

RELATO DE CASO:
Epilepsia não determinada¹

Paula Brustolin Xavier²

Naiane Ribeiro Prandini³

RESUMO

A evolução das políticas públicas em saúde mental, iniciada por movimentos sociais em 1990 foi gradua. Em 2000 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi ampliada, dispondo de equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, num de seus modelos, atende indivíduos com transtornos mentais. Em um dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Curitiba deu-se o atendimento de paciente com 52 anos, feminina, com quadro de crises epiléticas mensais e distúrbio psiquiátrico associado há cerca de 40 anos, ambos sem acompanhamento efetivo. Com intervenção multidisciplinar e intersetorial alcançou-se o estado de melhora das crises epiléticas bem como estabilização do quadro psiquiátrico, do intuimos a importância da articulação entre os setores do Sistema de Saúde em prol do paciente.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Transtorno Psiquiátrico. Epilepsia.

1 INTRODUÇÃO

Devido ao impulso proferido pela movimentação social na década de 1980 no Brasil, modificou-se e ampliou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sendo estruturada, dentre outros equipamentos por meio de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que minimizam os riscos de pacientes com transtornos mentais, otimizam as potencialidades de seus usuários e lhes prestam cuidado holístico. (BRASIL, 2005, p. 3).

1 Artigo apresentado à Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Ênfase Saúde da Família da Universidade do Oeste de Santa Catarina em conjunto com Secretaria Estadual de Educação de Santa Catarina para finalização do referido curso.

2 Orientadora. Bacharel em Enfermagem, Mestre em Saúde Coletiva, Professora na Universidade do Oeste de Santa Catarina. Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Município de Videira.

3 Bacharel em Enfermagem. Pós-Graduada em Auditoria dos Serviços de Saúde, Enfermeira em Centro de Atenção Psicossocial de Curitiba.

O Caps objetiva estimular a socialização, fortalecer a autonomia, o valor e inserção social do indivíduo, prestar atendimento diário, ser substitutivo à internação psiquiátrica, articular a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. (BRASIL, 2005, p. 27)

Segundo a Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, os Caps são classificados da seguinte forma:

- A) CAPS I: para municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes;
- B) CAPS II: para municípios com população entre 70 mil a 200 mil habitantes;
- C) CAPS III: para municípios com população de 200 mil habitantes;
- D) CAPS ad – serviço especializado para usuários de álcool e drogas. Para municípios de 70 mil a 200 mil habitantes;
- E) CAPS i - especializado em cuidado a crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos). Para municípios com população acima de 200 mil habitantes.

A multi e interdisciplinaridade e intersetorialidade existente nesses centros busca atender a população no manejo de crises agudas ou problemas crônicos, articular e integrar cuidado em saúde mental, como acontece no CAPS III. (FEAES).

Nos CAPS são atendidos acolhimentos provindos das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, dentre outros. Nesse acolhimento são coletadas informações de identificação do indivíduo bem como história pregressa e queixa atual e a partir disso dado seguimento conforme o caso individualizado.

No atendimento prestado ao indivíduo deste estudo, percebeu-se que além do transtorno psiquiátrico havia condição de epilepsia associada. Falando nisso, a *Epilepsia* pode ser caracterizada segundo a Associação Brasileira de Epilepsia como duas crises não provocadas que acontecem em intervalo temporal não superior a 24 horas, crise não provocada e probabilidade de nova crise ser de 60% e diagnóstico prévio de epilepsia. (KELMANN et al). Manifesta através da *Crise Epiléptica* “definida como a ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas devido a uma atividade neuronal síncrona ou excessiva no cérebro”, cuja apresentação dá-se por alterações da consciência, eventos motores, sensitivos/sensoriais, autonômicos ou psíquicos involuntários do indivíduo. (KELMANN et al).

Pedroso e Oliveira (2007, p. 597) caracterizam a epilepsia como sendo episódios recorrentes de convulsão - duas crises em intervalo superior a 24 horas – cuja causa seja a disfunção elétrica cerebral. Classificam-na ainda em *Convulsão*, uma alteração paroxística de atividade motora limitada no tempo, com ou sem

alteração da consciência, *Status convulsivo ou estado de mal convulsivo* é a persistência da crise convulsiva sem recuperação da consciência e cuja duração se dê por mais de 30 minutos podendo se estender a horas ou dias causando danos progressivos e até a morte e *Crises convulsivas neonatais* relacionam-se a doenças graves e necessita suporte imediato visto ser emergência clínica.

Tal agravo atinge cerca 41% de cada 100.000 habitantes, segundo estudo populacional de DeLorenzo et al (1996, p. 1) e cerca de 1 a 2% dos brasileiros, manifestando-se na maioria das vezes na infância antes dos 05 anos de idade. Mais frequente em pessoas filhas de pais epilepsia. (PEDROSO E OLIVEIRA, 2007, p. 597). E também está associada a transtornos mentais.

As causas da epilepsia podem ser infecciosas (meningite, tuberculose, toxoplasmose, etc.), neurológicas (trauma, tumores, AVC isquêmico/hemorragico, etc.), drogas em altas doses (prednisolona e penicilinas), causas metabólicas e genéticas (hipocalcemia, hipoglicemia), cardiorespiratórias, endocrinológicas entre outras. (PEDROSO E OLIVEIRA, 2007, p. 597).

Em estudo realizado por Towne, Pellock e DeLorenzo (1994, p. 1) avaliando as características clínicas e mortalidade de 253 adultos diagnosticados com estado de mal epilético internados num dado hospital, demonstrou que as principais causas desse estado clínico foram a doença vascular cerebral e descontinuação de drogas epiléticas, cada um responsável por 22% da causa. Apontou também que as crises de epilepsia com duração acima de uma hora vitimaram mais pacientes.

O diagnóstico da crise convulsiva baseia-se na observação e investigação clínica: como a crise se desenvolve e evolui, sinais e sintomas prodrômicos, história pregressa individual e familiar, exame físico, associado a exames laboratoriais, eletroencefalograma, radiografia simples de crânio, tomografia computadorizada e ressonância magnética (PEDROSO E OLIVEIRA, 2007, p. 598). O prognóstico é determinado avaliando a idade do paciente, duração da crise e comorbidades, sabendo que quanto mais cedo for diagnosticada a doença, melhor o seguimento. (BENTES E PIMENTEL, 1999, p. 1).

De acordo com Pedroso e Oliveira (2007, p. 604) o tratamento de manutenção da epilepsia será baseado em drogas anticonvulsivantes conforme o tipo de crise, comorbidades, etiologia, idade dos pacientes, toxicidade da droga, custo e alterações nos exames sendo o sucesso do tratamento analisado pela observação de evolução do paciente.

O caso aqui estudado despertou particular atenção em virtude do tempo em que as crises epiléticas se desenvolveram na paciente sem que houvesse acompanhamento adequado e as consequências no organismo do indivíduo uma vez que era dificultoso para a paciente utilizar o transporte público, realizar atividades de vida diária, o que instiga a estudar e perceber melhor os serviços de saúde, a importância da participação familiar, do repasse de informações, do conhecimento sobre a doença e principalmente da intersectorialidade e interdisciplinaridade e da melhoria da qualidade de vida em pacientes com epilepsia e/ou transtorno mental.

2 EXPOSIÇÃO DO CASO

O CAPS campo desta pesquisa possui 321 usuários ativos. Conta em sua grade de profissionais com 04 psicólogos, 02 terapeutas ocupacionais, 07 enfermeiros, 02 assistentes sociais, 12 técnicos em enfermagem, 01 psiquiatra, 02 assistentes administrativos, 02 profissionais terceirizados de higienização, preceptores e estagiários dos cursos de residência em psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e técnico em enfermagem.

No segundo trimestre de 2014 foi acolhida C.A.G, feminina, 52 anos, solteira, sem filhos, ensino fundamental completo, residente em Curitiba; foi encaminhada ao CAPS por Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas); conforme relato de profissionais da UPA em encaminhamento, a paciente havia recebido alta de hospital psiquiátrico há 62 dias e apresentava agressividade, não alimentava-se, tinha pesadelos, medo da morte, nervosismo, confusão mental, alucinações visuais, tentativas de suicídio e diagnóstico prévio de epilepsia, sendo encaminhada ao CAPS por tentativa de suicídio. Na coleta de dados do histórico realizada por profissional do CAPS, há o relato de C.A.G apresentar de 2 a 4 crises epiléticas mensais desde os 10 anos de idade, e em consequência disso, sintomas de agressividade, discurso desorganizado e fortemente religioso, ter dificuldade em fazer uso de antipsicótico e anticonvulsivante por facilitar a crise epilética e intoxicar facilmente, respectivamente; apresentou ao longo da vida tentativas de suicídio: na primeira cortou pulsos e ingeriu 100 comprimidos, na segunda fez greve de fome e na terceira jogou-se em frente à carros. Anotação de dificuldade em desenvolver atividades de vida diária como comer, dormir e banhar-se. Histórico de mais de 40 internações em hospital psiquiátrico, situação de abuso sexual aos 19 anos segundo relato da familiar, sua cuidadora. Fez atendimento com neurologista, porém há

4 anos sem acompanhamento, teve alterações medicamentosas na dose e no tipo de remédio nesse tempo, segundo relato da familiar. Fazia uso das medicações:

- Ácido Valpróico 250mg 02 comprimidos manhã e 02 comprimidos pela noite,
- Fenitoína 100mg 02 comprimidos manhã e 02 comprimidos pela noite
- Clorpromazina 25mg 01 comprimido noite

No mesmo dia do atendimento no CAPS a usuária foi encaminhada para Unidade Saúde a que pertencia para priorizar consulta com médico neurologista no intuito de estabilizar o quadro de crises de epilepsia frequentes, uma vez que se torna significativamente agressiva, com impulsos de suicídio e comportamentos bizarros o que a impossibilitava de utilizar transporte público e espaço de tratamento no CAPS.

Nesse período entre a consulta neurológica, a usuária retornou ao CAPS, apresentou crise epiléptica no estabelecimento e em domicílio, discurso confuso e desorganizado, cantando e deambulando durante todo o tempo. A consulta com médico neurologista foi realizada no mesmo mês do encaminhamento, a prescrição medicamentosa foi alterada por este e pelo médico psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial, sendo a última prescrição.

O quadro evoluiu bem, as crises epilépticas diminuíram, a usuária iniciou participação em atividades no Caps como caminhada, grupo de teatro (em que expressava-se dinamicamente usando sua imaginação) e grupo terapêutico. Apresentou instabilidade clínica, primeiramente foi encaminhada novamente à Unidade de Saúde para consulta com médico clínico - diagnosticado por exames laboratoriais o estado de anemia, com início de medicação específica para o quadro clínico apresentado, - posteriormente necessário encaminhamento para hospital em virtude de quadro de astenia, dor torácica ventilatório-dependente, hipoglicemia, anorexia. Após retorno da internação hospitalar e modificações medicamentosas, C.A.G apresentou crises convulsivas e agressividade em casa. Cuidadora percebe melhora do quadro, mas a paciente tem participado menos das atividades do Caps. Dificuldade em cuidadora compreender necessidade de acompanhamento no Caps. Unidade de Saúde acompanha caso com visitas domiciliares.

3 DISCUSSÃO

A Epilepsia atinge 50 milhões de pessoas no mundo, cerca de 40 milhões destas em países em desenvolvimento. É considerada o transtorno neurológico grave mais

frequente na população e ainda sendo passível de tratamento, grande número de indivíduos permanecem sem acompanhamento. (MARCHETTI et al, 2005, p. 1). Um exemplo é o caso que relatamos, que há 40 anos não havia recebido acompanhamento neurológico e psiquiátrico efetivo, uma vez que a própria epilepsia fica numa lacuna para tratamento no sistema brasileiro.

Ainda à luz de Marchetti et al (2005, p. 2) estima-se que no Brasil há cerca de 340.000 e 900.000 que pessoas tenham epilepsia associada a transtorno mental. O distúrbio psiquiátrico está presente em 6% dos indivíduos com epilepsia, sendo o mais comum o Transtorno de Humor (24-74%), especialmente a depressão (30%), Transtornos de Ansiedade (10-25%), Psicoses (2-7%) Desordens de Personalidade (1-2%). (GAITATZIS, TRIMBLE, SANDER, 2004, p. 1). Como no caso aqui exposto, a usuária é portadora de Transtorno de Humor (à especificar) e Transtorno Mental Orgânico.

Torna-se visível a relação entre doenças psiquiátricas e epilepsia e a qualidade de vida do indivíduo e família, a dificuldade no desenvolvimento profissional e também no aumento do risco de suicídio nesses indivíduos, tendo em vista sua frequência na população brasileira como mostra o estudo de Kümmer et al (2005, p. 1) realizado em hospital psiquiátrico de Belo Horizonte cujos resultados apontam que a epilepsia é condição freqüente naquela população e que pode influenciar numa maior permanência na internação.

À luz de Oliveira e Gouveia (apud Cantilino; Carvalho 2001) a estimativa é de que um quarto ou mais dos pacientes portadores de epilepsia tenham alterações psiquiátricas como psicoses esquizofreniformes, transtornos de personalidade e depressão ou alterações da sexualidade. Alterações crônicas que estão presentes entre os episódios de crise epiléptica e que aparecem alguns anos após o início da epilepsia.

Segundo Marchetti et al (2005) a epilepsia associada a transtornos mentais ocorre com prevalência aumentada, estimando-se que no Brasil haja cerca de 340.000 e 900.000 pessoas acometidas por transtorno mental e epilepsia.

O distúrbio psiquiátrico está presente em 6% dos indivíduos com epilepsia, sendo o mais comum o Transtorno de Humor (24-74%), especialmente a depressão (30%), Transtornos de Ansiedade (10-25%), Psicoses (2-7%) Desordens de Personalidade (1-2%). (GAITATZIS, TRIMBLE, SANDER, 2004).

De acordo com Souza et al (2009) a epilepsia tem forte associação com transtornos psiquiátricos e traz queda relevante na qualidade de vida desses indivíduos requerendo diagnóstico e intervenção precoces.

Com base no exposto, infere-se que a investigação de transtornos psiquiátricos em pacientes portadores de epilepsia pode permitir uma melhora ou maior qualidade de vida nesses indivíduos.

A Atenção Básica é a porta de entrada e também um ponto estratégico no cuidado em saúde mental, pois tem proximidade maior com o território e usuários o que amplia a resolutividade e integra o cuidado à Rede Ampliada de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2013). Essa responsabilização compartilhada entre os componentes da RAPS contribui para a integralidade do cuidado através da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. (BRASIL, 2013)

O trabalho coletivo da RAPS favorece projetos mais efetivos e melhores resultados nas intervenções junto aos usuários, como se pode perceber no relato deste caso em que a melhora foi possível devido à articulação intersetorial e comprometimento para agendamento de consultas, prover medicações, manter acompanhamento e orientação e apoio familiar, o que é seu objetivo segundo a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.”

REFERÊNCIAS

BENTES, Carla C; PIMENTEL, José G. Estado de mal convulsivo aspectos fisiopatológicos e clínicos. **Acta Médica Portuguesa**, 2003. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1154/806>> Acesso em fev. 2015

BRASIL. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA nº 34. Brasília, **Ministério da Saúde**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em jun. 2015.

DE LORENZO, RJ et al. Um estudo prospectivo de base populacional epidemiológica do estado epiléptico em Richmond, Virginia. **Pubmed**, 1996. Disponível em: <<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8780085&prev=search>> Acesso em 23 jan. 2015.

FEAES: FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DE CURITIBA. **Caps III**. Disponível em: <<<http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/index.php/caps-iii>> Acesso em mar. 2015.

GAITATZIS, A; TRIMBLE, MR; SANDER, JW. A comorbidade psiquiátrica da epilepsia. *Acta Neurológica Scand*, v 110, n 4. Out, 2004. Disponível em: < <http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15355484&prev=search>> Acesso em jun 2015.

KELMANN, Bruno et al. **A definição de epilepsia em 10 questões**. Associação Brasileira de Epilepsia. Disponível em: <<http://www.epilepsiabrasil.org.br/definicoes-e-conceitos>> Acesso em jun. 2015.

KÜMMER, Arthur et al. Frequência de epilepsia em pacientes psiquiátricos internados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2. São Paulo, jun. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200022&lang=pt> Acesso em jun. 2015.

MARCHETTI, Renato Luiz et al. Transtornos mentais associados à epilepsia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n 3, mai/jun 2005. São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300009&lang=pt>. Acesso em jun. 2015.

OLIVEIRA, Juliana; GOUVEIA, Osmar. Transtornos psiquiátricos associados à epilepsia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Disponível em: <<<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol30/n5/160.html>> Acesso em jul. 2015
SOUZA, Regina O. et al. Transtornos psiquiátricos em pacientes epiléticos. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v.13, n.1, p. 20. Acesso em jul. 2015.

PEDROSO, Enio Roberto Pietra; OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **Blackbook de Clínica Médica**. BlackBook. Belo Horizonte, 2007, 736 pág.
PORTAL DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente/284-mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental>> Acesso em abr. 2015

PORTARIA Nº 336 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Disponível em:<
<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf> Acesso em jun. 2015

PORTARIA Nº 3088 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.>
Acesso em ago 2015.

TOWNE, AR. PELLOCK, JM; DELORENZO RJ. Determinantes da mortalidade em estado de mal epilético. **Pubmed**. 1994. Disponível em:
<<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8112254&prev=search>>. Acesso em 26 jan 2015.