tipo de crise	Fármacos de 1ª linha	Fármacos de 2ª linha	Fármacos a evitar (podem agravar crises)
Generalizadas tónico-clónicas	Carbamazepina	Clobazam	Tiagabina
	Lamotrigina	Levetiracetam	Vigabatrina
	Valproato de sódio		
	Topiramato		
Ausências	Etosuximida	Clobazam	Carbamazepina
	Lamotrigina	Clonazepam	Gabapentina
	Valproato de sódio	Topiramato	Tiagabina Vigabatrina
Mioclónicas	Valproato de sódio (Topiramato na ep. mioclónica grave da infância)	Clobazam	Carbamazepina
		Clonazepam	Gabapentina
		Lamotrigina	Tiagabina
		Levetiracetam Topiramato	Vigabatrina
Tónicas	Lamotrigina Valproato de sódio	Clobazam	Carbamazepina
		Clonazepam	
		Levetiracetam	
		Topiramato	
Atónicas	Lamotrigina Valproato de sódio	Clobazam	Carbamazepina
		Clonazepam Levetiracetam Topiramato	Fenitoina
Focais com ou sem generalização secundária	Carbamazepina Lamotrigina Valproato de sódio Topiramato	Clobazam	
		Gabapentina	
		Levetiracetam	
		Fenitoina	
		Tiagabina	

(Alves, 2005)

O prognóstico em epilepsia pode ser definido como a probabilidade de o paciente entrar num período de remissão das crises. A remissão completa das crises é a meta principal, tanto para o doente como para o médico. Para se estabelecer o prognóstico das epilepsias é importante observar que a análise de diferentes grupos de doentes leva a conclusões muito diversas.

Os primeiros estudos até 1968, baseados em casuísticas de doentes tratados em hospitais, mostraram, que aproximadamente um terço dos pacientes ficavam livres de crises por um período de dois a quatro anos.

Estudos posteriores (após 1968) mostraram a remissão de crises em aproximadamente dois terços dos pacientes, principalmente nos estudos em que a população estudada era da comunidade. Quatro desses estudos mostraram remissão das crises em

respectivamente 70%, 75% e 68% dos pacientes. Um dos estudos foi prospectivo e mostrou que 86% de 564 pacientes com epilepsia tiveram remissão por três anos e 68% por cinco anos (Annegers et al, 1979).

Estes estudos mostram portanto que a maioria dos pacientes com epilepsia tem um prognóstico bom ou excelente a longo prazo.

## ***2.7- Aspectos económicos na epilepsia***

A epilepsia resulta em custos económicos significativos não apenas devido à sua alta incidência e prevalência, mas também pelo facto de ser uma doença crónica, que na maioria dos casos pode ser apenas tratada quanto aos seus sintomas. A capacidade das pessoas com epilepsia para o trabalho pode ser afectada e indivíduos doentes sofrem significativa carga social e psicológica (Jacoby et al, 1996).

Embora até 80% das pessoas com epilepsia possam ter as suas crises completamente controladas com medicação anti epiléptica, o potencial para novas crises persiste e a maioria dos doentes necessita de tratamento por vários anos.

Para quantificar o impacto financeiro de qualquer doença, avaliações económicas devem definir a perspectiva pela qual os gastos são calculados.

De qualquer perspectiva em que o custo de uma doença for analisado, custos e economias são categorizados em termos da sua relação com o tratamento. A classificação mais utilizada é aquela que distingue entre custos directos, custos de produtividade ou custos indirectos e custos intangíveis (Robinson, 1993).

Assim sendo custos directos são aqueles que surgem em relação directa com a doença e seu tratamento e são facilmente compreendidos em termos de valor monetário.

Custos de produtividade ou custos indirectos são os efeitos da doença e de seu tratamento no tempo dos pacientes é usualmente aferido em termos dos seus efeitos na produtividade do ambiente de trabalho.

Epilepsia pode reduzir a produtividade se os doentes realizam pior os seus trabalhos, tiram folgas ou ficam desempregados. Mortalidade prematura também pode ser considerada em termos dos seus efeitos na força de trabalho.

Estes custos são descritos como custos indirectos – embora este termo seja ambíguo, pois em contabilidade custos indirectos referem-se aos custos inerentes à administração de negócios.

Na maioria das avaliações económicas, os custos de produtividade são estimados em termos do valor médio do tempo de trabalho perdido. Este processo tem seu fundamento no método do capital humano (Weisbrod, 1961).

Na sua forma original, o método do capital humano avalia a vida do indivíduo de acordo com seus ganhos futuros. Este método também é aplicado para avaliar os efeitos de doenças temporárias na habilidade individual de se realizar um trabalho. Por exemplo, o custo da perda de dez dias de trabalho devido à epilepsia seria avaliado como equivalente à perda da média de ganho de dez dias por aquele trabalhador.

Gastos intangíveis surgem devido ao senso de bem-estar associado com a melhor saúde e vice-versa. São descritos como intangíveis porque são difíceis de serem medidos.

Em doenças crónicas como epilepsia, que é geralmente estigmatizante socialmente, estes gastos são provavelmente significativos. Infelizmente, não há consenso sobre método para avaliar o valor financeiro de melhor saúde ou bem-estar em epilepsia. Estimativas contingências tais como disposição para pagar por tratamento e resultados podem ser usados para estimar tais custos pela perspectiva dos pacientes, mas estas técnicas não foram utilizadas amplamente nos serviços de saúde (Klose, 1999).

Além de tudo isto surge também o impacto económico dos investimentos dos serviços de saúde para o tratamento da epilepsia como é o caso das cirurgias da epilepsia, entre outros.

Entender a diferença entre custos e benefícios directos, indirectos e intangíveis permite a compreensão dos benefícios de se investir em serviços de epilepsia. Serviços de cirurgia de epilepsia são um bom exemplo.

Vários são os estudos económicos que comparam os custos da cirurgia da epilepsia com o custo do tratamento clínico da mesma (Langfitt, 1997).

Estes estudos demonstraram que apesar do alto custo da avaliação pré-cirúrgica, os benefícios obtidos em termos de melhoria clínica é menor do que o tratamento clínico e os serviços ultrapassam os custos em longe podendo justificar a expansão dos programas de cirurgia.

Assim sendo e para concluir, vários são os factores económicos que entram em jogo quando se trata de epilepsia e seus tratamentos. Através do mundo, os recursos disponíveis para tratar epilepsia são escassos e pesquisas sobre economia de saúde é essencial para assegurar que orçamentos limitados sejam usados de forma racional.

## ***2.8- Aspectos psicossociais na epilepsia***

As epilepsias podem acarretar problemas de ordem social aos seus portadores e familiares, uma vez que dificulta a estes conquistar a independência e auto-estima necessárias para o desenvolvimento dos seus papéis sociais; exige dos familiares uma reestruturação para enfrentar o problema tanto no âmbito familiar quanto perante a comunidade e sociedade na qual se inserem.

Os principais problemas psicossociais associados às epilepsias derivam principalmente de limitações impostas pelas próprias crises e seu tratamento, eventuais lesões neurológicas e reacções habitualmente negativas da sociedade e do próprio doente.

As epilepsias podem trazer uma série de consequências ao sistema familiar, conduzindo muitas vezes à desintegração de sua homeostase.

Observamos com frequência a dificuldade vivenciada no caso de crianças com epilepsia em adquirir sua identidade e auto-estima, reforçada muitas vezes pela tendência revelada pelos familiares em designar inconscientemente o portador de epilepsia como válvula de escape para aliviar tensões existentes no grupo.

Também observamos a manifestação velada dos pais da não-aceitação do problema através de atitudes que vão da super protecção até a explícita rejeição.

A super protecção é observada muito frequentemente.

Esta inicia-se com o diagnóstico da doença e com o subsequente comportamento de super protecção dos pais; entretanto, pode tornar-se patológica se esses comportamentos persistirem e atrasarem ou dificultarem o desenvolvimento da criança.

Esta atitude é um dos fenómenos mais frequentemente observados em famílias de crianças portadoras de epilepsia.

Esses sentimentos, nem sempre claros para os doente e seus familiares, são ainda tumultuados pela necessidade de reorganização económica frente ao tratamento e frente à exigência manifestada pela sociedade, através de suas instituições, apontam com frequência a inadequação dessas crianças consideradas "diferentes". Esses factores contribuem para reforçar os sentimentos de frustração e insegurança dos familiares e pacientes.

As interferências nas actividades da vida diária dos pacientes podem também ser decorrentes de atitudes de não-aceitação deles próprios, da percepção e interiorização da discriminação e do estigma ao qual estão sujeitos, manifestados por outras pessoas.

A epilepsia, em função das crises e de sua cronicidade, é condição que altera a vida do portador tanto no aspecto físico quanto psicossocial (Devinsky et al, 1993, Baker et al,

1997). É uma síndrome estigmatizante, que impõe restrições desde o aspecto familiar, passando pela escola, trabalho e lazer, até aspectos legais, como no caso da condução de veículos automóveis.

Doentes epiléticos apresentam uma alta-frequência de desajustes emocionais, os quais nem sempre estão associados à gravidade do seu quadro clínico mas, frequentemente, à dificuldade de aceitar o próprio diagnóstico e às limitações que as crises acarretam.

Dessa maneira, os pacientes geralmente desenvolvem como mecanismo de defesa a negação do diagnóstico, visando manter o equilíbrio emocional. O ambiente doméstico pode ser especialmente perigoso para os portadores de epilepsia. Outros desafios incluem as tentativas de suicídio, desemprego e alcoolismo (Long et al, 1997).

Após o período de negação, segue-se um período de conflito, no qual o paciente tenta aceitar essa nova realidade. A seguir, o paciente entra no período de depressão, começando a assimilar a situação desesperante. Este período, se não for muito demorado, deve ser considerado normal, após o qual se segue, eventualmente, um período de aceitação.

Além disso, o paciente epilético encontra muitos factores desencadeantes de alterações psicossociais. O primeiro é a ansiedade de ser portador de uma doença crónica. No entanto a principal dificuldade do paciente epilético é a característica episódica da sua doença. O receio de convulsão leva a pessoa com epilepsia a ficar com medo de praticar actividades sociais normais, como sair com amigos durante a adolescência e até já na fase adulta.

A ameaça de uma crises é maior que a ocorrência. No entanto, a crise epilética é uma experiência muito penosa para vários membros da população em geral, e há tanto folclore associado a ela, que a visualização desse episódio é considerada mais traumática para o espectador que para o próprio paciente epilético.

Para além disso os pacientes com epilepsia têm uma maior prevalência de distúrbios comportamentais (depressão e ansiedade) e problemas cognitivos (alterações de memória e nomeação) do que a população no geral.

O diagnóstico de epilepsia pode ter consequências nefastas para as actividades de adultos e crianças. Alguns pacientes ficam apreensivos em relação ao casamento (anti-concepção, fertilidade, gravidez, malformações congénitas e cuidados dos filhos), e com oportunidades limitadas de trabalho e suas consequências (Cramer et al, 1998).

### ***2.8.1- Fisiologia da dor***

A dor é uma sensação de complexa percepção e tem a importante função de alertar para uma agressão que deve ser evitada ou tratada.

O sistema nervoso é composto por dois sistemas funcionais: o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central.

As terminações nervosas livres existentes na pele e noutros tecidos possuem os receptores da dor.

É através do sistema nervoso periférico que o estímulo da dor é percebido e captado. Os nervos sensoriais e motores da coluna espinal conectam os tecidos e órgãos ao sistema nervoso central, completando assim o sistema.

Os impulsos dolorosos provêm de nociceptores localizados na pele, músculos, articulações, tecido conjuntivo e vísceras. Os axónios sensitivos que enervam a pele podem ser caracterizados pelo seu diâmetro e velocidade de condução, existindo assim fibras A $\alpha$  e A $\beta$  que respondem a estímulos mecânicos, e fibras A  $\delta$  e C que são responsáveis pela transmissão de vários estímulos, entre os quais estímulos nocivos (MacKay, 1999).

Os estímulos são conduzidos através destas fibras nervosas (A  $\delta$  e C) até ao corno dorsal da coluna espinal e sobem perorando os tractos espinotalâmicos e espinoreticulares até às estruturas centrais (Formação Reticular Ascendente, Mesoencéfalo, Tálamo, Sistema Límbico e cortex). As fibras A  $\delta$  são fibras mielínicas grossas (de 4 mm de diâmetro) que conduzem impulsos que correspondem a uma sensação aguda traduzida por uma dor fina, tacto e frio. É a primeira forma de impulso de dor que recebemos devido à velocidade em que é transmitida. As fibras C são fibras amiélinicas de (0.5mm de diâmetro) que transportam sensações mais grosseiras traduzidas por dor difusa, tacto e sensações térmicas.

A actividade dos receptores nociceptivos é modulada pela acção de substâncias químicas, denominadas algogénicas, liberadas em elevada concentração no ambiente tecidular em decorrência de processos inflamatórios, traumáticos e/ou isquémicos.

De entre as substâncias algogénicas, destacam-se: a acetilcolina, as prostaglandinas, a histamina, a serotonina, a bradicinina, o leucotrieno, a substância P, a tromboxana, o factor de ativação plaquetário, os radicais ácidos e os íons de potássio.

### **Vias ascendentes da dor**

A informação nociceptiva proveniente da periferia é modulada no seu percurso ascendente até ao córtex somatossensitivo. O primeiro local de controle é a medula espinal onde o balanço entre aferências nociceptivas e não nociceptivas consegue controlar a transmissão de informação nociceptiva para centros nervosos superiores. Este balanço não é mais do que a teoria do “Portão de controlo”.

Está estabelecido há vários anos que os *inputs* nociceptivos espinais estão sujeitos a influências modulatórias supraespinais. Estes sistemas endógenos podem ser activados por vários estímulos, como por exemplo o *stress*, um estado de doença, comportamento cognitivo ou mesmo pela dor (Urban et al, 1999).

A informação nociceptiva é transmitida da medula espinal para o tálamo e para o córtex por cinco vias ascendentes:

- O trato espinotalâmico é a via nociceptiva mais importante uma vez que contém os neurónios da lâmina I, específicos para a dor assim como células de grande amplitude dinâmica (*wide dynamic range cells*) da lâmina V. A importância desta via encontra-se ainda relacionada com o facto do complexo ventrobasal do tálamo, área de terminação das fibras da medula espinal, projectar para a área somatossensitiva do córtex. Os axónios projectam pelo lado contralateral da medula espinal e ascendem na substância branca Antero-lateral terminando no tálamo.
- O tracto espinoreticular compreende neurónios das lâminas VII e VIII e termina quer no tálamo quer na formação reticular. A activação reticular parece ser importante nos fenómenos de atenção, no comportamento emocional e afectivo nas respostas eversiva assim como no desencadeamento das respostas vegetativas incluindo a activação dos sistemas endógenos de controle da dor.
- O tracto espinomesencefálico compreende neurónios das lâminas I e V e termina na formação reticular mesencefálica e na substância cinzenta periaquedutal. A activação dos núcleos mesencefálicos pode originar respostas motoras face à fonte da dor e mediante as suas colecções pode participar na componente afectiva e motivacional da dor.

- O tracto cervico talâmico surge do núcleo cervical lateral que recebe input dos neurónios das lâminas III e IV terminando no tálamo.
- O tracto espinohipotálamico compreende neurónios das lâminas I, V e VIII e projecta directamente para centros de controlo autónomico supraespinal. Pensa-se que activa respostas neuroendócrinas e cardiovasculares complexas (Basbaum et al, 2000).

### **Bases Bioquímicas**

Em qualquer área do sistema nervoso, a transmissão e modulação nociceptiva ocorre através da libertação de substâncias químicas.

Os neurotransmissores ligam-se a receptores específicos induzindo alterações na permeabilidade iónica da membrana pós-sináptica, produzindo desta forma diferenças de potencial que determinam o nível de actividade do neurónio e a sua capacidade de transmitir informação a outros neurónios.

A complexidade e o número de neurotransmissores envolvidos num determinado tipo de dor não são conhecidos na sua maioria.

A estimulação eléctrica em regiões diversas do cérebro e medula pode reduzir ou mesmo bloquear os impulsos dolorosos transmitidos na medula. Foram descobertos dois sistemas de opiáceos no cérebro, compostos semelhantes à morfina, as encefalinas e as endorfinas. Estas actuam como transmissores excitadores que activam porções do sistema analgésico do cérebro.

### **Via descendente da dor**

A via descendente dirige-se em sentido diametralmente oposto ao da via sensitiva ascendente, exercendo um efeito inibitório e modelador sobre as estruturas distais muito particularmente sobre o cordão posterior da medula.

No processamento do estímulo doloroso existem portanto duas vias: a via ascendente e a via descendente.

A via ascendente conduz a informação nociceptiva da periferia, através de fibras nervosas, até corno posterior da medula e desta para o córtex.

A via descendente exerce um controlo inibitório no tráfego nociceptivo ascendente.

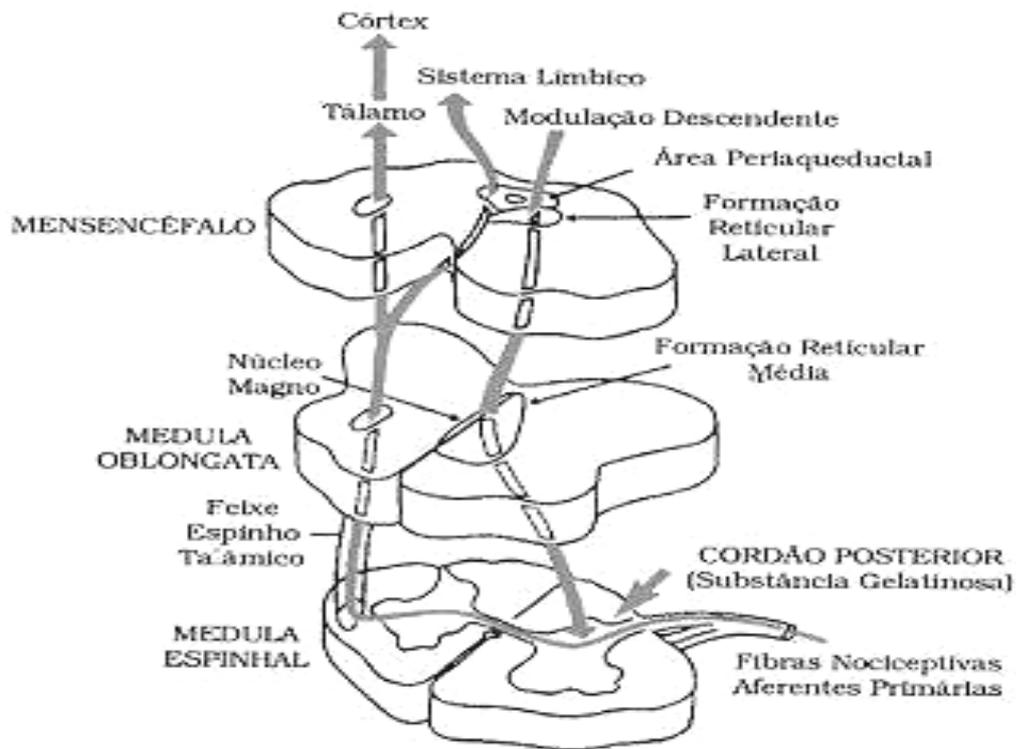


Figura 1-Esquema da interação das vias ascendentes e descendentes

De acordo com o mecanismo fisiopatológico, a dor pode ser classificada em três tipos: nociceptiva, neuropática e dor influenciada pelo sistema nervoso simpático, sendo frequentemente mista, com predomínio de um deles.

O certo é que a dor é muito mais que apenas reflexo biológico. Existe uma infinita espécie de factores, ambientes, estados emocionais, cognitivos e psicológicos, que podem actuar com estimuladores ou inibidores da dor.

Como já foi referido vários são os estudos que demonstram alterações no comportamento em doentes com epilepsia, mas outros existem que demonstram a existência de dor assim como o estigma existente ainda hoje nestes doentes.

Os mecanismos fisiopatológicos das crises epiléticas ainda não foram completamente esclarecidos. Sabe-se no entanto, que a génese das crises epiléticas está

relacionada com a instabilidade eléctrica das membranas celulares de um ou mais neurónios.

Os canais de cálcio tipo T abrem em resposta a uma pequena despolarização da membrana plasmática. A entrada de duas cargas positivas em todos os canais iónicos de cálcio leva a uma nova despolarização da membrana.

Desta maneira os canais têm um papel importante ao regular a entrada de Na(+) e Cal (2+). Esta instabilidade propaga-se localmente originando crises parciais, ou globalmente, originando crises generalizadas.

Mutações em genes dos canais iónicos foram encontradas em muitas patologias assim como foram encontrados mutações dos genes canal T em doentes com epilepsia de ausências na infância (Nelson et al, 2006).

### ***2.8.2- Dor em epilepsia e Sintomas associados***

Dor foi definida, em 1986, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões”. A dor é sempre subjectiva. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências.

Este conceito não admite portanto uma relação directa entre lesão orgânica e dor e enfatiza o aspecto de subjectividade na interpretação do fenómeno doloroso.

Há muitas situações onde a relação entre a intensidade da dor e a gravidade de uma lesão não existe, ou a lesão pode ocorrer sem dor ou a dor sem lesão orgânica notável.

A dor é assim uma entidade sensorial múltipla que envolve aspectos emocionais, sociais, culturais, ambientais e cognitivos. Essa "entidade" possui um carácter muito especial, que vai variar de pessoa para pessoa, sob influência da aprendizagem cultural, do significado atribuído à situação em experiências anteriores vividas e recordações destas, bem como à capacidade de compreender as suas causas e consequências.

A dor invoca por outro lado emoções e fantasias, muitas vezes incapacitantes, que traduzem o sofrimento, incerteza, medo da incapacidade, da desfiguração e da morte, preocupação com perdas materiais e sociais são alguns dos diferentes componentes do grande contexto dos traços que descrevem a relação doente com sua dor (Lewwis et al, 1991).

Enquanto a investigação da dor como um fenómeno fisiológico é importante, dor não pode todavia ser reduzida a fisiologia desde que ela possa ser explicada por paradigmas sociais e morais. A dificuldade de falar sobre dor e compreender a dor de outra pessoa

resulta da sua complicada origem como função do corpo humano e conseqüentemente da sua identidade.

Na epilepsia vários são os sintomas associados a esta patologia. De entre outras podemos destacar parastésias como formigamento e dormência, alterações visuais, auditivas e olfactivas, alteração de consciência, perda de conhecimento, automatismos como: movimentos mastigatórios; deglutição repetitiva; expressão fixa de medo, raiva ou prazer; actividades motoras estranhas, como andar em círculos ou tocar desajeitadamente em objectos à sua volta, manipulação dos órgãos genitais ou franca masturbação, despir-se, etc. Ataques de natureza autonómica como vertigem, pilo-erecção e taquicardia não constituem uma excepção. Além destes, queixas como desconforto epigástrico e, mais raramente, dor abdominal, podem ser apresentados.

Todavia, todos estes sintomas têm um típico carácter paroxístico e, frequentemente, estão associados a algum outro tipo de crise, facilitando o reconhecimento da natureza epiléptica dos mesmos.

Apesar de todos estes sintomas associados à epilepsia a verdadeira dor nesta patologia deve-se ao estigma existente e à forma como estes doentes são vistos pela sociedade em geral pelo desconhecimento ainda hoje existente.

Assim sendo a maior "dor" ocorre quando o paciente deixa de ser uma "pessoa normal" e passa a ser uma "pessoa epiléptica". A palavra epilepsia provoca rejeição e reflecte o preconceito existente em torno da doença, o que contribui para que os portadores sejam gradualmente estigmatizados pela sociedade (Fernandes et al, 2001).

Em qualquer idade é provável aparecerem incertezas em relação ao prognóstico de uma doença crónica mas especialmente para o adolescente e jovem adulto, pois há o desejo de independência e autonomia e as relações estão a começar a ser definidas.

As conseqüências psicossociais são grandes com uma doença crónica: preocupação com os estudos, perspectivas futuras, efeitos colaterais da medicação anti-epiléptica, consumo de álcool, sexualidade, dúvidas em relação ao tratamento cirúrgico, assim como restrições de lazer.

Na epilepsia, há uma longa história de mudanças de definições e significados, que afectam como as pessoas experienciam e percebem as reacções dos outros. Demónios ou deuses, espíritos sobrenaturais, humor e desequilíbrio mental e, mais recentemente alterações eléctricas no funcionamento do cérebro foram determinando um sentido, ideias e crenças pessoais e sociais que são estimuladas já no diagnóstico e influenciam profundamente a experiência da epilepsia (Suuermeijer et al, 1995).

O diagnóstico da epilepsia gera pois uma série de sentimentos, que quase sempre incluem: medo, ira culpa, tristeza, ansiedade, confusão, negação e preocupação (Lewwis et al, 1991).

Estes sentimentos levam a comportamentos, normalmente inapropriados, que no caso de se tratar de crianças levam os pais a uma super protecção, permissividade, rejeição e baixa expectativa em relação aos filhos. A partir destas reacções, as crianças aprendem rapidamente que há algo de errado com elas e conseqüentemente, começam a apresentar comportamentos inadequados de dependência insegurança, irritabilidade e imaturidade (Thompson, 1994).

As epilepsias evocam reacções que variam do mistério ao medo e são muitas vezes vistas como mensagens do sobrenatural. Muitas pessoas com epilepsia são excluídas da sociedade e privadas de tratamento. Esses mitos e conceitos erróneos podem ser minimizados pela educação dos pacientes, familiares, profissionais de saúde e da própria comunidade uma vez que o conhecimento sobre a epilepsia e o seu tratamento pode levar a um maior senso de poder e controle necessário para o tratamento melhorando assim a qualidade de vida dos doentes.

### ***2.8.3- Ansiedade epilepsia***

Vários são os estudos que demonstram alterações no comportamento em pacientes com epilepsia, nomeadamente o aumento da ansiedade e o medo constante da existência de uma nova crise em qualquer momento e em qualquer lugar.

De referir aqui que se entende por ansiedade uma emoção semelhante ao medo, e que se caracteriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente acompanhado por sintomas autonómicos, como cefaleias, palpitações, aperto no peito etc., e que é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga, ou de origem conflituosa (Guerreiro, 1999).

A palavra ansiedade tem origem do termo grego “anshein”, que significa "estrangular, sufocar, oprimir". O termo correlato, angústia, origina-se do latim “angor” que significa "opressão" ou "falta de ar", e “angere” que quer dizer "causar pânico". Essas palavras latinas derivam da raiz germânica angh, indicando "estreitamento ou constrição". Todos esses termos referem-se, metaforicamente, à experiência subjectiva característica da ansiedade.

A capacidade de tolerar a ansiedade varia muito e, por isso, muitas vezes é difícil de se determinar o que significa “ansiedade anormal”. No entanto, quando ela ocorre em

momentos inadequados ou é tão intensa e duradoura que chega a interferir nas actividades normais, ela será então considerada como um distúrbio.

Desde as primeiras reflexões sobre a ansiedade, que se registaram na Grécia clássica, a experiência subjectiva era sempre associada a sintomas corporais. Na Antiguidade, bem como durante a Idade Média, a ansiedade raramente era tida como doença, embora Hipócrates já tivesse descrito casos óbvios de fobia.

A ansiedade é um estado emocional humano e como tal é normalmente listada entre esses estados, assim como medo, amor, ódio, raiva, alegria, vergonha e culpa (Bernik et al, 1999). Embora seja simples diferenciar um estado emocional de outro tipo de sensação (exemplo: medo ou dor), não existe uma definição precisa para uma emoção como a ansiedade. Alguns autores consideram impossível defini-la.

Biologicamente, a ansiedade pode ser definida como é um estado emocional, ligado à percepção de determinados contextos ambientais (lugares, pessoas, actividades, etc.) que são comparados a vivências anteriores (memória) e que activam sistemas cerebrais específicos, com função adaptativa (sucesso do indivíduo) (Gray, 1987).

A ansiedade manifesta-se em diferentes planos: psicológico, fisiológico comportamental (Graeff, 1997) e é vivenciado por todo o ser humano.

É um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão e desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (Allen et al, 1995).

Embora a ansiedade favoreça a performance e a adaptação, isto só acontece até um certo ponto, ou seja, até que o nosso organismo atinja um máximo de eficiência. A partir de um ponto excedente a ansiedade, ao invés de contribuir para a adaptação, concorrerá exactamente para o contrário, ou seja, para a falência da capacidade adaptativa.

A ansiedade aparece na nossa vida como um sentimento de apreensão, uma sensação de que algo está para acontecer, ela representa um contínuo estado de alerta e uma constante pressa em terminar as coisas que ainda nem começamos.

É um estado de alarme contínuo e uma prontidão para o que der e vier.

No ser humano o conflito parece ser essencial ao desenvolvimento da ansiedade. No nosso quotidiano, sem termos plena consciência, experimentamos um sem-número de pequenos conflitos, interpessoais ou intra psíquicos; as tensões entre ir e não ir, fazer e não fazer, querer e não poder, dever e não querer, poder e não dever, e assim por diante. Portanto, motivação fisiológica para o aparecimento da ansiedade existe de sobra.

Os sintomas destes transtornos são os mais variados: insónia, alteração de apetite e de peso, perda de memória, taquicardia, dores no peito, fadiga, dificuldade de controle de

comportamentos, como a ingestão de álcool, drogas e alimentos, irritabilidade, tristeza, raiva, ideias suicidas, queda da auto-estima, alterações de libido e outras disfunções sexuais.

Algumas variantes dos sintomas do transtorno ansioso são os vícios, os maus hábitos, que também são ligados aos transtornos compulsivos, como o vício de fumar (descobertas recentes dizem que a nicotina além de seus malefícios tem a capacidade química de uma acção ansiolítica e até anti depressiva), o vício de comer (esta já não é uma descoberta tão recente que o açúcar é um poderoso calmante), o vício do álcool (outra substância que além de causar danos a saúde tem importante efeito ansiolítico e anti depressivo momentâneo).

As pessoas ansiosas de forma não voluntária buscam o alívio para a sua ansiedade através do uso compulsivo destas e de outras drogas (maconha, cocaína, crack, ópio e morfina também são usadas por pessoas muito ansiosas).

Todo estes problemas influenciam no dia a dia, tanto no relacionamento com as pessoas, quanto nas actividades diárias, incluindo trabalho.

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma numa determinada faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (Allen et al, 1995).

Tais reacções exageradas ao estímulo ansiógeno desenvolvem-se mais frequentemente, em indivíduos com uma predisposição hereditária (Hirshfeld et al, 1999; Rosen et al, 1998).

A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reacção ansiosa é de curta duração, auto limitada e relacionada ao estímulo do momento ou não.

A ansiedade juntamente com a depressão são as alterações psiquiátricas mais comuns em adultos com epilepsia (Ettiger et al, 2004, Sigurdardottir et al, 1998). A etiologia deve-se a vários factores:

1- Factores neurobiológicos envolvendo o hipocampus (Lehrner et al, 1999) a amígdala (Cramer et al, 2003) e os núcleos sub corticais (Cramer et al, 2004).

2 Factores psicossociais como o desemprego, problemas no casamento, família, dificuldades para conduzir, além dos efeitos comportamentais e cognitivos das drogas que afectam a vida das pessoas com epilepsia (Baker, 1995). Em adultos com epilepsia o número de actos suicidas é superior ao da população no geral (Jacoby et al, 1996) particularmente se eles têm patologia psiquiátrica associada.

Estas alterações afectam muito a qualidade de vida destes doentes (Costello et al, 2003; Blumer et al, 1995).

Qualidade de vida refere-se ao bem-estar geral e quotidiano das pessoas e pode ser dividido em três componentes principais: saúde física, mental e social (Devinsky et al, 1999). Questões sobre qualidade de vida são extremamente relevantes em patologias crónicas como a epilepsia, onde problemas mentais e sociais estendem-se além dos sintomas usuais da doença (Cramer et al, 1994).

É importante ressaltar que quando uma pessoa tem as crises epilépticas controladas não implica que vá ter uma vida normal.

Se compararmos com as pessoas da mesma idade, sexo, e nível social e cultural, os pacientes com epilepsia parecem ter uma vida bastante diferente, porque para além das crises, apresentam dificuldade nos relacionamentos sociais, no trabalho, na escola e até nas actividades de vida diária.

Costuma-se dizer que a epilepsia é uma condição que afecta o bem-estar bio psicossocial, ou seja, afecta a vida do paciente como um todo (Guerreiro, 1999).

## ***2.9 – Transtornos mentais associados à epilepsia***

A epilepsia é como já anteriormente foi referido uma condição neurológica que afecta o comportamento e o bem estar do paciente e sua família, prejudicando o ajustamento psicossocial e a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas, o que pode estar relacionado com a discriminação e o preconceito associados à epilepsia.

Mesmo os pacientes com epilepsia que apresentam um baixo número de crises, podem ter implicações negativas, pois o diagnóstico de epilepsia provoca uma mudança na percepção do paciente.

Além das limitações impostas pelas próprias crises, devido à presença do mito e preconceitos, a epilepsia pode trazer o medo de ser diferente e a preocupação com o futuro, acompanhados da dificuldade para se inserir na comunidade, para conseguir um emprego ou formar uma família o que prejudica a sua qualidade de vida e reforça o estigma existente. (Cramer et al Fernandes et al, 2001, et al,Guerreiro, 1999).

Esta patologia causa distúrbios psicossociais directa e indirectamente. Os efeitos directos incluem alterações no afecto, humor e comportamento característico de certos tipos de crise e/ou medicação anti-epiléptica. Os efeitos indirectos incluem distúrbios resultantes de doença crónica, interferindo com as interacções que as pessoas usam para aprender sobre si mesmas e sobre o mundo.

A OMS inclui a epilepsia no capítulo dos transtornos mentais, pelo menos do ponto de vista de saúde pública. Esta inclusão está baseada no facto da epilepsia, embora de uma

forma errada, ter sido historicamente considerada como doença mental, e ainda o é em muitas sociedades.

Além dos argumentos apresentados pela OMS, deve-se lembrar que epilepsia é um distúrbio do SNC e sua expressão clínica inclui sintomas cognitivos e psiquiátricos em concomitância com crises epilépticas.

A presença de transtornos mentais associados à epilepsia é significativo, factor que piora de qualidade de vida, podendo, em certas ocasiões, ser considerado como factor de maior influência sobre este aspecto do que a própria frequência de crises epilépticas (Gilliam, 2002).

Pacientes com epilepsia são especialmente expostos a transtornos psiquiátricos por apresentar, além dos factores psicossociais associados a esta patologia, tais como restrição de uma vida normal, o estigma e a rejeição social, apresentam também outros factores de risco como alterações na concentração de neurotransmissores, provocado pelo tratamento farmacológico e o envolvimento de circuitos cortico-subcorticais (Veiga et al, 2004).

De acordo com O'Brien podemos entender perturbação de adaptação como algo "que se refere às situações em que o indivíduo desenvolve sintomas psicológicos particulares, como resposta a stressores", ou como sendo uma "inadaptação superficial a situações difíceis ou a novos factores ambientais experimentados, na ausência de defeitos graves de personalidade subjacentes" (O'Brien et al, 2002).

Além do estigma associado à epilepsia, pacientes com epilepsia e transtornos mentais associados confrontam-se com o estigma relacionado às doenças mentais em geral, configurando o que se chama de duplo estigma.

Os transtornos mentais associados à epilepsia também pioram a capacidade de adaptação profissional, reduzindo a taxa de ocupação, além de contribuírem de maneira significativa para o aumento de internamentos hospitalares recorrentes (Marchetti et al, 2003).

Todavia é frequente, os transtornos mentais serem sub diagnosticados em pacientes com epilepsia (Kanner et al, 2000).

A falha no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento dos transtornos mentais nesta população específica, deve-se a vários factores:

- 1- Dificuldade no reconhecimento de sintomas, ditos atípicos, que são comuns na população epiléptica.
- 2- Tendência, por parte de pacientes, em minimizar queixas por receio de serem estigmatizados.

3- A preocupação de que os anti-depressivos diminuam o limiar convulsivo, o que gera a relutância na prescrição medicação (Kanner et al, 2002).

Os transtornos psíquicos mais frequentes são:

- Alterações de personalidade
- Depressão
- Alteração nas funções psíquicas superiores
- Transtornos conversivos
- Psicoses
- Baixa de auto estima
- Insegurança
- Ansiedade e pânico

### ***2.9.1 – Transtorno da ansiedade em epilepsia***

Tal como já anteriormente foi referido, as alterações psiquiátricas mais comuns que ocorrem em doentes com epilepsia são a ansiedade juntamente com a depressão.

Há autores que definem a era moderna como a Idade da Ansiedade, associando este acontecimento psíquico à agitada dinâmica existencial da modernidade; sociedade industrial, competitividade, consumismo desenfreado e assim por diante.

Tendo em vista que o objectivo principal do stresse é favorecer a adaptação do organismo, muitos autores chamam esse processo todo de Síndrome Geral de Adaptação. Essa síndrome foi inicialmente descrita por Hanz Selye e consiste em três fases sucessivas:

- Reacção de Alarme, em que as alterações fisiológicas no momento em que indivíduo experimenta a ameaça ou estímulo adverso (stressor), são muito exuberantes.
- Fase de Resistência, quando os agentes stressores desapareceram e todas as alterações tendem a regredir e por fim a desaparecer.
- Fase de Exaustão, sendo que esta, é atingida apenas nas situações mais graves e, normalmente, persistentes. Esta fase surge quando começam a falhar os mecanismos de adaptação e a existirem défice das reservas de energia por

persistência crónica de ansiedade exagerada. Essa fase é também chamada de Esgotamento. A maioria dos sintomas somáticos e psicossomáticos fica mais exuberante nessa fase.

Ansiedade pode ser uma característica de personalidade (Spielberger, 1966; 1972; 1985) que poderia ter como origem diferenças constitucionais ou poderia ser desenvolvida por experiências na infância. Ansiedade também pode ser um estado temporário. As pessoas diferem na tendência deles/delas perante uma situação ameaçadora.

Ela actua como um elemento dentro de um leque amplo de respostas de acomodação que são essenciais para a sobrevivência num mundo perigoso. Um certo grau de ansiedade proporciona uma componente adequada de precaução em situações potencialmente perigosas.

Na maior parte dos casos, o nível de ansiedade de uma pessoa sofre alterações apropriadas e imperceptíveis ao longo de um espectro de estados de consciência desde o sono até à vigília, passando pela ansiedade e pelo medo e assim sucessivamente. Em alguns casos, no entanto, o sistema de resposta à ansiedade funciona incorrectamente e é ultrapassado pelos acontecimentos; neste caso pode manifestar-se uma perturbação por ansiedade.

A ansiedade passou a ser objecto de distúrbios quando o ser humano a colocou não a serviço de sua sobrevivência, como fazia antes, mas a serviço de sua existência, com o amplo leque de circunstâncias quantitativas e qualitativas desta existência. Assim, o stress passou a ser o representante emocional da ansiedade, sua correspondência psíquica.

O facto de um evento ser percebido como stressante não depende apenas da natureza do mesmo, como acontece no mundo animal, mas do significado atribuído a este evento pela pessoa, dos seus recursos, das suas defesas e dos seus mecanismos de defesa. Isso tudo diz respeito mais à personalidade que aos eventos do destino em si.

Assim sendo a ansiedade é sem dúvida muito comum e característica nos tempos que decorrem. A ansiedade quando considerada simplesmente como um sinal de alerta, pode ser encarada como uma emoção semelhante ao medo, podendo preparar o indivíduo para tomar medidas necessárias, para evitar a ameaça ou, pelo menos, atenuar suas consequências.

Toda a gente experimenta ansiedade e medo e não raramente estes dois termos «ansiedade» e «medo» são usados de forma indistinta como forma de demonstrar preocupação.

Fazendo uma analogia de ansiedade com o medo, alguns autores, para diferenciar esses estados, definem o medo como sendo um estado gerado pela presença real de um objecto ou situação ameaçadora e que, na ansiedade, esse objecto ou situação não existiria.

Por ser a avaliação mental de estímulos ameaçadores, o medo é um processo cognitivo, e não uma reacção emocional (Beck et al., 1979; Bransford, 1979; Beck et al, 1985; Barlow, 1988; Bransford et al, 1993 Eysenck, 1997; Peurifoy, 1997; Taylor, 1998).

A ansiedade é a reacção emocional a situações de risco. Entretanto, para Peregrino (1996), essa diferenciação não é tão evidente como pode parecer, ele comenta o facto de que as fobias têm pensamentos repetitivos que objectivamente gerariam desconforto e, apesar de possuírem esses objectos, esses transtornos estão inseridos nos capítulos dedicados aos transtornos da ansiedade nas novas classificações em Psiquiatria.

O medo e a ansiedade são acompanhados por tentativas de evitar ou escapar da situação que os produz. A tendência ao escape aumenta o sentimento de ansiedade sem necessariamente alterar a situação promotora do medo.

Na maioria das pessoas, a ansiedade resulta em alterações comportamentais visíveis, como acções inusitadas de agressividade ou de inibição; em outras, mantém-se nos limites da vivência interna. Em alguns momentos, a ansiedade adquire uma intensidade maior, resultando em pânico.

Várias são as teorias explicativas sobre a susceptibilidade das pessoas à ansiedade quando exposta a situações de risco. Além das que valorizam a dimensão biológica ou genética, há as teorias baseadas nas dimensões sociais.

1-A perspectiva sobre a dimensão biológica ou genética sugere a hereditariedade como factor mais susceptível de provocar a ansiedade e o medo.

2-As perspectivas de base social explicam a ansiedade ou pela dimensão social ou pelo contexto em que as pessoas se inserem, ou mesmo por uma combinação das duas.

As teorias de ênfase no contexto social sugerem a percepção dos problemas, isto é, a conduta da pessoa frente a opções e situações problemáticas.

A ansiedade pode-se manifestar em três níveis: neuroendócrino, visceral e de consciência. O nível neuroendócrino diz respeito aos efeitos da adrenalina, noradrenalina, glucagon, hormona anti-diurético e cortisona. No plano visceral a ansiedade corre por conta do Sistema Nervoso Autónomo (SNA), o qual reage e se excita (sistema nervoso simpático), na reacção de alarme ou relaxando (sistema vagal) nas fase de esgotamento. Na consciência a ansiedade manifesta-se por dois sentimentos desagradáveis:

1- Através da consciência das sensações fisiológicas de sudorese, palpitação, inquietação, etc.

2- Através da consciência de estar nervoso ou amedrontado.

Também pode acontecer que as pessoas manifestem essa ansiedade falando em demasia, tendo muita dificuldade em ouvir os outros ou mesmo em os entender.

A Organização Mundial de Saúde na sua décima edição da Classificação Estatística e Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) agrupa os seguintes transtornos de ansiedade:

- Agorafobia
- Fobias sociais
- Fobias específicas
- Transtorno de pânico
- Ansiedade generalizada
- Transtorno misto ansioso e depressivo
- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Reacções ao “stress” grave
- Transtorno de adaptação (Organization, 1992).

-Agorafobia é definida como “medo de ter medo” e está frequentemente associada ao desenvolvimento de comportamentos evitativos. No contexto do transtorno do pânico, por exemplo, ela manifesta-se como o medo antecipado de ter uma crise. A agorafobia pode existir isoladamente e é frequentemente caracterizada por medo injustificado, associado a ideias catastróficas e hipocondríacas (medo de “passar mal”, de que “algo de ruim irá acontecer”), normalmente acompanhado do evitar de lugares públicos, multidões e ambientes fechados.

-Fobias específicas- São distúrbios da ansiedade muito comuns e é uma reacção ansiosa aguda desencadeada por um estímulo específico. O evitar do estímulo fóbico está geralmente presente. Algumas fobias específicas, como, por exemplo, o medo de animais de grande porte, do escuro ou de estranhos, começam precocemente e muitas vezes acabam por desaparecer à medida que o indivíduo cresce. Por outro lado outras fobias, como o medo de roedores, insectos, tempestades, água, alturas, voar ou de locais fechados, tipicamente

ocorrem em indivíduos já com mais idade. Exemplos: altura (acrofobia), lugares fechados (claustrofobia), aranhas (aracnofobia), etc.

-Fobia ou Ansiedade Social - Caracterizada por manifestações de ansiedade que ocorrem em situações de exposição social, como falar, comer ou escrever em público, participar em reuniões de trabalho ou sociais, entre outras. As pessoas que sofrem de fobia social preocupam-se com seu desempenho e acham sempre que suas acções são inadequadas.

Essas manifestações de angústia, desconforto, palpitação, sudorese fria, tremores, fala inter cortada podem levar à ansiedade por antecipação e ao evitamento social, causando grande sofrimento à pessoa, não sendo invulgar o desenvolvimento de quadro depressivo associado.

-Transtorno do Pânico -Crise de pânico é uma manifestação aguda e extrema de ansiedade caracterizada por intenso medo ou pavor associado a ideias catastróficas e de morte. É acompanhado por sinais e sintomas de activação autonómica como palpitação, sensação de falta de ar, respiração rápida, sudorese, palidez, desconforto gastrointestinal e formigueiro em mãos e pés. Alteração da percepção corporal e/ou da realidade externa podem estar presentes. A crise de pânico é auto limitada, com duração aproximada de 10 a 15 minutos. Crises de pânico podem ocorrer em diversas situações e no contexto de outros transtornos psiquiátricos. Quando as crises ocorrem de maneira repetitiva e sem factores desencadeantes, ou seja, aparentemente injustificadas, caracteriza-se o transtorno do pânico.

-Transtorno da Ansiedade Generalizada -Estado de ansiedade basal persistentemente elevada, manifestada por nervosismo, ansiedade por antecipação, preocupações excessivas, mesmo com problemas reconhecidamente banais, às vezes acompanhados por irritabilidade, inquietação, fadiga, tensão e dores musculares, alterações de sono (insónia, excesso de sono) e apetite (ganho de peso ou emagrecimento). A ansiedade e a preocupação decorrentes do distúrbio da ansiedade generalizada são tão extremas que se tornam difíceis de serem controladas.

-Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) Caracterizado por: Obsessões, pensamentos, impulsos, imagens ou cognições recorrentes e intrusivos, repetitivos, que não fazem o menor sentido, identificado como próprio da pessoa, não havendo controle ou como parar de pensar, causando ansiedade.

Entre as obsessões comuns estão as preocupações no que diz respeito à contaminação, à dúvida, à perda e à agressividade. É usual os indivíduos com um distúrbio obsessivo-compulsivo sentirem-se forçados a realizar rituais (actos intencionais repetidos com um objectivo) para controlar uma obsessão, como, por exemplo, lavar-se e limpar-se para ficar livre de micro-organismos, verificações repetidas para suprimir as dúvidas, guardar as coisas para evitar perdas e evitar as pessoas que podem ser objecto de agressão.

Outros rituais são mentais, como as contagens repetidas ou as afirmações para diminuir o perigo. Esse distúrbio é diferente da personalidade obsessiva-compulsiva.

Os indivíduos podem tornar-se obsessivos em relação a praticamente qualquer coisa e seus rituais nem sempre estão logicamente relacionados ao desconforto que eles procuram minimizar. Por exemplo, um indivíduo preocupado com a contaminação pode sentir diminuição do desconforto ao colocar casualmente a mão no bolso. A partir desse momento, cada vez que ele sente uma obsessão relacionada à contaminação, ele irá colocar a mão repetidamente no bolso. A maioria dos indivíduos com um distúrbio obsessivo-compulsivo tem consciência de que suas obsessões não reflectem riscos reais. Eles percebem que o seu comportamento físico e mental é exagerado a ponto de ser estranho. Por essa razão, o distúrbio obsessivo-compulsivo difere dos distúrbios psicóticos, nos quais os indivíduos perdem o contacto com a realidade.

## ***2.10 – Estudos existentes que relacionam a epilepsia com a ansiedade***

Como já foi referido vários são os estudos que sugerem alterações no comportamento em pacientes com epilepsia.

Alterações psiquiátricas ocorrem com uma frequência superior em doentes com epilepsia do que na população no geral (Hermann et al, 2000; Harden et al, 2002). A maior parte dos estudos recaem sobre a depressão apesar da ansiedade ser mais comum e incapacitante nos doentes com epilepsia (Marsh et al, 2002; Vazquez et al, 2003). Há um estudo na Coreia que refere que a ansiedade é o factor mais significativo na redução da qualidade de vida nestes doentes (Choi-Kwon et al, 2003).

Johnson e colligas também avaliaram a contribuição relativa da depressão e ansiedade na qualidade de vida em doentes com epilepsia do lobo temporal (Johnson et al, 2004).

Num outro artigo foi demonstrada uma prevalência de 19% do transtorno de ansiedade contra a prevalência de 11% de transtorno de depressão em doentes com epilepsia do lobo temporal (Currie et al, 1971).

Outro estudo mais recente determina os efeitos independentes de depressão e ansiedade em qualidade de vida em epilepsia como também o poder explicativo relativo de morbidez psiquiátrica comparando-a com variáveis de epilepsia demográficas e clínicas (por exemplo, frequência de ataque epiléptico e a sua severidade, e cronicidade) (Erica, 2004).

Para terminar em 2003 houve um estudo que determinou uma relação directa entre ansiedade e a ocorrência de crises psicogénicas (Owczarek, 2003). Outros estudos recentes tentam avaliar a contribuição dos sintomas típicos da ansiedade e demonstram que reduzem a qualidade de vida em pacientes com epilepsia, pelo que a metodologia utilizada em grande parte destes estudos são escalas que avaliam a qualidade de vida destes doentes.

Todos estes estudos e outros revelam que os transtornos psiquiátricos são frequentes em doentes com epilepsia e que são uma fardo adicional para estes doentes, e demonstram alterações no comportamento em pacientes com epilepsia, nomeadamente o aumento da ansiedade e o medo constante da existência de uma nova crise em qualquer momento e em qualquer lugar. No entanto a frequência destes transtornos dependem também da severidade da epilepsia e das suas crises. A avaliação psicológica da ansiedade pode-nos a ajudar a uma melhor compreensão e discriminação entre crises epilépticas, crises psicogénicas.

Quando se fala de ansiedade em doentes com epilepsia será útil distinguir ansiedade ictal, inter-ictal e pós-ictal.

- Assim ansiedade ictal são aqueles sintomas ansiogénicos que os doentes experimentam durante a existência de uma crise como por exemplo uma aura ou uma crise parcial simples que podem levar a estes doentes a experimentar pânico especialmente em doentes com epilepsia do lobo temporal com envolvimento da amígdala, isolamento, sensação de déjà-vù, medo associado a hiperventilação, taquicardia sudação sintomas gastrointestinais náuseas e outros sintomas autonómicos (Raven et al,1994). É frequente os doentes referirem também a existência de pânico nocturno ou seja despertarem durante a noite com crises de pânico (Huppertz et al, 2002). A ansiedade ictal é referida por 20% dos doentes quando eles são especificamente interrogados sobre o mesmo (Marsh et al, 2002; Vazquez et al, 2003). A ansiedade ictal é muitas vezes subvalorizada mesmo quando acontece na presença de outras características de epilepsia de lóbulo temporal. Ocasionalmente, acontece o contrário e é referenciado como a existência de crises epilépticas focais (Bernik et al, 2002).

- Ansiedade inter-ictal pode ocorrer nestes doentes por uma relação indirecta com a epilepsia, exemplo: (reação de ajuste, fobia da ocorrência de uma crise epiléptica, um efeito colateral de um medicamento anti epiléptico, ou uma consequência de cirurgia de epilepsia). Muitas vezes estes sintomas não são relacionados com a epilepsia o que dificulta o diagnóstico de ansiedade inter-ictal (Marsh et al, 2002; Goldstein et al, 2001, Vazquez et al, 2003). É provável, que a ansiedade inter-ictal seja resultado da combinação das preocupações psicológicas sobre o transtorno e suas complicações. De salientar a preocupação comum do risco das crises e sua relação com possíveis danos cerebrais, que levem a deterioração mnésica, o prognóstico da própria epilepsia, e assuntos relacionados com o emprego (Gilliam et al, 2003; Moore et al, 2002).
- Ansiedade pós-ictal ou seja aquela que ocorre no período após as crises e manifesta-se por exemplo com a preocupação da recuperação pós crises que é frequentemente associado a uma alteração de consciência ou reduzida orientação quer no tempo quer no espaço. Num estudo recente verificou-se uma correlação entre a severidade dos sintomas psiquiátricos na ansiedade interictal e os sintomas da ansiedade pós ictal (Kanner et al, 2004).

Sintomas de ansiedade podem ter implicações negativas para a qualidade de vida destes doentes porque este é um transtorno muitas vezes subvalorizado de entre outros e nem sempre a forma de lidar destes doentes com esta situação é a mais correcta (Goldstein et al, 2001).

Desta forma, podemos afirmar que a prevalência dos sintomas de ansiedade é superior em doentes com epilepsia do que na população em geral. Preocupações como o medo de uma nova crise em qualquer sítio e em qualquer lugar, o medo de possíveis acidentes, da perda de controlo, o embaraço social, e do próprio estigma da epilepsia são factores que provocam o aumento da ansiedade.

O transtorno da ansiedade é frequentemente desvalorizado nestes doentes e consequentemente não é tratado (Wittchen et al, 2002; Zimmerman et al, 2003).

### ***2.11-Estudos existentes que relacionam a epilepsia com dor***

Durante as crises de epilepsia existem vários sintomas associadas podendo destacar entre outras parastésias, alterações visuais, auditivas e olfactivas, alteração ou mesmo perda do estado de consciência, a existência de automatismos de deglutição repetitiva, actividades motoras estranhas, de entre outras.

Manifestações autonómicas cardiovasculares acontecem frequentemente nos doentes epilépticos. Estas manifestações incluem alterações no ritmo cardíaco, pressão sanguínea e dor no tórax. A consciência destas manifestações em doentes com epilepsia facilitará o diagnóstico de epilepsia e conduzirá à terapia mais apropriada destes doentes (Freeman, 2006).

Não raramente doentes com epilepsia, nomeadamente com epilepsia do lobo temporal refractária referem-se há existência de auras antes de desencadearem as crises e normalmente manifesta-se como formigueiro unilateral ou bilateral (Erickson et al, 2006).

Além destas, queixas como desconforto epigástrico e, mais raramente, dor abdominal, também podem ser referidos.

A epilepsia abdominal é uma forma de epilepsia de lóbulo temporal que apresenta com aura a queixa de dor abdominal. Epilepsia de lóbulo temporal é normalmente idiopática, porém pode ser associado com esclerose mesial de lóbulo temporal, tumores de neuroepiteliais e outros tumores benignos, malformações artério-venosas, gliomas, migração de neuronal defeitos ou deformações glióticos como resultado de encefalite (Topno et al, 2005).

Também a enxaqueca associada a perda de visão, é referida em doentes com epilepsia de lóbulo temporal.

Activação neuronal excessiva poderia causar uma crise de enxaqueca e poderia explicar a associação de enxaqueca com epilepsia.

Todos estes sintomas têm um típico carácter paroxístico e, frequentemente, estão associados a algum tipo de crise, facilitando o reconhecimento da natureza epiléptica dos mesmos.

Apesar de todos estes sintomas poderem estar associados às crises de epilepsia e como também já anteriormente foi dito, a dor mais vezes referida por estes doentes é a dor ligada ao estigma existente em torno desta patologia.

Os doentes descrevem frequentemente estigma social e o medo de ser discriminado (Mulley et al, 2003).

O assunto da estigmatização é um dos problemas psicossociais mais comum que é enfrentado por pessoas com epilepsia (Kanai et al, 2004, Kaplan et al, 2004). A estigmatização pode conduzir para o afastamento social, problemas em trabalho e casa, e dificuldades económicas (Salgado et al, 2005).

O impacto de estigma nas vidas de pacientes é frequente, manifestando-se em relações interpessoais, saúde geral, educação, oportunidades de emprego, matrimónio, gravidez e qualidade global de vida.

Muitos estudos confirmaram que o estigma contribui substancialmente para aumentar o fardo psicológico e social de epilepsia (Baskind et al, 2005). Os estudos existentes referem uma qualidade de vida baixa nestes doentes no entanto é também influenciada pelo maior ou menor controlo das crises com a medicação.

Este estudo foca factores psicossociais que foram associado com qualidade de vida nestes doentes, especialmente humor desordens, preocupação de uma crise epiléptica, estigma, auto-estima e auto-domínio. (Schachter et al, 2006).

Para doentes com epilepsia, o estigma pode ser uma das consequências mais penosas pelo facto de ter crises epilépticas, junto com a imprevisibilidade das crises.

Apesar de avanços na compreensão e tratamento de epilepsia dentro das últimas décadas, as pessoas continuam a serem estigmatizadas.

A informação sobre epilepsia dirigida à sociedade, assim como a doentes portadores de epilepsia, é o meio mais eficaz de redução do estigma uma vez que a falta de informação é apontada como uma causa da permanência deste mesmo estigma e não raras vezes os doentes tentam ocultar a patologia existente (Morrell, 2002).

A sociedade precisa de ser educada sobre os factos e consequências de epilepsia. O risco do uso da medicação anti-epiléptica é muito insignificante comparado com o risco da existência de crises por exemplo numa gravidez (Shah, 2002).

### ***3-Estudo sobre a relação dor/epilepsia***

A dor é definida como uma experiência emocional ou sensorial desagradável, associada a uma lesão tecidual. Alerta o organismo sobre a ocorrência de alguma forma de lesão orgânica instalada ou em vias de se instalar, podendo muitas vezes, manifestar-se mesmo na ausência de agressões teciduais, tal como o que ocorre nas neuropatias periféricas e em certas doenças psicopatológicas.

Vários estudos psicológicos e antropológicos têm demonstrado que a sensação da dor não depende apenas da lesão orgânica, mas, por outro lado, o meio cultural desempenha um papel fundamental na sensação de dor.

Neste contexto o presente estudo tem como o objectivo por um lado avaliar a dor provocada pelo estigma ainda existente na epilepsia e a qualidade de vida destes doentes tendo em conta dados demográficos, sexo, idade, habilitações literárias, de entre outras, e por outro lado verificar se o aumento de ansiedade pode levar a um aumento de crises em doentes epilépticos já que o inverso, ou seja, a epilepsia criar ansiedade parece ser realidade.

Uma boa parte das repercussões sociais da epilepsia decorre de preconceitos que expõe os pacientes a um processo de estigmatização, que pode levá-los à incapacidade de lidar com a situação. Vários aspectos da vida dos doentes com epilepsia afectam indivíduos numa fase precoce e produtiva da vida. É uma condição crónica, socialmente incapacitante para aos seus portadores e seus familiares, pois os pacientes muitas vezes sofrem limitações reais no desempenho de seus papéis sociais, podendo ser limitados na independência, autonomia, liberdade, auto-imagem e autoconfiança.

Os pacientes com epilepsia estão frequentemente expostos a dilemas sociais, alguns dos quais podem ser mais desafiadores que as próprias crises. Devido a restrições injustas e a falta de ênfase nos aspectos psicossociais, os portadores de epilepsia são frequentemente afastados da participação em actividades rotineiras.

Por tudo isto e muito mais é necessário cada mais investigação nesta matéria de forma a podermos ajudar mais e melhor estes doentes e mesmo os seus familiares.

Cada um de nós deve ter um papel importante na desmistificação da epilepsia e eliminação do estigma no sentido de ajudar os pacientes a levar uma vida normal.

Os pacientes devem ser encorajados a levar uma vida normal, restringindo apenas as actividades que impliquem riscos sérios para os pacientes e outras pessoas.

## ***4- Materiais e Métodos***

Como já foi expresso anteriormente, os objectivos deste estudo prendem-se com a avaliação da dor provocada pelo estigma ainda existente na epilepsia e da qualidade de vida destes doentes e ainda a verificar se o aumento da ansiedade pode levar um aumento de crises em doentes epilépticos.

Este foi um estudo prospectivo de controlo em que participaram doentes portadores de epilepsia provenientes da consulta externa e que foi pedido a realização de um electroencefalograma com uma amostra de 90 doentes com idade compreendida entre 18 e 35 anos, dos dois sexos voluntários. A participação foi voluntária, mediante a informação dos objectivos da pesquisa e da garantia do pesquisador de que as informações prestadas seriam confidenciais e utilizadas apenas estatisticamente, sem o conhecimento por parte da empresa, ou de qualquer outro, das respostas individuais.

### ***4.1-Critérios utilizados para a inclusão dos doentes neste estudo***

Foram seleccionados 45 doentes de ambos os sexos com diagnóstico de epilepsia confirmada na faixa etária entre os 18 anos e os 35 anos de idade que se dirigiram ao serviço de Neurofisiologia do hospital de S. Marcos em Braga para a realização de electroencefalograma (Exame complementar de diagnóstico) e mais 45 doentes sem epilepsia (Grupo de Controlo). De salientar ainda que este estudo foi devidamente autorizado pela comissão ética desta mesma instituição (Anexo 4).

Foram excluídos do estudo todos os doentes com epilepsia confirmada mas que apresentavam perturbações mentais associadas ou atraso do desenvolvimento psicológico.

Todos os doentes que aceitaram participar neste estudo tendo preenchido os critérios de inclusão no estudo foi-lhe dada a garantia de confidencialidade de todos os dados prestados e assinaram o consentimento informado (Anexo 2).

#### ***4.2-Colheita de dados***

Para atingir os objectivos deste estudo foram distribuídos dois questionários: o questionário QOLIE-89 e o SCL-90 para avaliar a qualidade de vida em epilepsia e conseqüentemente a dor causada pela epilepsia e a ansiedade respectivamente (Anexo 1).

A parte inicial do questionário teve como objectivo, obter as seguintes variáveis: data de nascimento, sexo, profissão, habilitações literárias, estado civil, existência ou não de filhos, tipo de epilepsia, frequência de crises, etc.

O questionário QOLIE-89 amplamente utilizado em estudos com doentes epilépticos desenvolvido por Devinsky, Vickrey, Cramer, entre outros, foi um dos primeiros instrumentos a ser sistematicamente desenvolvidos e validados em doentes com epilepsia moderada, a maior população de indivíduos com epilepsia (Perrine, 1993; Rand, 1993b).

Este questionário tem tal como o próprio nome indica 89 itens e evoluiu de um questionário piloto com 17 escalas que incluía uma medida genérica (SF-36) e itens específicos da epilepsia (Rand, 1993b) ao qual foram acrescentados 13 itens de outros instrumentos do MOS, 5 itens do ESI-55 (Epilepsy Surgery Inventory – um instrumento de QDV específico para os indivíduos com epilepsia) e itens de outros instrumentos (Vickrey, 1993a). Os restantes 32 itens foram desenvolvidos de novo, com base em entrevistas a doentes, na experiência clínica dos autores e na revisão da literatura (Vickrey et al, 1993a, Devinsky et al, 1995; Meneses et al, 2002).

O Questionário tem ainda um espaço para qualquer comentário que seja considerado pertinente (Cramer et al, 1998). O QOLIE-89 foi concebido para investigação (RAND, 1993b).

É de ter em consideração que este questionário não foi concebido para ser utilizado em indivíduos com défices intelectuais (Cramer et al, 1996). Adicionalmente, e de acordo com os autores, só podem ser usados com adultos que saibam ler e compreender as perguntas (Cramer et al, 1998), razão pela qual não foram incluídos os doentes com epilepsia confirmada mas que apresentavam perturbações mentais associadas ou atraso do desenvolvimento psicológico.

O QOLIE-89 abrange os seguintes conceitos: Saúde, Desempenho Emocional, Apoio Social, Isolamento Social, Desânimo com a saúde, Trabalho, Condução, Actividade Social, Atenção/ Concentração, Linguagem, Memória, Actividade física, Dor, Estado físico e Percepções de Saúde (Vickrey et al, 1993a). O QOLIE-89 inclui ainda um item de Transição de Saúde, um item sobre Saúde Geral e um item sobre Satisfação com as Relações Sexuais (Vickrey et al, 1993a).

Para avaliar a validade de constructo do QOLIE-89, os autores usaram dados clínicos (crises e efeitos secundários da medicação), dados demográficos (emprego e escolaridade), dados fornecidos pelos acompanhantes e dados da avaliação neuropsicológica (Devinsky et al, 1995).

A validade e a confiabilidade do QOLIE-89 têm sido amplamente demonstradas na população americana (Knut et al , 2000), bem como a convergência entre esse instrumento e a avaliação neuropsicológica ou outros testes psicológicos (Bullinger et al , 2001).

Contém 17 perguntas de vários itens que avaliam a qualidade global de vida destes doentes. Inserem-se nesta qualidade de vida questões como a preocupação com as crises epiléticas, efeitos da medicação anti-epilética o estado emocional, e as próprias limitações impostas por estes problemas, apoio social, à capacidade de execução das actividades diárias, ao desânimo sentido pelo facto de ser epilético, aos problemas relacionados com a vida profissional, social, à dor sentida, à memória, atenção e concentração e problemas físicos limitadores associados a esta patologia além da percepção do estado de saúde por parte destes doentes.

O SCL-90 (Derogatis, 1983) é um instrumento de auto avaliação, também usado em numerosos estudos tanto no âmbito da psiquiatria como na psicologia. Foi desenvolvido nos anos oitenta por Derogatis.

Este instrumento foi criado para a valorização e detecção de sintomatologia psiquiátrica também por auto-aplicação e demora cerca de 12 a 15 minutos a ser concluído. A utilização deste instrumento tem por objectivo, entre outros, a detecção de sintomatologia psicopatológica, a sua intensidade, a sua identificação de casos clínicos, a avaliação de afeitos da terapêutica e a sua delimitação nos vários quadros de diagnóstico.

É um instrumento multidimensional constituído por 90 itens elaborado inicialmente para avaliar o grau de mal-estar dos doentes psiquiátricos mas também em doentes sem sintomatologia clínica.

Este questionário é composto por três escalas globais (Índice de Gravidade geral, Índice de perturbação sintomática Positivo e total de sintomas Positivos) e ainda nove escalas de sintomas:

- SOM -Somatização
- O-C - Síndrome obsessivo compulsivo
- I-S - Sensibilidade interpessoal
- DEP - Depressão
- ANX - Ansiedade
- HOS - Raiva e hostilidade
- PHOB - Fobia de ansiedade
- PAR - Ideias Paranóicas
- PSY - Psicoses

Cada item do SCL-90 é valorizado de acordo com uma escala de Liker de 5 pontos indicando o mal-estar percebido pela pessoa em questão (0= Nada, 1= Um pouco, 2=Moderadamrente, 3=Muito, 4= muitíssimo). A pontuação é calculada como a média dos itens que o constituem e fornece uma indicação do nível global de distress, expresso num "Índice Sintomático Geral" (GSI) e ainda o conjunto das nove sub escalas.

Mais de 1,000 estudos que têm demonstrado a confiabilidade, validade, e utilidade do instrumento foram administrados.

### ***4.3-Procedimentos Estatísticos***

A análise estatística foi efectuada com o auxílio do Programa Statistics for the Social Sciences (SPSS) versão 13.

Os dados de caracterização da amostra foram dispostos em quadros de frequências e quando adequado foram complementados com as respectivas médias e desvio padrão.

Os objectivos deste estudo foram analisados pelos seguintes métodos estatísticos:

- Análise de estatística Descritiva
- Interferência Estatística
- Comparação de Populações

## ***5-Resultados***

### ***5.1-Consistência Interna dos questionários***

Para verificar o coeficiente de fidedignidade dos questionários, a consistência interna foi avaliada através do Alfa de Cronbach.

No quadro número 1 apresentam-se os valores do Alfa de Cronbach relativos às sub escalas do questionário QOLIE-89.

**Quadro - 1 - Consistência interna do questionário QOLIE-89**

QOLIE-98	Alfa de Cronbach
Percepção da saúde	0,79
Qualidade de vida	0,36
Problemas físicos	0,92
Limitações devido a problemas físicos	0,83
Limitações devido a problemas emocionais	0,62
Dor	0,75
Trabalho/Condução/ Actividade social	0,86
Cansaço/Vitalidade	0,39
Estado emocional	0,79
Atenção/Concentração	0,79
Desencorajamento	0,77
Preocupação com as crises	0,73
Memória	0,84
Linguagem	0,85
Efeitos da medicação	0,71
Apoio Social	0,40
Isolamento Social	0,75

No quadro número 2 apresentam-se os valores do Alfa de Cronbach relativos às sub escalas do questionário SCL-90.

**Quadro - 2 - Consistência interna do questionário SCL-90**

SCL90	Alfa de Cronbach
Somatização	0,92
S. Obsessivo/compulsivo	0,93

Sensibilidade inter-pessoal	0,86
Depressão	0,91
Ansiedade	0,89
Hostilidade	0,88
Fobia	0,87
Paranóia	0,86
Psicose	0,86
Adicional	0,76

---

## 5.2-*Caracterização das amostras*

Nesta secção será realizada a caracterização das amostras referentes ao grupo de indivíduos com a patologia e o grupo controlo. Apresentam-se também, quando relevante, algumas comparações, na caracterização, entre os dois grupos.

### 5.2.1-*Sexo*

Ao observar-se o quadro 3 referente à distribuição de casos perante o sexo verifica-se que, embora a maioria dos casos existentes na amostra recolhida serem do sexo masculino, não existe realmente uma grande disparidade na percentagem entre ambos os sexos. O mesmo acontece ao fazer-se uma comparação entre os dois grupos.

**Quadro 3 –Sexo**

	Total = 45 Grupo patológico		Total =45 Grupo Controlo	
	N	%	N	%
Sexo Masculino	26	57,8	23	51,1
Sexo Feminino	19	42,2	22	48,9
Total	45	100,0	45	100,0

### 5.2.2-*Idade*

Através da observação do quadro 4 verifica-se que ambas as amostras referem-se a indivíduos muito jovens.

Relativamente ao grupo patológico as idades variam entre os 18 e 35 anos, sendo a média de 24,9 anos. No grupo de controlo as idades variam igualmente entre os 18 e 35 anos, sendo neste grupo a média de 26,8 anos.

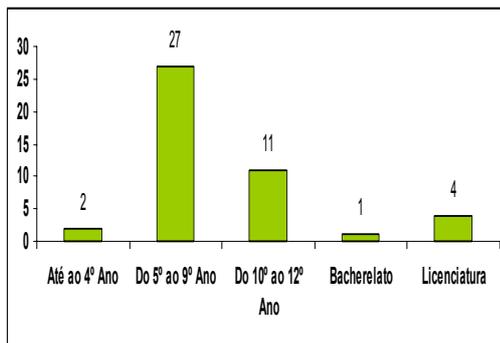
Como se pode verificar, ambas as amostras mostram valores estatísticos muito próximos.

**Quadro - 4 - Idade**

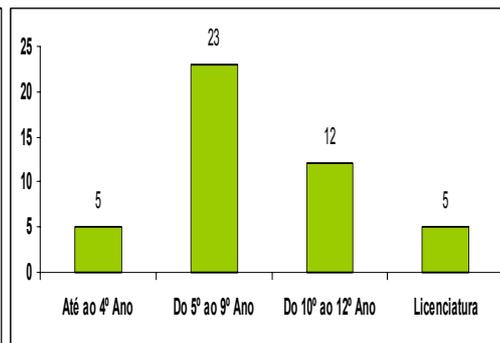
	Total =45 Grupo patológico		Total =45 Grupo Controlo	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Média de Idades	24,9	5,15	26,8	5,0

**5.2.3 -Habilitações literárias e residência**

As figuras 2 e 3 referem-se à distribuição dos dois grupos relativamente às habilitações literárias. Podemos observar que a maior percentagem de indivíduos tem entre o 5º e o 9º anos de escolaridade.

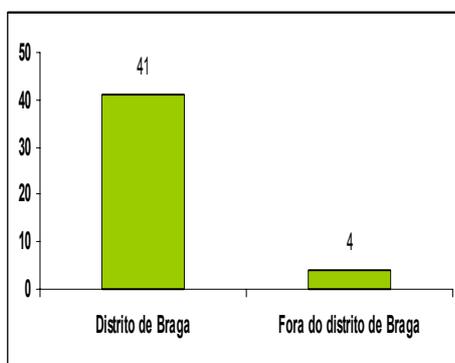


**Figura 2 – grupo patológico**

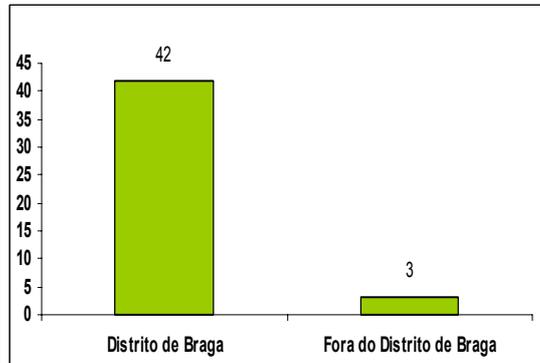


**Figura 3 – grupo controlo**

Pela observação das figuras 4 e 5 verifica-se que os casos em estudo referem-se essencialmente a população proveniente de Braga.



**Figura 4 – grupo patológico**



**Figura 5 – grupo controlo**

### 5.2.4-Estado civil e existência de filhos

Relativamente ao estado civil e, pela observação do quadro 5, verifica-se que existe uma diferença significativa entre as duas amostras.

Tem-se então que na amostra referente ao grupo patológico os indivíduos são predominantemente solteiros, e ao analisar o quadro 6 verificamos que a percentagem de indivíduos sem filhos é maior que na amostra de controlo, onde existem mais indivíduos casados.

**Quadro 5 – Estado civil**

		Total =45 Grupo patológico		Total =45 Grupo Controlo	
		N	%	N	%
Estado Civil	Casado	8	17,8	19	42,2
	Solteiro	34	75,6	26	57,8
	União de facto	1	2,2	0	0,0
	Divorciado	2	4,4	0	0,0
Total		45	100,0	45	100,0

**Quadro 6 –Existência de filhos**

		Total =45 Grupo patológico		Total =45 Grupo Controlo	
		N	%	N	%
Existência de filhos	Não	38	84,4	28	62,2
	Sim	7	15,6	17	37,8
Total		45	100,0	45	100,0

### 5.2.5-Profissão

Das várias categorias associadas à profissão, verifica-se que as pessoas inquiridas se encontram distribuídas entre pessoal dos serviços e similares, operários, artífices e trabalhadores similares e ainda por trabalhadores não classificados, tendo em consideração a Classificação Nacional das Profissões.

**Quadro 7 - Profissão**

	Total =45 Grupo patológico		Total =45 Grupo de controlo	
	N	%	N	%
Pessoal dos serviços e similares	7	15,6	15	33,3
Operários artífices e trabalhadores similares	16	35,6	18	40,0
Trabalhadores não qualificados	22	48,9	12	26,7
Total	45	100,0	45	100,0

### 5.2.6-Consumo de café e bebidas alcoólicas

Relativamente ao consumo de café e bebidas alcoólicas, através da observação do quadro 8 verifica-se que o número de indivíduos do grupo patológico que consomem café e bebidas alcoólicas é muito diminuto. O mesmo já não acontece com o grupo de controlo, onde existem percentagens elevadas relativamente ao consumo de café e bebidas alcoólicas.

**Quadro 8 – Consumo de café e bebidas alcoólicas**

		Total = 45 Grupo patológico		Total = 45 Grupo de controlo	
		N	%	N	%
Consumo de café	Sim	7	15,6	28	62,2
	Não	38	84,4	17	37,8
Total		45	100,0	45	100,0
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	7	15,6	16	35,6
	Não	38	84,4	29	64,4
Total		45	100,0	45	100,0

### 5.2.7-Tipo de epilepsia e frequência de crises

Pela observação da figura 6 verifica-se que o número de indivíduos com crises generalizadas e crises parciais é muito idêntico.

A figura 7 refere-se às crises dos indivíduos no grupo patológico e podemos observar que existem 12 pessoas com crises muito frequentes 11 com crises frequentes 7 com crises ocasionais e 15 com crises raras.

As crises foram designadas de muito frequentes, quando a sua frequência era de uma por semana, frequentes 1 crise por mês, ocasionais 1 por ano e raras aqueles doentes que têm crises com intervalos superiores a 1 ano.

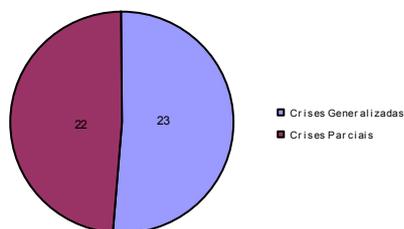


Figura 6 – Tipo de Epilepsia

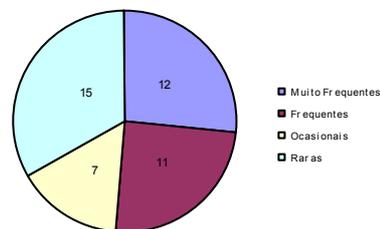


Figura – 7 Frequência de Crises

### 5.2.8-Conhecimento individual sobre epilepsia

O quadro 9 aborda a questão do conhecimento que cada indivíduo tem sobre epilepsia como doença. Ao analisá-lo podem tirar-se diversas conclusões.

De uma forma generalizada, verifica-se que os resultados obtidos para ambos os grupos são muito próximos o que significa que a opinião sobre a epilepsia é muito semelhante.

Assim, nos indivíduos em estudo, existe uma ideia generalizada de que a epilepsia não é uma doença contagiosa. Mais de metade dos indivíduos acredita que é uma desordem neurológica (53,3% para o grupo patológico e 60% para o grupo controlo) embora uma parte significativa da população (28,9% para o grupo patológico e 31.1% para o grupo controlo) acredite que é uma doença mental.

A nível de factores causadores de epilepsia, o factor genético é o mais considerado (44,4% para ambos os grupos) embora também exista a opinião de que pode ser proveniente de complicações durante o parto (20,0% para o grupo patológico e 24.4% para o grupo controlo). Em relação ao aumento de probabilidade de doença mental a maior parte dos indivíduos acredita que não. No entanto, a disparidade entre as duas opiniões é pequena, o que nos leva a concluir que não existe realmente uma ideia concisa perante esta questão.

Relativamente ao aumento da probabilidade de filhos com mal formação verifica-se que a maioria dos indivíduos acredita não existir.

**Quadro 9 – Conhecimento individual sobre epilepsia**

		Total 45 Grupo patológico		Total 45 Grupo de controlo	
		N	%	N	%
Epilepsia doença contagiosa	Sim	4	8,9	3	6,7
	Não	41	91,1	42	93,3
Total		45	100,0	45	100,0
Ideia sobre a epilepsia	Desordem Neurológica	24	53,3	27	60,0
	Doença mental	13	28,9	14	31,1
	Desordem de desenvolvimento	3	6,7	0	0,0
	Outros	5	11,1	4	8,9
Total		45	100,0	45	100,0
Factores causadores de epilepsia	Factores tóxicos	0	0,0	4	8,9
	Mau olhado	1	2,2	0	0,0
	Factores genéticos	20	44,4	20	44,4
	Castigo de Deus	0	0,0	0	0,0
	Doença infecciosa	2	4,4	5	11,1
	Traumias ou agentes físicos	5	11,1	2	4,4
	Dor de Cabeça	7	15,6	2	4,4
	Complicações durante o Parto	9	20,0	11	24,4
Alcoolismo	1	2,2	1	2,2	
Total		45	100,0	45	100,0
Aumento de probabilidade de doença mental em epilepsia	Sim	22	48,9	18	40,0
	Não	23	51,1	27	60,0
Total		45	100,0	45	100,0
A epilepsia aumenta a probabilidade de filhos com mal formações	Sim	11	24,4	13	28,9
	Não	34	75,6	32	71,1
Total		45	100,0	45	100,0

### ***5.2.9-Atitudes e sentimentos face à epilepsia***

O quadro 10 aborda a questão de como cada indivíduo lida com epilepsia e como a enquadra a nível social. Ao analisá-lo podem tirar-se diversas conclusões.

Verifica-se que não existe uma opinião concisa sobre o facto do indivíduo poder engolir ou não a língua durante uma crise o que denota uma falta de informação sobre este aspecto. É interessante verificar que no grupo patológico perante crises 37,8% dos indivíduos sente-se preocupado e a mesma percentagem sente-se impotente. Tal já não acontece no grupo controlo relativamente à impotência. O valor 37,8% considerado, distribui-se pela vontade de ajudar e pela impotência.

Embora a maioria dos indivíduos pense que existe uma menor probabilidade de emprego caso tenha epilepsia, pode dizer-se que a disparidade de opiniões é pequena.

Mais de metade dos indivíduos acreditam que não deve de existir uma restrição do exercício físico.

Relativamente à capacidade cognitiva ocorre um fenómeno muito particular. Enquanto que os indivíduos do grupo patológico acreditam que em epilepsia existe uma menor capacidade cognitiva, nenhum indivíduo do grupo controlo acredita nisso.

**Quadro 10 – Atitudes e sentimentos face à epilepsia**

		Total 45 Grupo patológico		Total 45 Grupo de controlo	
		N	%	N	%
Durante uma crise pode-se engolir a língua	Sim	24	53,3	18	40,0
	Não	21	46,7	27	60,0
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
Sentimento das pessoas em relação às crises	Medo	9	20,0	9	20,0
	preocupação	17	37,8	16	35,6
	Rejeição	0	0,0	0	0,0
	Dó	0	0,0	3	6,7
	Indiferença	0	0,0	0	0,0
	Vontade de ajudar	2	4,4	6	13,3
	Impotência	17	37,8	11	24,4
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
Menos probabilidade de emprego por ter epilepsia	Sim	25	55,6	25	55,6
	Não	20	44,4	20	44,4
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
Restrição de exercício físico em epilepsia	Sim	20	44,4	19	42,2
	Não	25	55,6	26	57,8
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
Menos capacidade cognitiva por ter epilepsia	Sim	24	53,3	0	0,0
	Não	21	46,7	45	100,0
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

### 5.3-Comparação da qualidade de vida em doentes com e sem epilepsia

Ao analisar o quadro **11** relativamente à comparação da qualidade de vida entre o grupo de indivíduos com epilepsia e o grupo de controle podemos verificar que a média na pontuação final é de 58,9% no grupo patológico enquanto a média no grupo de controle é bastante superior 76,1%, o que é um indicador positivo referente à qualidade de vida. Pode-se então dizer que, na amostra estudada, a qualidade de vida é positiva, havendo alguns itens com médias elevadas.

Existe uma grande disparidade entre os totais das respostas, ou seja, existem inquéritos onde os itens considerados apresentam muito baixa qualidade de vida. No entanto, mais uma vez se sublinha que, no geral, a qualidade de vida associada aos casos em estudo é positiva.

Existem apenas quatro pontos que apresentam uma qualidade abaixo da média que são: Cansaço /vitalidade, a preocupação com as crises, a linguagem e o apoio social. No que se refere ao grupo de controlo pode afirmar-se que a qualidade de vida ainda é superior ao do grupo patológico tendo apenas um ponto negativo que é o apoio social cuja a média é de 29,1%

Pela análise do quadro **11** podemos verificar ainda que os valores referentes à comparação das médias entre as duas amostras (teste-t) têm diferenças significativas em todos os itens com exceção da dor, cansaço vitalidade, linguagem e apoio social.

**Quadro 11 – Qualidade de vida Grupo patológico vs Grupo de Controlo**

	Total =45 Grupo patológico		Total =45 Grupo de controlo		t	p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Percepção da saúde	58,2	19,7	66,8	15,2	-2,313	0,023*
Qualidade de vida	60,2	19,0	72,6	13,9	-3,518	0,001***
Problemas físicos	82,0	23,8	100,0	0,0	-5,069	0,000***
Limitações devido a problemas físicos	63,5	37,2	81,7	26,2	-2,684	0,009**
Limitações devido a problemas emocionais	58,9	37,3	87,5	24,9	-4,27	0,000***
Dor	87,5	25,0	77,3	21,6	-1,73	0,087N.S
Trabalho/Condução/ Actividade social	65,2	22,3	90,2	8,8	-6,979	0,000***

Cansaço/Vitalidade	49,2	14,7	54,1	11,6	-1,747	0,084N.S
Estado emocional	50,9	24,0	65,0	20,1	-3,016	0,003***
Atenção/Concentração	62,4	19,6	67,1	18,6	-1,158	0,025*
Desencorajamento	73,5	29,2	92,8	9,4	-4,222	0,000***
Preocupação com as crises	33,8	23,3	77,7	9,2	-11,72	0,000***
Memória	60,3	24,7	75,3	12,2	-3,654	0,001***
Linguagem	45,1	28,0	54,4	35,7	1,378	0,172N.S
Efeitos da medicação	53,8	32,1	100,0	0,0	-9,644	0,000***
Apoio Social	31,7	17,1	29,1	10,6	0,865	0,389N.S
Isolamento Social	52,0	22,5	61,3	15,4	-2,292	0,024*
Pontuação total	58,9	14,9	76,1	7,7	-6,849	0,000***

**N.S.- Não Significativo**

**\* ≤ 0.05 Significativo**

**\*\* ≤ 0.01 Moderadamente Significativo**

**\*\*\* ≤ 0.001 Altamente significativo**

#### ***5.4-Comparação dos sintomas psiquiátricos em doentes com e sem epilepsia***

Ao analisar o quadro 12 relativamente ao questionário SCL-90 a comparação das médias entre o grupo de indivíduos com epilepsia e o grupo de controlo podemos verificar que as médias no grupo patológico são superiores em relação ao grupo de controlo o que significa que os indivíduos do grupo patológico têm níveis de ansiedade e depressão superiores ao grupo de controlo. Podemos ainda verificar que os valores referentes à comparação das médias entre as duas amostras (teste-t) têm diferenças significativas em todos os itens com exceção da somatização cuja diferença não é significativa ( $t=1,072$  e  $p=0,2,87$ ).

**Quadro 12 – Sintomas Psiquiátricos do Grupo patológico vs Grupo de Controlo**

	Total=45 Grupo patológico		Total = 45 Grupo de controlo		t	p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Somatização	1,4	0,9	1,1	1,4	1,072	0,287 N.S
S. Obsessivo/compulsivo	1,5	0,8	1,0	0,7	3,11	0,002**
Sensibilidade inter-pessoal	1,5	0,8	0,9	0,7	3,11	0,002**
Depressão	1,5	0,9	0,9	0,7	3,55	0,001***
Ansiedade	1,5	0,8	0,9	0,6	3,69	0,000***
Hostilidade	1,5	1,0	0,9	0,7	3,3	0,001***
Fobia	1,2	0,9	0,8	0,7	2,64	0,010**
Paranóia	1,5	0,9	1,0	0,7	2,82	0,006**
Psicose	1,2	0,7	0,7	0,6	3,49	0,001***
Adicional	1,6	0,8	0,9	0,7	3,81	0,000***

N.S.- Não Significativo

\* ≤ 0.05 Significativo

\*\* ≤ 0.01 Moderadamente Significativo

\*\*\* ≤ 0.001 Altamente significativo

### ***5.5-Comparação da qualidade de vida em doentes com epilepsia generalizada e epilepsia parcial***

O quadro 13 mostra a comparação da qualidade de vida entre o grupo de indivíduos com epilepsia generalizada e o grupo de indivíduos com epilepsia parcial.

Como podemos verificar a média na pontuação final é muito semelhante nos dois grupos (Epilepsia generalizada 44,8%, epilepsia parcial 43,7%).

Podemos ainda verificar que no geral a qualidade de vida entre estes dois grupos é positiva havendo no grupo de indivíduos com epilepsia generalizada 2 pontos cujas pontuações são mais baixas (Preocupação com as crises e o apoio social).

Já no grupo dos indivíduos com epilepsia parcial podemos verificar que além destes casos existe ainda mais um ponto com uma média bastante baixa, a linguagem.

Podemos ainda verificar que quando foi feita a comparação das médias entre a duas amostras (teste t) estas diferenças não foram significativas.

**Quadro 13 – Qualidade de vida /Indivíduos com epilepsia generalizada vs Indivíduos com epilepsia parcial**

	Total =23		Total=22		t	p
	Epilepsia Generalizada		Epilepsia parcial			
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Percepção da saúde	60,1	22,9	56,3	16,2	0,656	0,515N.S
Qualidade de vida	52,5	20,9	58,0	17,2	0,796	0,431N.S
Problemas físicos	84,1	24,1	79,8	22,9	0,609	0,546N.S
Limitações devido a problemas físicos	62,6	40,9	64,6	34,3	-0,172	0,864N.S
Limitações devido a problemas emocionais	57,4	38,8	60,6	36,6	-0,286	0,776N.S
Dor	70,9	25,4	66,8	25,0	0,546	0,588N.S
Trabalho/Condução/ Actividade social	65,6	22,6	64,1	22,7	0,089	0,929N.S
Cansaço/Vitalidade	47,8	14,5	50,7	15,2	-0,646	0,522N.S
Estado emocional	52,0	25,9	49,8	22,6	0,3	0,765N.S
Atenção/Concentração	63,5	19,9	61,3	19,9	0,38	0,706N.S
Desencorajamento	81,3	22,8	65,5	33,3	1,868	0,069N.S
Preocupação com as crises	31,2	22,2	36,6	24,8	-0,76	0,451N.S
Memória	58,3	24,6	52,5	25,4	-0,565	0,575N.S
Linguagem	51,5	29,1	38,6	25,9	0,572	0,123N.S
Efeitos da medicação	48,7	33,7	59,2	30,2	-1,104	0,276N.S
Apoio Social	28,3	15,0	35,4	18,9	-1,405	0,167N.S
Isolamento Social	53,5	25,2	50,5	19,9	0,446	0,658N.S
Pontuação total	44,8	10,0	43,7	9,4	0,372	0,712N.S

**N.S.- Não Significativo**

**\* ≤ 0.05 Significativo**

**\*\* ≤ 0.01 Moderadamente Significativo**

**\*\*\* ≤ 0.001 Altamente significativo**

### ***5.6-Comparação dos sintomas psiquiátricos em doentes com epilepsia generalizada e epilepsia parcial***

Ao analisar o quadro 14 relativo à comparação das médias entre o grupo de indivíduos com epilepsia generalizada e o grupo de indivíduos com epilepsia parcial verificamos que, também aqui, as médias são muito idênticas.

Podemos ainda verificar que não existe diferença significativa em qualquer item avaliado.

**Quadro 14 – Sintomas Psiquiátricos dos Indivíduos com epilepsia generalizada vs Indivíduos com epilepsia parcial**

	Total =23 Epilepsia Generaliza		Total =22 Epilepsia Parcial		t	p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Somatização	1,4	0,9	1,4	0,9	0,19	0,84 N.S
S. Obsessivo/compulsivo	1,5	0,8	1,6	0,9	-0,21	0,82 N.S
Sensibilidade inter-pessoal	1,5	0,9	1,4	0,8	0,34	0,73 N.S
Depressão	1,5	0,9	1,6	1,0	-0,38	0,7 N.S
Ansiedade	1,6	0,8	1,5	1,0	0,36	0,71 N.S
Hostilidade	1,6	0,9	1,5	1,1	0,38	0,7 N.S
Fobia	1,3	0,9	1,2	0,9	0,68	0,49 N.S
Paranóia	1,5	1,0	1,6	1,0	-0,18	0,85 N.S
Psicose	1,2	0,8	1,2	0,8	0,05	0,95 N.S
Adicional	1,7	0,9	1,6	0,9	0,41	0,67 N.S

**N.S.- Não Significativo**

**\* ≤ 0.05 Significativo**

**\*\* ≤ 0.01 Moderadamente Significativo**

**\*\*\* ≤ 0.001 Altamente significativo**

### ***5.7-Comparação da qualidade de vida relacionada com a frequência de crises***

O quadro 15 refere-se á qualidade de vida dos indivíduos com epilepsia relacionada com a frequência das crises.

Ao analisar esta tabela podemos verificar que a pontuação média final dos indivíduos com crises muito frequentes é de 38,7% nos indivíduos com crises frequentes de 39,36%, nos indivíduos com crises esporádicas é de 48,04% e nos indivíduos com crises raras a média é de 50,59% o que nos leva a concluir que a qualidade de vida dos doentes com epilepsia aumenta com a diminuição da frequência das crises. Verificamos ainda que existem apenas dois itens em que os valores médios diminuem à medida que diminui a frequência de crises que é a linguagem e o apoio social mas não existe diferença significativa nestes itens. Verificamos ainda que todos os itens mostram diferença significativa com excepção do apoio social como já foi referido e ainda a qualidade de vida, problemas físicos, linguagem trabalho/ condução/ actividade social, desencorajamento e memória.

**Quadro 15 – Frequência de crises**

	Total =12 Crises Muito Frequentes		Total =11 Crises Frequentes		F	P
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Percepção da saúde	48,2	18,5	51,9	14,5		
Qualidade de vida	50,6	21,3	60,0	20,7		
Problemas físicos	74,2	27,0	75,0	28,8		
Limitações devido a problemas físicos	53,3	38,5	45,5	31,1		
Limitações devido a problemas emocionais	45,0	33,2	45,5	37,0		
Dor	61,0	16,0	54,8	17,4		
Trabalho/Condução/Actividade social	55,7	22,0	60,9	26,1		
Cansaço/Vitalidade	38,3	10,1	46,4	11,4		
Estado emocional	38,0	22,9	42,9	15,9		
Atenção/Concentração	56,0	18,2	52,8	22,0		
Desencorajamento	65,8	29,7	59,1	36,7		
Preocupação com as crises	28,6	22,5	21,4	24,6		
Memória	45,5	24,3	62,3	23,3		
Linguagem	52,7	21,1	41,8	24,6		
Efeitos da medicação	35,9	28,4	49,5	32,1		
Apoio Social	34,9	16,3	37,5	21,5		
Isolamento Social	43,3	26,4	44,5	16,9		
Pontuação total	38,7	9,3	39,4	8,2		

	Total =7 Crises Ocasionais		Total =15 Crises Raras		F	P
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Percepção da saúde	58,3	25,1	70,8	15,9	4,160	0,012 *
Qualidade de vida	59,6	13,6	68,5	15,8	2,100	0,115 N.S
Problemas físicos	86,4	19,9	91,3	15,9	1,670	0,188 N.S
Limitações devido a problemas físicos	65,7	44,3	84,0	29,5	3,058	0,039*
Limitações devido a problemas emocionais	53,4	45,2	82,6	27,1	3,670	0,02*
Dor	70,0	38,6	84,9	20,6	4,480	0,008 **
Trabalho/Condução/Actividade social	74,9	23,3	71,7	17,0	1,810	0,159 N.S
Cansaço/Vitalidade	60,0	20,2	55,0	11,7	5,740	0,002 **
Estado emocional	58,3	24,4	63,7	24,1	3,790	0,017*
Atenção/Concentração	68,8	18,4	71,8	15,6	3,070	0,038*
Desencorajamento	81,4	23,4	86,7	19,5	2,600	0,064 N.S
Preocupação com as crises	50,5	24,0	39,4	19,2	3,080	0,038*

Memória	70,9	15,7	65,8	15,5	2,300	0,091 N.S
Linguagem	49,7	36,4	39,5	32,6	0,580	0,626 N.S
Efeitos da medicação	76,2	18,8	60,9	33,2	3,072	0,038 *
Apoio Social	29,5	19,0	26,1	12,7	1,149	0,341 N.S
Isolamento Social	48,6	24,8	66,0	15,9	3,480	0,029*
Pontuação total	48,0	9,8	50,6	6,1	6,690	0,001***

N.S.- Não Significativo

\*  $\leq 0.05$  Significativo

\*\*  $\leq 0.01$  Moderadamente Significativo

\*\*\*  $\leq 0.001$  Altamente significativo

### ***5.8-Comparação dos sintomas psiquiátricos relacionados com a frequência de crises***

Ao observar o quadro 16 relativo à comparação dos itens do questionário SCL-90 com a frequência de crises verificamos que à medida que o número de crises aumenta os valores das médias aumentam em todos os itens do questionário.

Pelo teste (análise de variância) verificamos ainda que existe diferença significativa em todos os itens com exceção da fobia que mostra não existir diferença significativa.

**Quadro 16 – Sintomas Psiquiátricos vs Frequência de crises**

	N = 12		N= 11	
	Crises Muito Frequentes		Crises Frequentes	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Somatização	1,8	0,9	1,8	0,8
S. Obsessivo/ compulsivo	1,8	0,9	1,9	0,7
Sensibilidade inter-pessoal	1,9	0,9	1,8	0,9
Depressão	2,0	0,9	2,0	0,7
Ansiedade	2,0	1,0	1,9	0,5
Hostilidade	1,3	1,0	2,0	0,8
Fobia	1,3	1,0	1,3	0,7
Paranóia	1,9	1,0	2,0	0,8
Psicose	1,7	0,9	1,5	0,5
Adicional	1,9	0,8	2,0	0,7

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

	N = 7 Crises Ocasionais		N= 15 Crises Raras		F	P
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Somatização	1,8	0,9	1,0	0,7	3,3	0,030*
S. Obsessivo/ compulsivo	1,8	0,4	1,2	0,8	3,2	0,035*
Sensibilidade inter-pessoal	1,2	0,6	0,9	0,6	4,9	0,005**
Depressão	1,2	0,7	0,8	0,7	7,1	0,001***
Ansiedade	1,2	0,9	1,0	0,7	4,7	0,006**
Hostilidade	1,0	0,9	1,0	0,8	5,0	0,005**
Fobia	1,0	0,8	0,9	0,9	2,9	0,048*
Paranóia	1,2	0,7	1,1	0,9	2,9	0,046*
Psicose	1,0	0,6	0,7	0,6	5,0	0,005**
Adicional	1,1	0,9	1,1	0,8	3,9	0,016*

**N.S.- Não Significativo**

**\* ≤ 0.05 Significativo**

**\*\* ≤ 0.01 Moderadamente Significativo**

**\*\*\* ≤ 0.001 Altamente significativo**

## ***6-Discussão***

O presente estudo, como já anteriormente foi referido, pretende avaliar a dor psicológica existente em doentes com epilepsia e de alguma forma a qualidade de vida desses doentes. Além disso pretende ainda verificar em que medida o aumento de ansiedade pode ou não levar a um aumento de crises nestes mesmos doentes.

### ***6.1- Caracterização da amostra***

No nosso estudo podemos verificar que se trata de uma amostra de indivíduos bastante jovens (18-35 anos) dos dois sexos (ligeiramente superior do sexo masculino).

Taylor (1971) assinalou, há um ligeiro predomínio de homens entre os epiléticos (Taylor, 1971; Ponds, 2006).

Em 25% de novos casos de epilepsia, diagnosticada na população mais idosa, o sexo masculino é mais predominante (Rivera et al, 2006).

A amostra da população estudada é proveniente da cidade de Braga e o nível de escolaridade encontra-se entre o 5º e o 9º anos de escolaridade.

Os dados encontrados no estudo “O Impacto da epilepsia no trabalho - Avaliação da qualidade de vida” mostra que 58,2% dos indivíduos da amostra em estudo possuíam ensino obrigatório incompleto (Salgado et al, 2002).

Uma grande percentagem desta população é solteira e não tem filhos.

Relativamente à actividade profissional, verifica-se que as pessoas inquiridas se encontram distribuídas por vários tipos de profissões.

Verifica-se também que o grupo patológico não consome café nem bebidas alcoólicas ao contrário do grupo de controlo que consome estas substâncias.

Observamos ainda que o número de indivíduos com crises generalizadas e crises parciais é muito idêntico.

Quando os inquiridos foram confrontados com questões sobre o conhecimento sobre a sua própria doença observamos que existe pouco conhecimento sobre esta patologia. Em relação às questões sobre a capacidade cognitiva verifica-se que os indivíduos do grupo patológico acreditam que em epilepsia existe uma menor capacidade cognitiva, enquanto indivíduos do grupo controle não acredita nisso o que nos leva a pensar que as primeiras

peças a criarem o estigma sobre eles próprios são as peças afectadas por esta patologia e só depois o resto da população.

Pessoas com epilepsia queixam-se frequentemente da memória deles/delas. Também são observados frequentemente défices de memória durante avaliação neuropsicológica (Ponds, 2006).

Benifla refere no seu artigo que a memória é prejudicada frequentemente em crianças com esclerose mesial ao invés de TLE lateral. Com a excepção do reconhecimento facial, os défices de memória não eram lateralizados., pelo que não pode ser extrapolada a natureza de deterioração de memória experimentada por crianças com TLE de modelos de adulto (Benifla et al, 2006).

Cornaggia refere que a função cognitiva é mais prejudicada em pessoas com epilepsia que na população geral (Cornaggia et al, 2006)

Quando questionados relativamente às atitudes e sentimentos face à epilepsia verificamos que existe uma falta de informação sobre esta patologia.

Embora a maioria dos indivíduos pense existir uma menor probabilidade de emprego caso tenha epilepsia, pode-se dizer que a disparidade de opiniões é pequena.

O Artigo “Impacto da epilepsia no trabalho Avaliação da qualidade de vida” afirma que a epilepsia pode afectar o emprego de várias formas como a impossibilidade destes doentes executarem alguns tipos de serviços pelo facto de oferecerem riscos para estes doentes e em segundo lugar pelo preconceito que existe por parte das outras pessoas que limitam igualmente a oportunidade de trabalho (Salgado et al, 2002).

Este artigo refere ainda que alguns efeitos da medicação podem reduzir a performance no trabalho e conseqüentemente estes doentes podem desenvolver uma avaliação negativa deles próprios limitando as tentativas de arranjar um emprego melhor (Salgado et al, 2002).

Mais de metade dos indivíduos acreditam que não deve existir uma restrição de exercício físico. Referente a esta questão há autores que demonstram que contrariamente ao que se pensa as crises durante o período de exercício físico são raras, embora existam relatos de crises induzidas por exercício físico (Lind et al, 1990).

Todavia (Nakken, 2000) acrescenta que os mecanismos de interacção entre o exercício físico são desconhecidos o que nos leva a incertezas quanto à realização ou não de exercício físico em doentes com epilepsia Por outro lado, e segundo o mesmo autor entre os factores que mais dão prazer e ajuda no tratamento da epilepsia está o exercício físico, e acrescenta que pessoas com epilepsia podem ter os mesmos benefícios da actividade física que qualquer outra pessoa.

## ***6.2-Qualidade de vida em doentes com e sem epilepsia***

Um dos estudos que se fez foi a diferença da qualidade de vida entre pessoas com e sem epilepsia.

A expressão "qualidade de vida" tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na actualidade - em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, política, sistemas de saúde, actividades de apoio social, dentre outros, até à perspectiva científica, com vários significados na literatura médica (Gill, 1994).

Em relação à sua utilização na literatura médica, o termo qualidade de vida vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*) e estado subjectivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjectiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (Fleck et al, 1999).

A qualidade de vida depende de vários factores. Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde na sua multi-dimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida, interferindo no seu processo saúde-doença (Santos, 2002).

A análise dos artigos sobre epilepsia revela uma preocupação considerável pela QDV dos indivíduos afectados, apesar de haver pouca informação acerca deste assunto “em, resumo, este trabalho, ao sistematizar as publicações dos últimos 5 anos, detectou várias dificuldades ao nível do estudo da QDV de indivíduos com epilepsia” (Meneses et al, 2002).

Os resultados do nosso estudo sugerem que na nossa amostra os indivíduos com epilepsia apresentam uma menor qualidade de vida do que o grupo de controlo, o que está de acordo com a maioria da literatura.

Lenox e Markham, há mais de 50 anos já relacionavam os doentes epilépticos com a qualidade de vida. Assim doentes com epilepsia resistente aos fármacos tinham pior qualidade de vida, mas também outros factores são importantes como efeitos da medicação, ansiedade dos familiares, estigma e auto-estima (Schachter, 2005).

Os efeitos mais preocupantes para os adultos com epilepsia são a condução e os efeitos da medicação. Depois vieram as preocupações com os empregos, os custos, barreiras sociais e a perda de memória (Martin et al, 2005).

### ***6.3-Comparação dos sintomas psiquiátricos em doentes com e sem epilepsia***

Relativamente à comparação das médias entre o grupo de indivíduos com epilepsia e o grupo de controlo podemos verificar que as médias no grupo patológico são superiores em relação ao grupo de controlo o que significa que os indivíduos do grupo patológico têm níveis de ansiedade e depressão superiores ao grupo de controlo. Podemos ainda verificar que os valores referentes à comparação das médias entre as duas amostras têm diferenças significativas em todos os itens com excepção da somatização cuja diferença não é significativa.

Outros estudos demonstram uma prevalência de transtornos mentais associados à epilepsia de 28,6 a 58,3% para crianças (Rutter et al, 1970) e 19 a 52% para adultos (Gudmundsson, 1966; Trostle et al, 1989).

Outros estudos há que apontam para uma prevalência de 29 a 48% em adultos com epilepsia (Pond, 1959 ;Edeh et al, 1990).

Embora os números indiquem falta de uniformidade metodológica, são suficientes para sugerir uma associação entre epilepsia e transtornos mentais, reforçada por um estudo que mostra um aumento de prevalência de pessoas com epilepsia com tratamento psiquiátrico em relação à da população no geral. Boutros e col. encontram uma prevalência aproximadamente nove vezes maior em pessoas com tratamento de psiquiatria (Boutros et al, 1995).

Estudos em centros de epilepsia de difícil controlo ou de cirurgia para epilepsia naturalmente concentram casos mais graves, com maior frequência de crises e uma maioria de pacientes com ELT, possivelmente levando a uma maior concentração de quadros psicóticos (Taylor, 1971; Serafetinides et al, 1962; Sherwin et al, 1982).

Mendez e col. observaram uma maior frequência de crises em pacientes com psicose, (Mendez et al,1993) e Taylor não conseguiu estabelecer qualquer tipo de relação ( Taylor, 1971).

Hill e Pond haviam reconhecido a força da relação entre psicoses esquizofreniformes e ELT (Hill, 1953; Pond, 1957).

Um levantamento de dados combinados de diversos estudos realizado por Perez et al. (1985) confirmou a preponderância esquerda dos focos epileptogénicos do lobo temporal entre os pacientes epilépticos psicóticos interictais.

Nos EUA a desordem de ansiedade é relativamente frequente e afecta 15-17% da população adulta (Regier et al, 1993;Kessler et al, 1994).

Weissman et al (1978) descobriu taxas de 1.4% para fobias e 2.5% para ansiedade generalizada. Pelos anos noventa estes tinham aumentado respectivamente a 11% e 3.8% (Eaton et al, 1991; Regier et al, 1993).

Paralelamente, a par dos índices significantes de prevalência de depressão na população geral, a prevalência de doença depressiva inter-ictal em pacientes epiléticos está entre 50% e 60% (Mendez et al, 1986; Indaco et al, 1992).

Outros estudos mostraram um índice de até 75% de frequência de depressão em grupos mistos de epilepsia e um aumento dos traços depressivos em pacientes epiléticos quando comparado com controle normal (Currie et al, 1971; Robertson, 1991).

A associação entre TOC, e epilepsia têm sido pouco abordada na literatura, por meio de relatos de casos em que pacientes apresentam a ocorrência entre TOC e epilepsia, (Caplan et al, 1992).

Mais recentemente algumas publicações têm discutido uma possível associação entre epilepsia do lobo temporal (ELT) e TOC, baseando-se nos relatos da remissão do TOC após cirurgia da epilepsia temporal mesial, tanto do lobo direito quanto do esquerdo; assim como na descrição da piora ou do aparecimento dos TOC após o início da epilepsia do lobo temporal (Kulaksizoglu et al, 2004).

#### ***6.4-Comparação da qualidade de vida em doentes com epilepsia generalizada e epilepsia parcial***

No nosso estudo, relativamente à comparação da qualidade de vida entre o grupo de indivíduos com epilepsia generalizada e o grupo de indivíduos com epilepsia parcial, verificamos que a média na pontuação final é muito semelhante nos dois grupos.

No geral a qualidade de vida entre estes dois grupos é positiva havendo no grupo de indivíduos com epilepsia generalizada 2 pontos cujas pontuações são mais baixas (Preocupação com as crises e o apoio social).

Já no grupo dos indivíduos com epilepsia parcial podemos verificar que além destes casos existe ainda mais um ponto com uma média bastante baixa, a linguagem.

Podemos também verificar que quando foi feita a comparação das médias entre a duas amostras (teste t) estas diferenças não foram significativas.

Sousa et al (1993) refere no seu artigo que a análise da relação entre idade de início e duração das crises com Q D V mostrou uma independência entre as variáveis, segundo os coeficientes da correlação de *Spearman* ( $p = 0.664$  e  $p = 0.892$ , respectivamente), e que não

houve associação na avaliação da relação entre Q D V e tipo de crise ( $p = 0.923$ ), mostrando uma independência entre as variáveis (teste de *Kruskal-Wallis*).

Apesar da vasta pesquisa bibliográfica não foram encontrados outros estudos que fizessem referência a este tema, todavia podemos pensar pelos resultados do estudo que os sentimentos, atitudes, e a própria qualidade de vida de doentes face a doenças crónicas é semelhante qualquer que seja a patologia.

### ***6.5- Comparação dos sintomas psiquiátricos em doentes com epilepsia generalizada e epilepsia parcial***

Relativamente à comparação das médias entre o grupo de indivíduos com epilepsia generalizada e o grupo de indivíduos com epilepsia parcial verificamos que, também aqui, as médias são muito idênticas.

Podemos igualmente verificar que não existe diferença significativa em qualquer dos itens avaliados.

Gibbs e Gibbs (1952), no seu grande estudo envolvendo 11.000 pacientes, compararam 1.675 pacientes com ELT que apresentaram uma prevalência de psicose de 12% com 6.671 pacientes com epilepsia generalizada com uma prevalência de psicose menor que 1%. Embora com problemas metodológicos, o tamanho da amostragem reforça a validade dos resultados. As evidências disponíveis, apesar de problemas metodológicos apontam que quando ocorrer psicose em pacientes com epilepsia, há uma selectividade para ELT.

Guerrant e Small (1962) observaram um maior número de psicoses entre pacientes com ELT, porém as amostras são pequenas para a obtenção de resultados significativos

Slater et al. (1963) notaram que 55 dos seus 69 pacientes apresentavam evidências de um foco no lobo temporal. Várias outras séries que não controlaram a prevalência de ELT em pacientes epilépticos não psicóticos apresentaram a mesma evidência.

Shukla et al. (1979) estudaram 62 pacientes com ELT e 90 pacientes com epilepsia generalizada demograficamente comparáveis. Eles acharam um predomínio significativo de psicoses entre os pacientes com ELT. No entanto, estes achados foram contestados com o argumento de que não representariam nada além do predomínio da ELT na população de epilépticos como um todo (Stevens et al, 1981).

Estudos epidemiológicos representativos indicam que, em populações adultas, a prevalência de ELT é menor do que a de epilepsia generalizada (Zielinsky, 1982).

### ***6.6-Comparação da qualidade de vida relacionada com a frequência de crises***

O nosso estudo mostra que a qualidade de vida dos doentes com epilepsia aumenta com a diminuição da frequência das crises. Verificamos ainda que existe apenas um item em que os valores médios diminuem à medida que diminui a frequência de crises que é apoio social mas não existe diferença significativa neste item.

Verificamos que todos os itens mostram diferença significativa com exceção do apoio social como já foi referido e ainda a qualidade de vida, problemas físicos, linguagem.

Vickrey, em seu estudo de desenvolvimento e validação do "Epilepsy Surgery Inventory (ESI)-55", mostrou que pacientes submetidos à cirurgia de epilepsia que ficaram totalmente livres de crises tiveram índices significativamente mais altos (melhor qualidade de vida) do que pacientes não epiléticos, portadores de outras doenças crónicas (hipertensão, diabete, doenças cardíacas). Contudo, pacientes epiléticos que continuaram a ter crises com alteração da consciência, após a cirurgia, apresentaram resultados inferiores (pior qualidade de vida) em relação aos pacientes não epiléticos com outras doenças crónicas (Vickrey, 1993).

Kellett e col.(1997), comparando um grupo de pacientes submetidos a cirurgia de epilepsia com um grupo de pacientes epiléticos a quem a cirurgia não foi indicada, observaram que os pacientes sem crises obtiveram melhores resultados no questionário de qualidade de vida do que aqueles que tinham mais que 10 crises por ano. Esses achados demonstram que a epilepsia pode ter maior impacto na saúde mental e social do indivíduo do que na sua saúde física.

Karenfort, (2002) refere no seu artigo que pacientes com epilepsia fármaco-resistente podem beneficiar de cirurgia de epilepsia com redução em frequência e severidade das crises, como também podem melhorar a nível mental e a nível do desenvolvimento comportamental, o que conduz a uma melhor qualidade de vida.

Sousa refere no artigo "Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia" que a análise da relação entre idade de início e duração das crises com a qualidade de vida mostrava uma independência entre as variáveis, e que o aumento da frequência de crises era o único dado da doença significativo em relação à qualidade de vida. A frequência apareceu associada à piora na Q D V, quando se compararam crises controladas e crises com frequência acima de 10 por mês (Souza et al, 2003).

### ***6.7 Comparação dos sintomas psiquiátricos relacionados com a frequência de crises***

Ao analisar a comparação dos níveis de ansiedade e depressão à medida que o número de crises aumenta verificamos que os valores das médias aumentam em todos os itens do questionário.

Verificamos ainda que existe diferença significativa em todos os itens com excepção da fobia.

Em estudos controlados, Kristensen e Sindrup (1978) observaram uma redução da frequência de crises parciais complexas em pacientes psicóticos .

Por outro lado, (Jensen et al, 1979; Mendez et al, 1993) observaram uma frequência maior de crises em pacientes com psicose, e Taylor não conseguiu estabelecer qualquer tipo de relação (Taylor, 1998).

Num outro estudo, a ansiedade e depressão foi observada em 11 pacientes com crises muito frequentes em 5 pacientes com crises frequentes e em 6 com crises raras ou ocasionais e foi possível observar a tendência na associação entre as frequências de crises e a ansiedade. Já a associação entre depressão e frequência de crises não foi significativa (Souza et al, 2006).

Desordens comportamentais também são mais frequentes em pessoas com epilepsia do que em indivíduos que não têm epilepsia. Perturbações comportamentais são mais frequentes em pessoas com epilepsia fármaco resistente, ataques epiléticos frequentes, e ou associados anormalidades neurológicas ou mentais.(Cornaggia et al, 2006).

Pela diversidade dos resultados verificados nos vários estudos verificamos que a ansiedade e o medo dos limites fazem parte do dia a dia dos doentes epiléticos que muitas vezes negam os seus medos e vivem vidas inautênticas para tentarem ser o modelo standart da sociedade e desta forma não serem postos à parte pela população.

## ***7- Conclusão***

O presente estudo que teve por objectivos avaliar a qualidade de vida de doentes epilépticos e a dor existente, e verificar em que medida o aumento da ansiedade pode ou não levar a um aumento da frequência de crises nos doentes, leva-nos a concluir que a epilepsia continua a ser uma doença ainda mistificada por alguns e assustadora para outros.

Através do nosso inquérito foi possível observar que ainda há um grande desconhecimento das pessoas perante a epilepsia e particularmente perante uma crise.

Muitos dos inquiridos, portadores de epilepsia têm pouco conhecimento sobre a sua própria patologia.

No que se refere a questões cognitivas o estudo sugere que pessoas com epilepsia acreditam que a sua própria doença os leva a ter menor capacidade cognitiva relativamente à população no geral.

Verificamos ainda que a epilepsia não está relacionada especificamente a nenhum tipo de profissão uma vez que os inquiridos se encontram distribuídos por várias profissões, assim como não encontramos nenhum tipo de relação entre epilepsia e sexo.

O estudo mostrou também que os portadores de epilepsia têm um baixo consumo de café e/ou bebidas alcoólicas comparativamente aos não epilépticos, entre os motivos deste baixo consumo poderá estar a preocupação do aumento de crises relacionado com o consumo destas substâncias ou a relação destas com a medicação.

Observamos ainda que as pessoas com epilepsia perante a visualização de crises sentem-se preocupadas com a situação enquanto que o resto da população perante a mesma situação sente vontade de ajudar. O que nos leva a pensar que o sentimento de preocupação das pessoas com epilepsia seja devido ao facto deles próprios saberem mais concretamente o que está a acontecer por serem epilépticos e saberem que pouco ou nada há a fazer para que as crises terminem.

Já o resto da população mostra vontade de ajudar por pensarem que é a melhor forma de agirem e não terem conhecimento real do que é a vivência de crises.

Este estudo sugere ainda que os portadores de epilepsia pensam ter menor qualidade de vida comparativamente com os não epilépticos e pensam mais negativamente e são mais pessimista perante esta doença comparativamente ao resto da população.

Verificamos que a qualidade de vida em doentes com epilepsia é inferior às pessoas não epilépticas, embora esta qualidade de uma forma geral seja positiva.

Ao fazermos a comparação das médias podemos concluir que a depressão e a ansiedade andam muitas vezes de mãos dadas com a epilepsia. Concluimos também que indivíduos mais ansiosos têm maior número de crises.

Relativamente aos dois tipos de epilepsia verificamos não existir diferença significativa entre ambas, o que nos leva a pensar que independentemente da doença os sentimentos das pessoas são sempre os mesmos, dor, angústia e revolta.

Poderá ser esta uma das razões para os doentes com epilepsia terem níveis de ansiedade e depressão superiores que o resto da população.

Através deste estudo podemos também concluir que apesar da existência de vários tipos de epilepsia a sintomatologia psicológica dos doentes é igual, quer seja epilepsia generalizada ou epilepsia parcial.

Para finalizar concluimos ainda que o aumento da frequência de crises leva a uma consequente diminuição da qualidade de vida em vários dos itens estudados.

## ***8-Limitações do estudo***

Esta tese tem algumas limitações a seguir descritas:

- Uma das limitações deste estudo deve-se à pequena amostra existente 90.
- A amostra deste trabalho engloba apenas utentes e familiares do Hospital de São Marcos – Braga pelo que poderá não ser uma amostra representativa.
- Uma vez que se trata de um estudo realizado em doentes com uma patologia de elevada carga emocional, estando muitas vezes presente o estigma poderão nem sempre os dados obtidos serem os mais fiáveis, uma vez que os pacientes podem tentar passar uma imagem deles mesmos que não corresponde á verdade, mentindo para isso no questionário.
- Apesar dos esforços, buscas e limitação do tempo nem sempre se encontrou literatura relativo ao tema, e quando encontrada poucos eram os estudos recentes.